

# VERONA MEDICA

**Trimestrale di informazione medica**

In questo numero:

**Gaza: il silenzio non è più neutrale ..... pag. 4**

**Novità in ambito ECM ..... pag. 21**

**Il ritorno delle Mutue ..... pag. 22**

**Medici musicisti. Introduzione al tema**

**e la figura di Renzo Ferro ..... pag. 34**

**3**

**SETTEMBRE  
2025**

## VERONA MEDICA

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

Anno LX n. 3 SETTEMBRE 2025

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

### ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA



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

**Direttore Responsabile**  
Roberto Mora

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

**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](mailto:info@girardiprintfactory.it)

#### Foto di Copertina

Piazza Erbe  
Roberto Mora

## INSERZIONI PUBBLICITARIE SU VERONA MEDICA

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

## EDITORIALE

**4** *Gaza: il silenzio non è più neutrale*

## NOTIZIE DALL'ORDINE

**6** *Verbalì del Consiglio e delle Commissioni*

## LETTERE

**9** *Telemedicina internazionale, giuramento di Ippocrate e Gaza: un conflitto etico*

## AGGIORNAMENTO

**10** *Un nuovo tipo di diabete giovanile scoperto in Africa*

**10** *Mancate vaccinazioni: in un anno in Europa pertosse triplicata e morbillo raddoppiato*

**11** *In aumento malattie sessualmente trasmesse*

**12** *Cancro della prostata avanzato. Ue approva terza indicazione per darolutamide*

**13** *Addio alle malattie ereditarie mitocondriali*

**14** *Vibrio Vulnificus: batterio mangiacarne. Allarme dell'agenzia Usa Cdc*

## PROFESSIONE E LEGGE

**15** *Concordato Fiscale 2025-26*

**15** *Diabete: aggiornata la Nota 100*

**16** *Mamme, 480 euro anche alle dottoresse iscritte all'Enpam*

**17** *Novità in ambito ECM: delibera Commissione ECM 3 luglio 2025*

## ATTUALITÀ

**18** *Il ritorno delle Mutue*

**21** *La prossima Pandemia*

**22** *Regolamento sanitario internazionale (RSI), l'Oms: "Nessuna imposizione, Stati autonomi"*

**23** *Morbillo: record di casi negli USA. Ma il no vax Kennedy minimizza*

**23** *La prevenzione è fatta soprattutto da vaccinazioni*

**24** *Vera e finta prevenzione*

**27** *Morire di fame a Gaza*

**28** *Pnrr Salute - Allarme di Gimbe, l'82% delle risorse non è stato speso*

**30** *Fascicolo sanitario elettronico: un'occasione perduta e un ulteriore motivo di disuguaglianza sociale tra le Regioni*

## STORIA DELLA MEDICINA

**32** *I padri veronesi della medicina. Rassegna storico-etica Medici musicisti. Introduzione al tema e la figura di Renzo Ferro.*

**37** *Le stampe propagandistiche dei laboratori farmaceutici Maestretti*

## FNOMCEO

**40** *Meno armi e più salute*

## ENPAM

**41** *Olivetti rieletto presidente dell'Enpam con il 95% dei voti*

**41** *Ecco i nuovi componenti del Consiglio di amministrazione Enpam*

**42** *Enpam: Scotti nuovo vicepresidente vicario*

**43** *"Investitori pazienti": lettera aperta del presidente Enpam*

**44** *Il ministero all'Inps "Restituite i contributi dei medici all'Enpam"*

## SINDACATI MEDICI

**45** *Mozione Consiglio nazionale FIMMG*

## LIBRI RICEVUTI

**46** *"No tu no! Che fine fa un paese se la salute non è per tutti"*

## 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.

# Gaza: il silenzio non è più neutrale

Bernard Lown (1921-2021) cardiologo americano, famoso per avere messo a punto il defibrillatore e per aver contribuito alla nascita delle unità coronariche, non ha ricevuto il Nobel per la ricerca bio-medica, ma quello per la pace.

Questo perché, nel 1985, quel premio fu assegnato alla International Physicians for the Prevention of Nuclear War, organizzazione che Lown aveva fondato insieme ad un piccolo gruppo di accademici sostenendo che il compito della medicina non era solo quello di curare le persone malate, ma anche quello di denunciare, e se possibile prevenire, quelle situazioni che causano sofferenza fisica, psichica o sociale.

Concetto, questo, che era già presente nella definizione di salute proposta dall'Oms nel 1948.

Negli ultimi mesi a Gaza si stanno consumando massacri senza precedenti.

In quel territorio, l'attesa di vita alla nascita è diminuita dai 75 anni del 2021, prima dell'attacco israeliano, ai 35,5 anni calcolati per il 2024.

Se confermato, questo dato non avrebbe precedenti storici recenti.

Una tale riduzione, infatti, non si è verificata nemmeno dopo il genocidio del 1994 in Ruanda, tra Tutsi e Hutu.

Oggi Gaza ha la più alta percentuale di bambini amputati al mondo.

A Gaza oltre che per le pallottole e i bombardamenti, si muore anche per



la fame e per potersi avvicinare agli aiuti alimentari inviati da più parti del mondo.

Dati recenti dell'Oms dicono che l'esercito israeliano ha effettuato contro obiettivi sanitari ben 720 attacchi (125 contro strutture sanitarie, 34 contro ospedali e 186 contro le ambulanze) uccidendo circa 1.400 operatori sanitari, oltre a un numero certamente superiore di malati ospitati nelle strutture bombardate.

La cronaca ed il commento su uno di questi interventi contro un gruppo di ambulanze in cui erano stati uccisi 15 operatori sanitari palestinesi tra cui 8 medici, compariva nell'ultimo numero di Verona Medica ("Non si spara sulla Croce Rossa" – Verona Medica giugno 2025) numero in cui in cui si ospi-

tava anche l'intervista a due medici statunitensi volontari a Gaza da parte di Nour Hassoun (giornalista israeliano) su un giornale israeliano dell'aprile 2015.

A giustificare quelle scelte editoriali, che avrebbero potuto essere interpretate come ideologiche, scrivemmo nell'editoriale di quel numero che l'intenzione non era quella di schierarsi "ideologicamente", ma quella dare testimonianza dello spirito che muove medici e operatori sanitari nella striscia a rischiare la vita per tener fede al giuramento prestato quando hanno scelto quelle professioni.

Sul giornale italiano "Domani" del 25 luglio u.s. è comparso un articolo di Daniele Coen, (Medico che per 15 anni è stato direttore del Pronto

## CODICE DEONTOLOGICO

### 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.*

Soccorso dell'Ospedale Niguarda di Milano) a titolo "Gaza, anche i medici prendano posizione: in tempi di atrocità il silenzio non è neutrale".

Nell'articolo Coen ci racconta che in questi giorni sta circolando sui social una lettera, già firmata da 1.300 accademici e da oltre 2.000 cittadini, in cui si richiamano le istituzioni a una presa di posizione forte ed esplicita nei confronti quanto sta accadendo a Gaza.

Tra le richieste: il riconoscimento del genocidio, la richiesta di un cessate il fuoco immediato, di un accesso umanitario illimitato, il riconoscimento della responsabilità legale per crimini di guerra di Israele, la libertà di parola e di accesso alle fonti per lo studio e la ricerca a tutti coloro che si occupano o vorranno occuparsi in futuro delle conseguenze sanitarie, psicologiche, mediche, socio-politiche ed economiche del genocidio a Gaza.

Parole dure che potrebbero essere interpretate come espressione di

scelta politica o ideologica.

Qualcuno ha ipotizzato che su Gaza si potrebbe instaurare in futuro una nuova "Norimberga".

Non sappiamo se una tale ipotesi sarà mai percorribile.

Ogni atto terroristico, specie quando è condotto contro obiettivi civili, va condannato e combattuto, ma se la risposta (legittima o meno) coinvolge obiettivi analoghi (i civili) si finisce col comportarsi nello stesso modo degli aggressori.

Se da una parte, quindi, si deve condannare l'attacco terroristico di Hamas del 7 ottobre dall'altra è bene ribadire che le dimensioni numeriche e qualitative dell'attuale ritorsione vanno oltre ogni limite giustificabile.

Per cui su di una cosa ci pare di poter concordare con Coen.

Davanti alla precarietà delle istituzioni umanitarie internazionali, all'imbarbarimento dei comportamenti delle parti in lotta, all'assenza di prese di posi-

zione che non siano solo quelle delle vane parole, il silenzio su quanto sta avvenendo a Gaza non è più neutrale.

ROBERTO MORA, CARLO RUGIU, FRANCO DEL ZOTTI, MARIO BARUCHELLO, SANDRO GIROTTO, ALBERTO PERONI, ALBERTO CIACCIARELLI, PIETRO MINUZ, GIANLUIGI PASSERINI, CLAUDIO SERGIO SOVRAN, ORLANDO PORTESAN, ALESSANDRO LESO, MARIELLA MONTRESOR, VITO BOSSONE, COSIMO GUERRA, PAOLO COSTA, ALESSANDRO CALDERAN, LIA BATTAGLIA, GIAMPIETRO STEFANI, LUIGI MOTTA, GAETANO BENATI, GUGLIELMO FRAPPORTI, GIAMPAOLO TOMELLERI, ATTILIO BONER, UMBERTO DE CONTO, ANTONIO BROGGIO, FRANCESCO CAVASIN, STEFANO IVIS, GIUSEPPE CALZAVARA, FLAVIO AGANETO, MARA CABRIOLU, GIUSEPPE TURRINI, CARLA TERRIN, ANDREA ZOGNO, STEFANO BORTOLETTI, ANDREA CESARO, GIORGIO BARINI.

## NIENTE FATTURE ELETTRONICHE AI PAZIENTI

A seguito dell'entrata in vigore del **Decreto Legislativo 12 giugno 2025, n. 81**, si segnala che **l'articolo 2** del provvedimento ha portato a regime il divieto di **emissione della fattura elettronica tramite Sistema di Interscambio (SdI)** per le prestazioni sanitarie rese nei confronti di persone fisiche (ovvero i nostri assistiti) da parte dei soggetti già tenuti all'invio dei dati al Sistema Tessera Sanitaria tra cui i Medici di Medicina Generale. In altre parole tale divieto, che fino ad oggi vigeva in virtù di una deroga che sarebbe scaduta il 31 dicembre 2025, ha ora carattere strutturale e permanente.

Inoltre lo stesso decreto prevede, all'**articolo 5**, che l'invio dei dati delle spese sanitarie al Sistema TS, fino ad oggi semestrale, **avrà scadenza annuale** già in riferimento alle spese del 2025. Pertanto, **non è necessario alcun invio delle fatture del primo semestre nel mese di luglio**, come previsto negli anni precedenti, bensì nell'anno successivo, entro un termine che sarà stabilito dal Ministero dell'Economia e che provvederemo a comunicarvi.

Commissione FISCO FIMMG

# Verbali del Consiglio e delle Commissioni

**VERBALE DELLA RIUNIONE  
DI CONSIGLIO DEL  
14 MAGGIO 2025**

**Convocazione di Consiglio  
inizio ore 20.00**

**Presenti:** A.Guglielmi, G.Rigon,  
A.Tomezzoli, C.Pastori, G.Accordini,  
L.Buono, G.Carrara, R.Castellani,  
P.Cirillo, L. Cordioli, I.Dal Dosso,  
F.Orcalli, M. Perina, G.Petrilli, V.Braga

**Assenti Giustificati:** D.Brunelli,  
M. Corbellini, A.Musso,  
S.Bortoletti, F.Moretti.

## 1) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente comunica al Consiglio aggiornamenti rispetto alla riunione chiesta dall'assessore Politiche Sociali con delega alla Sanità del Comune di Verona che avverrà presso la Direzione Generale Ulss9 il 19/05 e che riguarderà in particolare il nuovo progetto di struttura a Veronetta "Casa del Capitano" della medicina territoriale nell'Ulss9. Successivamente il Presidente incontrerà anche una delegazione FIMMG Verona presso la sede dell'Ordine.

Al prossimo consiglio seguiranno aggiornamenti.

Il Presidente comunica al Consiglio la disponibilità di un collega iscritto all'ordine (Dott. Bruno Lanza) di voler finanziare una borsa di studio in memoria del Prof. Procacci. Il Consiglio valuterà come procedere con una selezione per un giovane radiologo a cui

offrire questa possibilità.

Il Presidente comunica la proposta di implementare la diffusione della newsletter a cura della addetta stampa (Perina); chiede ai membri del consiglio di fornire materiale e notizie da poter condividere con tutti i colleghi.

## 2) Approvazione verbale precedente

Il Presidente pone all'approvazione il verbale del 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. CHESINI Leonardo  
Dott.ssa CHINCARINI Sofia  
Dott. DALLA CHIARA Emanuele  
Dott.ssa KONIUKHAVA Yuliya  
Dott.ssa PEZZINI Francesca  
Dott. RETTONDINI Loris  
Dott.ssa SPEZIE Alice  
Dott. ZAGO Alessio  
Dott. ZAGO Matteo

#### Iscrizione per trasferimento:

Dott. BIANCHINI Nicola da Omceo Rovigo  
Dott. MEROI Marco da Omceo Udine  
Dott. MONTESI Luca da Omceo Ancona  
Dott.ssa PARISOTTO Elisa da Omceo Treviso  
Dott.ssa SANTORO Valeria da Omceo Trapani

#### Cancellazioni per decesso:

Dott. CAPALDO Carmine

#### Cancellazioni per trasferimento:

Dott. DI BELLA Letterio Vs Omceo Roma  
Dott.ssa LAVINI Giulia Vs Omceo Mantova  
Dott.ssa TRONCHET Anita Vs Omceo Como

#### Cancellazioni su richiesta:

Dott. BEGAL Matteo  
Dott. BRICOLO Francesco

### ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

#### ODONTOIATRI

#### Cancellazioni su richiesta:

Dott. MANNONI Riccardo

Iscrizioni e cancellazioni approvate dal Consiglio all'unanimità.

#### 4) Aggiornamento commissioni

I referenti delle commissioni presenti aggiornano il Consiglio sui primi incontri avuti e della programmazione futura delle commissioni.

Il dott. Orcalli parla degli eventi effettuati dalla commissione, informa il Consiglio che il primo webinar svolto il 5 aprile, dal titolo: "Aggiornamenti su trombosi e patologie vascolari" è stato molto seguito, un secondo webinar sarà il 24 maggio titolo "La salute mentale e l'adolescenza: quali risposte al problema?" ed un altro webinar si svolgerà il 7 giugno e sarà "La salute mentale in età adulta, indicazioni per la pratica ambulatoriale quotidiana".

Ha in programma il prossimo mese una riunione con i Direttori Sanitari per discutere sulla presa in carico del paziente.

Il dott. Carrara referente della commissione libera professione, informa il Consiglio che si sono riuniti con la dott.ssa Perina per una prima riunione, la prossima riunione sarà il 21 maggio e parleranno di problemi legati oltre che alla libera professione pura anche alla libera professione intramoenia, comunica che si sta interessando per poter fare corsi BLSD.

Il dott. Cirillo riferisce il Consiglio, che la Commissione Ambiente e Salute si è riunita, si è discusso un paio di progetti, uno è l'incontro con gli studenti specializzandi con la collaborazione dell'Università, e l'altro l'ipotesi di un incontro per una proiezione orientata ai cambiamenti climatici.

Il Presidente comunica al Consiglio alcuni aggiornamenti sul Comitato di Bioetica; dopo i contatti con il dott. G. Bonadonna, propone che l'Ordine costituisca una Commissione di Etica e Deontologia Medica e che sia di collegamento e raccordo con i comitati

di Bioetica dell'Azienda Ospedaliera e Ulss9. Il Consiglio approva all'unanimità.

Il Presidente si complimenta per l'ottimo lavoro effettuato sul bilancio e in assemblea, e passa la parola al tesoriere dott.ssa Pastori, che dopo aver comunicato che l'assemblea per l'approvazione all'unanimità del bilancio consuntivo 2024, è stata molto partecipata con un totale di 151 votanti comprese le deleghe, chiede l'approvazione anche delle delibere amministrative 9-10-11-12 che fanno riferimento alla chiusura dell'esercizio 2024. Il consiglio approva all'unanimità.

### VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DELL'11 GIUGNO 2025

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

**Assenti Giustificati:**  
L. Cordioli, A.Musso.

#### 1) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente comunica al Consiglio gli aggiornamenti apportati al sito dell'Ordine e in merito a tutte le attività di cui dall'inizio dell'anno il Direttivo si è fatto carico; in particolare, riferisce in ordine agli incontri avuti con ULSS9, Federfarma, FIMMG, Comune di Verona. Per il problema della riorganizzazione territoriale sanitaria evidenzia che c'è la necessità di capire come si può unire le esigenze della categoria dei medici con le esigenze del PNRR, fornendo la sede dell'ordine per eventuali incontri.

Il Presidente riferisce di essersi incontrato con la presidente di Federfarma, dott.ssa Vecchioni, che ha sollevato il problema della appropriatezza della predisposizione delle ricette. Prossimamente si farà un incontro con ANAO e con FIMMG per trovare una soluzione a riguardo.

Il Presidente ringrazia in particolare tutto il personale di segreteria per l'organizzazione delle elezioni Enpam. A questo proposito viene comunicato al Consiglio l'esito delle elezioni, segnalando che i candidati iscritti all'OMCeO di Verona per i rappresentanti regionali nei comitati consultivi regionali erano il dott. Barbi, la dott.ssa Boscagin e il dott. Russo. Purtroppo, questi ultimi non sono riusciti ad essere eletti, ad eccezione del dott. Russo, in qualità di specialista esterno, mentre per la libera professione - quota B è stato eletto il dott. Zanetti iscritto all'OMCeO di Vicenza, il dott. Calabrese di Padova per i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e addetti ai servizi di Continuità assistenziale, per il nazionale è stata eletta la dott.ssa Gaffuri.

OMISSIS...

Il Presidente riferisce al Consiglio dell'esito di un incontro con i responsabili del CESAIM e della richiesta di diffondere, anche attraverso l'Ordine, le informazioni sull'attività del centro unitamente alla necessità di trovare medici disponibili a dare il proprio contributo come volontari.

Il Presidente ricorda al Consiglio le comunicazioni riguardanti la guerra Israele-Palestinese e la nota FNOMCEO riguardante la grave situazione di Gaza di medici e personale che lavora negli ospedali colpiti.

La Dott.ssa Tomezzoli riferisce dell'esito positivo della collaborazione dell'Ordine con i Licei a Curvatura Biomedica, con diverse lezioni organizzate dall'Ordine e della possibilità di informare tutti i colleghi di questa iniziativa attraverso la newsletter.

#### 2) Approvazione verbale precedente

Viene approvato il verbale precedente all'unanimità del Consiglio.

#### 3) Iscrizioni e cancellazioni

A seguito della relazione del Dott. Accordini, vengono deliberate le seguenti nuove iscrizioni e cancellazioni:

### ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

#### MEDICI CHIRURGHI

##### **Prima Iscrizione:**

Dott. ABDULVAGABOV Anvar  
Dott.ssa BERTOLDI Licia  
Dott. BIDELLO Giovanni  
Dott.ssa DOPPINI Angelica

##### **Iscrizione per trasferimento:**

Dott. CRUDELE Graziano Domenico  
Luigi da Omceo Bari  
Dott.ssa MASIERO Giulia da Omceo Padova

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

Dott. GALLO Antonio  
Dott. GIAVARINA Davide

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

Dott. HABASH Elias Khadar Nicola

##### **Cancellazione STP:**

Studio Medico Dott. BUONOCORE  
Vittorio STP SR

### ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

#### ODONTOIATRI

##### **Prima Iscrizione:**

Dott. CATTANEO GUERRA Nicolò  
Dott. PARLANTI Francesco  
Dott.ssa THOMAZ DA SILVA RUSSO  
Marcela

##### **Cancellazioni per trasferimento:**

Dott. FERAZZANI Marco Vs Omceo Roma

Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate all'unanimità.

4) Il Dott. Brunelli aggiorna il Consiglio sulla prima riunione della commissione IA e Telemedicina tenutasi il giorno 30 maggio 2025 dove hanno parlato degli obiettivi della commissione.

##### **5) Comunicazioni Tesoriere**

La Dott.ssa Pastori espone al Consiglio la proposta di affidamento diretto, per gli anni 2025 e 2026, ai consulenti legati (Avv. Gobbi e Avv. Scramoncin) Il lavoro degli avvocati consiste nel supportare la CAM e la CAO nei procedimenti disciplinari e nell'assisten-

za nella stesura dei rispettivi verbali, nonché nell'assistenza e nella consulenza rivolta in favore sia del Consiglio il direttivo che, a titolo gratuito, dei singoli iscritti. Il consiglio approva con 15 voti favorevoli e 1 voto contrario.

Di seguito la Dott.ssa Pastori presenta al Consiglio il preventivo di spesa degli avvocati Gobbi e Scramoncin per la costituzione in giudizio e la difesa dell'Ordine con riferimento ai due ricorsi presentati alla CEEPS in relazione alle ultime operazioni elettorali ordinistiche, ai quali avvocati era già stato conferito l'incarico, con approvazione all'unanimità in data 22 gennaio 2025.

OMISSIS...

Il consiglio approva con 15 voti favorevoli e 1 voto astenuto.

### **6) Compenso cariche ordinistiche**

Il Presidente riferisce che con regolamento la FNOMCeO aveva determinato per le cariche del direttivo, e per i consiglieri, rispettivamente un'ipotesi di compenso e di gettone di presenza.

Le cifre attualmente stabilite da tempo dal nostro Ordine, sono in linea con quelle analoghe stabilite dagli Ordini del Veneto e da tanti Ordini d'Italia. Sulla questione dà la parola alla dott.ssa Pastori, la quale evidenzia che l'Ordine, seguendo le indicazio-

ni della FNOMCeO, aveva deliberato ancora nel 2003 la quantificazione dei suddetti compensi per il direttivo, per il presidente CAO, per i componenti CAO e per i consiglieri revisori dei conti. Riferisce, inoltre, che nel corso degli anni sono state fatte delle modifiche agli importi originari, e che l'ultima modifica risale al 2015, dove il Consiglio in carica aveva deliberato un compenso lordo per varie attività svolte all'Ordine a livello istituzionale. Osserva, infatti, che il direttivo si riunisce settimanalmente, i relativi componenti sono presenti in sede anche in altri giorni della settimana, tutti i membri del direttivo partecipano alle commissioni per le sessioni di laurea, devono predisporre convocazioni, delibere, verbali, attività contabili per la predisposizione dei bilanci, partecipare a congressi e ad eventi, oltre ad altre attività.

Rileva che i compensi lordi mensili stabiliti circa 10 anni fa sono i seguenti: 1830 euro per il Presidente, 1464 euro per il vicepresidente, il segretario, il tesoriere e il presidente CAO, mentre il gettone di presenza per tutti i consiglieri, i membri della CAO e i revisori dei conti sono di 100 euro a seduta. Queste cifre sono rimaste invariate per tutti questi anni e, dopo un confronto con i compensi stabiliti dagli altri Ordini, si ritiene che si tratti di cifre proporzionate al numero degli iscritti. Si propone, quindi, di mante-

nere i suddetti importi, stabiliti 10 anni fa, per il direttivo e per il presidente CAO, e di aumentare l'importo del gettone di presenza dei consiglieri della CAO e dei revisori di ulteriori 50 euro, per complessivi 150 euro. Il consiglio approva 14 favorevoli 2 astenuti.

### **7) SIMOG33 e Acquisti in Rete**

Il Segretario, Dott. Rigon, riferisce al Consiglio di ritenere necessario provvedere alla pubblicazione sul sito web dell'Ordine, nella sezione "amministrazione trasparente", il manuale di gestione documentale e del protocollo informatico dell'Ordine; propone di nominare come responsabile del protocollo informatico dell'Ordine la segretaria sig.ra Iones Masiero.

Il Consiglio approva all'unanimità.

Inoltre, il Segretario comunica al Consiglio di ritenere necessario affidarsi ad una piattaforma di acquisti in rete che possa mediare con il MEPA; si è identificata la soluzione di Simog33 che permette una gestione degli appalti e/o delle forniture più semplice ed efficace, al costo annuo di 1000 euro, oltre IVA.

Il consiglio approva all'unanimità.

Non essendovi null'altro da discutere o deliberare, alle ore 21.30 la seduta del consiglio viene dichiarata chiusa.

# Telemedicina internazionale, giuramento di Ippocrate e Gaza: un conflitto etico

Da oltre quindici anni mi occupo di telemedicina in particolare di televisita generalistica. Negli ultimi anni, grazie anche alla padronanza dell'inglese e dello spagnolo, ho avuto l'opportunità di collaborare con aziende internazionali protagoniste dell'erogazione di servizi sanitari a distanza in varie parti del mondo. In particolare, ho lavorato con due realtà molto ben strutturate: AirDoctor, con sede a Tel Aviv in Israele, e Concilio, con base a Parigi in Francia.

Queste collaborazioni mi hanno permesso di esercitare la professione in un contesto globalizzato, ampliando i confini delle cure tradizionali e sperimentando modelli innovativi di accesso alla salute. Per far capire il concetto potrei citare una visita erogata grazie all'ottima connettività internet da un rifugio sulle cime dei Carpazi in Romania, quando io medico italiano, lavorando per una ditta israeliana e parlando in inglese ho (televisitato) un paziente di nazionalità srilankese in Brasile.

Tuttavia, proprio questo allargamento degli orizzonti ha portato con sé interrogativi profondi, non solo professionali, ma anche etici.

Negli ultimi mesi, in concomitanza con il terribile aggravarsi della crisi umanitaria nella Striscia di Gaza e l'aumento del consenso interno in Israele verso l'offensiva militare – come riportato da un recente sondaggio del Financial Times, secondo cui circa il 75% della popolazione israeliana sosterebbe l'azione del proprio governo<sup>(1)</sup> – ho iniziato a interrogarmi sul senso

delle mie collaborazioni con realtà che operano a livello sanitario, direttamente o indirettamente, a beneficio di cittadini israeliani.

Non si è trattato di un giudizio ideologico o politico, ma di un disagio personale e professionale, cresciuto nel tempo. In entrambi i casi, ho scelto di interrompere i rapporti. Nel primo, con AirDoctor, ho semplicemente espresso alla direzione il mio disagio, ricevendo in risposta un messaggio in cui si sottolineava il "diritto a difendersi", senza nemmeno accusarmi di generalizzare. Nel secondo, più recente, la decisione è maturata quando Concilio ha riorientato parte dei suoi servizi a favore dei cittadini israeliani espatriati durante il conflitto con l'Iran, senza alcun riferimento al dramma umanitario che, contemporaneamente, si stava consumando a Gaza.

Ciò che mi ha maggiormente colpito è stata la reazione di alcune colleghe, le quali, di fronte alle mie riserve, hanno risposto appellandosi al giuramento di Ippocrate, che impone di curare chiunque, senza distinzione di razza, religione o provenienza.

Ma qui sta il punto: fornire assistenza medica a chiunque ne abbia bisogno è ben diverso dal mettersi al servizio di strutture che operano, in modo strutturale ed esclusivo, a favore di una popolazione che nega – per scelta politica e militare – ogni diritto non solo di accesso alla salute ma anche alla sopravvivenza a un'altra popolazione. In questo caso non si tratta di un medico che presta cura a un ferito, ma di un professionista che entra in

una catena di servizio asimmetrica e, proprio per questo, profondamente iniqua.

È lecito, quindi, domandarsi: invocare il giuramento di Ippocrate per giustificare l'adesione a un sistema che fornisce cura a chi ne esclude sistematicamente altri è coerente? O si tratta di una forzatura?

Non pretendo di avere una risposta definitiva, né voglio trasformare questa riflessione in una condanna verso colleghi che hanno fatto scelte diverse. Ma credo che la telemedicina internazionale ci imponga una nuova etica della responsabilità, che tenga conto non solo del paziente individuale, ma anche delle logiche sistemiche in cui si inserisce il nostro operato.

In un mondo sempre più interconnesso, anche il medico diventa, volente o nolente, parte di dinamiche geopolitiche. Non possiamo ignorarle. Possiamo certo decidere di non farci influenzare, ma dobbiamo almeno avere il coraggio di guardarci dentro e di porci domande scomode.

Ho scelto, per me, di dire di no. Non per odio, ma per coerenza. Non per prendere posizione politica, ma per restare fedele a quella tensione morale che, a mio avviso, dovrebbe accompagnare ogni medico, anche – e soprattutto – quando lavora da remoto, a migliaia e a volte a decine di migliaia di chilometri dai propri pazienti.

VAONA ALBERTO

(1) Il dato secondo cui solo il 20% degli ebrei israeliani ritiene che il danno civile in Gaza debba influenzare significativamente le decisioni militari proviene da un articolo del Financial Times del 10 giugno 2025, intitolato "Israelis slowly confront morality of Gaza war". In esso viene riportato:

*"About three-quarters of Jewish Israelis still tell pollsters that Palestinian suffering should not be a significant factor when planning military operations in Gaza"*

Ciò significa che circa 75% ritiene che le sofferenze civili non dovrebbero contare molto nelle scelte belliche, lasciando una minoranza – circa 20% – che invece ritiene che tali danni debbano avere un peso rilevante.

## Un nuovo tipo di diabete giovanile scoperto in Africa

Una nuova forma di diabete è stata scoperta nell'Africa subsahariana nei bambini e nei giovani. Lo studio che l'ha portata alla luce, definito come il più ampio del genere mai condotto nella regione, mette **in discussione le conoscenze attuali sul diabete giovanile** e le terapie per curarlo: 2 persone su 3 coinvolte nella ricerca, alle quali è stato diagnosticato il diabete di tipo 1, in realtà soffrono di una malattia diversa. In altre parole, al momento stanno ricevendo cure che potrebbero essere sbagliate o non ottimali per controllare la loro condizione. I risultati, destinati a cambiare la storia della medicina, sono pubblicati su **'The Lancet Diabetes**

**& Endocrinology'**. Il lavoro è finanziato dal National Institute for Health and Care Research (Nih) britannico, condotto da scienziati dell'università di Yaoundé (Camerun), dell'Mrc/Uvri - Unità di ricerca Uganda della London School of Hygiene and Tropical Medicine, dell'università del Witwatersrand (Sudafrica) e dell'università di Exeter (Uk).

Lo studio, denominato **Yoda** (Young-Onset Diabetes in Sub-Saharan Africa), ha coinvolto quasi 900 partecipanti in Camerun, Uganda e Sudafrica. A tutti era stato diagnosticato il diabete di tipo 1 prima dei 30 anni. Gli scienziati hanno dimostrato che **"circa il 65% non aveva gli anticor-**

**pi tipicamente presenti nel diabete autoimmune"**, quelli che indicano un auto-attacco del sistema immunitario contro il pancreas, "né prove di predisposizione genetica al diabete 1". Inoltre, "questi pazienti non presentavano caratteristiche compatibili con altre forme note di diabete, come il diabete di tipo 2 e il diabete correlato alla malnutrizione". Sembrano dunque soffrire di **"un nuovo sottotipo non autoimmune"** di diabete, **"non incluso nelle attuali classificazioni globali"**.

FONTE ADNKRONOS

## Mancate vaccinazioni: in un anno in Europa pertosse triplicata e morbillo raddoppiato

"I tassi di vaccinazione dei bambini in Europa sono in ritardo, alimentando un'ulteriore recrudescenza di morbillo e pertosse. Nel 2024 quasi 300 mila le persone che si sono ammalate di **pertosse** in Europa, un numero più che triplicato rispetto all'anno precedente".

E "oltre 125mila persone hanno contratto il **morbillo**" l'anno scorso, "il doppio" rispetto al 2023.

Questo il quadro che emerge dagli ultimi dati pubblicati da Oms e Unicef. Secondo le stime delle due agenzie Onu, "le vaccinazioni dei bambini

contro il morbillo, la pertosse e altre malattie nella Regione europea dell'Oms sono rimaste al di sotto dei livelli pre-pandemici nel 2024, aumentando il numero di bambini vulnerabili alle malattie e il rischio di epidemie".

A livello globale - ricordano Oms e Unicef - l'89% dei bambini ha ricevuto almeno 1 dose di vaccino contro difterite, tetano e pertosse, e l'85% ha completato tutte e 3 le dosi. Si tratta di 171mila bambini in più che hanno ricevuto almeno un vaccino e di 1 milione in più completamente vaccinati nel 2024 rispetto al 2023:

"Un progresso modesto, in mezzo a sfide globali crescenti". Zoomando sulla Regione europea dell'Oms, risulta che "la copertura vaccinale media dei bambini è rimasta invariata o è diminuita dell'1% nel 2024 rispetto al 2023, rivelando un recupero stagnante dei livelli pre-pandemici". Più precisamente, dettano Oms e Unicef, tra il 2019 e il 2024 la copertura è diminuita dal 92% al 91% per la seconda dose di vaccino contro morbillo/parotite/rosolia (MMR), dal 95% al 93% per la terza dose di vaccino contro difterite/tetano/pertosse (DTP), dal

95% al 93% per la terza dose di antipolio, dal 92% al 91% per la terza dose di vaccino contro l'epatite B.

Nel 2024 - rileva il report - la copertura varia ampiamente tra i Paesi della regione, con tassi in diminuzione per la prima dose del vaccino MMR e la terza del vaccino DTP, con alcune nazioni che riportano un tasso di copertura al 23% per MMR1 e al 51% per il DTP3. Se per raggiungere **l'immunità di gregge** e prevenire l'insorgenza di molte malattie prevenibili da vaccino è **necessaria una copertura del 95%**

l'anno in ogni comunità, **"nel 2024 più della metà dei Paesi della Regione europea OMS non ha raggiunto l'obiettivo dell'immunità di gregge** per MMR e/o DTP, e quasi un terzo ha riportato una copertura inferiore al 90%", calcolano le due agenzie.

Nel frattempo nel Regno Unito un bambino a Liverpool affetto da una forma grave di morbillo è morto. Il sesso, l'identità e l'età del piccolo (o piccola) non sono stati rivelati dai medici, per ragione di rispetto delle pri-

vacy dei pazienti.

Si è però saputo che il decesso è avvenuto nell'ospedale Alder Hey della città inglese, dove è stata segnalata, come altrove, una recrudescenza recente di contagi: con 17 ricoveri solo da giugno, alcuni dei quali riguardanti pazienti pediatrici giunti in reparto già "seriamente ammalati".

Secondo le statistiche, si è trattato del secondo caso di morte censita per morbillo fra i bambini in Inghilterra nell'ultimo quinquennio.

# In aumento malattie sessualmente trasmesse

SOLO 3 ITALIANI SU 10 FA IL TEST. PIÙ DELL'87% LE CONOSCE  
MA NEL 90% DEI CASI SI FA LA DIAGNOSI SOLO DOPO L'INFEZIONE

Le infezioni sessualmente trasmesse (IST) continuano a registrare un aumento preoccupante, sia a livello europeo che nazionale. Eppure sono ancora troppo poche le persone che fanno i test. Nonostante l'87% della popolazione conosca queste patologie e l'80% sia a conoscenza dell'esistenza dei test diagnostici, solo 3 persone su 10 ne hanno effettivamente fatto uno. Tra coloro che non hanno mai fatto un esame, quasi la metà (48%) non saprebbe a quale struttura rivolgersi. E seppure siano disponibili strumenti all'avanguardia per diagnosi rapide ed efficienti, il 90% dei casi è diagnosticato solo dopo l'infezione. Sono alcuni dati del report 'Infezioni sessualmente trasmesse: Barriere e soluzioni della diagnosi precoce', presentato il 17 luglio a Roma alla Camera, in un incontro realizzato su iniziativa dell'onorevole M.D.A. e dall'onorevole GAG.

Dai risultati del report emerge, tra l'altro, **la carenza di test gratuiti e l'inadeguatezza delle informazioni**, e la presenza di barriere medico/scien-

tifiche e normative/regolatorie.

Vi è poi **poca chiarezza**, ad esempio, **sul medico di riferimento**: il 60% della popolazione lo identifica nello specialista (ginecologo/andrologo), sebbene non esista una figura predominante. Quasi il 60% della popolazione si dichiara insoddisfatta delle informazioni ricevute dal proprio medico sulla salute sessuale, ed il 90% dichiara che non si parla a sufficienza delle malattie sessualmente trasmesse a nessun livello.

Partendo dai dati, il focus group dedicato ha elaborato raccomandazioni su quattro direttrici principali, per contenere la diffusione delle malattie sessualmente trasmesse e migliorare la salute pubblica e la sostenibilità del SSN. Il punto di partenza sono **gli interventi di informazione soprattutto tra giovani e famiglie** per aumentare la consapevolezza e il coinvolgimento dei cittadini. In secondo luogo, servono **interventi di prevenzione e diagnosi precoce** per ridurre la diffusione delle infezioni e garantire equità di accesso ai test.

Terzo punto: sono necessari **piani di formazione rivolti agli operatori sanitari** per incentivare un approccio proattivo nel sensibilizzare i pazienti. Infine, la costruzione di un modello hub&spoke per rafforzare il contributo del sistema sanitario.

"I dati di prossima pubblicazione dell'Istituto superiore di sanità relativi al 2023 attestano **un aumento complessivo delle malattie sessualmente trasmesse** rispetto al 2022 del 9% e del 17% rispetto al 2021", sottolinea Barbara Suligoi, direttrice Centro operativo Aids dell'Iss. "Si assiste - aggiunge - a una crescita continua rispetto al periodo pre-Covid, a cui bisogna aggiungere **un sommerso delle Ist batteriche (clamidia, gonorrea, trichomonas) che ammonta al 25%** di persone che hanno l'infezione: queste persone sono **asintomatiche**, ma hanno scoperto l'infezione durante altri accertamenti clinici; un dato che per la sifilide raggiunge il 50%".

Questi dati indicano, continua Suligoi, che "è necessaria una maggiore

capillarizzazione dei centri Ist sul territorio, una formazione del personale sociosanitario, un rafforzamento dei centri del terzo settore come i check-point per arrivare a quelle persone che altrimenti più difficilmente an-

drebbero a fare il test. Una diagnosi precoce è fondamentale per avviare subito il trattamento e prevenire complicanze gravi. La sifilide, ad esempio, può colpire il sistema nervoso centrale. La clamidia può compromettere la

fertilità o provocare complicanze in gravidanza. Il gonococco può causare faringiti e gravidanze ectopiche e, non ultimo, tutti sono associati ad un maggior rischio di Hiv".

# Cancro della prostata avanzato. UE approva terza indicazione per darolutamide.

*NELLO STUDIO "ARANOTE" HA DIMOSTRATO DI RIDURRE DEL 46% RISCHIO DI PROGRESSIONE O MORTE PER K PROSTATA*

Nei pazienti con tumore della prostata ormonosensibile metastatico (mHspc), la Commissione europea ha concesso l'autorizzazione alla commercializzazione nell'Unione europea (Eu) di **darolutamide**, un inibitore orale del recettore degli androgeni (ARI), in combinazione con terapia di deprivazione androgenica (ADT). Lo studio registrativo di fase 3, Aranote, ha infatti dimostrato che tale associazione è in grado di ridurre significativamente il rischio di progressione radiologica o di morte del 46% rispetto a placebo più ADT (Hr 0,54; 95% Ci 0,41-0,71;  $P < 0,0001$ ) nei pazienti con mHspc.

Gli inibitori dei recettori degli androgeni (ARI) sono farmaci che bloccano l'azione degli androgeni, come il testosterone, legandosi ai loro recettori sulle cellule tumorali, impedendo così la crescita del tumore. Sono utilizzati principalmente nel trattamento del cancro alla prostata, in particolare nella forma resistente alla castrazione.

La terapia di deprivazione androgenica (ADT), o blocco androgenico, è un trattamento utilizzato principalmente per il cancro alla prostata e mira a ridurre o bloccare la produzione o l'azione degli androgeni che possono stimolare la crescita delle cellule tumorali. L'ADT può essere eseguita chirurgicamente o con farmaci e,

sebbene sia efficace nel rallentare o arrestare la progressione del cancro, può comportare effetti collaterali significativi.

La Darolutamide era già stata approvata (in più di 85 Paesi) per l'utilizzo nel cancro della prostata metastatico già trattato con deprivazione androgenica (Adt) e chemioterapia (doce-taxel) con nel cancro della prostata non metastatico resistente alla castrazione chimica.

Questa nuova indicazione: K prostata non metastatico già trattato con deprivazione androgenica (Adt), indipendentemente dalla resistenza alla castrazione chimica. È quindi la terza indicazione all'uso del farmaco.

I risultati dello studio Aranote dimostrano che darolutamide, associato alla sola terapia di deprivazione androgenica, prolunga la sopravvivenza libera da progressione di malattia e grazie alla sua ottima tollerabilità, permette ai pazienti di continuare la loro vita quotidiana con il minimo disagio.

La combinazione con darolutamide, infatti, non solo migliora il controllo della malattia, ma salvaguarda anche la qualità di vita con un profilo di tossicità molto limitato.

Nel 2024 in Italia sono state stimate circa 40.200 nuove diagnosi di tumore della prostata. Si tratta della neoplasia più frequente negli uomini nel

nostro Paese.

A livello mondiale il carcinoma della prostata è la seconda neoplasia più frequente nei maschi e la quinta causa più frequente di morte per cancro negli uomini.

Si stima che nel 2022, nel mondo, 1,5 milioni di uomini abbiano ricevuto una diagnosi di tumore della prostata e circa 397mila siano deceduti a causa di questa patologia.

In Europa nel 2022 sono stati stimati circa 474mila nuovi casi di carcinoma della prostata con circa 115mila decessi.

Le previsioni dicono che nel 2040 i pazienti con una diagnosi di neoplasia prostatica saranno 2,9 milioni.

Darolutamide è sviluppato congiuntamente da Bayer e Orion Corporation, un'azienda farmaceutica finlandese che opera a livello globale.

# Addio alle malattie ereditarie mitocondriali.

SONO GIÀ OTTO I BAMBINI NATI SANI DOPO TRASFERIMENTO GENETICO IN OVULI DI DONATRICE.

Un successo rivoluzionario nella medicina riproduttiva britannica annuncia la nascita di otto bambini sani, concepiti tramite una procedura pionieristica che combina il DNA di tre persone per prevenire la trasmissione dalle madri di malattie genetiche ereditate fino a ieri incurabili.

La notizia, attesa da tempo dalla comunità medica globale, segna un momento storico dopo che il Regno Unito ha modificato la legge nel 2015 per consentire tale procedura.

Le madri coinvolte presentavano tutte un alto rischio di trasmettere malattie potenzialmente letali ai loro bambini a causa di mutazioni nei loro mitocondri. Sebbene la stragrande maggioranza dei 20.000 geni umani si trovi nel nucleo cellulare, il citoplasma contiene centinaia o migliaia di mitocondri, che possiedono un proprio set di 37 geni.

Mutazioni in questi geni possono compromettere o disabilitare completamente i mitocondri, con effetti catastrofici. Circa un neonato su 5.000 nasce affetto da queste condizioni.

## Il trattamento di donazione mitocondriale

Il Trattamento di Donazione Mitocondriale (Mdt), come viene chiamata la procedura, mira a impedire che i bambini ereditino mitocondri mutati. Il processo prevede la fecondazione dell'ovulo della madre con lo sperma del padre, seguita dal trasferimento del materiale genetico dal nucleo in un ovulo sano di una donatrice, precedentemente privato del proprio nucleo. Ciò crea un ovulo fecondato con un set completo di cromosomi dai genitori biologici, ma con mitocondri sani forniti dalla donatrice. L'ovulo così trattato viene poi impiantato nell'utero per stabilire la gravidanza. Otto bambini, tra cui quattro maschi e

quattro femmine, inclusa una coppia di gemelli identici, sono nati da sette donne e non mostrano segni delle malattie mitocondriali che erano a rischio di ereditare. Un'ulteriore gravidanza è tuttora in corso. Il professor Doug Turnbull, membro del team che ha dedicato oltre due decenni allo sviluppo della procedura, ha espresso il suo sollievo, affermando che le nascite sane sono rassicuranti sia per i ricercatori che per le famiglie colpite. La professoressa Mary Herbert, un altro membro anziano del team, ha definito la nascita di otto bambini sani "gratificante per tutti noi".

Il successo dei primi otto bambini nati con questa procedura è stato descritto in due articoli del NEJM. Tutti e otto i bambini erano sani alla nascita. Uno di loro ha sviluppato un'infezione urinaria che è stata trattata con successo, e un altro ha manifestato contrazioni muscolari che si sono risolte spontaneamente. Un terzo bambino ha sviluppato alti livelli di grassi nel sangue e un disturbo del ritmo cardiaco, anch'esso trattato con successo.

I test genetici hanno rivelato evidenziato che i bambini presentavano livelli nulli o molto bassi di mitocondri mutati, probabilmente per una piccola quantità mitocondriale residua della madre trasportata durante la procedura. Sebbene questi livelli siano considerati troppo bassi per causare malattie, suggeriscono che la procedura potrebbe essere ulteriormente migliorata. Bobby McFarland, direttore del Nhs Highly Specialised Service for Rare Mitochondrial Disorders presso il Newcastle Hospitals Nhs Foundation Trust, ha dichiarato che "tutti i bambini stanno bene e continuano a raggiungere le loro tappe di sviluppo". Cinque dei bambini hanno meno di un anno, due hanno tra uno e due

anni, e l'altro bambino è più grande.

## Progressi nella fecondazione in vitro

È importante notare che alcune donne portatrici di disturbi genetici producono ovuli con livelli variabili di mitocondri difettosi. Per queste donne, una tecnica chiamata **test genetico preimpianto** (PGT) può essere utilizzata per selezionare ovuli per la fecondazione in vitro che hanno una probabilità molto bassa di trasmettere malattia. Tuttavia, altre donne non hanno questa scelta perché tutti i loro ovuli presentano alti livelli di mutazioni.

Il team di Newcastle ha riportato che 8 delle 22 donne (36%) che hanno ricevuto il trattamento Mdt sono rimaste incinte, così come 16 delle 39 donne (41%) che hanno utilizzato il PGT sono rimaste incinte. Le ragioni di questa differenza non sono chiare, ma alcune mutazioni mitocondriali potrebbero avere effetti a cascata sulla fertilità.

# Vibrio Vulnificus: batterio mangiacarne. Allarme dell'agenzia Usa Cdc:

Il Vibrio Vulnificus (batterio mangiacarne) è un nemico che fa sempre più paura con l'intensificarsi dei cambiamenti climatici. "A fronte dell'aumento delle temperature dell'acqua e degli eventi meteorologici estremi, associati al climate change (ondate di calore, inondazioni, forti tempeste), le persone a maggior rischio di infezione da Vibrio vulnificus, quelle con patologie pregresse come malattie epatiche, diabete e condizioni di immunocompromissione dovrebbero prestare attenzione quando svolgono attività in acque costiere".

Suona così l'ultima comunicazione ufficiale diffusa dai Cdc americani sul cosiddetto batterio mangiacarne, il Vibrio vulnificus, tornato sotto i riflettori per aver causato soltanto quest'anno già 4 morti in Florida, su un totale di 11 casi.

## Casi e sintomi della malattia

Nel 2023, alla luce di un incremento delle segnalazioni, i Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie

statunitensi avevano diramato un alert rivolto agli operatori sanitari e alla popolazione generale: all'interno della grande famiglia dei Vibrio, batteri che comprendono "una dozzina di specie patogene per l'uomo" e causano "circa 80mila casi l'anno di malattia negli Stati Uniti", il "Vibrio vulnificus - spiegavano - è noto per provocare infezioni potenzialmente letali. Ogni anno vengono segnalate ai Cdc circa 150-200 infezioni da Vibrio vulnificus e **circa 1 persona colpita su 5 muore**, a volte entro 1-2 giorni dall'aver contratto la malattia". Mentre per gli altri batteri Vibrio il contagio passa prevalentemente dall'alimentazione, il 'mangiacarne' "si trasmette principalmente attraverso **il contatto di ferite aperte con acqua salata** o salmastra", anche se "occasionalmente (nel 10% circa dei casi) il batterio può infettare chi consuma molluschi crudi o poco cotti. Non è stata segnalata la trasmissione da persona a persona", precisano i Cdc. La malattia ha "un periodo di incubazione breve",

avverte l'agenzia, e si caratterizza per **"un'infezione necrotizzante della pelle e dei tessuti molli, con o senza bolle emorragiche**. Molti pazienti con infezioni da Vibrio vulnificus necessitano di cure intensive o di rimozione chirurgica dei tessuti" andati in necrosi.

## Come si prende

Il Vibrio vulnificus prospera "nelle acque più calde, soprattutto durante i mesi estivi (da maggio a ottobre) e in ambienti marini a bassa salinità come gli estuari", descrivono i Cdc. "Negli Usa - riportano - le infezioni da Vibrio vulnificus sono state segnalate più comunemente negli stati costieri Golfo. Tuttavia, le infezioni da Vibrio vulnificus negli Stati Uniti orientali sono aumentate di 8 volte dal 1988 al 2018 e l'area geografica settentrionale interessata si è ampliata di 48 km all'anno", ammoniscono gli esperti che chiamano in causa l'emergenza climatica.

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

### OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

#### CONSULENZA 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.

## Concordato Fiscale 2025-26

Medici e dentisti hanno una nuova possibilità di fare un patto con il fisco (anche se questo non avrà effetti sui contributi previdenziali).

L'accordo può essere stipulato entro il 30 settembre 2025.

Il concordato preventivo biennale permette di sottoscrivere un patto tra professionisti e Agenzia delle entrate per stabilire in anticipo quante **tasse pagare sul biennio 2025-2026**.

La possibilità è aperta a chi non ha aderito al concordato lo scorso anno ed è titolare di partita Iva ordinaria (e cioè coloro che l'Agenzia delle entrate chiama "soggetti Isa", che applicano gli Indici sintetici di affidabilità). Possono aderire anche coloro che hanno partecipazioni in società soggette a Ires.

A differenza dello scorso anno sono **escluse le partite Iva con regime forfettario**.

### COME FUNZIONA

In sostanza, il nuovo concordato riprende in parte la logica di quello precedente. **Il fisco propone un reddito minimo da dichiarare per due anni**, per stabilire in anticipo la base imponibile ai fini delle imposte dirette e

dell'Irap (dove applicabile) e di usufruire di benefici fiscali e premiali in termini di controlli.

**Chi accetta** la proposta e aderisce al concordato preventivo **è escluso da alcuni accertamenti tributari** e gli **eventuali maggiori redditi** conseguiti durante il biennio 2025 e 2026 sono soggetti a un'**imposta sostitutiva che va dal 10 al 15 per cento**. Ma fino a una differenza di 85mila euro, oltre la quale la tassazione riprende dalle aliquote massime: Irpef al 43 per cento oppure Ires al 24 per cento.

### LA PROPOSTA VA CALCOLATA

L'Agenzia delle entrate non invia alcuna proposta ai contribuenti interessati. L'imponibile oggetto di un eventuale accordo va, invece, ricavato con un calcolo, attraverso un software dell'Agenzia delle entrate.

Viste le numerose clausole che determinano la possibilità di adesione ed esclusione dal concordato e la complessità dei passaggi per determinare il reddito oggetto dell'accordo con l'Agenzia delle entrate, la soluzione migliore rimane quella di **rivolgersi al proprio commercialista**. Questo

sia per capire a quanto ammonta il reddito minimo proposto dall'Agenzia delle entrate, sia per potere valutare, conti alla mano, se aderire convenga o meno.

In genere, stringere un accordo con il fisco potrebbe risultare conveniente nel caso in cui si preveda di avere un reddito effettivo maggiore rispetto a quello concordato con l'Agenzia delle entrate, per beneficiare di una tassazione agevolata (con aliquota dal 10 al 15 per cento) sulla parte eccedente, fino appunto a 85mila euro.

### LA PREVIDENZA NON CAMBIA

Dal punto di vista previdenziale, invece, aderire o meno al concordato preventivo non cambia nulla. Come era accaduto lo scorso anno, i medici e gli odontoiatri pagheranno comunque la Quota B sul reddito effettivamente prodotto e non sul reddito "proposto" dall'Agenzia delle entrate. In altre parole, **chi l'anno scorso ha aderito al concordato fiscale, nel modello D Enpam di quest'anno dovrà dichiarare il reddito effettivo**. Lo stesso accadrà nei prossimi anni.

ANTIOCO FOIS

## Diabete: aggiornata la Nota 100.

GLIFOZINE E GLIPTINE ORA PRESCRIVIBILI DAL MEDICO DI FAMIGLIA

Da luglio è entrato in vigore l'aggiornamento della Nota 100 dell'Aifa. Si estende così la prescrivibilità delle associazioni fisse o estemporanee dei farmaci appartenenti alle classi oggetto della nota stessa ai medici di medicina generale e a tutti gli specialisti del Servizio sanitario nazionale autorizzati. Per gli inibitori del Sglt2 e

gli inibitori del Dpp4, da soli o in associazione, è stata abrogata inoltre anche la scheda prescrittiva.

Gli **inibitori della DPP-4**, noti anche come **"gliptine"**, sono una classe di farmaci utilizzati nel trattamento del diabete di tipo 2. I nomi commerciali e i principi attivi più comuni sono: Sitagliptin (Januvia), Vildagliptin (Galvus),

Saxagliptin (Onglyza), Linagliptin (Trajenta) e Alogliptin.

Gli **Inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2)** noti anche come **"Glifozine"** comprendono Ertugliflozin, empagliflozin, dapagliflozin e canagliflozin. I nomi commerciali di questi farmaci includono: Forxiga (dapagliflozin), Invokana

(canagliflozin), Jardiance (empagliflozin), Synjardy (empagliflozin/metformina), Vokanamet (canagliflozin/metformina), Xigduo (dapagliflozin/metformina), Steglatro (ertugliflozin) e Segluromet (ertugliflozin/metformina). Le glifozine agiscono sui reni, inibendo il trasportatore SGLT2, che è responsabile del riassorbimento del glucosio nel sangue. Bloccando questo trasportatore, i farmaci aumentano l'escrezione di glucosio attraverso l'urina, riducendo così i livelli di zucchero nel sangue.

Oltre alla riduzione della glicemia, gli inibitori SGLT2 hanno dimostrato di avere importanti benefici cardiovascolari, come la riduzione del rischio di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca e la protezione renale, anche in pazienti non diabetici per cui il loro uso non è di sola pertinenza metabolica.

L'estensione della prescrivibilità di questi farmaci al MMG è stata accolta favorevolmente dal Segretario Nazionale FIMMG Vincenzo Scotti secondo il quale l'estensione della

prescrivibilità delle associazioni fisse o estemporanee dei farmaci in Nota 100, è un'ottima notizia per la salute di tutti quei pazienti con diabete tipo 2 che per un motivo o per l'altro sono seguiti esclusivamente dal medico di famiglia. Questo potrebbe rappresentare l'inizio della semplificazione burocratica, da anni richiesta da Fimmg, per migliorare non solo il controllo glicemico e metabolico e la compliance dei pazienti diabetici ma anche per diminuire il rischio cardiovascolare di chi diabetico non è".

## *Mamme, 480 euro anche alle dottoresse iscritte all'Enpam*

Le dottoresse iscritte all'Enpam che hanno due o più figli, possono ricevere il bonus mamme, che può arrivare a un massimo di 480 euro l'anno.

Il sostegno economico per le madri lavoratrici è di 40 euro al mese e può decorrere già da gennaio 2025.

L'ultima versione del decreto Omnibus 2025, pubblicato in Gazzetta ufficiale a fine giugno, ha introdotto il bonus, che sarà esentasse, non soggetto a prelievo contributivo e non rientrerà nel calcolo della situazione patrimoniale (Isee).

Hanno diritto ai 40 euro al mese le

professioniste iscritte all'Enpam con almeno due figli e con reddito da lavoro fino a 40mila euro annui. Per le professioniste con tre o più figli, è sufficiente che uno sia minorenne; chi ha due figli, invece, ha diritto al bonus solo se il più piccolo ha meno di 10 anni.

Unica eccezione: le dipendenti assunte a tempo indeterminato che hanno tre o più figli, le quali non possono chiedere il bonus perché hanno diritto a una misura più favorevole (una deduzione contribuzione fino a 3mila euro).

Il bonus non arriva in automatico, ma

deve essere richiesto dalle lavoratrici, secondo modalità che dovranno ancora essere precisate. Il bonus statale sarà versato materialmente dall'Inps, dunque è probabile che anche le iscritte Enpam dovranno fare domanda attraverso il sito dell'istituto pubblico. Le somme mensili o conteggiate sulla base delle frazioni di mese lavorato, verranno erogate in un'unica soluzione a dicembre 2025.

ANTIOCO FOIS

# Novità in ambito ECM: delibera Commissione ECM 3 luglio 2025

Più tempo per recuperare i crediti dei trienni passati, attivazione del sistema dei compensativi e una premialità confermata per i professionisti virtuosi.

Sono questi i punti principali della delibera che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha approvato il 3 luglio 2025, che risponde finalmente al punto rimasto aperto sulla compensazione dell'obbligo formativo passato.

**Una grande opportunità per i professionisti preoccupati per la loro situazione nei trienni precedenti** di recuperare la propria situazione formativa nella sua interezza.

Nulla cambia per la scadenza del triennio formativo attuale 2023-2025, che rimane fissa al 31 dicembre 2025. Triennio il cui completamento è dirimente per affrontare in sicurezza il 2026; infatti chi non avrà realizzato almeno il 70% dell'obbligo formativo del 2023-2025, rischierà di vedersi rifiutare la copertura assicurativa da parte della propria assicurazione in caso di contenzioso per responsabilità professionale, come stabilito dal decreto attuativo della Legge Gelli Bianco pubblicato a febbraio 2024.

## L'acquisizione dei crediti 20-22 e 23-25 e lo spostamento: art. 1

Il primo articolo della delibera stabilisce al 31 dicembre 2025 il termine

per acquisire i crediti mancanti per il triennio 2020-2022, oltre che per quello attuale (2023-25). Tutti i crediti acquisiti nel 2023-2025 potranno essere utilizzati per recuperare i debiti dei trienni passati. Il trasferimento dei crediti sarà poi ammesso fino al 30 giugno 2026.

## Crediti compensativi e in eccesso per i trienni passati, il regolamento: art.2 e 3

Il secondo e il terzo articolo regolano la certificazione e la compensazione dei crediti per i trienni passati. Si è stabilito che i crediti in eccesso acquisiti dal 2014 e fino alla fine del triennio 2026-2028 potranno essere valutati con la piattaforma Cogeaps e andranno automaticamente a compensare i debiti dei trienni passati dove presenti, senza bisogno che il professionista effettui manualmente lo spostamento crediti.

La metodologia, esemplificata nel testo, riporta una situazione simile:

- Situazione 2014-2016: +20
- Situazione 2017-2019: -40
- Situazione 2020-2022: -15
- Situazione 2023-2025: +50

In questo caso il saldo totale sarà di +15, ottenendo la certificazione del professionista per tutti i trienni pregressi.

Nel caso in cui il saldo totale tra i trienni dovesse essere negativo, il profes-

sionista dovrà recuperare il gap tramite crediti compensativi.

Dunque, i professionisti che risulteranno non certificabili nei trienni 2014-2016, 2017-2019 e 2020-2022 e non potranno contare sui crediti in eccesso, dovranno acquisire crediti compensativi derivanti da eventi ECM entro e non oltre il 31 dicembre 2028.

## Premialità: arriva il riconoscimento per i professionisti virtuosi: art. 4

Infine, il quarto ed ultimo articolo chiarisce la promessa di premialità, già anticipata dal presidente Cogeaps Roberto Monaco.

Si stabilisce che per tutti i professionisti sanitari virtuosi, che risultino in regola con l'obbligo formativo di tutti i trienni pregressi in data di pubblicazione della delibera (03/07/2025), si rilasci un bonus aggiuntivo di 20 crediti da imputare al triennio attuale 2023-2025, in scadenza il 31 dicembre.

Per i professionisti certificabili a partire dal triennio 2017-2019 o dal triennio 2020-2022, il bonus sarà invece rispettivamente di 15 e 10 crediti per ciascun triennio (23-25 e 26-28)

Obiettivo di questa norma è quello di favorire e avvantaggiare la regolarità della formazione e i professionisti certificabili nel tempo.

## Il ritorno delle Mutue

Cinquant'anni fa nasceva il SSN e finiva l'epoca delle mutue.

Prima di quella storica riforma il sistema sanitario italiano era basato su una forma di protezione assicurativo-previdenziale in cui il diritto alla tutela della salute era strettamente collegato alla condizione lavorativa.

La tutela della salute era connessa non all'essere cittadino, quanto all'essere lavoratore e per questo ad ogni specifica posizione lavorativa era associata la sua brava mutua che assicurava il lavoratore in caso di infortunio e/o malattia.

La prevenzione era un concetto lontano, ed ogni prestazione medica finalizzata in tal senso non era coperta dal sistema mutualistico.

Una delle pecche più clamorose del sistema, era però quella che se un soggetto era fragile, maggiormente esposto a malattie e rischi sociali,

difficilmente riusciva a inserirsi in un lavoro stabile e per questo non riusciva a costruirsi una posizione assicurativa, rimanendo, in tal caso, proprio perché malato, non coperto da una assicurazione contro la malattia.

Per poterlo curare si doveva ricorrere al Medico Condotta, che era il medico pagato dal Comune per assistere chi era malato ed indigente. In tal caso entrava nella lista dei poveri ed il Medico Condotta (pagato dal comune) era tenuto ad assisterlo gratis.

Le Casse Mutue erano nate tra le società operaie dell'800, quando i lavoratori salariati avevano iniziato ad associarsi e a mettere in comune le risorse per assicurarsi dai rischi della vita. Dopo l'intermezzo dell'era fascista, in cui le Società di Mutuo Soccorso furono poste sotto il rigido controllo dello Stato e del Regime, la loro funzione venne ripristinata alla fine del

conflitto mondiale.

Quando iniziai a farlo io, nel 1978, il medico che voleva lavorare per le mutue doveva presentare la sua offerta ad ogni singolo ente mutualistico e questo, nel momento che lo accettava lo rendeva conoscibile e quindi accessibile dai suoi iscritti.

Ogni Mutua aveva il suo "libretto" ed il suo ricettario, e siccome le mutue erano più di una (ne cito alcune: INAM, INPS, INAIL, INADEL, ENPAS, ENPALS, Coltivatori Diretti, Artigiani, Commercianti, etc. etc.) anche i ricettari erano diversi come diverse erano le prestazioni erogabili a carico della mutua.

Il sindacato dei medici che lavoravano con le Mutue si chiamava FIMM che stava per Federazione Italiana Medici Mutualisti.

Qui sotto una foto di un suo congresso nel 1973.





ha rivelato che quasi i due terzi degli Italiani lo giudicano inadeguato. Soprattutto per le lunghe liste d'attesa che di fatto lo rendono inaccessibile.

L'unico gradimento sarebbe rimasto quello per il Medico di Famiglia giudicato gradito, secondo un sondaggio SWG dal 61% degli intervistati.

Per porvi rimedio stanno, ora, arrivando le Mutue Integrative.

Da quel sindacato è poi nata la FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale).

Dopo anni di buon funzionamento le Mutue affrontarono una grave crisi finanziaria negli anni settanta. Crisi che di riflesso si ripercosse sugli ospedali (che allora erano pagati dalle mutue in base ai giorni di degenza, per cui rimanere in ospedale più del necessario era più la regola che l'eccezione) e quindi sugli assistiti.

Per sanarla, fu necessario il decreto legge n. 386 del 17 agosto 1974, "Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri", con cui lo Stato si accollò tutti i debiti delle mutue decretandone di fatto la fine che arrivò nel 1978 con l'Istituzione del SSN.

Finalmente per essere assicurati contro la malattia non serviva più essere un lavoratore. Con la nuova Legge (la 833 del 1978 approvata dal parlamento il 20 dicembre di quell'anno) il diritto alla Salute si estendeva, come regalo di Natale, a tutti gli Italiani, fossero essi lavoratori o pensionati, sani od invalidi.

E l'assicurazione non era più contro la malattia o l'infortunio, ma ad essere assicurata era la salute. Con la conseguenza che anche le prestazioni preventive per tutelarla diventavano erogabili come prestazione assicurata.

Fu un momento storico, come lo fu tutto quell'anno, con il paese impegnato in grandi riforme e la nostra

Nazionale a ben figurare ai mondiali di calcio battendo a Buenos Aires proprio l'Argentina che, ospitando i mondiali sul suo suolo nazionale, diventerà campione per la prima volta proprio quell'anno.

Il 28 gennaio veniva approvata la riforma Basaglia (entrata in vigore poi a maggio 1978) e venivano chiusi i manicomi.

Il 18 Maggio veniva approvata la Legge 194 che permetteva l'interruzione volontaria di gravidanza riconoscendo in tale ambito l'autonomia delle donne.

A luglio di quell'anno nasceva il primo bambino concepito "in provetta" con la fecondazione assistita.

A settembre veniva eletto Presidente della Repubblica Italiana Sandro Pertini

Ad ottobre veniva eletto Papa con il nome di Giovanni Paolo II il polacco Karol Wojtyła, primo papa non italiano dopo secoli.

A dicembre quella grossa novità. La nascita del SSN.

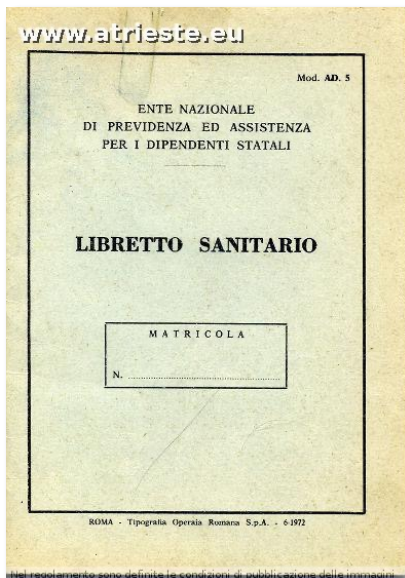
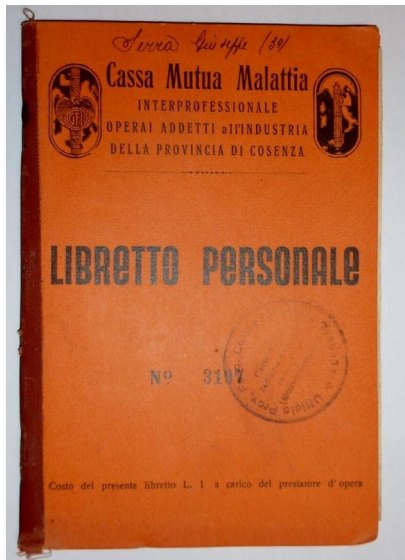
Dopo quasi 50 anni, però, sembra che qualcosa stia andando storto.

La gente mostra di non gradire più quella riforma. Ed una recente intervista sul gradimento dei cittadini nei confronti del SSN

Nel corso degli ultimi anni, il numero dei cosiddetti "fondi sanitari", che è in buona sostanza il nuovo nome dei sistemi mutualistici, è cresciuto dai 267 del 2010 ai 324 del 2023, andando a coprire quasi 16 milioni di iscritti.

Anche il nostro ente previdenziale, l'ENPAM, che era in passato la nostra mutua (ENPAM è l'acronimo di Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza Medici), ha capito che il vento sta cambiando e se da una parte ha creato e ci offre un fondo sanitario integrativo dedicato ai medici e ai loro familiari (Salute Mia) dall'altra ha investito una quota non indifferente del suo patrimonio in enti sanitari privati (possiede l'ospedale privato S. Giuseppe di Milano ed una quota del 5% del gruppo Garofalo che è proprietario di ben 37 strutture sanitarie private). In futuro quindi le strutture private andranno a coprire le esigenze che il nostro SSN non riesce più a garantire. Per potervi accedere, come negli





so e, alla fine, non sostenibile.

E tornerebbe allora reale la principale pecca delle mutue: l'esclusione dall'assistenza di chi è invalido, anziano e malato.

Il ritorno delle mutue, dunque, rischia di portarci indietro di 50 anni, riproducendo un modello che avevamo giudicato iniquo ed inadeguato nel 1978 decidendo di sostituirlo con quello attuale che, nonostante le sue tante pecche, è ancora l'unico in grado di garantire equità sociale. Se non funziona, non è colpa del modello in sé, ma del fatto che non viene finanziato a dovere.

E forse questa pecca non è del tutto casuale...

Per cui... difendiamolo e teniamocelo stretto! Sono ancora in tanti ad invidiarcelo.

In linea con quanto sopra ospitiamo in questo numero di Verona Medica due articoli che ben si correlano con l'argomento: si veda l'articolo vera e falsa prevenzione nella rubrica attualità e la recensione di "No tu no! Che fine fa un paese se la salute non è per tutti" nella rubrica libri ricevuti.

ROBERTO MORA

Stati Uniti, sta nascendo anche da noi un Welfare aziendale, che favorisce l'iscrizione dei propri dipendenti alle assicurazioni integrative che copriranno quello che il SSN non riesce più a garantire.

Questa formula di benefit è gradita ed in crescita, il 71% degli intervistati che già ne ha una, ha dichiarato di averne usufruito e tre su quattro (75%) di quelli che ancora non ne hanno una, affermano che vorrebbero fosse introdotta nel loro contratto aziendale. Avere i servizi sanitari inclusi nel contratto di lavoro sarebbe dunque una opzione interessante e gradita anche perché solo l'8% degli intervistati crede che in futuro il sistema pubblico

potrà continuare a rispondere ai loro bisogni di salute.

Mi aspetto che prima o poi una tale proposta "integrativa" sia offerta anche al personale dipendente SSN. Il che sancirebbe il fallimento di quanto si proponeva di fare la legge 833 del 1978: assicurare la salute di tutti.

Gli Italiani, insomma, sembrano rassegnati e si stanno augurando il ritorno delle Mutue.

Peccato che l'accesso ai "fondi sanitari" favorito dal contratto di lavoro valga per chi sta lavorando, per chi è giovane e sano.

Da quel modello risulterebbero esclusi, invalidi, anziani e malati, per i quali accedervi risulterebbe difficile, costo-

# La prossima Pandemia



Una nuova pandemia non è una minaccia ma un'ipotesi che dobbiamo ritenere probabile ed inevitabile. Non arriverà tra 100 anni, ma ben prima. A lanciare l'allarme è stato il professor Ibrahim Abubakar, docente di malattie infettive presso l'University College London, durante un incontro del Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite (ECOSOC). La prossima pandemia "non è una questione di se, ma di quando", ha dichiarato, sottolineando come i sistemi sanitari mondiali siano ancora pericolosamente frammentati e per questo inadeguati ad affrontare un fenomeno come le pandemie, per loro natura transnazionali. "Le malattie infettive non riconoscono i confini nazionali. Per questo i sistemi sanitari devono garantire equità, dignità e accesso universale, ma devono soprattutto avere la **flessibilità necessaria per attuare politiche al di là delle frontiere.**"

"Quando la prevenzione funziona bene, i risultati tangibili spesso non si vedono. E questo rende ciechi gli investitori politici che hanno un approccio ancora prevalentemente reattivo alle sfide sanitarie globali". La prevenzione ha dei costi che non possono essere valutati sino a quando non se ne potranno misurare i benefici confrontandoli con quelli di una sua mancata attuazione.

Oggi, in un mondo globalizzato ed interconnesso dove si viaggia dalla Cina in Europa in meno di 12 ore, **nessuno**

Stati membri in caso di emergenze sanitarie e pandemie.

Val la pena ricordare che nel 2021 era stata proprio l'Italia, assieme ad altri paesi, all'indomani del dramma pandemico Covid che ci aveva colpiti, a chiedere all'OMS una revisione del piano pandemico mondiale.

Quella emergenza aveva svelato che il nostro piano pandemico nazionale era datato e inadeguato alle sfide della pandemia (mancavano le scorte di disinfettanti e mascherine). Per questo era necessario prevedere in futuro una sua revisione regolare, cosa che non sta accadendo neanche adesso (quello attuale è scaduto e quello nuovo deve ancora arrivare).

Il nostro Ministro della salute **Orazio Schillaci**, con una lettera ufficiale del 18 luglio al direttore generale dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha comunicato che l'Italia non intende aderire a quel regolamento, che rappresenta la porta d'ingresso al Piano Pandemico Mondiale.

Il nodo, ha scritto, è quello della **"tutela della sovranità sanitaria nazionale"**.

Analoga la posizione degli Stati Uniti, che hanno rigettato gli emendamenti parlando di "violazione della sovranità americana".

**può pensare di salvarsi da solo.**

All'ultima riunione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'Italia non ha dato la sua adesione agli emendamenti al Regolamento Sanitario Internazionale (RSI) dell'OMS che introduce regole più stringenti per gli

Come al solito la discussione su tale decisione ha assunto la connotazione della contrapposizione politica, ed anziché discutere della correttezza scientifica di tal decisione si sta discutendo dell'amicizia (e del sospetto asservimento) tra il nostro primo Ministro Meloni e Trump.

Ricordo che gli emendamenti proposti dall'OMS all'RSI prevedono una nuova definizione di 'emergenza pandemica', una maggiore dinamicità delle misure emergenziali avanzate dall'OMS, nuovi organismi di coordinamento tra le nazioni aderenti con misure vincolanti in caso di pandemia, ed un nuovo modello di certificato internazionale. Si punta insomma ad una preparazione sistemica che implica investimenti non solo in fase emergenziale.

Le modifiche dell'RSI dovrebbero entrare in vigore il 19 settembre 2025, tranne che per quelle Nazioni che avranno notificato al direttore generale dell'Oms la loro decisione di rifiutarle o di formulare delle riserve al piano proposto.

E questo è quanto ha fatto l'Italia in compagnia degli USA. Il cui Ministro della Sanità, Robert Kennedy Jr, noto per le sue posizioni a favore dei no-vax, si trova, ora, a dover gestire una "emergenza" morbillo provocata dall'estendersi in quel paese della mancata immunità vaccinale a quella malattia.

La posizione degli USA va, però, anche oltre.



L'amministrazione Trump, sostenendo che l'OMS sarebbe troppo accomodante nei confronti della Cina, ha infatti deciso l'uscita degli Stati Uniti da quella organizzazione a partire dal 2026.

Forse che Trump, dopo aver proposto di trattare il Covid con iniezioni endovenose di disinfettanti, sta pensando di imporre dazi sull'importazione di malattie infettive?

Speriamo che l'Italia non pensi di seguirlo anche in questo!

Gli occhiali del sovranismo sono rischiosi da indossare quando si affrontano questi temi!

Ma per tornare a parlare di cose serie... come medici dobbiamo ribadire che la salute non ha colori politici. Che è una cosa troppo seria per lasciarla gestire da persone che hanno come primo obiettivo quello del con-

senso elettorale.

Per farlo dobbiamo ribadire che la scienza non si modella con quei parametri, come la velocità della luce non si stabilisce per alzata di mano.

Per questo, se non vogliamo esser tacciati, domani, di noncuranza e disattenzione, dovremmo, forse, pensare ad imbastire qualche forma di protesta ufficiale.

ROBERTO MORA

## *Regolamento sanitario internazionale (RSI), l'Oms: "Nessuna imposizione, Stati autonomi"*

"Il Regolamento sanitario internazionale, i suoi emendamenti e l'Accordo sulle pandemie sono stati tutti proposti, negoziati e adottati dai nostri Stati membri", perché "è così che funziona l'Oms: appartiene ai Paesi, a tutti i 194 Stati membri". Inoltre, "l'Organizzazione mondiale della sanità non ha l'autorità di dire ai Paesi cosa fare. Non possiamo imporre divieti di viaggio, lockdown, obblighi vaccinali o qualsiasi altro tipo di misura. Né cerchiamo di farlo. Questo è chiaramente stabilito nel nostro documento fondativo, la Costituzione dell'Oms". Lo ha precisato oggi Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'agenzia delle Nazioni Unite per la sanità, che nel periodico briefing con

la stampa ha voluto "spendere qualche parola sulle recenti affermazioni riguardanti l'Oms, l'Accordo pandemico e gli emendamenti al Regolamento sanitario internazionale" rigettati dall'Italia, e dagli Usa.

"Il nostro compito - ha spiegato il numero uno dell'agenzia ginevrina - è fornire raccomandazioni e linee guida basate sull'evidenza e supportare i Paesi nella protezione e nel miglioramento della salute delle loro popolazioni. Ma come e se i Paesi implementeranno tali raccomandazioni è sempre stato e sempre dipenderà da loro, in base alle loro linee guida e norme nazionali. Questo vale per tutto ciò che facciamo - ha puntualizzato il Dg - che si tratti di linee guida

per smettere di fumare, di una migliore alimentazione o di prevenire e affrontare le malattie". Dunque "questo principio si applica anche al Regolamento sanitario internazionale", tanto che "il nuovo Accordo sulle pandemie contiene una sezione dedicata che lo specifica chiaramente: l'articolo 22".

Il direttore generale dell'Oms ha tenuto a chiarire anche un altro punto: "Disponiamo di un quadro molto chiaro e completo per tutelarci dall'indebita influenza delle case farmaceutiche e di altre entità del settore privato. Certo, collaboriamo con loro come dovremmo fare, ma disponiamo di garanzie molto chiare sviluppate con i nostri Stati membri".

FONTE ADNKRONOS

## **VENETO: PROPOSTA DI LEGGE STATALE PER SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA GENERALE**

*E' stata approvata all'unanimità dal Consiglio regionale del Veneto una proposta di legge statale per l'istituzione della specializzazione universitaria in Medicina generale, presentata dal gruppo del Partito democratico.*

*In Veneto il 41% delle borse di formazione in Medicina generale è rimasto scoperto, con 102 posti vacanti su 248. Secondo i dati Agenas, entro il 2025 si prevede un saldo negativo tra pensionamenti e nuovi ingressi di 156 medici. Ad oggi vi sono 1.943 incarichi vacanti, e dal 2020 e il 2024 è stato perso l'11% dei medici di base. Con l'approvazione della legge, la Regione chiede al Parlamento di istituire una specializzazione universitaria in Medicina generale, al fine di equiparare le borse di studio a quelle delle altre specializzazioni; rendere la professione più attrattiva per i giovani medici; favorire l'accesso alla carriera pubblica per i medici del territorio.*

## *Morbillo: record di casi negli USA. Ma il no vax Kennedy minimizza*

Il morbillo, che negli Stati Uniti aveva raggiunto grazie al vaccino l'immunità di gregge intorno al 2000 ed era di fatto scomparso, negli USA è tornato, con un'ondata di infezioni mai vista da trent'anni a questa parte. La contea di Gaines, in Texas, per esempio, sta vivendo il suo anno peggiore con un totale di 1.288 casi.

Quest'anno, negli Stati Uniti, si sono già verificati tre decessi, tutti tra non vaccinati: due bambini in età scolare in Texas (dove un'importante epidemia di morbillo ha imperversato tra la fine dell'inverno e la primavera) e un adulto nel New Mexico. Altri Stati con focolai attivi includono Arizona, Colorado, Georgia, Illinois, Iowa, Kansas, Michigan, Montana, New Mexico, North Dakota, Oklahoma e Utah. Il Missouri ha confermato il suo primo focolaio il 3 luglio. E c'è anche il Canada: in Ontario, 2.223 casi da metà ottobre al 2 luglio, con un neonato

morto. L'attuale ministro della Salute Robert F. Kennedy Jr. (una delle numerose nomine irrisultate di Donald Trump: è avvocato, non medico, e da anni presiede un'associazione di fatto antivaccinista), ha rilasciato diverse dichiarazioni in merito alle epidemie di morbillo del 2025, a volte contraddittorie. Una selezione: «Il morbillo merita meno attenzione di altre malattie croniche»; «ogni bambino che contrae il morbillo finisce sui titoli dei giornali. Quando ero bambino, c'erano 2 milioni di casi di morbillo all'anno e nessuno ne scriveva» (prima dei vaccini da 400 a 500 persone, quasi tutti bambini, morivano di morbillo negli Stati Uniti ogni anno, 48.000 finivano in ospedale e circa un migliaio venivano colpite da encefalite) «la posizione del governo federale, la mia posizione, è che le persone dovrebbero vaccinarsi contro il morbillo, ma il governo non dovrebbe imporlo»; «l'efficacia

del vaccino contro il morbillo si attenua molto rapidamente e la sicurezza del vaccino combinato MPR (Morbillo-Parotite-Rosolia) non è mai stata testata». Due affermazioni, queste ultime, palesemente false, smentite da decenni di studi. «Le mie opinioni sui vaccini sono irrilevanti» (eppure è lui la più alta carica governativa in materia di salute nella prima economia del mondo). Kennedy è uno dei sostenitori (la tesi pilastro del movimento no-vax) dell'idea che ci sia un legame tra vaccini e autismo, uscita nel 1998 da uno studio fraudolento (poi ritrattato e ritirato) di un medico radiato, realizzato osservando 12 bambini. Da allora, studi su larga scala che hanno coinvolto centinaia di migliaia di bambini alla volta (650 mila, 357 mila, etc.) hanno regolarmente smentito quella tesi, confermando l'efficacia e la sicurezza dei vaccini MPR.

## *La prevenzione è fatta soprattutto da vaccinazioni*

A Firenze, una bimba di 19 mesi è finita in fin di vita in ospedale (al Meyer), ricoverata in rianimazione ed intubata. Aveva una polmonite bilaterale da Morbillo, e non era stata vaccinata.

Ce ne sarebbe a sufficienza, a parere mio, per accusare i genitori di lesioni colpose (di omicidio colposo se fosse deceduta), ma si sa, in Italia ed in tanti altri paesi, il rifiuto vaccinale non è reato.

Rifiuto, che è un fenomeno solo nei

paesi sviluppati, non lo è in quelli economicamente poveri, dove la vaccinazione non è obbligatoria ma è possibile solo per chi ha la capacità di andarsela a ricevere.

"Quello che è successo a una bambina di 19 mesi", colpita da "una forma grave di morbillo" e ricoverata per 10 giorni in rianimazione al Meyer di Firenze, "può far capire alla gente che il morbillo è tutt'altro che una malattia infettiva tranquilla. Qualcuno dice:

"negli anni '70 noi l'abbiamo fatta in piedi". Sì, perché non c'era la vaccinazione, quindi non c'era modo di prevenirla, ma nei bambini un caso su 12 ha la polmonite ed è tantissimo. Su 100 bambini vuol dire che potenzialmente 8 possono avere la polmonite, possono avere l'encefalite, possono avere delle gravi complicanze. Quindi bisogna tornare a parlare di vaccinazioni". È il monito lanciato dall'infettivologo Matteo Bassetti, che

all'Adnkronos Salute ha commentato il caso della bimba di meno di 2 anni che ha rischiato la vita per una complicazione da morbillo, finendo anche intubata.

"Sembra che ci sia paura di parlare delle vaccinazioni anche a livello politico istituzionale e questo non è una bella cosa - osserva il direttore di Malattie infettive dell'ospedale Policlinico San Martino di Genova - Devo dire che sono rimasto un po' colpito: agli

Stati generali della prevenzione" che si sono svolti a Napoli "avrei visto al primo posto la priorità di parlare delle vaccinazioni, dell'importanza dei vaccini per i bambini, per gli adulti, per gli anziani, per gli immunodepressi. Invece non l'ho visto e questo spero che non sia un segnale. Io mi auguro che si voglia tornare a parlare di vaccinazioni in questo Paese".

"Credo - conclude - che la prevenzione sia fatta certamente di scre-

ening oncologici e di stili di vita, ma la prevenzione è fatta tanto anche di vaccini. **Bisogna tornare a parlare di vaccinazioni.** Tornare a parlarne a livello ministeriale, a livello governativo. Avrei visto molto bene tutto questo. Torniamo a parlarne - è l'appello - perché stiamo andando veramente indietro come i gamberi".

## Vera e finta prevenzione

In un momento di grave sofferenza del Servizio Sanitario Nazionale, dove le lunghe liste d'attesa costringono molti cittadini a rinunciare ad accertamenti essenziali è davvero intollerabile assistere alla crescente diffusione di test di diagnosi precoce che alimentano gli sprechi, senza garantire alcun beneficio per la salute, nell'indifferenza delle istituzioni sanitarie.

Sempre più spesso laboratori, cliniche private, farmacie, società scientifiche, assicurazioni sanitarie integrative, anche all'interno di accordi **nell'ambito del welfare aziendale**, offrono a pagamento o gratuitamente, senza la prescrizione di un medico, "pacchetti prevenzione": un insieme di esami ematochimici, accertamenti strumentali e visite specialistiche, spacciando per prevenzione gli screening, i check-up e la diagnosi precoce.

Il messaggio, che viene veicolato con espressioni seducenti, consiste nel far credere che, sottoponendosi ad esami periodici a prescindere dallo stato di salute, si può individuare la presenza di una malattia prima che provochi manifestazioni cliniche. In tal modo si potrà iniziare un trattamento che eviterà la comparsa di sintomi e complicanze. Idea suggestiva senza dubbio, ma anche troppo semplice per sfidare la complessità biologica dell'interazione tra l'organismo e le malattie.

Con questo documento non si vuole

mettere in discussione l'utilità di eseguire esami mirati per indagare particolari condizioni o fattori di rischio di singoli pazienti in base alle specifiche indicazioni cliniche, ma la ricerca sistematica, indifferenziata e generalizzata di eventuali indicatori di malattie.

### Screening o diagnosi precoce

Nel capitolo "Screening e diagnosi precoce" del testo di Slow Medicine "Le parole della medicina che cambia" Antonio Bonaldi spiega *"La diagnosi precoce si basa sull'assunto (sbagliato) che tutte le malattie progrediscono da una fase asintomatica, caratterizzata da minime alterazioni biologiche, fino ad uno stadio di malattia conclamata. Perciò, tanto prima riconosciamo la malattia, tanto più semplice ed efficace sarà la cura. Il problema, però, è che non tutte le malattie seguono un percorso così lineare: in alcuni casi, evolvono lentamente, in altri presentano un andamento tumultuoso e incontrollabile, in altri casi ancora (la maggioranza) regrediscono in modo spontaneo (vis sanatrix naturae).*

*I fattori in gioco sono tanti, e nessuno al momento è in grado di prevedere quello che succederà nel singolo caso.*

*[...] Molte persone, però, non hanno alcuna consapevolezza che la ricerca di malattie in soggetti asintomatiche potrebbe avere delle conseguenze*

*negative. In genere le informazioni tendono ad esaltare i benefici e a sottovalutare i danni associati agli screening e nessuno parla dei rischi correlati a un eccesso di diagnosi"* <sup>(1)</sup>

### I "pacchetti prevenzione"

I "pacchetti prevenzione" possono riguardare genericamente la salute dell'uomo o della donna (di base o estesi, per individui giovani o anziani), la nutrizione, il benessere, l'Alzheimer, la stanchezza, la sindrome metabolica, l'identificazione di intolleranze nascoste, la salute sessuale, patologie della pelle o dell'apparato digerente, della vista, del sistema endocrinologico. Vengono presentati con attraenti dépliant che sollecitano la preoccupazione per la possibile comparsa di malattie anche in persone apparentemente sane. Come per qualunque prodotto in vendita, alcuni offrono pagamenti rateizzati e sconti se si "mettono nel carrello" più pacchetti. Scegli, paghi, ottieni una sorta di certificato di buona salute o un segnale di pericolo che richiederà visite e ulteriori accertamenti. Se i risultati appaiono "normali" si può continuare a fumare, a mangiare prodotti ultra-processati, a seguire diete sbilanciate, a consumare cibi troppo dolci o troppo salati, a bere bevande alcoliche, a evitare di svolgere attività fisica.

### Screening utili

Nell'ambito della diagnosi precoce, nonostante la vasta offerta di test diagnostici, quelli sicuramente utili per finalità preventive non sono molti. A titolo esemplificativo si possono ricordare le indicazioni dell'US Preventive Services Task Force <sup>(2)</sup>, una commissione di esperti che propone raccomandazioni relative alle misure di prevenzione, sulla base di una rigorosa e trasparente valutazione delle migliori conoscenze scientifiche disponibili. Secondo questo organismo, le patologie per le quali ci sono prove certe che gli screening garantiscano benefici, oltre agli screening neonatali e all'ipertensione arteriosa a partire dai 18 anni, sono: il cancro della cervice uterina per le donne da 21 a 65 anni, il cancro del colon da 50 a 75 anni e il cancro del seno da 50 a 74 anni. Per poche altre procedure abbiamo a disposizione molti dati scientifici che non sono dirimenti. Le innumerevoli e variegiate proposte di controlli offerti come "preventivi" non si basano su valide prove scientifiche, si rivolgono, per lo più, a persone in grado di pagare le prestazioni o a persone attente alla propria salute e quindi a minor rischio di ammalarsi. Suscita pertanto notevole perplessità che laboratori, cliniche e farmacie, deputate a curare le malattie e a migliorare la salute, si facciano capillarmente promotrici di una serie di prestazioni sulla popolazione sana, a prescindere dalla loro reale efficacia, spacciandoli viceversa come coerenti con le linee guida di società scientifiche nazionali e internazionali.

### Screening fuorvianti e pericolosi

Gli screening non riducono il rischio di ammalarsi. Eseguire screening induce l'illusione che i controlli periodici possano ridurre il rischio di ammalarsi, ma non c'è alcuna prova scientifica che uno solo di questi "pacchetti" offra qualche vantaggio. Un gruppo di ricercatori danesi ha individuato 15 ricerche randomizzate nelle quali era stato confrontato un gruppo di adulti sottoposti a screening con un gruppo di controllo. Sono state seguite per 4-30 anni 251.891 persone riscontrando 21.535 decessi. "Gli screening hanno un'influenza scarsa o nulla sul rischio di morte per qualsiasi causa

(evidenza di elevata certezza), o sul rischio di morte per cancro (evidenza di elevata certezza), e probabilmente hanno un'influenza scarsa o nulla sul rischio di morte per cause cardiovascolari (evidenza di moderata certezza). Allo stesso modo, i controlli sanitari hanno un'influenza scarsa o nulla sulle malattie cardiache (evidenza di elevata certezza) e probabilmente hanno un'influenza scarsa o nulla sull'ictus (evidenza di moderata certezza)"<sup>(3)</sup>.

Investendo tempo e risorse per individuare precocemente qualche malattia, si rischia di trascurare l'adozione di corrette abitudini di vita (prevenzione primaria) che hanno dimostrato di ridurre il rischio di patologie metaboliche, eventi cardiovascolari e tumori.

### Gli screening non forniscono risultati oggettivi

Contrariamente a quanto si pensi, qualunque esame fornisce una quota di risultati errati o imprecisi. Se il risultato è erroneamente normale (falso negativo) non ci preoccupiamo, ma verrà ritardata la diagnosi; se invece è erroneamente anomalo (falso positivo) dovrà essere ricontrollato <sup>(4)</sup>. Si innesca così un viaggio di esami prescritti solo per controllare quelli precedenti: la cosiddetta sindrome di Ulisse <sup>(5)</sup>. L'eroe acheo arrivò sano e salvo a Itaca dopo un viaggio di 10 anni; molte persone invece, alla fine del viaggio diagnostico, possono aver subito conseguenze più o meno invalidanti. Tanto maggiore è la percentuale di falsi positivi individuati con lo screening, tanto maggiore è il numero di persone sane sottoposte al rischio di ulteriori procedure inutili (biopsie, esami radiologici ecc.) o a inutili trattamenti che verranno chiamati "preventivi".

### Un eccesso di diagnosi può essere dannoso

Uno dei problemi più rilevanti associati agli screening è quello della sovra-diagnosi, cioè l'individuazione e la cura di lesioni di incerto significato clinico o a lenta evoluzione che non si sarebbero mai manifestate nel corso della vita. Infatti, tanto più una malattia viene individuata in una fase iniziale del suo decorso tanto minore è la capacità della scienza di predir-

ne l'evoluzione: cioè di differenziare i casi di malattia che rimarranno silenti per tutta la vita da quelli destinati a progredire. In considerazione, quindi, dell'incapacità di prevederne l'evoluzione naturale, tutti i casi di malattia saranno trattati, più o meno allo stesso modo.

Questo fenomeno, assai diffuso in medicina, è particolarmente temibile, perché da un momento all'altro trasforma soggetti sani in malati bisognosi di cure, esponendoli agli effetti collaterali dei farmaci e ai rischi associati alle terapie a cui saranno inutilmente sottoposti. Oltretutto nessuno potrà mai riconoscere di essere stato curato invano perché sarà portato ad attribuire la guarigione alle cure ricevute.

Così, paradossalmente, tanto più numerosi sono i casi sovra-diagnosticati, quelli cioè che non si sarebbero mai manifestati, tanto maggiore sarà il merito attribuito all'intervento (*il paradosso della popolarità* - <sup>(6)</sup>).

In questi casi l'esperienza personale e gli aneddoti sono ingannevoli. Per stabilire l'efficacia di un test diagnostico utilizzato con finalità preventive e stimare l'entità della sovradignosi bisogna, infatti, eseguire appropriati studi scientifici: non ci sono facili scorciatoie <sup>(7)</sup>.

### Gli screening sono redditizi per chi li vende

I "pacchetti preventivi" vengono proposti e pubblicizzati perché sono redditizi per chi li propone; in molti casi, infatti, gli screening avviano una proficua filiera di ulteriori esami di controllo che possono essere eseguiti a pagamento o a carico del SSN negli stessi laboratori, quando siano convenzionati.

### Gli screening inutili rappresentano uno spreco di risorse

Numerose ricerche svolte da economisti sanitari dimostrano che circa il 30% della spesa sanitaria, quello cioè che i cittadini pagano di tasca propria, che le assicurazioni rimborsano o che il Sistema Sanitario Nazionale finanzia, è sprecato. Soldi che non producono salute, ma tutt'al più rassicurano se non provocano danni <sup>(8)(9)</sup>. Nell'ambito della campagna *Choosing Wisely Italy* <sup>(10)</sup>, inserita nel movi-

mento internazionale e coordinata da Slow Medicine ETS, le società scientifiche italiane hanno definito 129 raccomandazioni (il 40% del totale) relative a test diagnostici che non sono necessari e possono apportare danni ai pazienti, di cui 42 esami di imaging e 62 esami di laboratorio.

### Dove sono le istituzioni pubbliche e le Società scientifiche?

In un momento di grave sofferenza del Servizio Sanitario Nazionale, dove le lunghe liste d'attesa costringono molti cittadini a rinunciare ad accertamenti essenziali è davvero intollerabile assistere alla crescente diffusione di test di diagnosi precoce che alimentano gli sprechi, senza garantire alcun beneficio per la salute, nell'indifferenza delle istituzioni sanitarie. Anzi, in alcuni casi sono addirittura le strutture pubbliche e le Società Scientifiche che, con l'intento di dimostrare la loro sensibilità al tema della prevenzione, propongono giornate di libero accesso a controlli preventivi del tutto inutili e in alcuni casi perfino altamente dannosi, come lo screening ecografico della tiroide. Certo, le persone hanno il diritto di spendere i soldi come meglio credono ma, in campo sanitario, le istituzioni pubbliche, a cui è affidata la tutela della salute, dovrebbero proteggerle dalla diffusione di pratiche ingannevoli e potenzialmente dannose, che alimentano il consumismo sanitario e il mercato della salute.

Al riguardo va segnalata la lodevole iniziativa dell'Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano (ATS) che ha invitato tutte le strutture sanitarie private ad offrire solo prestazioni sanitarie che rispettino «i principi di appropriatezza clinica e siano basate su evidenze scientifiche consolidate, evitando di «diffondere messaggi pubblicitari suscettibili di promuovere il consumismo

sanitario» e di fare «indebite pressioni prescrittive» nei confronti dei medici di medicina generale, che possono portare a «oneri impropri» a carico del Servizio sanitario nazionale <sup>(11)</sup>. Anche alcune Società Scientifiche come la Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio (SIPMeL) nell'ambito del progetto Choosing Wisely Italy <sup>(12)</sup> raccomandano di «non richiedere e non eseguire esami di laboratorio di routine e di screening senza un chiaro quesito clinico» specificando che l'inappropriatezza determina conseguenze negative legate all'errore interpretativo e riscontri incidentali con successivi interventi non necessari, sovraccarico di lavoro del personale, costi diretti e indiretti con aumento di emissioni di gas serra, rifiuti ed inquinamento idrico e atmosferico» Con questo documento, nell'esclusivo interesse dei pazienti e a salvaguardia del Servizio Sanitario Nazionale, intendiamo sottolineare le illusorie attese di salute riposte negli screening, invitando le istituzioni sanitarie pubbliche, le organizzazioni sindacali e le Società Scientifiche a non promuovere alcuna iniziativa finalizzata all'esecuzione di test diagnostici con finalità preventive al di fuori degli screening di riconosciuta efficacia e ad intervenire in maniera decisa nei confronti di tutti coloro che con messaggi accattivanti e ingannevoli illudono le persone di poter tutelare la propria salute, sottoponendosi ad una serie di test diagnostici e di visite specialistiche di nessuna utilità pratica e potenzialmente dannosi.

Il Direttivo di Slow Medicine ETS, con il contributo di

ANTONIO BONALDI, ENRICO MORELLO,  
MARCO GEDDES DA FILICAIA,  
SANDRA VERNERO, ALFREDO ZUPPIROLI.

### Riferimenti

- (1) Bert G, Bobbio M, Bonaldi A, Domenighetti G, Gardini A, Quadri S, Venero S. Le parole della medicina che cambia. Un dizionario critico. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma 2017
- (2) <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>
- (3) Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.
- (4) Nguyen LT, Sullivan CT, Makam AN. The diagnostic cascade of incidental findings. A teachable moment. JAMA Intern Med 2015; 175: 1089-90.
- (5) Rang M. The Ulysses syndrome. Can Med Assoc J 1972; 106: 122-3.
- (6) Raffle AE, Muir Gray JA. Screening. Evidence and practice. New York, NY: Oxford University Press; 2007.
- (7) Bonaldi A. Salute medicina e dintorni. Edizioni Torri del Vento 2023.
- (8) Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US Health Care System: Estimated Costs and Potential for Savings. JAMA. 2019; 322: 1501-1509. doi: 10.1001/jama.2019.13978.
- (9) Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA. 2012; 307:1 513-6. doi: 10.1001/jama.2012.362.
- (10) <https://choosingwiselyitaly.org/>
- (11) [https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/25\\_maggio\\_07/milano-il-richiamo-dell-ats-agli-ospedali-privatificate-solo-esami-medici-appropriati-no-al-consumismo-sanitario-e691f635-0358-47e2-8d29-8f85e7d6f1k.shtml](https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/25_maggio_07/milano-il-richiamo-dell-ats-agli-ospedali-privatificate-solo-esami-medici-appropriati-no-al-consumismo-sanitario-e691f635-0358-47e2-8d29-8f85e7d6f1k.shtml)
- (12) <https://www.slowmedicine.it/choosing-wisely>

Fonte :  
SaluteInternazionale  
<https://www.saluteinternazionale.info>

# Morire di fame a Gaza

A Gaza migliaia di bambini stanno morendo e un numero ancora maggiore è destinato a perire per mancanza di cibo. Circa 71000 bambini di età inferiore ai 5 anni potrebbero essere gravemente malnutriti nei prossimi 11 mesi, e uno su cinque di questi potrebbe andare incontro a una grave malnutrizione acuta. L'intera popolazione è a rischio di carestia, soprattutto dopo il blocco degli aiuti che è durato dal 2 marzo al 19 maggio 2025.

L'inasprimento del conflitto in Medio Oriente aggiunge ulteriore urgenza alla situazione e non deve distogliere l'attenzione dalla crisi umanitaria a Gaza. È necessario un cessate il fuoco affinché tutti possano riprendere le loro vite. La pace è la migliore medicina <sup>(1)</sup>.

Il mese scorso, un bambino di Philadelphia ha ricevuto un trattamento calibrato sul suo codice genetico che gli ha permesso di guarire da una malattia che lo metteva in pericolo di vita. Eppure, in un'epoca di progressi scientifici così sbalorditivi, altrove i bambini soffrono per la mancanza del più elementare dei beni: il cibo.

Recentemente, ho appreso della storia di Jenan, un bambino di 4 mesi, e di Aya, la sua mamma. La nostra équipe ha parlato con Aya in una clinica di Gaza, dove la donna stava cercando di curare la diarrea e la malnutrizione acuta che Jenan sta affrontando da tre mesi.

Più tardi, quel giorno, Aya si è svegliata e ha scoperto che il suo bambino era morto al suo fianco. Gli integratori alimentari a base di lattosio di cui aveva bisogno non erano disponibili. Alla fine, la combinazione di malnutrizione e diarrea è stata letale.

Come dimostrano questa e altre innumerevoli storie tragiche, quando il cibo scarseggia, i bambini sono esposti a un rischio maggiore di morire di fame rispetto agli adulti. Per far crescere i loro giovani corpi, hanno bisogno di più nutrienti, ma hanno meno riserve a cui attingere. Senza cibo nutriente,

diventano più vulnerabili alle malattie che li circondano, come il morbillo, la polmonite e la diarrea. Quando sono già deboli a causa della malnutrizione, la loro capacità di assorbire i nutrienti è ridotta. I loro sistemi si bloccano, non sono in grado di utilizzare le energie limitate per rispondere alle infezioni, creando un circolo vizioso. L'impatto si fa sentire anche prima che compaiano i segni visibili, come gli occhi bruciacchiati e la pelle scarnificata, segni che sono ben noti grazie alle immagini di precedenti carestie, anche nel mio Paese, l'Etiopia.

In questo momento, a Gaza, ci sono bambini con questi segni che spezzano il cuore: ci sono infatti bambini che sono magri come scheletri; ce ne sono altri senza questi segni visibili, ma che sono già malnutriti. Genitori disperati portano questi bambini a farsi curare nei pochi ospedali ancora funzionanti ma anche gli scaffali degli ospedali sono vuoti. Circa 71000 bambini di età inferiore ai 5 anni potrebbero essere gravemente malnutriti nei prossimi 11 mesi, e uno su cinque di questi potrebbe andare incontro a una grave malnutrizione acuta, secondo l'ultimo rapporto dell'organismo che valuta l'accesso al cibo, per la classificazione delle fasi della sicurezza alimentare (Integrated Food Security Phase Classification IPC) che è un partner della Organizzazione Mondiale della Sanità.

Lo stesso rapporto conclude che l'intera popolazione è a rischio di carestia, soprattutto dopo il blocco degli aiuti che è durato dal 2 marzo al 19 maggio 2025. Il rapporto dell'IPC ha suscitato l'interesse dell'opinione pubblica. Ma temo che alcune persone aspettino che la carestia sia dichiarata prima di alzare la voce. Eppure, già oggi gli abitanti di Gaza soffrono di malnutrizione o, per dirla in modo più semplice, di mancanza di cibo.

Come possiamo aiutare le persone a capire che quando la carestia sarà dichiarata, molte persone come la

piccola Aya stanno già morendo di fame? In questo momento, i genitori rinunciano a mangiare per nutrire i loro figli. In questo momento, i bambini sono ormai divenuti troppo piccoli, e devono affrontare l'arresto della crescita, con ripercussioni a lungo termine sul loro sviluppo fisico e mentale. Di fatto, ci sono le condizioni per una catastrofe a livello di popolazione. Il profilo dell'epidemia è terrificante, con persone malate, che vivono sotto fogli di plastica, circondati da liquami, con scarso accesso all'acqua pulita.

I bambini non hanno ricevuto i vaccini che li proteggerebbero da molte malattie circolanti.

Nel frattempo, il sistema medico, tenuto in vita dalla dedizione di operatori sanitari e dal sostegno delle Nazioni Unite e dei partners, sta collassando. Alcune équipe mediche sono ridotte a cercare rifornimenti negli ospedali distrutti. Queste condizioni pongono le premesse per il collasso totale della salute a livello di popolazione, portando ancora più sofferenza e ondate di morte.

La soluzione è angosciosamente vicina. Cibo, medicine, acqua e tutto il necessario per la vita sono già su dei camion, a pochi minuti di distanza oltre il confine. In quei camion c'è cibo sufficiente per sfamare l'intera popolazione, e molto altro ancora. Ci sono forniture mediche per gli ospedali e trattamenti specializzati per i bambini più malnutriti. Queste forniture dovrebbero essere lasciate entrare senza restrizioni e attraverso tutti i valichi. Il mese scorso, Israele ha iniziato a far entrare una quantità limitata di cibo e altre forniture, ma ne servono molte di più – e devono essere consegnate in modo ordinato, sicuro e a tutti gli abitanti di Gaza per sollevare la popolazione dalla fame e riportare la dignità. Le persone non dovrebbero rischiare la vita per procurarsi il cibo.

Il sistema di distribuzione del cibo, gestito da una nuova entità e strutturato in modo attuale, non è equo e non è efficace. Le Nazioni Unite e

i partners hanno dimostrato più volte che le strutture esistenti funzionano. Durante il breve cessate il fuoco, l'ONU ha consegnato 600-700 camion al giorno di rifornimenti. Abbiamo bisogno di molteplici attraversamenti aperti per sostenere il lavoro di salvataggio. Abbiamo bisogno che coloro che aiutano siano protetti, non feriti. L'inasprimento del conflitto in Medio Oriente aggiunge ulteriore urgenza alla situazione e non deve distogliere l'attenzione dalla crisi umanitaria a

Gaza.

È difficile capire cosa possa fare un singolo individuo di fronte a tanta sofferenza.

Una cosa che potete fare è chiedere ai vostri leader di sostenere l'accesso della popolazione al cibo e ai farmaci. Non perdiamo di vista un'altra evitabile carestia. Gli ostaggi devono essere rilasciati senza condizioni. Gli aiuti devono fluire liberamente.

E soprattutto, è necessario un cessate il fuoco affinché tutti possano

riprendere le loro vite.

La pace è la migliore medicina.

TEDROS ADHANOM GHEBREYESUS  
DIRETTORE GENERALE DELL'OMS

1. Articolo pubblicato da BMJ il 18 giugno 2025: BMJ 2025 ; 389 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.r1263>  
Scaricato da Saluteinternazionale.info

## *Pnrr salute - Allarme di Gimbe l'82% delle risorse non è stato speso*

Al 30 giugno 2025 tutte le scadenze formali previste per la Missione Salute del PNRR risultano rispettate. Ma i dati raccolti dalla Fondazione GIMBE raccontano un'altra verità: a meno di un anno dalla scadenza finale, solo 4 dei 14 obiettivi europei da completare sono stati pienamente raggiunti.

Il resto?

- **3 target sono in netto ritardo**, soprattutto quelli sulla riorganizzazione dell'assistenza territoriale (Case e Ospedali di Comunità) e il potenziamento della terapia intensiva.
- **2 obiettivi mostrano ritardi significativi**, come l'adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) in tutte le Regioni.
- **Per 5 obiettivi non ci sono dati pubblici**: un problema grave in termini di trasparenza e rendicontazione.

Nonostante l'Italia continui a incassare le rate europee, **l'82% delle risorse non risulta ancora speso**. Il rischio è duplice: mancato completamento dei progetti e assenza di ricadute reali sui servizi sanitari per i cittadini.

Per questo, Fondazione GIMBE chiede una mobilitazione congiunta di

Governo, Regioni e ASL: non possiamo permetterci di sprecare questa occasione irripetibile per rafforzare la sanità pubblica.

Le risorse destinate alla sanità PNRR sono fondamentali ma a 12 mesi dalla rendicontazione finale l'82% di quanto potrebbe essere utilizzato non risulta ancora speso. "Al 30 giugno 2025 – spiega Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE – per la Missione Salute del PNRR sono state raggiunte le quattro scadenze previste entro la fine del 2° trimestre di cui due europee. Ma, a un anno dalla rendicontazione finale, al di là del rispetto formale delle scadenze e dell'incasso delle rate, la spesa effettiva delle risorse e l'avanzamento reale degli obiettivi procedono con estrema lentezza e con inaccettabili diseguglianze tra le Regioni. In particolare, delle 14 misure da completare entro giugno 2026, almeno 5 presentano criticità di attuazione, mentre per 5 le informazioni pubblicamente disponibili non sono sufficienti per valutarne lo stato di avanzamento. 4 misure risultano quasi completate o già raggiunte".

Secondo i dati pubblicati sul portale del Ministero della Salute, al 30 giugno 2025 sono state raggiunte le due sca-

denze europee sul finanziamento di progetti di ricerca e tutte le precedenti. "Tuttavia – spiega Cartabellotta – il rispetto delle scadenze formali, necessario per il via libera all'erogazione delle rate, non rappresenta in questa fase finale un indicatore affidabile sul reale stato di avanzamento dei progetti". Per questo, a un anno dalla scadenza, il monitoraggio indipendente dell'Osservatorio GIMBE sull'attuazione della Missione Salute del PNRR si è focalizzato sul reale status di avanzamento dei 14 obiettivi europei ancora da raggiungere: 3 entro dicembre 2025 e 11 entro giugno 2026.

### **La Roadmap al 30 giugno 2026**

Secondo la Relazione sullo Stato di Attuazione del PNRR della Corte dei Conti, pubblicata lo scorso 15 maggio, al 31 dicembre 2024 risultavano ancora da spendere € 12,81 miliardi, pari all'82% delle risorse assegnate. Una percentuale che colloca la Missione Salute al penultimo posto per spesa sostenuta (18%), davanti solo alla Missione 5 (Inclusione e Coesione) ferma al 15,9%. "Questi numeri – commenta il presidente Gimbe – documentano che serve un impulso decisivo per completare i progetti e trasformare in servizi le risorse da

spendere". Secondo la Corte dei Conti, per completare l'attuazione finanziaria delle Missioni 5 e 6, in assenza di slittamenti, sarà necessario tra gennaio 2025 e giugno 2026 un ritmo di spesa oltre sette volte superiore rispetto a quello dell'intero triennio 2022-2024.

Il sito del Ministero della Salute, in occasione del pagamento della VII e VIII rata, riporta che per completare la Missione Salute devono essere raggiunti 13 target e 1 milestone. "Il vero nodo – spiega Cartabellotta – è che il 30 giugno 2026 non segna solo il completamento formale dei target, ma coincide con la consegna reale di tutte le strutture e i servizi finanziati dal PNRR, che dovrebbero tradursi in un concreto miglioramento dell'assistenza sanitaria".

La Fondazione GIMBE, nell'impossibilità di un pubblico accesso al sistema ReGis, ha analizzato lo status di avanzamento degli obiettivi da raggiungere entro giugno 2026 utilizzando tutte le fonti istituzionali disponibili al 28 luglio 2025: Corte dei Conti, Ufficio Parlamentare di Bilancio, Ministero della Salute, Dipartimento per la Trasformazione Digitale, Agenas.

"È verosimile – commenta Cartabellotta – che alcuni progetti siano più avanti di quanto riportato. Ma allo stesso tempo è poco realistico immaginare che, anche per i dati aggiornati a dicembre 2024, in soli sei mesi siano stati compiuti exploit tali da recuperare i ritardi accumulati, soprattutto nelle Regioni più indietro".

### **A rischio la riorganizzazione dell'assistenza territoriale**

Oltre al potenziamento dei posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva, è la riorganizzazione dell'assistenza territoriale l'obiettivo più critico. Infatti, i dati del Monitoraggio Agenas, aggiornati al 20 dicembre 2024, documentano ritardi sostanziali nella piena attivazione di Case e Ospedali di Comunità.

L'obiettivo prevede che entro il 30 giugno 2026 siano pienamente operative almeno 1.038 Case della Comunità, dotate di servizi e personale sanitario. Tuttavia, a dicembre 2024, solo 164 strutture (15,8%) avevano attivato tutti i servizi previsti e, tra queste, appena 46 (4,4%) disponevano di perso-

nale medico e infermieristico. In 485 strutture (46,7%) risultava attivo un solo servizio, mentre le rimanenti 389 Case di Comunità (37,5%) non risultavano aver attivato alcun servizio.

"Al di là dei ritardi nel completamento strutturale e tecnologico – avverte Cartabellotta – preoccupano la grave carenza di infermieri e il mancato accordo con i medici di famiglia per lavorare nelle Case di Comunità. Così la grande sfida della riforma territoriale rischia di essere rimanere una colossale opera di edilizia sanitaria o di essere affidata ai privati".

Inoltre, entro giugno 2026 dovrebbero essere pienamente funzionanti almeno 307 Ospedali di Comunità, le strutture intermedie per accogliere i pazienti dimessi dagli ospedali per acuti. Ma al 20 dicembre 2024, solo 124 strutture (40,4%) dichiaravano almeno un servizio attivo e non è riportata alcuna informazione sul personale sanitario.

"È evidente – commenta il presidente Gimbe – che l'attivazione degli Ospedali di Comunità è ancora più in ritardo e l'obiettivo di rafforzare le cure intermedie rischia di naufragare".

### **Posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva**

Il PNRR prevede l'attivazione, entro giugno 2026, di 2.692 posti letto di terapia intensiva e 3.230 di semi-intensiva. Tuttavia, al 21 marzo 2025, risultano attivati solo 890 letti di terapia intensiva (33,1%) e 1.199 di semi-intensiva (37,1%).

### **I ritardi significativi**

Nonostante gli avanzamenti, altri 2 target mostrano ritardi sulla tabella di marcia. Per mettere in sicurezza almeno 84 ospedali, il PNRR ha finanziato interventi antisismici in tutto il Paese. A febbraio 2025 risultavano attivi o conclusi 86 cantieri, ma la spesa effettivamente sostenuta era ferma all'11% del totale, con una media ancora più bassa nel Mezzogiorno (6%). Mentre entro giugno 2026, tutte le Regioni dovrebbero adottare e utilizzare il FSE, il Fascicolo sanitario elettronico.

Tuttavia, a marzo 2025 solo 6 documenti su 16 risultano disponibili in tutte le Regioni (lettera di dimissione ospedaliera, referti di laboratorio e di

radiologia, prescrizione farmaceutica e specialistica e verbale di pronto soccorso). Inoltre, solo il 42% dei cittadini ha fornito il consenso alla consultazione dei propri dati.

### **Obiettivi vicini o già raggiunti**

Risultano in fase avanzata di attuazione o completati in anticipo quattro target. Positivi i risultati raggiunti per i progetti di ristrutturazione e ammodernamento degli ospedali, con l'erogazione di almeno il 90% delle risorse, 250 milioni di euro. Al 21 marzo 2025, risultano finanziati 127 progetti per un totale di € 458,1 milioni.

"Il superamento della soglia teorica di finanziamento certificherebbe il raggiungimento del target – sottolinea Cartabellotta – ma è in corso una ricognizione perché non è chiaro quanti progetti rientrino nel perimetro del PNRR".

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata (ADI) negli over 65, l'obiettivo prevede di aumentare i pazienti in ADI di almeno 842.000 unità rispetto al 2019. Il dato di fine 2024 certifica il superamento del target ben 18 mesi prima della scadenza, con 900.853 pazienti in più presi in carico. Risulta raggiunto anche il target relativo alle grandi apparecchiature sanitarie. Dei 3.223 macchinari previsti, al 31 gennaio 2025 ne risultavano ordinati 3.126 (97%), consegnati 2.578 (80%) e collaudati 2.482 (77%). Il target, riferito al collaudo delle apparecchiature, è quindi quasi completato. Inoltre, per quanto riguarda i contratti di formazione specialistica, a partire dall'anno accademico 2020-21 sono stati stanziati € 538 milioni per i 4.200 contratti di formazione medico-specialistica previsti dall'obiettivo.

### **Target non disponibili o non valutabili**

Per alcuni target non sono state identificate fonti pubblicamente disponibili aggiornate, rendendo impossibile valutarne lo stato di attuazione. "Riteniamo indispensabile – commenta Cartabellotta – che tutti i dati relativi all'avanzamento dei progetti del PNRR debbano essere resi pubblicamente disponibili. In un Paese democratico, la trasparenza non è un dettaglio tecnico, ma il primo strumento di rendicontazione pubblica e di fidu-

cia tra istituzioni e cittadini”.

Almeno 300.000 persone assistite con strumenti di telemedicina. La scadenza è fissata al 31 dicembre 2025, ma ad oggi non sono disponibili dati ufficiali sul numero di pazienti presi in carico con strumenti di telemedicina. Nel primo trimestre del 2025 è stata avviata la raccolta dei dati tramite la Piattaforma Nazionale di Telemedicina e sono state completate le gare per infrastrutture e postazioni.

Digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere sede di DEA (Dipartimento di Emergenza e Accettazione). Anche questo target ha come scadenza il 31 dicembre 2025. Non esistono dati pubblici sugli ospedali già digitalizzati, mentre al 25 febbraio 2025 risultano aggiudicati tutti gli appalti. Tuttavia,

l'importo fatturato a livello nazionale si attesta appena al 21% del totale. Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG). Entro il 31 dicembre 2025, l'85% dei MMG dovrebbe alimentare regolarmente il FSE. Tuttavia, non esistono dati pubblici per valutare il rispetto di questo obiettivo. L'unica informazione disponibile è che il 95% di MMG e Pediatri di Libera Scelta (PLS) ha effettuato almeno un accesso al FSE nell'ultimo trimestre monitorato.

“Senza dati puntuali sull'alimentazione del FSE – osserva Cartabellotta – è impossibile valutare il ruolo attivo dei medici di famiglia. In particolare, rispetto al Profilo Sanitario Sintetico (cd. Patient Summary), il documento

dove il MMG riassume e mantiene aggiornata la storia clinica del paziente per favorire la continuità di cura”.

Tessera sanitaria elettronica e interoperabilità del FSE. Entro giugno 2026 il sistema dovrà essere pienamente operativo. A inizio 2025 sono state attivate le infrastrutture tecniche per l'interoperabilità dei dati sanitari tra le Regioni e, a marzo, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto che istituisce il nuovo Ecosistema dei dati sanitari. Formazione su competenze e abilità di management e digitali per 4.500 professionisti sanitari. Anche per questo obiettivo, da raggiungere entro giugno 2026, non sono disponibili dati pubblici sul numero di professionisti che hanno già completato la formazione.

## *Fascicolo sanitario elettronico: un'occasione perduta e un ulteriore motivo di disuguaglianza sociale tra le Regioni.*

*I DATI PRESENTATI DA GIMBE AL 9° FORUM MEDITERRANEO IN SANITÀ*

Al 9° Forum Mediterraneo in Sanità, la Fondazione GIMBE ha presentato i dati aggiornati sulla diffusione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nelle Regioni italiane. Quello che emerge è che questo strumento chiave nella trasformazione digitale in Sanità procede a velocità diverse nelle varie regioni d'Italia, generando nuove forme di disuguaglianza sociale.

Non solo, ma ad oggi, solo quattro tipologie di documenti sanitari su 16 risultano disponibili in tutte le Regioni e meno della metà dei cittadini (42%) risulta avere espresso il consenso alla creazione, registrazione ed alimentazione del FSE e alla sua consultazione

da parte dei sanitari.

Uno strumento che dovrebbe essere fondamentale per l'assistenza sanitaria rischia di divenire solo un'incombenza burocratica priva di reale efficacia.

«Il Fascicolo Sanitario Elettronico – afferma Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE – dovrebbe essere la chiave per migliorare accessibilità, continuità delle cure e integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. Ma oggi, per milioni di cittadini, resta uno strumento ben lontano dalla piena operatività. Il divario digitale tra le Regioni, se non colmato rapidamente, rischia di trasformarsi in una

nuova forma di esclusione sanitaria».

I dati sul portale Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 del Ministero della Salute e del Dipartimento per la Trasformazione Digitale - resi pubblici ed aggiornati al 31 marzo 2025 - confermano che la disponibilità e l'utilizzo di documenti e servizi nel FSE variano in maniera molto rilevante tra le Regioni, con le regioni del Sud che mostrano le percentuali minori di aderenza ai programmi nazionali.

Benché la legge che definisce i dati da registrarsi sul FSE (lettera di dimissione ospedaliera, referti di laboratorio e di radiologia e verbale di pronto soccorso) sia del 2023 (Decreto del Ministero della Salute del 7 settembre

2023) ad oggi soltanto 4 documenti su 16 di quelli che dovrebbero esservi inseriti risultano registrati e consultabili.

«Un cittadino siciliano e uno veneto – commenta Cartabellotta – non hanno le stesse possibilità di accesso alla propria documentazione clinica. E questo non è accettabile in un Servizio Sanitario Nazionale che si definisce universale».

La disomogeneità regionale è marcata. Alcuni documenti fondamentali – come il profilo sanitario sintetico, le prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, il referto specialistico ambulatoriale – sono disponibili in oltre l'80% delle Regioni. Il certificato vaccinale e il documento di erogazione delle prestazioni specialistiche sono presenti in 15 Regioni e Province Autonome (71%), mentre il documento di erogazione dei farmaci e la scheda della singola vaccinazione compaiono nei FSE di 14 Regioni (67%).

Il referto di anatomia patologica e il taccuino personale dell'assistito sono accessibili in 13 Regioni (62%). Soltanto 6 Regioni rendono disponibile la lettera di invito per screening, vaccinazioni e altri percorsi di prevenzione, **mentre la cartella clinica è resa disponibile nel FSE solo dal Veneto**. Complessivamente, a livello nazionale il FSE mette a disposizione degli utenti il 68% dei documenti monitorati sul portale del FSE 2.0 e previsti dal decreto. Nessuna Regione alimenta il FSE con tutte le tipologie documentali previste dal DM: si va dal 93% del Piemonte e del Veneto al 40% di Abruzzo e Calabria.

Attualmente, i FSE regionali offrono fino a 45 servizi digitali, che permettono ai cittadini di svolgere varie attività fondamentali: dal pagamento di ticket e prestazioni alla prenotazione di visite ed esami, dalla scelta del medico di medicina generale alla consultazione delle liste d'attesa.

Anche su questo fronte, però, il divario tra Regioni è profondo. Solo la Toscana (56%) e il Lazio (51%) superano la soglia del 50% dei servizi attivati. All'estremo opposto, in Calabria la disponibilità è ferma al 7%.

«È utile precisare – spiega Cartabellotta – che molti dei servizi digitali sono accessibili tramite altri canali,

come portali web o app offerti dalle Regioni. Tuttavia, se questi non vengono integrati anche nel FSE, da un lato si perde l'obiettivo di creare un'unica piattaforma digitale per il cittadino, dall'altro il monitoraggio nazionale restituisce una fotografia parziale e sottostimata dell'effettiva disponibilità dei servizi offerti».

Al 31 marzo 2025 a livello nazionale **solo il 42% dei cittadini ha espresso il consenso alla consultazione dei propri dati sanitari** da parte dei medici.

Ma il divario tra le Regioni è enorme: si passa dall'1% in Abruzzo, Calabria e Campania al 92% in Emilia-Romagna. Tra le Regioni del Sud, solo la Puglia (73%) supera la media nazionale.

«Fornire il consenso alla formazione e consultazione del proprio FSE è il primo passo per accedere ai benefici del FSE – sottolinea Cartabellotta – ma serve un grande sforzo informativo e culturale per rafforzare la fiducia dei cittadini, superando i timori legati alla protezione dei dati personali».

Tra gennaio e marzo 2025, **appena il 21% dei cittadini ha consultato almeno una volta il proprio FSE**, considerando esclusivamente chi ha avuto almeno un documento caricato. Anche in questo caso le disparità regionali sono marcate: si va dall'1% delle Marche al 65% dell'Emilia-Romagna. Nel Mezzogiorno, l'utilizzo resta sotto l'11%.

«Non basta caricare i dati nel fascicolo – spiega Cartabellotta – bisogna anche mettere le persone nella condizione di usarli. E questo significa investire seriamente in alfabetizzazione digitale».

#### Utilizzo del FSE da parte di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

Tra gennaio e marzo 2025 il 95% dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta ha effettuato almeno un accesso al FSE. Nove Regioni raggiungono il 100% di utilizzo: Basilicata, Emilia-Romagna, Marche, Molise, Provincia Autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna e Umbria. Anche nelle restanti Regioni il tasso di utilizzo si mantiene elevato: Liguria (99%), Lazio e Veneto (98%), Lombardia (96%).

Si collocano leggermente sotto la media nazionale Abruzzo e Friuli Venezia Giulia (94%), Calabria (93%), Sicilia (91%), Campania e Provincia Autonoma di Bolzano (88%), Toscana (80%) e Valle d'Aosta (47%).

#### Utilizzo del FSE da parte di Medici specialisti

Al 31 marzo 2025 il 72% dei medici specialisti delle Aziende sanitarie risulta abilitato alla consultazione del FSE. Anche in questo caso, le differenze tra Regioni restano marcate. Dodici Regioni e Province Autonome hanno raggiunto il 100% di abilitazioni: Lombardia, Marche, Molise, Province Autonome di Bolzano e Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto. Sotto la media nazionale si collocano Campania (61%), Lazio (60%), Abruzzo (37%), Sicilia (36%) e Calabria (26%).

Fanalino di coda la Liguria, con appena il 16% di medici specialisti abilitati alla consultazione del FSE..

«In alcune Regioni – conclude Cartabellotta – il FSE è uno strumento pienamente operativo, grazie alla quantità di documenti presenti, al consenso dei cittadini ed al loro effettivo utilizzo. In altre, soprattutto nel Mezzogiorno, il FSE è spesso un contenitore semi-vuoto e scarsamente utilizzato anche per l'elevata diffidenza sulla sicurezza dei dati da parte della popolazione.

Ma la sanità digitale non può essere un'innovazione per pochi: servono investimenti e una governance centralizzata per garantire diritti a tutte le persone indipendentemente dal luogo in cui vivono. Se vogliamo davvero attuare una sanità digitale, i dati devono essere accessibili non solo ai cittadini, ma a tutti i professionisti coinvolti nei percorsi clinico-assistenziali, perché la tecnologia è necessaria, ma non sufficiente. **Ecco perché serve un patto nazionale per la sanità digitale tra Governo, Regioni e cittadini**, che assicuri completezza nei contenuti del FSE e uniformità di accesso in tutte le Regioni. Altrimenti, rischiamo che la straordinaria opportunità offerta dalla trasformazione digitale, di cui il FSE costituisce la "combinazione" di accesso, finisca per generare nuove disuguaglianze».

*I padri veronesi della medicina*

RASSEGNA STORICO-ETICA

*Medici musicisti. Introduzione al tema e la figura di Renzo Ferro*INNOVAZIONE MEDICA E CHIRURGICA ALL'ALBA DEL NOVECENTO  
I MEDICI DELL'OSPEDALE S. ANTONIO DI VERONAGIAMPAOLO TRENTINI  
NICOLÒ NICOLI ALDINI  
SARA PATUZZO MANZATI

Che la musica possieda un valore terapeutico è un dato ormai ampiamente riconosciuto e sostenuto da numerose evidenze scientifiche. La musicoterapia, infatti, è oggi una disciplina strutturata che trova applicazione in ambito clinico, riabilitativo e palliativo, contribuendo al benessere psicofisico di pazienti affetti dalle più diverse patologie. Tuttavia, non è soltanto il malato a trarne beneficio: la musica si rivela una risorsa preziosa anche per chi cura. Non sorprende, dunque, che siano moltissimi i medici che, oltre alla professione sanitaria, coltivano una profonda passione per la musica. Alcuni si dedicano con costanza all'ascolto consapevole e competente dei più vari generi musicali, sviluppando una cultura musicale raffinata. Altri, invece, affiancano alla pratica clinica quella musicale, suonando strumenti o componendo, spesso con un grado di impegno tale da raggiungere livelli di eccellenza in entrambi i campi. Questa doppia vocazione – scientifica e artistica – non è da intendersi come una mera attività ricreativa, ma piuttosto come espressione di un equilibrio interiore e di una tensione verso l'armonia, inte-

sa sia in senso musicale che umano. In tal senso, il rapporto tra medicina e musica si configura non come una curiosa coincidenza, ma come un dialogo profondo tra due forme di conoscenza e di cura: quella del corpo e quella dell'animo.

**Oltre la clinica. Medici tra scienza e musica**

Aleksandr Porfir'evič Borodin (1833-1887) non necessita di presentazioni in ambito musicale: la sua figura è universalmente riconosciuta tra i grandi compositori del Romanticismo russo. Tuttavia, ciò che rende Borodin straordinario è la sua duplice identità di artista e scienziato. Oltre a essere autore di opere celebri come *Il Principe Igor* e di quartetti per archi di rara raffinatezza, Borodin fu anche un eminente medico e chimico, professore di chimica organica presso l'Accademia Medico-Chirurgica di San Pietroburgo. La sua produzione scientifica è tutt'altro che secondaria: contribuì in modo significativo allo studio degli alogenuri di etile e alla chimica dell'aldeide, pubblicando articoli apprezzati dalla comunità scientifica del tempo. La sua attività accademica e sperimentale si svolgeva parallelamente a quella musicale, spesso coltivata durante le ore notturne, con esiti sorprendenti in entrambi i campi. La figu-

ra di Borodin rappresenta un esempio emblematico della sinergia possibile tra scienza e arte. Studi recenti hanno evidenziato come tale compenetrazione di competenze non sia un caso isolato. La letteratura scientifica, infatti, ha cominciato a esplorare in modo sistematico il legame tra inclinazione musicale e pratica medica, suggerendo che la formazione musicale possa influenzare positivamente lo sviluppo di abilità cognitive e relazionali nei professionisti sanitari<sup>(1),(2)</sup>. In questa prospettiva, Borodin non è soltanto una figura affascinante per la sua eccezionalità, ma anche un simbolo di quella feconda intersezione tra discipline che, lungi dal rappresentare un'eccezione, si conferma sempre più come una risorsa preziosa per la formazione e la pratica medica contemporanea.

Theodor Billroth (1829-1894), considerato unanimemente uno dei padri fondatori della chirurgia moderna, non necessita di presentazioni tra gli studiosi della storia della medicina. Pioniere della chirurgia addominale e creatore di tecniche ancora oggi fondamentali nella pratica del chirurgo generale come la gastrectomia subtotale con anastomosi gastro-digiunale (nota come "Billroth II")<sup>(3)</sup>, fu anche il protagonista di una delle immagini più iconiche della medicina ottocentesca:

(1) Lehmann JA, Sloboda JA, Woody RH. *Psychology for Musicians: Understanding and Acquiring the Skills*. Oxford University Press, 2007.

(2) Witte EA, Berg D. *Musicians as Physicians: A Historical Review of Medical Doctors Who Composed Music*. *Med Hypotheses*. 2018;114:25-28. doi:10.1016/j.mehy.2018.03.003.

(3) Nicoli Aldini N. *The First Billroth II Gastric Resection as Reported by an Italian Medical Journal*. *Gesnerus* 52 (1995), 290-302.

il celebre dipinto di Adalbert Franz Seligmann che lo ritrae mentre opera davanti a un'aula gremita di studenti presso l'Università di Vienna. Eppure, la statura di Billroth va ben oltre la sala operatoria. Profondamente colto e raffinato, egli fu anche violinista, pianista e direttore d'orchestra dilettante di notevole talento. Il suo amore per la musica era tale da essere riconosciuto e apprezzato dallo stesso Johannes Brahms, con il quale intrattenne un'intensa amicizia personale e intellettuale<sup>(4)</sup>. La casa di Billroth a Vienna fu spesso teatro di esecuzioni cameristiche e di discussioni estetiche, configurandosi come un crocevia tra scienza e arte nella Mitteleuropa di fine Ottocento. Questa duplice vocazione chirurgica e musicale non fu per Billroth una semplice passione privata, ma un'espressione della sua concezione unitaria della conoscenza, in linea con lo spirito umanistico della medicina del tempo<sup>(5)</sup>. Del resto, studi recenti hanno evidenziato come la pratica musicale possa incidere positivamente sullo sviluppo di abilità cognitive e sensomotorie utili anche in ambito chirurgico. Ad esempio, vi è evidenza che l'addestramento musicale migliori la coordinazione occhio-mano, la percezione spaziale e la capacità di concentrazione, tutte competenze essenziali per un chirurgo<sup>(6)</sup>.

Un'altra figura di eccezionale statura, che trascende i confini della medicina per abbracciare la dimensione etica, spirituale e artistica dell'agire umano, è senza dubbio Albert Schweitzer (1875-1965). Medico, teologo, filosofo, missionario e premio Nobel per la pace nel 1952 per la sua instancabile opera sanitaria nel Gabon (allora Africa Equatoriale Francese), Schweitzer rappresenta uno dei più alti esempi

del medico inteso come *homo universalis*. La sua visione etica, centrata sul principio del "rispetto per la vita" (*Ehrfurcht vor dem Leben*), si radica in una concezione profonda della dignità dell'essere vivente, maturata tanto nei suoi studi teologici quanto nella sua esperienza clinica sul campo. Ma accanto all'impegno morale e scientifico, Schweitzer fu anche un musicista di fama mondiale: eccellente organista e interprete del repertorio barocco, in particolare di Johann Sebastian Bach, cui dedicò un'opera musicologica fondamentale<sup>(7)</sup>, che contribuì alla riscoperta moderna del grande compositore tedesco. L'attività musicale di Schweitzer non fu separata dalla sua vocazione medica, bensì ne fu parte integrante. Egli considerava la musica una forma di spiritualità incarnata, un mezzo per elevare lo spirito umano, capace di affiancare e completare l'atto terapeutico. In questo senso, Schweitzer incarna una sintesi ideale tra sapere scientifico, riflessione etico-religiosa e sensibilità estetica, rendendolo un punto di riferimento ancora oggi per chi si interroga sul ruolo della medicina in una prospettiva olistica. L'interesse contemporaneo per figure come Schweitzer si inserisce in un filone di ricerca che analizza l'effetto formativo e trasformativo della musica sulla pratica medica, sottolineando come le competenze musicali possano affinare l'empatia, l'ascolto attivo e la capacità di attenzione del medico<sup>(8),(9)</sup>.

Meno noto al grande pubblico rispetto ad altre figure eminenti della storia della medicina, ma senza dubbio di straordinaria rilevanza scientifica, è Joseph Leopold Auenbrugger (1722-1809), medico austriaco che può a giusto titolo essere considerato

un pioniere della semeiotica clinica. Auenbrugger è infatti l'inventore della percussione toracica come metodo diagnostico, una tecnica che introdusse nel 1761 nel suo fondamentale trattato *Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusus interni pectoris morbos detegendi*, anticipando di oltre mezzo secolo la codificazione auscultatoria di Laënnec. La percussione, nata dall'osservazione empirica della risonanza toracica nei pazienti affetti da patologie polmonari e cardiache, rivoluzionò l'approccio clinico al paziente, inaugurando una medicina più sensibile ai segni corporei e meno dipendente dalle sole manifestazioni soggettive. Questo metodo, inizialmente accolto con scetticismo, venne successivamente rivalutato e integrato nel sapere medico dell'Ottocento, contribuendo a formare le basi dell'esame obiettivo moderno. Ma la figura di Auenbrugger non si esaurisce nella sua attività clinica. Nato in una famiglia legata alla musica e cresciuto in un ambiente culturalmente vivace, fu violinista e compositore, autore di alcune opere teatrali e brani strumentali che testimoniano una notevole competenza musicale. Egli visse a Vienna in un'epoca in cui la contaminazione tra arte e scienza era tutt'altro che rara, e fu partecipe di quella cultura illuminista che considerava la musica non solo intrattenimento, ma anche strumento di formazione morale e cognitiva. Studi recenti hanno iniziato a riscoprire e valorizzare la figura di Auenbrugger anche alla luce della sua duplice identità, mostrando come la sensibilità musicale possa aver contribuito allo sviluppo del suo metodo clinico, in particolare per quanto riguarda la percezione fine delle variazioni tonali nella percussio-

(4) Wheeler M. H. *Billroth and Brahms. A Unique Friendship*. Clinics in Surgery 2 (2017), article 1522.

(5) Autobiographic Sketch of Himself by T. A. Billroth, translated by Schein J. and Koch E., The American Journal of Surgery 135 (1978), 696-699.

(6) Münte TF, Altenmüller E, Jäncke L. *The musician's brain as a model of neuroplasticity*. Nat Rev Neurosci. 2002 Jun;3(6):473-8. doi:10.1038/nrn843; Schlaug G. *Musicians and music making as a model for the study of brain plasticity*. Prog Brain Res. 2015;217:37-55. doi:10.1016/bs.pbr.2014.11.020.

(7) Schweitzer A, J. S. Bach: *Le Musicien-Poète*, Breitkopf & Härtel, Leipzig 1905.

(8) Bradt J, Dileo C, Shim M. *Music interventions for mechanically ventilated patients*. Cochrane Database Syst Rev. 2020;2020(12):CD006902. doi:10.1002/14651858.CD006902.pub5.

(9) Trappe HJ. *Music and health - what kind of music is helpful for whom? What music not?*. Heart. 2010;96(23):1868-1871. doi:10.1136/hrt.2010.209858.

ne<sup>(10)</sup>. In linea con la neuropsicologia contemporanea, che ha indagato i parallelismi tra ascolto musicale e processi diagnostici, entrambi basati su discriminazione uditiva, pattern recognition e memoria sensoriale, il caso di Auenbrugger mostra quanto l'intuizione clinica possa essere potenziata da un affinamento percettivo spesso maturato anche al di fuori della medicina<sup>(11)</sup>.

Nel panorama italiano, Giuseppe Sinopoli (1946-2001) rappresenta un esempio affascinante di connubio tra arte e scienza. Universalmente riconosciuto come uno dei più autorevoli direttori d'orchestra del secondo Novecento, interprete visionario di Mahler, Wagner, Strauss e compositore raffinato, Sinopoli fu anche medico. Si laureò in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova nel 1972 con una tesi in antropologia criminale, disciplina allora ancora segnata dall'eredità di Cesare Lombroso. La formazione medica non fu per Sinopoli un semplice episodio biografico, ma parte integrante di un percorso intellettuale profondamente interdisciplinare. Studioso appassionato di filosofia, psicologia e archeologia, sviluppò fin da giovane una concezione della musica come forma di conoscenza esistenziale e analisi dell'animo umano. Nella sua attività interpretativa, spesso carica di tensione intellettuale e drammaticità introspettiva, traspare una visione quasi "clinica" del gesto musicale, inteso come indagine nei meccanismi profondi dell'identità, del tempo e della memoria. Sinopoli stesso dichiarava più volte che l'esperienza della medicina, e in particolare lo studio dell'antropologia criminale, aveva influenzato radicalmente il suo approccio alla musica, spingendolo verso una lettura "diagnostica" e simbolica delle partiture, come se fossero corpi da indagare, sintomi da interpretare. La sua figura sfugge dunque a qualsiasi classificazione univoca,

incarnando un modello raro e moderno di intellettuale-musicista-*medicus*, capace di integrare saperi apparentemente distanti. Le neuroscienze contemporanee confermano che percorsi formativi ibridi, come quello di Sinopoli, non sono affatto incongruenti, ma anzi stimolano capacità cognitive complesse, come il pensiero laterale, la regolazione emotiva, l'attenzione sostenuta e la sensibilità empatica - competenze chiave sia per la pratica musicale che per quella medica<sup>(12),(13)</sup>. Giuseppe Sinopoli morì prematuramente, sul podio, mentre dirigeva l'Aida di Verdi all'Opera di Berlino. Dietro il mito del direttore d'orchestra, resta il segno indelebile di una mente medica che aveva scelto di interpretare l'uomo, e non solo la partitura, nella sua profonda complessità.

Enzo Jannacci (1935-2013) è stato una delle figure più originali e poliedriche della cultura italiana del secondo Novecento: cantautore, compositore, cabarettista, autore teatrale, ma anche medico chirurgo di grande serie-

tà e rigore. Considerato un'autentica icona della musica leggera italiana, in particolare di quella corrente milanese surreale, ironica e umanissima nata nel secondo dopoguerra, Jannacci ha saputo coniugare come pochi una carriera artistica di successo con una coerente e convinta attività clinica. Laureatosi in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano, si specializzò in Chirurgia Generale e Cardiologia. Frequentò anche la Columbus University di New York, e fece parte, seppur per un breve periodo, dell'*équipe* del leggendario Christian Barnard, primo chirurgo a effettuare un trapianto di cuore nel 1967. Nonostante l'enorme successo come artista, Jannacci non abbandonò mai l'attività medica. Esercitò per tutta la vita, prima come cardiologo, poi anche come medico di base, fino al pensionamento, fedele a un'idea di medicina pubblica, prossima ai bisogni della popolazione, umanamente coinvolta e socialmente responsabile. Celebre è la testimonianza di come,



Fig. 1  
Renzo Ferro alla Giornata del medico e dell'odontoiatra (26 ottobre 2013, Palazzo della Gran Guardia, Verona) riceve il premio per i 50 anni di laurea. Da sinistra: Dott. Francesco Oreglia (Presidente Commissione Odontoiatri OMCeO Verona), Dott. Renzo Ferro, Generale Antonio Battistini (rappresentante COMFOTER), Dott. Roberto Mora (Presidente OMCeO Verona).

- (10) De Geyter D, Buntinx F. *The percussive path: Auenbrugger and the music of medicine*. J Med Biogr. 2021;29(4):231-234. doi:10.1177/0967772020967985.
- (11) Moreno S, Bidelman GM. *Examining neural plasticity and cognitive benefit through the unique lens of musical training*. Hear Res. 2014;308:84-97. doi:10.1016/j.heares.2013.09.012.
- (12) Benedek M, Fink A. *The neuroscience of creativity: A promising field for future research*. Front Hum Neurosci. 2019;13:246. doi:10.3389/fnhum.2019.00246.
- (13) Zatorre RJ, Chen JL, Penhune VB. *When the brain plays music: Auditory-motor interactions in music perception and production*. Nat Rev Neurosci. 2007;8(7):547-558. doi:10.1038/nrn2152.

agli inizi della carriera, tra i suoi pazienti vi fossero amici e colleghi come Teo Teocoli, Massimo Boldi e Renato Pozzetto, compagni d'avventura artistica nella Milano dei cabaret e della comicità impegnata. Ma più ancora delle frequentazioni celebri, è significativa la sua visione del medico come figura di prossimità, di cura e di dignità, un tema che riecheggia anche nelle sue canzoni, in quel suo cantare gli "ultimi" con empatia struggente e sottile ironia. L'intersezione tra arte e medicina in Jannacci non fu affatto accessoria. Come mostrano numerosi studi sulla pratica artistica nei medici, la dimensione creativa può migliorare l'empatia, l'ascolto attivo, la resilienza emotiva e la capacità di narrazione clinica, elementi centrali nella relazione di cura<sup>(14),(15)</sup>. Jannacci fu, in questo senso, un esempio vivente di medicina umanistica, capace di incarnare nella sua doppia veste di medico e artista quella sintesi di competenza tecnica e sensibilità etica che oggi viene sempre più riconosciuta come necessaria per una pratica medica realmente centrata sulla persona. La sua voce rotta, la sua poetica dei margini, e il suo stetoscopio sono forse tre modi diversi, ma convergenti, di ascoltare e curare l'umano. Accanto alle figure celebri della storia medica e musicale, esiste un vasto e vitale sottobosco di colleghi medici che condividono la passione per la musica, spesso riunendosi in orchestre, band e gruppi musicali che si esibiscono regolarmente, quasi sempre a scopo benefico, in contesti locali e internazionali. La più nota tra queste realtà è la *World Doctors Orchestra* (WDO), fondata nel 2008 in Germania, che oggi riunisce oltre 2.000 medici provenienti da circa 60 Paesi. I suoi membri si incontrano più volte all'anno per sessioni intensive di prove e concerti in tutto il mondo, con l'obiettivo di coniugare la pratica musicale d'eccellenza con l'impegno per la

salute globale e il sostegno a progetti sanitari internazionali. Analogamente, la *European Doctors Orchestra* (EDO) riunisce professionisti sanitari da tutta Europa in esibizioni sinfoniche di alto livello, mentre a livello regionale fioriscono numerose formazioni di medici-musicisti attive in città come Los Angeles, Melbourne, Taipei, Hong Kong e Montréal, spesso legate a iniziative caritative o di sensibilizzazione su temi sanitari e sociali. Anche in Italia il fenomeno è vivace: nel territorio veronese, ad esempio, sono attive diverse band musicali, che hanno visto come pioniere Claudio Bassi, composte anche da personale medico-sanitario che sostengono eventi a scopo benefico. Spesso sullo sfondo culturale dell'associazione Medici per Strada, che organizza momenti musicali per gruppi di volontariato, tra le formazioni medico-musicali veronesi ricordiamo Quarto Scaglione, Medical Brothers oppure AOUI Official Band, fondata da Fulvio Leopardi e Leonardo Gottin, che contribuisce a promuovere la terza missione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Queste iniziative testimoniano come la musica rappresenti non solo un rifugio emotivo o una passione individuale, ma anche un potente strumento collettivo di aggregazione, espressione etica e

solidarietà sociale. Diversi studi inoltre confermano che la pratica musicale tra i professionisti sanitari può contribuire significativamente al benessere psicofisico, favorendo la coesione tra colleghi e migliorando l'equilibrio tra vita professionale e personale<sup>(16),(17)</sup>.

## Renzo Ferro. L'armonia della cura

In questo ricco panorama di intrecci tra medicina e musica, si distingue la figura di Renzo Ferro (1933-2014), medico e compositore, legato profondamente alla città di Legnago, pur essendo nato a Cerea (Verona). Medico di medicina generale stimato e riconosciuto sul territorio (Fig. 1), Ferro ha sempre manifestato una viva curiosità per le diverse branche della

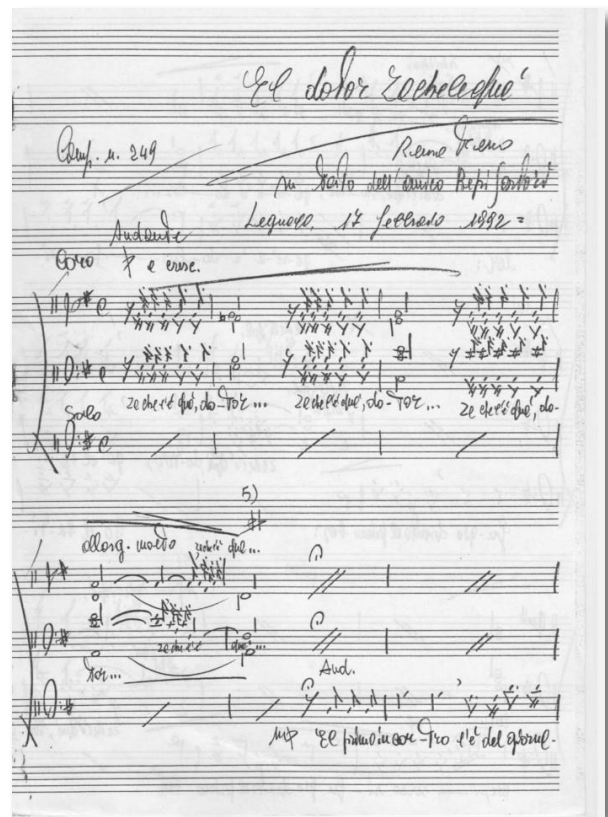


Fig. 2  
Incipit della versione musicata da Renzo Ferro della poesia "El dolor Zachelequà" di Bepi Sartori.

- (14) Shapiro J, Rucker L. *Can poetry make better doctors? Teaching the humanities and arts to medical students and residents at the University of California, Irvine, College of Medicine.* Acad Med. 2003 Oct;78(10):953-7. doi:10.1097/00001888-200310000-00002.
- (15) Mangione S et al. *Medical Students' Exposure to the Arts and Humanities Correlates with Positive Personal Qualities and Reduced Burnout: A Multi-institutional U.S. Survey.* J Gen Intern Med. 2018 May;33(5):628-634. doi:10.1007/s11606-017-4275-8.
- (16) Macpherson L, Hart T. *Musical engagement and the well-being of medical professionals: A review.* Med Humanit. 2021;47(3):e8. doi:10.1136/medhum-2020-012092.
- (17) Laitinen V. *Playing in a medical orchestra: Community, identity, and musical coping among doctors.* Int J Community Music. 2019;12(2):181-199. doi:10.1386/ijcm.12.2.181\_1.



Fig. 3  
Renzo Ferro dirige la Corale "Claudio Monteverdi" di Angiari-Legnago (Verona).

scienza medica, conseguendo specializzazioni in Pediatria e Puericultura, scelta maturata anche a seguito della dolorosa perdita della figlia in tenera età per un'infezione respiratoria, oltre che in Endocrinologia e Malattie del ricambio. La sua pratica clinica, sempre contraddistinta da umanità e rigore, si è unita fin da giovane con un'intensa vocazione musicale. Avviato alla musica sin da giovane nella parrocchia di Angiari (Verona), Ferro si è formato da autodidatta nel campo della composizione, un percorso solitario ma fecondo, in linea con quello di celebri musicisti come Giuseppe Verdi, Richard Wagner, Arnold Schönberg, fino ai contemporanei Luigi Nono e Salvatore Sciarrino. Prolifico e ispirato, ha lasciato oltre 1.500 composizioni, comprendenti musica sacra, profana, strumentale, corale e per voce solista (Fig. 2). Il figlio Efram Ferro, anch'egli medico e musicista, ricorda come il padre fosse solito comporre di notte, quando il silenzio dello studio diventava il luogo ideale per trasformare l'elaborazione interiore in musica. Lo studioso Virginio Zoccatelli, amico e compositore, ha dedicato a Ferro parole che ne restituiscono l'anima: «La cultura di Renzo

Ferro gli ha permesso di attingere a testi diversissimi - dalla liturgia biblica ai classici greco-latini, fino ai poeti moderni e contemporanei, italiani e stranieri - senza trascurare autori del territorio, come Dante Clementi e Berto Barbarani. Ma cos'era la musica per lui? Non un intrattenimento, né una forma di alienazione, ma una vera e propria dimensione spirituale, una comunicazione profonda tra sé e gli altri, fondata sul silenzio come condizione d'ascolto e sul suono come atto d'amore».

Ferro fu anche un grande promotore culturale. Fondò e diresse per circa trent'anni la Corale "Claudio Monteverdi" di Angiari-Legnago (Verona) (Fig. 3), fu presidente dell'Associazione "Amici della Musica" di Legnago e tra i fondatori della Filarmonica Salieri nei primi anni Ottanta, portando nel teatro cittadino artisti di statura internazionale come Salvatore Accardo, Severino Gazzelloni, Giuseppe Di Stefano, Franco Cerri, Gianni Basso. Con la fondazione nel 1988 del "Clarus Club", promosse attivamente i giovani talenti del Basso Veronese, svolgendo un'importante funzione pedagogica e di incubazione culturale. Nel 1976 ricevette un riconoscimento

ufficiale dalla Gioventù Musicale d'Italia per i "25 anni di appassionate battaglie e vittorie per portare la musica ai giovani". Il primo giugno 2024, nel decennale della sua scomparsa, la città di Legnago, da sempre sensibile alla cultura musicale, gli ha dedicato un concerto commemorativo presso il Museo Archeologico, testimoniando la profonda stima che i concittadini continuano a nutrire per questa figura dai modi gentili, colta e generosa.

La figura di Renzo Ferro ben esemplifica quella dimensione umanistica del medico-artista, in cui la pratica musicale si integra con la cura secondo un modello sempre più riconosciuto nella letteratura medica contemporanea. La musica, infatti, si è dimostrata capace di sostenere l'equilibrio emotivo, ridurre il rischio di burnout e rafforzare le capacità empatiche e comunicative dei medici<sup>(18),(19)</sup>. Renzo Ferro ha saputo incarnare tutto questo, con un'eredità che unisce medicina, arte e comunità in un'unica testimonianza di vita piena, creativa e al servizio degli altri.

(18) Shapiro J, Rucker L. *Can poetry make better doctors? Teaching the humanities and arts to medical students and residents at the University of California, Irvine, College of Medicine*, op. cit.

(19) Mangione S et al. *Medical Students' Exposure to the Arts and Humanities Correlates with Positive Personal Qualities and Reduced Burnout: A Multi-institutional U.S. Survey*, op. cit.

# Le stampe propagandistiche dei laboratori farmaceutici Maestretti

## Seconda parte

Continuiamo la lettura delle 74 tavole pubblicitarie della Maestretti, alle quali si sono aggiunte altre, provenienti da un collega di mio papà, il dott. Giuseppe Zambelli, medico condotto ad Arcole dagli anni '50 al 1970. Ammirando i disegni del *Grande Scoiattolo del Malabar* (fig.1) leggiamo nel verso le proprietà farmacologiche del Disionyl (fig.2), con indicazioni in cardiologia (aritmie ed ischemia) ed in neurologia.



Figura 1

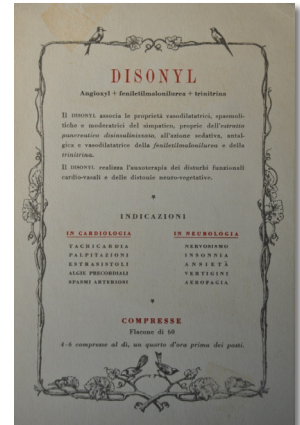


Figura 2

Il Serenol (fig.3) era propagandato dalle immagini del Martin Pescatore ispido e del Picchio dalle ali dorate (fig.4), ed aveva indicazioni molto estese: stati ansiosi, precordi algie, aritmie e dispepsie.

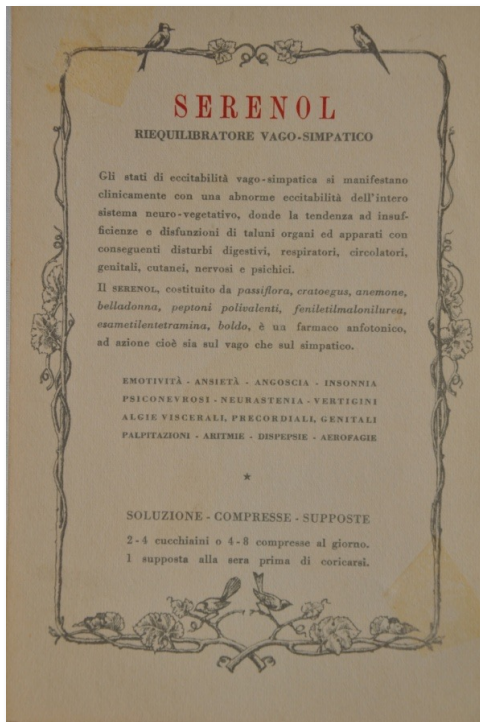


Figura 3



Figura 4

Nella prima metà del '900 per la terapia delle cardiopatie erano disponibili solo i glicosidi digitalici, con la loro azione inotropica positiva, mentre gli antiaritmici furono meglio conosciuti e classificati nel 1970 da Vaughan Williams. Negli anni '50 del XX° secolo c'era da augurarsi di non ammalarsi di cardiopatia ischemica od aritmie, date le poche conoscenze diagnostiche ed acquisizioni terapeutiche di allora. Da quel periodo in poi furono per fortuna disponibili farmaci efficaci

nell' ipertensione arteriosa, come la reserpina nel 1952, ed i diuretici idralazina e tiazidi alla fine degli anni '50. L' amlodipina lo fu nel 1962, la metildopa e la clonidina nel 1963, Negli anni '60 si studiò il propranololo, che riduceva la frequenza cardiaca, e poi gli altri betabloccanti. Dagli anni 80 si diffusero gli ace-inibitori e poi i sartani.

Negli anni '50 si scoprì una relazione tra l'elavata colesterolemia di 5000 abitanti di Framingham, nel Massa-

chusetts, ed il rischio di infarto ed ic-tus. Era da ridurre quindi il colesterolo, e le prime molecole introdotte furono la colestiramina ed il gemfibrozid, poi dagli anni 80 ci fu la rivoluzione delle statine. Per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, il primo farmaco a specifica attività anti-aggregante venne scoperto in Italia, il ditazolo (Ageroplas); a questo seguirono la ticlopidina e il clopidogrel.

"Cough cough", i nostri nonni e genitori tossivano eccome, e la Maestretti, con la Gazza di Collie (fig.5) andava a consigliare le fiale di Pulmazotyl (fig.6)



Figura 5



Figura 6

mentre, se la tosse fosse secca ed irritativa, era preferibile il sedativo Codoformio (fig.7), con beneplacito dell' Airone purpureo.(fig.8).

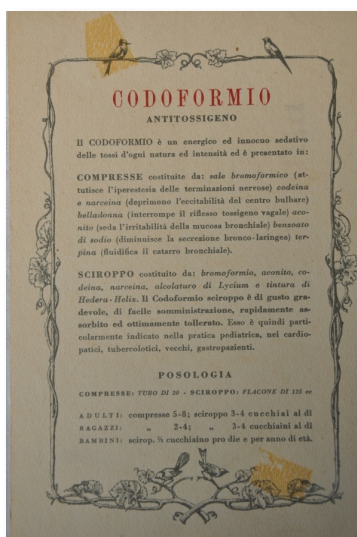


Figura 7

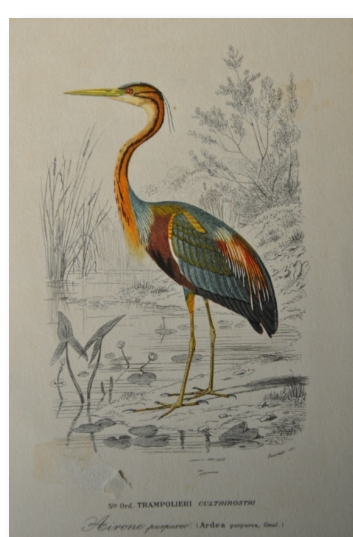


Figura 8

Pochi giorni per guarire se si trattava di un fatto influenzale, perché la Jemina (**fig.9**), promossa dal Nibbio reale (**fig.10**), abbassava la febbre e facilitava la guarigione.

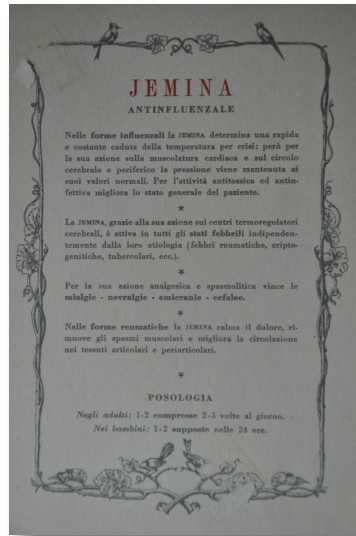


Figura 9



Figura 10

Ma erano solo le classi dei nuovi antibiotici, già disponibili dal 1940, a poter guarire le infezioni polmonari batteriche. 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. Questo chemioterapico segnò una rivoluzione, mandando in pensione il pneumotorace di Forlanini che tante vite aveva salvato, inoltre riducendo la necessità dei sanatori, e dei consolidati rimedi legati al clima e al riposo. L'idrazide dell'acido nicotico, individuata da Robizek nel 1952, è tuttora uno dei farmaci più potenti contro la tubercolosi, ed il più usato anche nella profilassi; è un antibiotico maggiore, assieme alla rifampicina, messa a punto da Sensi e coll. nel 1965. L'etambutolo fu sintetizzato nel

1961 da Wilkinson e coll. è molto efficace nei confronti anche di vari micobatteri atipici.

Per quanto riguarda l'asma bronchiale, l'introduzione dal 1972 di glucocorticoidi in spray predosato, poi in soluzione ed infine in polvere, a motivo della patogenesi flogistica della malattia, ha portato a miglioramento dei sintomi. Nella BPCO sono da preferire i broncodilatatori a breve o lunga durata d'azione e gli anticolinergici. Nelle due patologie ostruttive, la chimica farmaceutica ha prodotto associazioni precostituite di questi farmaci, a breve e lunga durata d'azione, che portano ad un buon controllo delle due malattie.

## Bibliografia

- L. Caprini, "Il farmaco, 7000 anni di storia", Armando editore, 2011, e AIFA
- Lucia De Frenza, "L'arrivo degli antibiotici in Italia tra cura, ricerca ed informazione", Atti e Memorie, rivista di Storia della Farmacia, 2024
- Antonio di Gregorio, "La cura del mal sottile", Federazione Italiana per la lotta contro la Tubercolosi e le malattie polmonari sociali, 1992
- Gennaro d'Amato. "Malattie allergiche respiratorie e BPCO", Mediserve Communication, 2006

(2-CONTINUA)

GIUSEPPE CALZAVARA

# Meno armi e più salute

"LA SALUTE NON È UNA SPESA, MA UN INVESTIMENTO STRATEGICO". ARRIVA LA CARTA DI ROMA



Una "clausola di resilienza sanitaria", che consenta agli Stati membri dell'Unione europea di destinare risorse aggiuntive alla prevenzione e gestione delle malattie croniche, senza violare i parametri.

È una delle proposte contenute nella "Carta di Roma: la Salute come investimento strategico". Il manifesto, che esorta a cambiare il paradigma e a considerare la spesa sanitaria non come un costo ma come un investimento strategico, appunto, e come uno strumento di resilienza sociale a garanzia del futuro, è stato firmato il 10 Luglio a Roma, presso la sede della FNOMCeO, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici. A sottoscrivere le federazioni degli Ordini dei medici di Francia, Germania, Grecia, Italia, Portogallo e Spagna.

L'obiettivo per le spese di difesa fissato per i paesi Nato è del **5% del PIL**. Con un tale obiettivo, in Italia la spesa annuale per la difesa passerebbe dagli attuali **45 miliardi a ben 145 miliardi nel 2035**.

**Una cifra, questa, superiore all'attuale spesa per la sanità pubblica, che nel 2024 è stata di circa 138,7 miliardi di euro, con un aumento, peraltro, del 5,8% rispetto al 2023.**

È forte la preoccupazione che la ricerca di queste risorse determinino inevitabilmente tagli o riforme strutturali in altri settori, o un forte aumento del debito pubblico".

"L'Europa però non è solo difesa dei confini materiali – aggiunge il documento firmato a Roma – ma è, anche e soprattutto, rivendicazione dei confini identitari, di quei principi che ne fanno una comunità e che ne rappresentano la vera essenza. È una società dove **i diritti e il welfare sono diventati elementi costitutivi dell'Unione**. In particolare, **la salute è considerata un diritto fondamentale sancito dall'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali**

dell'Unione Europea e pilastro della coesione sociale e della sostenibilità economica. Ai cittadini europei, e ad ogni individuo presente in Europa, è riconosciuto il diritto alla tutela della salute in quanto persona e **questo riconoscimento è diventato una caratteristica della nostra Unione Europea e un grande segno di crescita civile e sociale**".

"Crediamo dunque – conclude Anelli – che la salute debba essere considerata una priorità strategica per i nostri paesi europei al pari della sicurezza, in equilibrio con i bisogni civili. Le sfide in continua evoluzione in campo medico e demografico – dall'invecchiamento della popolazione all'aumento delle malattie croniche, alle crisi sanitarie transfrontaliere – impongono ai sistemi sanitari pressioni che non possono essere ignorate o trascurate. I medici, custodi della salute dei cittadini europei, propongono di considerare la spesa sanitaria come un investimento strategico per il futuro delle nostre società, in considerazione dell'impatto positivo sulla produttività, la coesione sociale e la sostenibilità fiscale ed esortano il Consiglio e la Commissione, in sede di negoziati sul piano di bilancio di medio termine, a introdurre una "clausola di resilienza sanitaria" che consenta agli Stati membri di destinare risorse aggiuntive alla prevenzione senza violare i parametri europei".

Tra le altre proposte della "Carta di Roma", l'invito agli Stati membri a prevedere nei piani di bilancio a medio termine programmi di investimenti sanitari, la richiesta alla Commissione europea di riconoscere il ruolo della spesa sanitaria come investimento strutturale nelle Raccomandazioni specifiche per ogni Paese. Ancora, il sostegno all'espansione del programma EU4Health, in modo che le risorse europee possano integrare quelle nazionali per rafforzare i sistemi sanitari. E poi, un'attenzione particolare alla

prevenzione, attraverso programmi di screening e alla gestione delle malattie croniche.

Un punto fondamentale, questo, visto che, secondo i dati preliminari del rapporto HESRI2 (Health Equity Status Report) dell'OMS, presentati da Chris Brown, Capo dell'Ufficio Europeo dell'Oms per l'investimento in salute e sviluppo, nelle prossime decadi in Europa ci saranno **due giovani ogni tre anziani**, con un raddoppio, rispetto ad oggi, degli **ultrattantacinquenni**, che diventeranno **65 milioni nel 2050**. Le strategie di investimento nei sistemi sanitari europei per un invecchiamento sano ed equo della popolazione rappresentano dunque un investimento per l'intera economia.

Come, del resto, già dimostrato dal 1° rapporto **FNOMCeO-Censis**, proposto e aggiornato da Francesco Maietta, responsabile dell'Area Consumi, Mercati e Welfare del Censis: ogni euro di spesa sanitaria pubblica ne genera quasi due di valore della produzione. La spesa sanitaria, infatti, produce domanda per il sistema di imprese, Pil, occupazione di qualità, sviluppo e, anche, coesione sociale. Investire in sanità, quindi, è un modo per investire in un proficuo sviluppo economico e sociale.

**Ufficio Stampa Fnomceo:**  
**0636203238 – 347 2359608 –**  
**3371068340 -**  
**[informazione@fnomceo.it](mailto:informazione@fnomceo.it)**

## *Oliveti rieletto Presidente dell'Enpam con il 95% dei voti*

Alberto Oliveti è stato confermato presidente della Fondazione Enpam con oltre il 95% dei voti. L'Assemblea nazionale dell'ente di previdenza e assistenza dei medici ha anche eletto i due vicepresidenti, entrambi new entry: Silvestro Scotti e Luigi Mario Daleffe.

### **IL PRESIDENTE**

Alberto Oliveti, laureato in medicina ad Ancona nel 1980 e specializzato in pediatria, è stato eletto vicepresidente dell'Enpam nel 2010 per diventarne presidente nel 2012. Da allora, sotto la sua guida, il patrimonio dell'ente è aumentato di oltre 15 miliardi di euro, per circa metà grazie ai proventi degli investimenti. Attualmente l'Enpam può contare su un patrimonio complessivo, che a valori di mercato, supera i 29 miliardi. Nel 2024, l'ultimo bilancio approvato ha fatto registrare un utile di 1,1 miliardi.

### **I VICEPRESIDENTI**

Silvestro Scotti, medico di medicina generale, è l'attuale segretario nazionale della Fimmg, il sindacato maggioritario dei medici di famiglia. Ha fatto parte del Consiglio di amministrazione dell'Enpam dal

2020 a oggi. È stato inoltre al vertice dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Napoli fino al 2020 e attualmente ne è il vicepresidente.

Luigi Mario Daleffe, medico specializzato in odontostomatologia, iscritto all'Ordine di Bergamo, è stato in passato presidente nazionale dell'Andi, l'associazione nazionale dei dentisti



Da sinistra Luigi Mario Daleffe, Alberto Oliveti e Silvestro Scotti

italiani. Ha promosso la creazione del fondo di previdenza complementare Fondo Dentisti (poi diventato Fondo Sanità). Ha presieduto la società Enpam Real Estate srl.

## *Ecco i nuovi componenti del Consiglio di amministrazione dell'Enpam*

L'Assemblea nazionale dell'Enpam ha eletto dieci componenti del Consiglio di amministrazione. Di seguito l'elenco dei nuovi eletti in ordine di preferenze ricevute nel corso della seduta di sabato 29 giugno.

### **Carlo Curatola**

Presidente dell'Ordine dei medici di Modena dal 2021. Medico di medicina generale specializzato in anatomia

patologica. Nell'organigramma della Fimmg è segretario del segretario generale nazionale.

### **Giacomo Caudo**

Presidente dell'Ordine dei medici di Messina. Medico di medicina generale. Presidente nazionale Fimmg dal 2018 ad oggi.

### **Concetta (Titti) D'Ambrosio**

Medica di medicina generale. Dal 2020 membro dell'Assemblea nazionale Enpam (eletta nella categoria dei Medici di medicina generale). È stata componente dell'Osservatorio giovani Enpam dal 2015 al 2020. È consigliera dell'Ordine di Salerno, dopo essere stata responsabile dello sportello giovani e revisora dei conti. Ha conseguito anche un master in Economia e management della sanità (Università

di Roma Tor Vergata, dipartimento di Economia e finanza).

**Chiara Calzoni**

Medica di medicina generale. Vice-segretario Fimmg Perugia dal 2023. Consigliere comunale di Perugia da giugno 2024.

**Antonio Magi**

Specializzato in Radiodiagnostica. Consigliere di amministrazione Enpam dal 2015. Segretario del Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana e professionalità dell'area sanitaria (Sumai assoprof). Presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Roma.

**Guido Quici**

Endocrinologo. Consigliere di amministrazione Enpam dal 2020. È stato direttore dell'unità complessa di epidemiologia dell'azienda Rummo di Benevento. Nel 2017 è stato eletto presidente della Cimo, il sindacato dei medici, di cui era vicepresidente

vicario. È stato nel consiglio d'amministrazione dell'Onaosi.

**Antonio D'Avino**

Pediatra. Dal 2022 è Presidente della Federazione italiana medici pediatri (Fimp), dopo essere stato segretario provinciale Fimp Napoli e vicepresidente nazionale. Dal 2015 è membro dell'Assemblea nazionale Enpam, eletto nella categoria dei pediatri di libera scelta.

**Andrea Senna**

Odontoiatra. Presidente della Cao nazionale (Commissione albo odontoiatri). Vicepresidente dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Milano e presidente Cao dell'Ordine provinciale.

**Pierino Di Silverio**

Dirigente medico dell'Azienda Ospedaliera Monaldi di Napoli. Dal 2022 è il segretario nazionale Anaaio Asso-med dopo aver ricoperto il ruolo di Responsabile nazionale del settore

Anaaio giovani. Dal 2024 è coordinatore del Centro regionale trapianti della Campania.

**Carlo Ghirlanda**

Medico e odontoiatra. Presidente nazionale Andi (Associazione Nazionale Dentisti Italiani). Consigliere Enpam dal 2020.

Il Consiglio di amministrazione si completerà con altri tre componenti in rappresentanza delle Consulte che hanno diritto ad essere rappresentate. La prima ad eleggere il proprio componente è stata quella della Medicina generale, che ha indicato il toscano **Niccolò Biancalani**.

La consulta della Specialistica ambulatoriale è invece convocata per l'8 luglio, mentre il 15 luglio sarà la volta di quella della Libera professione – Quota B.

# Enpam: Scotti nuovo vicepresidente vicario

Alberto Oliveti, presidente dell'Enpam, l'Ente previdenziale e assistenziale di medici e odontoiatri, ha nominato Silvestro Scotti nuovo vicepresidente vicario della Fondazione. Ricordiamo che Scotti era stato eletto alla carica di vicepresidente nel corso dell'ultima Assemblea nazionale dell'Enpam, costituitasi in seguito alle elezioni di tutti i camici bianchi per il quadriennio 2025-2029. "Ringrazio il presidente per la fiducia espressami con questa nomina a vicario - ha dichiarato Scotti -. Per me questo nuovo incarico rappresenta soprattutto una responsabilità e un impegno in risposta all'Assemblea e a tutti i medici che in Enpam trovano la loro casa previdenziale".

Già componente del Consiglio di amministrazione della Fondazione nel periodo 2020-2025, Silvestro Scotti è medico di medicina generale e segretario nazionale della Fimmg, il sindacato di rappresentanza maggioritario dei medici di medicina generale. Fa parte della prima generazione di camici bianchi diventati medici di famiglia dopo un percorso post-laurea. Ha perfezionato le sue competenze di management sanitario presso la Scuola di direzione aziendale dell'Università Bocconi di Milano. Da luglio 2015 ad aprile 2020 Scotti è stato Consigliere di amministrazione di Enpam Real Estate nel periodo in cui la società si è occupata della dismissione del patrimonio immobiliare

della Fondazione. È stato inoltre al vertice dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Napoli fino al 2020 e attualmente ne è il vicepresidente.

# "Investitori pazienti": lettera aperta del presidente dell'Enpam

Cara collega, caro collega,

da tempo, in ogni dibattito pubblico e privato riguardante l'economia reale del Paese, veniamo annoverati come **investitori pazienti**. Ma cosa s'intende?

Secondo alcuni significa che ci possiamo permettere d'investire nell'immediato, restando pazientemente in attesa che i rendimenti arrivino in futuro.

Questa visione è però sbagliata, perché per finanziare le prestazioni che quotidianamente garantiamo agli aventi diritto, abbiamo bisogno – in realtà – che i nostri investimenti portino **rendimenti reali e immediati**. Questo perché, nei bilanci di ogni anno, abbiamo bisogno di dimostrare che stiamo rispettando la "tabella di marcia" delle proiezioni attuariali cinquantennali (sic!).

Purtroppo, il significato spesso sotteso all'etichetta di "investitore paziente" è "**dacci i soldi e taci**". Ed è quello che, più o meno esplicitamente, continuiamo a sentirci dire da ogni parte.

È noto che dal 2012 ad oggi, come Enpam abbiamo versato quasi **due miliardi di euro di imposte** su quanto abbiamo guadagnato con gli investimenti.

Cioè contribuiamo al fisco, ma **senza ricevere contropartite** per il welfare dei medici e dei dentisti (anzi, con le nostre imposte, di fatto paghiamo il welfare degli altri).

Come se non bastasse, attraverso alcuni media è arrivato questo suggestivo messaggio sull'Enpam: "**Adesso che i conti li ha a posto, perché non l'assorbiamo nell'Inps?**".

Negli ultimi giorni, poi, sono state presentate svariate **interrogazioni parlamentari**, che si aggiungono ai commenti, alle esortazioni e alle critiche che la politica ha riservato alla

nostra Cassa nel corso degli anni.

Ci è stato detto **tutto e il contrario di tutto**.

Che dobbiamo **far rendere bene gli investimenti** (e ci mancherebbe altro), ma quando poi raggiungiamo il risultato, ci viene immancabilmente detto che abbiamo fatto "**speculazione finanziaria**".

Ci viene detto, inoltre, che con i risparmi dei medici e degli odontoiatri dobbiamo essere solo "passivi" ("metti i soldi e taci", appunto). Quindi se i gestori che hanno ricevuto un nostro mandato vanno a cogliere sul mercato le migliori occasioni disponibili, non va bene.

Veniamo invitati a **investire in Italia**, ma se lo facciamo sulle banche italiane stiamo concentrando il rischio sull'Italia.

Dobbiamo essere prudenti, ma anche investire nell'**economia reale** (che per alcuni significa mettere soldi in imprese a cui nessun altro, chissà perché, è stato disponibile a dare credito). La recente impostazione governativa sull'esigenza di investire nel "capitale di ventura" affinché gli enti previdenziali possano mantenere una limitata esenzione fiscale, lo sta a dimostrare. Più in generale ci viene ripetuto che dobbiamo **diversificare gli investimenti**. Dunque non va tanto bene se acquisiamo partecipazioni totalitarie o maggioritarie. Ma non va bene nemmeno acquisire quote di minoranza. Infatti quando si ha una piccola partecipazione, ogni volta che si vota in un'assemblea di azionisti si finisce per essere da una parte o dall'altra. E se si prende una posizione o quella opposta – secondo il commentatore di turno – di certo l'Enpam l'ha fatto per favorire gli uni oppure gli altri, o comunque per assecondare interessi estranei (mai che venga il dubbio che gli interessi siano quelli dei medici).

I termini a cui veniamo associati sono

"**scalate**", "**risiko**", "**scontri**". Mentre altre parole come "lungimiranza", "strategia", "procedure" non vengono nemmeno prese in considerazione.

La realtà è che le pensioni e il welfare dei medici e dei dentisti ce lo dobbiamo fare e pagare da soli.

Per questo in Enpam abbiamo costruito **due portafogli**: uno con un profilo di rischio/rendimento molto contenuto **per garantire la solvibilità** rispetto alle passività (cioè un paniere, sostanzialmente fatto di obbligazioni, che serve ad avere i soldi liquidi quando serve pagare le pensioni, secondo il flusso e le scadenze che conosciamo); l'altro portafoglio guarda invece alla performance (cioè mira a **cogliere le opportunità che il mercato offre** per ottenere i migliori rendimenti al rischio più basso).

In questi anni siamo diventati, in autonomia, la Cassa più patrimonializzata d'Italia, con politiche e procedure d'investimento definite in maniera **indipendente**. Investiamo le risorse secondo le migliori pratiche e grazie a una squadra di alto livello professionale.

Ci scusino all'esterno se sui soldi dell'Enpam, noi medici e dentisti vogliamo dire la nostra, **scegliere cosa è più conveniente nell'interesse degli iscritti**. Non dare via il patrimonio e, pazientemente, tacere.

ALBERTO OLIVETTI  
PRESIDENTE FONDAZIONE ENPAM

Category: News01/07/2025

# *Il ministero all'Inps "Restituite i contributi dei medici all'Enpam"*

Buone notizie per i medici che si sono ritrovati dei contributi previdenziali erroneamente versati all'Inps anziché all'Enpam.

Il ministero del Lavoro ha infatti chiarito che quei contributi devono essere trasferiti all'ente corretto, senza costringere il contribuente a una defatigante richiesta di rimborso all'Inps, con il rischio poi di vedersi anche sanzionato dall'Enpam per l'omesso versamento.

Proprio per evitare questo corto circuito kafkiano, già la legge 388 del 2000 (articolo 116, comma 20) ha previsto che "il pagamento della contribuzione previdenziale, effettuato in buona fede ad un Ente previdenziale pubblico diverso dal titolare, ha effetto liberatorio nei confronti del contribuente. Conseguentemente, l'Ente che ha ricevuto il pagamento dovrà provvedere al trasferimento delle somme incassate, senza aggravio di interessi, all'Ente titolare della contribuzione."

Pur essendo la norma già molto chiara, l'Inps ha più volte manifestato resistenza, tanto che ci sono medici, come il **presidente dell'Ordine di Aosta Roberto Rosset**, che sono stati costretti a ricorrere al tribunale per vedersi riconosciuti i propri diritti. La sentenza è stata confermata anche dalla Corte d'appello di Torino.

Il ministero del Lavoro, in una nota datata 14 aprile 2025, ha specificato che i contributi previdenziali incassati van-

no trasferiti per intero: non solo, cioè, la quota a carico del professionista/collaboratore ma anche l'eventuale quota a carico del committente/datore di lavoro.

Quest'erroneo versamento di contributi previdenziali si è verificato spesso in passato, soprattutto per incarichi inquadrati come collaborazioni coordinate e continuative (ad esempio come direttore di distretto). Ma la situazione si è riproposta anche più recentemente in epoca Covid, quando le Asl sono state autorizzate a stipulare co.co.co. con medici, anche specializzandi, per far fronte all'emergenza.

Ora i contributi che le aziende sanitarie hanno versato erroneamente all'Inps potranno essere trasferiti all'Enpam, che li valorizzerà per aumentare la pensione dei contribuenti. Secondo il ministero questo trasferimento riguarda i contributi erroneamente versati all'Inps a partire dal 1° gennaio 2001, senza che ci sia un termine di prescrizione per fare richiesta. Tuttavia i contributi verranno trasferiti senza rivalutazione. In pratica, chi ha subito uno sbaglio di ente, è come se in tutti questi anni avesse fatto un prestito all'Inps a interessi zero.

## **Come si chiede la ricongiunzione**

Chi si ritrova con contributi versati all'Inps non per errore, ma per obbligo (ad esempio per periodi di lavoro

dipendente) oppure per una stranezza di legge (è il caso degli specializzandi, che sono soggetti alla gestione separata Inps pur essendo già medici), può chiedere la ricongiunzione all'Enpam.

La ricongiunzione si fa sempre sulla gestione attiva, dove si intendono trasferire i contributi versati altrove. Quindi, i medici e gli odontoiatri che hanno contributi all'Inps (gestione separata compresa), possono fare domanda all'Enpam.

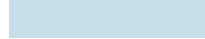
La richiesta si fa direttamente dall'area riservata del sito web Enpam.it oppure attraverso l'Ordine presso il quale si è iscritti. L'Enpam, una volta ricevuta la domanda, chiederà all'Ente indicato dall'iscritto il prospetto dei contributi: i tempi di questa risposta, nei fatti, purtroppo sono imprevedibili. A valle di questo processo, l'Enpam invia all'iscritto una proposta che può essere accettata o meno entro 60 giorni.

La ricongiunzione tecnicamente è sempre "onerosa", nel senso che c'è materialmente un trasferimento di denaro. Per l'iscritto però non è detto che ci sia un costo. Infatti, se l'importo dei contributi da trasferire è uguale o superiore al costo della ricongiunzione, non dovrà versare nulla. Tutto viene comunque specificato nella lettera di proposta che l'Enpam invia.

# Mozione Consiglio nazionale FIMMG

*A SETTEMBRE INIZIATIVE CONGIUNTE DI PROTESTA PER OTTENERE ATTI D'INDIRIZZO NECESSARI*

*ALL'APERTURA DELLE TRATTATIVE PER RINNOVO CONTRATTI E CONVENZIONI*



Il Consiglio Nazionale FIMMG riunitosi a Roma il 19 Luglio presso l'Hotel Cardo in Roma, udita la relazione del Segretario Generale Nazionale, Silvestro Scotti Il Consiglio Nazionale,

sentita la relazione sul rendiconto economico consuntivo 2024 del Tesoriere consolidata dal parere favorevole del Collegio dei Revisori dei Conti, la approva.

Sentita la relazione sul rendiconto economico preventivo 2025 del Tesoriere consolidata dal parere favorevole del Collegio dei Revisore dei Conti, la approva.

Esprime orgoglio e soddisfazione per il risultato delle elezioni ENPAM che hanno visto la riconferma del Presidente Alberto Oliveti con il 95% dei consensi e contestualmente l'elezione del Segretario Nazionale FIMMG Silvestro Scotti a Vicepresidente Vicario. Formula i migliori auguri di buon lavoro alla nuova squadra, a garanzia della continuità e del rafforzamento della rappresentanza della medicina generale all'interno dell'Ente previdenziale.

Rimarca con rammarico il ritardo nell'attuazione degli Accordi Integrativi Regionali che sovverte l'obiettivo condiviso tra la parte pubblica e la parte sindacale di realizzazione delle AFT e del ruolo unico, ad esse connesso, quale strumento di forte innovazione organizzativa dell'assistenza territoriale a mero processo di trasformazione del contratto di lavoro del singolo medico. Approccio questo che appare poco attrattivo per la categoria e che rischia di farne fallire l'obiettivo allontanando i neo-convenzionati dalle necessarie certezze contrattuali e di obiettivi professionali attrattivi che caratterizzano un accesso alla professione evoluto e sicuro, nelle sue declinazioni di ruoli e compiti.

Evidenzia il grave ritardo nella emanazione del nuovo atto di indirizzo che

consentirebbe di procedere con le trattative per l'ACN 2022-2024, ritardando oltremodo la presenza dei medici di medicina generale all'interno delle case di comunità e l'evoluzione del ruolo unico, nonché ostacolando l'adeguamento del trattamento economico alla crescita dell'inflazione (+13,4% cumulata 2022-2024), con una perdita di potere d'acquisto che mina la sostenibilità della professione. Sommando inoltre all'aumento dell'inflazione la perdita reddituale per il MMG di oltre l'11% dato dalla mancanza dei rinnovi contrattuali 2022/2024 e 2025/2028, si palesa, con un'assimilazione alla discussione economica internazionale, che i medici italiani stanno pagando già un "dazio" di quasi il 25% per decisioni che non appartengono che alla responsabilità delle regioni che hanno in pancia i fondi accantonati per i rinnovi contrattuali. Le regioni si devono rendere conto che sono loro che stanno rendendo sempre meno attrattiva la medicina generale per i giovani e, al tempo stesso, assolutamente insostenibile il lavoro per una categoria da sempre in prima linea.

Il Consiglio Nazionale FIMMG

Rileva con preoccupazione la situazione normativa attuale, che spinge molti giovani professionisti a compiere scelte condizionate esclusivamente da logiche fiscali, accettando condizioni contrattuali precarie e temporanee pur di rientrare in regimi agevolati. Questo fenomeno sta generando che i medici attualmente disponibili siano caratterizzati dal preferire una produttività ridotta ma meglio retribuita, per le agevolazioni fiscali, piuttosto che partecipare a una contrattualità collettiva a tempo indeterminato, minando le basi della stabilità dell'SSN. Pertanto, il Consiglio chiede un incontro congiunto urgente con il Ministero della Salute e dell'Economia per individuare soluzioni che affrontino tale tema, mantenendo l'incentivazione

al pieno esercizio della professione medica quale vera soluzione alla presunta carenza di professionisti che oggi ostacola il Servizio Sanitario Nazionale.

Sottolinea la necessità di una proposta concreta per l'evoluzione della formazione specifica in medicina generale verso un riconoscimento di tipo specialistico, in sintonia con il perimetro normativo delle leggi europee, che valorizzi il percorso formativo senza relegare il corsista - né il futuro medico di medicina generale - a una condizione professionale marginale. Tale evoluzione dovrà garantire la piena tutela del titolo già conseguito e scongiurare meccanismi che ne svilirebbero il significato formativo e identitario, compromettendo il ruolo strategico della medicina generale nel Servizio Sanitario Nazionale, generando disaffezione nei confronti della professione da parte dei giovani. Si richiede inoltre al Governo di chiarire le coperture economiche previste per tale obiettivo, smentite dalle affermazioni del parere del MEF che ne dichiarano la non sostenibilità finanziaria in occasione della bocciatura di un recente emendamento in Commissione bilancio.

Il Consiglio Nazionale FIMMG

Dà mandato al Segretario Nazionale di convocare a settembre una Segreteria Nazionale FIMMG congiunta con le sigle sindacali di rappresentanza avendo già l'assenso dei Segretari Nazionali di ANAAO, SUMAI e FIMP, insieme a tutte le altre OOSS che vorranno unirsi alla protesta, al fine di concertare tutte le azioni necessarie finché non si ottenga dalla Conferenza delle regioni l'approvazione di tutti gli Atti di indirizzo necessari ai rinnovi contrattuali di tutte le categorie mediche dell'SSN, convenzionata e dipendente.

*Approvata all'unanimità*

# "No tu no! Che fine fa un paese se la salute non è per tutti"

UN LIBRO DI BARBARA GOBBI E ROSANNA MAGNANO



Sei milioni di italiani rinunciano a curarsi, il 40% della spesa sanitaria privata è a carico delle famiglie, l'aspettativa di vita al Sud è di tre anni inferiore rispetto al Nord: la sanità pubblica è ancora per tutti?

Un viaggio tra le disuguaglianze sanitarie italiane.

Dalle donne con infarto sottovalutato ai migranti con mortalità neonatale più alta del 55%, fino alle persone transgender escluse dagli screening oncologici. Un'inchiesta che interroga la coscienza civile del Paese.

L'articolo 32 della Costituzione garantisce cure gratuite agli indigenti, ma in

Italia la spesa sanitaria "out of pocket" ha superato i 40 miliardi di euro e il sistema pubblico sta scaricando sui cittadini il peso delle cure, con effetti devastanti per i più fragili. Cosa succede a un Paese quando il diritto alla salute smette di essere universale? Quando 6 milioni di persone rinunciano alle cure? Quando le liste d'attesa diventano una barriera insormontabile?

Queste sono le domande a cui le autrici di NO TU NO. Che fine fa un Paese se la salute non è per tutti provano a rispondere. Un nuovo libro-inchiesta firmato da Barbara Gobbi e Rosanna Magnano, giornaliste del Gruppo 24 ORE, che accende i riflettori su un sistema sanitario nazionale sempre più in crisi, sempre meno equo, sempre più distante dai principi costituzionali. Con la prefazione del Premio Nobel per la Fisica Giorgio Parisi, che definisce il libro "non solo un'inchiesta, ma un manifesto per chi crede che la salute non possa essere un privilegio", questo libro è un atto d'accusa e al tempo stesso una proposta concreta per ripensare il sistema sanitario italiano.

Attraverso dati, analisi, testimonianze dirette e interviste a esperti, il volume racconta le storie di chi resta escluso: anziani, migranti, donne, bambini, persone transgender, malati oncologici, disabili. Una narrazione corale che si snoda tra Nord e Sud, tra

ospedali deserti e ambulatori sovraffollati, tra famiglie impoverite e professionisti allo stremo.

Il libro dà voce anche a chi si batte ogni giorno per un'assistenza più giusta, medici, volontari, associazioni, operatori del Terzo settore, e raccoglie i contributi di personalità del mondo della cultura, dello spettacolo e dello sport, unite dalla convinzione che la salute sia un diritto, non un lusso. NO TU NO è un invito all'azione rivolto a cittadini, politici e professionisti. Perché la domanda che ci pone è urgente e non più rimandabile: che Paese vogliamo essere?

«No tu no». Enzo Jannacci, con la sua canzone, dipingeva l'assurdità di un'esclusione senza motivo. Oggi, quelle stesse parole risuonano nelle corsie ospedaliere, negli ambulatori sovraffollati, nelle case di chi rinuncia a curarsi. Questa non è solo un'inchiesta: è un viaggio nell'Italia delle disuguaglianze sanitarie, un'accusa contro un sistema che tradisce i suoi principi, ma anche un manifesto per chi crede che la salute non possa essere un privilegio.

GIORGIO PARISI

Il volume sarà disponibile nelle librerie dal 30 maggio a € 16,90.

## CODICE DEONTOLOGICO

### 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.*

