

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

**Corte Costituzionale: il medico imputato
può citare in giudizio l'assicuratore pag. 27**

La vicenda del paracetamolo in gravidanza pag. 36

Francesco Pellegrini.

Medico, storico e umanista veronese..... pag. 40

La tormentata nascita dell'anestesia (prima parte) .. pag. 43

4

**DICEMBRE
2025**

VERONA MEDICA

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

Anno LX n. 4 DICEMBRE 2025

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

ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA



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

Direttore Responsabile
Roberto Mora

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

veronamedica2025@gmail.com

Consiglio Direttivo

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

Consiglieri

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

Revisori dei Conti

Vania Teresa Braga, Francesca Moretti

Revisore dei Conti Supplente
Stefano Bortoletti

Commissione Odontoiatri

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

Fotocomposizione e Videoimpaginazione

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

Foto di Copertina

freepik.com > 20041946
Freepik

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 Paracetamolo in gravidanza: il "byass" della ricerca

NOTIZIE DALL'ORDINE

6 Verbalì del Consiglio e delle Commissioni

ALBO ODONTOIATRI

11 Verbalì della Commissione Odontoiatri

LETTERE

15 A proposito di Intelligenza Artificiale

AGGIORNAMENTO

16 Il Nobel per la Medicina a Mary E. Brunkow, Fred Ramsdell e Shimon Sakaguchi

18 Osservate nel cervello le proteine che scatenano il Parkinson.

18 Rigenerare la cartilagine, studio apre scenari innovativi per cura osteoartrosi

19 Riattivazione del gene Ccna2 per rigenerare cellule cardiache.

19 Maschio o femmina: il sesso del nascituro dipende dalla mamma.

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

21 Identificata una firma molecolare del tumore della prostata

21 Fungo killer negli ospedali europei, l'alert ECDC: Italia fra Paesi più colpiti.

22 Camminare rallenta declino cognitivo nelle persone a rischio Alzheimer

23 Reazioni allergiche gravi: in arrivo nel 2026 l'adrenalina in spray nasale

23 Vaccini in gravidanza: ecco quali proporre alle donne in gravidanza

24 Possibile ora trapianto da chi ha l'epatite C

25 Virus Sinciziale Respiratorio: il vaccino riduce il rischio di ospedalizzazione e morte nell'anziano.

PROFESSIONE E LEGGE

26 DDL semplificazioni: aumentano i servizi offerti dalla farmacia dei servizi

27 Corte Costituzionale: il medico imputato può citare in giudizio l'assicuratore.

28 Trasmissione dati di spesa sanitaria al Sistema TS: la scadenza diventa annuale

28 Sicurezza sui luoghi di lavoro, ecco gli obblighi per gli studi medici

29 SaluteMia: aperte le iscrizioni per la tutela sanitaria aggiuntiva

30 Odontoiatria: Senna (Cao nazionale) a Bernini: "Troppi 1774 posti, la pletera odontoiatrica è ormai una realtà".

31 Decreto I.A.: ecco gli articoli che riguardano i medici di famiglia

32 Detrazioni su ristrutturazione immobili

33 Cure in altri Paesi europei: la Corte Ue impone meno vincoli

ATTUALITÀ

34 Spesa sanitaria pubblica, Gimbe: "Italia al 6,3% del Pil, sotto la media Ocse del 7,1%"

35 Specializzazioni mediche, non assegnato il 17% delle borse

36 La vicenda del paracetamolo in gravidanza

37 Le regole della scienza e quelle della politica

38 Antisemitismo e antisionismo

STORIA DELLA MEDICINA

40 I padri veronesi della medicina. Rassegna storico-etica Francesco Pellegrini. Medico, storico e umanista veronese

43 La tormentata nascita dell'anestesia

53 Lodovico Balducci, Medico Condotta e poi Luminare negli Stati Uniti. È l'occasione per occuparci di assistenza domiciliare

SINDACATI MEDICI

56 83° Congresso Fimmg a Villasimius

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.

Paracetamolo in gravidanza: Il "byass" della ricerca

Il Washington Post, un mese fa, riportava la notizia che gli Usa sono "pronti a collegare l'uso di paracetamolo in gravidanza con il rischio di autismo". Secondo i funzionari sanitari federali questo dato sarebbe emerso da loro ricerche e da ricerche precedenti, tra cui una revisione di agosto condotta da ricercatori del Mount Sinai e Harvard, che suggeriscono un possibile collegamento tra l'uso di Tylenol nelle prime fasi di gestazione e un aumento del rischio di autismo nei bambini.

Il Tylenol è un farmaco che negli USA si può acquistare senza ricetta nei "drug store" dei supermercati e contiene per l'appunto paracetamolo.

Sembra che l'autismo sia in cima ai pensieri del presidente Usa Donald Trump, che da tempo esprime preoccupazione per l'aumento dei tassi di questa patologia negli Stati Uniti. Intervenendo il 22 settembre alla commemorazione dell'attivista ucciso Charlie Kirk, Trump ha infatti esplicitato la sua preoccupazione in tal senso, rivelando in conferenza stampa alla Casa Bianca che "Domani avremo uno degli annunci più importanti dal punto di vista medico, credo, nella storia del nostro Paese. Penso che lo troverete straordinario. Credo che abbiamo trovato una risposta all'autismo".

La notizia era per l'appunto quella che il paracetamolo assunto in gravidanza favorirebbe l'insorgenza di autismo nei nuovi nati.

Per dare credito a questa ipotesi i National Institutes of Health (NIH), gli Istituti che svolgono ricerca negli Stati Uniti, considerati a livello mondiale tra i centri più avanzati in ricerca biomedica, avvieranno a tal fine una ricerca sull'autismo, con ben 13 team dedicati che riceveranno, a tal fine, finanziamenti per condurla.

Ricordo che i NIH ricevono ogni anno **26,4 miliardi di dollari** (il 28% di quanto ogni anno stanziavano gli USA

per la ricerca biomedica) direttamente dal governo.

A fonte di questo la Food and Drug Administration (FDA) ha avviato una procedura per modificare il foglietto illustrativo del Tylenol per avvisare i consumatori che in caso di uso da parte di donne incinte, ci potrebbe essere un aumentato rischio nei nuovi nati di condizioni neurologiche come autismo e ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). L'agenzia ha anche pubblicato una lettera per alertare i medici a livello nazionale in tal senso.

L'EMA (European Medicines Agency) l'ente regolatorio che ha il compito di coordinare da noi in Europa la valutazione e la vigilanza dei medicinali in commercio, in una nota ufficiale ha ribadito che "i medicinali a base di paracetamolo possono essere usati in gravidanza, in conformità con le raccomandazioni ufficiali".

"Il paracetamolo" – ha affermato Stefan Thirstrup, Chief Medical Officer dell'EMA – "rimane un'opzione importante per il trattamento del dolore o della febbre nelle donne in gravidanza. Il nostro consiglio si basa su una rigorosa valutazione dei dati scientifici disponibili e non abbiamo trovato prove che l'assunzione di paracetamolo durante la gravidanza causi autismo nei bambini".

Aggiungendo che nel 2019, l'ente regolatorio Ue "ha esaminato gli studi disponibili che indagavano lo sviluppo neurologico dei bambini esposti al paracetamolo in utero e ha riscontrato che i risultati erano inconcludenti



e che non era possibile stabilire un collegamento con i disturbi dello sviluppo neurologico".

L'EMA, nata per armonizzare (non sostituire) il lavoro degli organismi regolatori nazionali in tema di farmaci, si sostiene con i contributi finanziari degli stati membri dell'Unione europea ed anche con quelli delle industrie farmaceutiche.

Nel 2021, il budget totale dell'Agenzia ammontava a **385,9 milioni di euro**.

Di questi circa l'86% derivavano da diritti e oneri a carico delle case farmaceutiche, e il 14% dal contributo degli stati membri dell'Unione europea. Solo l'1% derivava da altre fonti.

Da noi l'AIFA l'Agenzia italiana del farmaco ha confermato che non emergono nuove evidenze che richiedano modifiche alle raccomandazioni in vigore sull'uso del paracetamolo in gravidanza, poiché i dati disponibili non evidenziano un aumento del rischio di autismo o di malformazioni del feto o del neonato nelle donne che hanno fatto uso di tale farmaco in gravidanza. Aggiungendo che le esperienze d'uso in ampie coorti di donne in gravidanza hanno confermato l'assenza di rischi malformativi o tossici.

Il budget finanziario AIFA per il 2025 è di **31 milioni di euro** di cui il 50% è costituito da contributi versati dalle aziende farmaceutiche (il che costituisce il 5% di quanto queste spende-

ranno in quell'anno in attività di promozione).

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha preso le distanze da Trump e dai suoi annunci su paracetamolo e vaccini. In una nota ha affermato che "al momento non ci sono prove scientifiche che confermino un possibile legame tra l'autismo e uso di paracetamolo in gravidanza" ribadendo che "nell'ultimo decennio sono state intraprese ricerche approfondite, compresi studi su larga scala, che hanno esaminato i legami tra l'uso di paracetamolo durante la gravidanza e l'autismo. In questo momento, non è stata stabilita nessuna associazione coerente".

L'OMS si finanzia tramite due tipi principali di contributi: i contributi obbligatori versati dagli Stati membri e i contributi volontari provenienti da governi, fondazioni filantropiche, ONG e altri organismi. I contributi volontari costituiscono la maggior parte del budget annuale dell'OMS, e questa dipendenza da fonti non garantite crea la sua principale vulnerabilità.

Gli Stati Uniti, membro fondatore dell'OMS nel 1948, e principale finanziatore fino ad oggi, hanno intrapreso il processo di ritiro da tale organizzazione il 20 gennaio 2025, e la decisione diventerà esecutiva dal gennaio 2026.

La società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA) si è detta preoccupata sia per la revisione avviata dalla FDA sul

paracetamolo, sia dal rinfocolarsi dei dubbi su un possibile legame tra vaccini e autismo, entrambe alimentate dalle dichiarazioni di Trump e dalle posizioni del suo ministro della salute R. Kenndy Jr.

"Tali dichiarazioni, ampiamente riprese dai media, risultano prive di reale fondamento scientifico, creano disinformazione e contribuiscono ad alimentare insicurezze e confusione su quello che è un problema rilevante per milioni di bambini, adolescenti e famiglie coinvolte nei disturbi del neurosviluppo in tutto il mondo" ha sottolineato **Elisa Fazzi**, Presidente Sinpia. "L'autismo è un disturbo del neurosviluppo complesso e multifattoriale dovuto all'interfaccia tra fattori genetici e ambientali, riconosciuto e studiato da decenni dalla comunità scientifica internazionale... non esistono evidenze credibili che colleghino con certezza l'autismo a cause esterne come i vaccini o farmaci o altri fattori comunemente invocati in narrazioni infondate".

"Diffondere affermazioni non supportate da dati scientifici e non esprimersi in sintonia con la comunità e i dati scientifici a disposizione non solo è irresponsabile, ma rischia di danneggiare seriamente gli sforzi quotidiani di medici, terapisti, educatori e famiglie, che lavorano con impegno per favorire la ricerca, lo sviluppo, l'inclusione e il benessere delle persone con autismo" ha poi affermato Antonella Costantino, past-president Sinpia.



Siamo ovviamente in sintonia con loro.

Anche se dobbiamo ricordare che da noi, come in ogni altra parte del mondo, la ricerca ha dei costi. E questi sono la causa del "byass" che può influenzarla.

Il Byass per cui, quanto più si spende, tanto più si rischia di avere ragione.

ROBERTO MORA

Ultima ora

Ospedale di Bugliano

Gli scienziati annunciano un incredibile "collegamento di causa ed effetto" tra autismo e paracetamolo. Poiché l'autismo è stato descritto per la prima volta nel 1911, mentre il paracetamolo è arrivato sul mercato solo nel 1949, la conclusione è ovvia. È l'autismo che ha causato la comparsa del paracetamolo.

SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DI VERONA

OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

CONSULENZA MEDICO LEGALE (Dott.ssa Federica BORTOLOTTI)

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

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

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

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

**VERBALE DELLA RIUNIONE
DI CONSIGLIO DEL
23 LUGLIO 2025**

Convocazione di Consiglio

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

Assenti Giustificati: D. Brunelli, P. Cirillo, M. Corbellini, F. Moretti.

1) Comunicazioni del Presidente

- Il Presidente comunica al Consiglio che il 29 maggio si sono tenute presso la sede del ns. Ordine le elezioni ENPAM le elezioni per i candidati nazionali-regionali e provinciali.

OMISSIS...

- FNOMCEO

Il Presidente comunica che il Presidente Anelli ha nominato il Presidente dell'Ordine di Verona Prof. Guglielmi come supplente della commissione CCEPS.

- Il Presidente riferisce del resoconto delle elezioni ENPAM tenutesi il 28/06/2025 con conferma del Dott. Oliveti Presidente mentre Vicepresidente dott. Scotti per i Medici e dott. Daleffe per gli Odontoiatri. E la dott.ssa Tomezzoli comunica che nell'ultimo consiglio FNOMCEO, si è approvato il bilancio 2024. FNOMCEO ha inoltre ap-

provato un regolamento interno per i gruppi di lavoro che sostituiranno le commissioni nazionali.

- Aggiornamento Commissioni
Aggiornamento commissione ambiente e salute (Dott. Cirillo) per organizzare eventuali eventi anche in collaborazione con Comune Verona

Commissione Etica e Deontologia Medica:

dopo aver coordinato i contatti con Ulss9 e AOUI il Presidente riferisce della composizione che si riunirà il giorno 22 Settembre presso la sede dell'Ordine.

OdM: referente Alfredo Guglielmi

Componenti

Per comitato etico Aulss9:

- Signorelli Denise DS
- Banadonna Giovanni
- Ballarin Antonia

Per comitato etico AOUI

- Carlucci Matilde DS
- Castello Roberto

Componenti

- De Battisti Zeno (Medico Legale)
- Milan Beatrice (Anestesista)
- Chiurco Carlo (Filosofia morale Univr)
- Mancini Ernesto (Avvocato)
- Frapporti Guglielmo (MMG)
- Nosè Michela (Psichiatra)
- Don Flavio Bertoldi (Sacerdote)
- Codella Orazio (Medico Ospedaliero)

Esperti e cultori della materia

- Bortolotti Federica
- Schweiger Vittorio
- Faccioli Mirko (Giurisprudenza UNIVR)
- De Nardi Fabio (Psichiatra)
- Trabucco Gaetano (Psicologo)

- Il Presidente comunica che sul sito dell'ODM verrà creata una sezione che conterrà tutti i libri scritti e pubblicati dai medici del nostro Ordine che ci verranno segnalati.

2) Approvazione verbale precedente

Viene approvato il verbale precedente all'unanimità del Consiglio.

3) Iscrizioni e cancellazioni

A seguito della relazione del Dott. Cordioli, vengono deliberate le se-

guenti nuove iscrizioni e cancellazioni:

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott. ADAMI Giovanni
Dott. APRILE Dario
Dott.ssa ARCOLINI Milena
Dott.ssa BACCI Chiara
Dott. BAMFI Giovanni
Dott. BARBIERI Umberto
Dott. BEGA Klei
Dott. BEGNINI Pietro
Dott. BELLÈ Cesare
Dott.ssa BERGAMINI Cristina
Dott.ssa BOLOGNA Martina
Dott. BOLOGNANI Lorenzo
Dott. BONATELLI Eugenio
Dott.ssa BONETTI Bianca
Dott.ssa BONUZZI Martina
Dott.ssa BRANCACCIO Sofia
Dott.ssa BROGGIO Giada
Dott. CAILOTTO Giovanni
Dott. CAMPONOVARA Giacomo
Dott. CANEVA Alberto
Dott.ssa CARLETTO Chiara
Dott. CARPI Alberto
Dott. CASTAGNA Giordano
Dott. CASTELLANI Pietro
Dott.ssa CEOLONI Miriana
Dott.ssa CIENO Irene
Dott.ssa CINQUETTI Giorgia
Dott.ssa CIPRIANI Chiara
Dott.ssa CORAZZA Ludovica
Dott. COSTA Enrico
Dott.ssa CROCE Francesca
Dott. CUCCHIARALE Luigi
Dott.ssa DALLA VALLE Ester
Dott.ssa DELÙ Giulia
Dott.ssa DANZI Eleonora
Dott. FABRIZI Lorenzo
Dott.ssa FARINATI Linda
Dott. FAZION Luca
Dott.ssa FINOTTI Caterina
Dott. FIORI Andrea
Dott. GAMBIN Giacomo
Dott.ssa GJONI Iris
Dott.ssa GOZZER Valentina
Dott. GRADA Victor
Dott. GUGLIELMI Leonardo
Dott. HUBNER Jacopo Maria
Dott. LOMBARDI Zeno
Dott.ssa MAGAGNA Alice
Dott.ssa MANTOVANI Alessia
Dott.ssa MARCONI Elettra
Dott.ssa MASOTTO Marta
Dott. MASTELLA Pietro

Dott. MECO Alessandro
Dott.ssa MESSETTI Giorgia
Dott.ssa MORANDO Veronica
Dott.ssa MOSELE Anna
Dott.ssa MOTTA Benedetta
Dott.ssa NEGRINI Laura
Dott.ssa NICHELE Camilla
Dott. NICOLÒ Giuseppe
Dott. NIZZOLI Andrea
Dott. NONI Diego
Dott.ssa OGHOMWEN Aize Annalisa
Dott.ssa ORSINGHER Margherita
Dott. OUARDAOUI Reda
Dott. PAOLETTONI Edoardo
Dott.ssa PASQUALI Francesca
Dott.ssa PAVONI Lilia
Dott.ssa PELLEGRINI Sofia
Dott.ssa PERINATI Monica
Dott.ssa PERINI Matilde
Dott.ssa PERLATI Isabella
Dott.ssa POLETTI Giulia
Dott.ssa POLOSA Carolina
Dott. QUAGLIOTTI Samuele
Dott.ssa REGINATO Laura
Dott. RIGATELLI Emanuele
Dott. RIZZATO Marco
Dott.ssa RUBINELLI Martina
Dott.ssa SILVESTRE Sofia
Dott.ssa SOARDI Aurora
Dott.ssa SORIOLO Anna
Dott. STERZI Lorenzo
Dott.ssa TESSARI Chiara
Dott. TESSARI Enrico
Dott.ssa TESTINI Aurora
Dott.ssa TOFFALI Diletta
Dott.ssa TOMELLERI Alessia
Dott.ssa TOMELLERI Vittoria
Dott.ssa TORRESANI Sara
Dott.ssa VACCARI Laura
Dott.ssa VANDIN Erica
Dott.ssa VANIN Emma
Dott.ssa VANTINI Lorenza
Dott.ssa VESENTINI Anna
Dott.ssa VLASHI Giulia
Dott. ZACCARIA Christian
Dott.ssa ZANINI Silvia
Dott.ssa ZANTEDESCHI Annachiara
Dott. ZENELAGA Arsid
Dott. ZIBORDI Vittorio
Dott.ssa ZIKOURI Ibtissam
Dott.ssa ZORDAN Ginevra

Iscrizione per trasferimento:

Dott.ssa GUARINO Immacolata da Omceo Napoli
Dott.ssa MOSCONI Carlotta da Omceo Trento
Dott. RUSSO Savino da Omceo Barletta-Andria-Trani

Cancellazioni per decesso:

Dott. POLLINI Alessandro
Dott. ROTTA Luciano
Dott. TRINCHI Enzo

Cancellazioni su richiesta:

Dott. BELTRAME Renzo
Dott.ssa RIGHETTI Mariachiara

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Prima Iscrizione:

Dott.ssa MENGOLI Matilde

Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate all'unanimità.

4) Iniziativa CAO giovani

Il Presidente da la parola alla Dott.ssa Perina che informa il consiglio della possibilità di censire alcuni studi odontoiatrici che accolgano i giovani laureati per far conoscere l'attività dei colleghi sul territorio. Si tratta di un progetto pilota nel quale la CAO si farà carico di verificare gli studi e fare in modo che questa esperienza si possa allargare a più realtà possibile. Il consiglio approva all'unanimità.

5) Il Dott Carrara riferisce del progetto/patrocinio del nostro Ordine all'iniziativa del 18/09 per i pazienti Oncologici e invita i consiglieri interessati a partecipare

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

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 24 SETTEMBRE 2025

Convocazione ore 20.30 Sala Consiglio

Presenti:

Consiglieri: A. Guglielmi, A. Tomezzoli, C. Pastori, G. Accordini, D. Brunelli, L. Buono, G. Carrara, R. Castellani, P. Cirillo, L. Cordioli, I. Dal Dosso, A.M. Musso, F. Orcalli, M. Perina, G. Petrilli, V. Braga, F. Moretti.
Funzionaria Amministrativa: R. Maffioli

Assenti: G. Rigon, M. Corbellini, S. Bortoletti

1) Comunicazioni del Presidente

- Il Presidente comunica al consiglio che è stato approvato dal Consiglio dei Ministri un disegno di legge delega recante: "delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", e cioè il cosiddetto "scudo penale per i medici", che mira a meglio definire la responsabilità dei medici, a ridefinire il grado di colpa, e prevede una serie di ulteriori circostanze, di cui i giudici dovranno tener conto.

Perché tali norme entrino in vigore, dovranno essere emanati i decreti delegati, da sottoporre all'approvazione delle Camere.

- Per quanto riguarda la situazione dell'assunzione in servizio dei medici stranieri non UE, non abilitati in Italia e con titolo di studio non riconosciuto in Italia, il Presidente riferisce che ci sono stati incontri tra i Presidenti degli Ordini del Veneto, per le deliberazioni assunte in luglio e agosto dalla Giunta regionale veneta.

Riferisce che sono di recente state emesse due sentenze del Tar Lombardia – Milano (n. 2941 e 2942 del 15.9.2025), che hanno accolto ricorsi proposti da FNOMCEO e dall'Omceo di Milano, annullando la deliberazione della Giunta regionale Lombardia del novembre 2024, la quale dava applicazione alle norme nazionali che, dal 2020, prevedono la possibilità di derogare alle disposizioni in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie.

In particolare, in base alla norma, ora sarebbe consentito l'esercizio temporaneo nel territorio nazionale, delle qualifiche professionali sanitarie conseguite all'estero, in deroga alle norme sul riconoscimento di dette qualifiche, e in deroga al requisito della necessaria iscrizione all'albo.

Anche la Regione Veneto, come aveva fatto la Regione Lombardia, nel luglio-agosto 2025 ha ritenuto di dare attuazione alla norma, che FNOMCEO ed Ordini contestano,

per poter assumere in via temporanea medici che hanno conseguito i titoli all'estero.

Gli Ordini veneti e FNOMCEO hanno in programma di impugnare le deliberazioni della Giunta regionale veneta, ritenendole lesive, come quelle lombarde annullate, delle prerogative di FNOMCEO e degli Ordini in tema di necessario riconoscimento del titolo e di controllo dell'operato del sanitario.

La posizione degli Ordini del Veneto, in attesa di determinazioni da parte del Ministero della Salute, sarebbe, per ora, quella di non iscrivere i medici i cui titoli non siano riconosciuti da parte del Ministero.

- Il Presidente ricorda a tutti la data della giornata del Medico che sarà il 15 Novembre presso la sede della Gran Guardia. Si sta procedendo con il programma, che prevede l'intervento del Professor Faggin che farà una lettura sull'Intelligenza artificiale.
- Il Presidente comunica inoltre che sabato 27 Settembre presso la sala congressi della Fiera di Verona si terrà un convegno organizzato dalla dott.ssa Mirandola dal titolo "La riforma della sanità territoriale: guardare al futuro con consapevolezza". La Vicepresidente dott.ssa Anna Tomezzoli parteciperà in rappresentanza dell'Ordine.
- Si è svolto un incontro della Commissione etica per alcune proposte di rettifiche e modifiche dei componenti della commissione stessa: la dott.ssa Coffele sostituirà la dott.ssa Signorelli in rappresentanza della Direzione dell'ULSS 9 Scaligera; per la AOUI parteciperanno il dott. Castello e il Prof. Gottin; la dott.ssa Debeni parteciperà in rappresentanza dei giovani medici.

Elenco completo con i componenti:

Commissione Etica e

Deontologia Medica:

Referenti

OdM: Alfredo Guglielmi

Per comitato etico Aulss9:

- Coffele Viviana
- Banadonna Giovanni
- Ballarin Antonia

Per comitato etico AOUI

- Carlucci Matilde DS
- Castello Roberto
- Gottin Leonardo

Componenti

- De Battisti Zeno (Medico Legale)
- Milan Beatrice (Anestesista)
- Chiurco Carlo (Filosofia morale Univr)
- Mancini Ernesto (Avvocato)
- Frapporti Guglielmo (MMG)
- Nosè Michela (Psichiatra)
- Don Flavio Bertoldi (Sacerdote)
- Codella Orazio (Medico Ospedaliero)
- Debeni Irene (Medico di Medicina Generale)

Esperti e cultori della materia

- Bortolotti Federica
- Schweiger Vittorio
- Faccioli Mirko (Giurisprudenza UNIVR)
- De Nardi Fabio (Psichiatra)
- Trabucco Gaetano (Psicologo)

Le modifiche vengono approvate dal consiglio all'unanimità.

- Il dott. Orcalli comunica che la dott.ssa Coffele sostituirà la dott.ssa Signorelli anche all'interno della Commissione Ospedale-Territorio.
- Il Presidente comunica al consiglio che il past-president dott. Carlo Rugiu ha ricevuto il conferimento della onorificenza di Cavaliere della Repubblica.

2) Il presidente richiede l'approvazione del verbale del consiglio precedente. Il verbale viene approvato all'unanimità.

3) Iscrizioni e cancellazioni

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott.ssa GOLEMI Sonja

Dott. TISATO Luca

Dott.ssa WIERZBICKA Agnieszka

Dott.ssa ZANGRANDI Nicole

Iscrizione per trasferimento:

Dott.ssa BIANCARDI Elena da Omceo Milano

Dott. FERRARO Mattia da Omceo Belluno

Dott. LIBERACE Francesco da Omceo Pisa

Dott.ssa PARISI Silvia da Omceo Brindisi

Dott.ssa RUFFILLI Rachele da Omceo Forlì-Cesena

Prof. UCCELLA da Omceo Varese

Dott.ssa SALADINI Eleonora da Omceo Bolzano

Cancellazioni per trasferimento:

Dott.ssa COATI Irene Vs Omceo Ancona

Cancellazioni per decesso:

Prof. BARBARESI Franco

Dott.ssa DE SABATA Leonora

Dott. FRIGO Antonio

Dott. GAROFALO Angelo

Cancellazioni su richiesta:

Dott. BRANCATO Angelo

Dott.ssa NASO Carolina Giselle-

Dott.ssa PERUSI Donatella

Iscrizione STP:

CAMPO MEDICO S.r.l STP

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Prima Iscrizione:

Dott.ssa BONFADELLI Elisa

Dott. CASTELLANO Alessandro

Dott. DELLIS Lorenzo

Dott.ssa GANDINI Sara

Dott. GHIDONI Enrico

Dott.ssa KAUR Damanjot

Dott.ssa PAPHARHAJI FILIPPINI

Katarina

Dott. PESENATO Francesco

Dott.ssa PIRES PIMENTA DE OLIVEIRA Andreia Sofia

Dott.ssa RUSSO Annalisa

Dott.ssa TOSI Annalisa

Cancellazioni su richiesta:

Dott. COVIELLO Girolamo

Dott. FACCHINELLI Marco

Dott. MANOSSI Enrico

Dott. PERAZZOLI Giuseppe

Dott. ROSSA Walter Angelo

Dott.ssa TREVISANI Elisa

Cancellazioni per decesso:

Dott.ssa CATTANEO Micol

4) Varie ed eventuali

- Il Consigliere dott. Cordioli si complimenta con la posizione tenuta dal nostro Ordine e in merito alle vicende relative al NITAG.
- Il Dott. Buono chiede chiarimenti al Presidente, e le sue intenzioni, a proposito della lettera di invito spedita dal dott. Enrico Tolentinati, per un confronto sui vaccini. Il Presidente dichiara che non ritiene opportuno accettare l'invito per un incontro che dovrebbe svolgersi al di fuori delle istituzioni mediche e scientifiche locali e nazionali, i cui temi, enunciati nell'invito, esulano peraltro dalle competenze scientifiche ed istituzionali dell'Ordine.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 17 OTTOBRE 2025

Convocazione da remoto ore 19,30

Presenti collegati da remoto:

Consiglieri: A.Guglielmi, A.Tomezzoli, C.Pastori, G.Rigon, D.Brunelli, L.Buono, G.Carrara, P.Cirillo, M.Corbellini, Dal Dosso, A.M. Musso, F.Orcalli, M.Perina, Funzionaria Amministrativa: R. Maffioli

Assenti: R.Castellani, G.Accordini, L.Cordioli, G.Petrilli

1) Comunicazioni del Presidente

- Il Presidente ricorda ai consiglieri di aver già loro comunicato che sono di recente state emesse due sentenze del Tar Lombardia – Milano (n. 2941 e 2942 del 15.9.2025), che hanno accolto ricorsi proposti da FNOMCEO e dall'Omceo di Milano, e hanno annullato la deliberazione della Giunta regionale Lombardia del novembre 2024, che dava applicazione alle norme nazionali che dal 2020 prevedono la possibilità di derogare alle disposizioni in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie (art. 13 del D.L. 18/2020 e ss.mm.). In particolare, si ricorda che, in base alla normativa nazionale, ora sarebbe consentito l'esercizio temporaneo nel territorio nazionale del-

le qualifiche professionali sanitarie conseguite all'estero, in deroga alle norme sul riconoscimento di dette qualifiche e in deroga al requisito della necessaria iscrizione all'albo. Anche la Regione Veneto, come la Regione Lombardia, nel luglio-agosto 2025 ha ritenuto di dare attuazione alla suddetta normativa nazionale, mediante adozione di provvedimenti – contestati da FNOMCEO ed Ordini - che consentono l'assunzione in via temporanea di medici che hanno conseguito i titoli all'estero. Tali deliberazioni della Giunta Regionale vanno impugnate perché sono lesive, come quelle lombarde annullate, degli interessi di FNOMCEO e degli Ordini in tema di necessario riconoscimento del titolo e di controllo dell'operato del sanitario.

La posizione degli Ordini del Veneto, in attesa di chiarimenti e/o determinazioni da parte del Ministero della Salute, sarebbe, per ora, quella di non iscrivere i medici i cui titoli non siano riconosciuti da parte del Ministero.

Ricorda di aver già comunicato al Consiglio che tutti i Presidenti degli Ordini veneti si sono incontrati con l'Assessore regionale alla Sanità, ma che allo stato non vi è stata alcuna modificazione delle delibere assunte, che dunque vanno impugnate avanti al Tribunale Amministrativo Regionale, confidando nel loro annullamento, come già recentemente fatto da parte del Tar Lombardia.

Riferisce che, in accordo con FNOMCEO, che proporrà ricorso, si è convenuto che tutti gli Ordini dei Medici veneti impugnino a loro volta le deliberazioni regionali, affidando la proposizione del ricorso stesso agli avvocati Giuseppe Colavitti e Saverio Bertolini del foro di Roma, che hanno assistito vittoriosamente FNOMCEO avanti al Tar Lombardia. Riferisce che l'avvocato Colavitti ha preventivato, per i compensi, e, in accordo con FNOMCEO, di richiedere per l'intero giudizio avanti al Tar, per ciascun Ordine provinciale, un compenso pari ad € 500, oltre a spese generali, ed accessori di legge.

Propone quindi che il Consiglio

approvi la proposizione del ricorso giurisdizionale al Tar Veneto da parte dell'Ordine di Verona, unitamente agli altri Ordini del Veneto, avverso le deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale del Veneto, sottoscrivendo il relativo mandato defensionale e nominando gli avvocati Giuseppe Colavitti e Saverio Bertolini del foro di Roma.

Il Consiglio, vista la necessità e l'opportunità di tutelare, in favore dei cittadini e di tutti i medici, l'interesse pubblico al corretto esercizio della professione medica, il cui controllo è prerogativa dell'Ordine e di FNOMCEO, approva quanto proposto dal Presidente, delibera la proposizione, con gli altri Ordini Veneti, del ricorso giurisdizionale avanti al Tar per il Veneto nei confronti delle deliberazioni assunte dalla Regione Veneto, e autorizza il Presidente a sottoscrivere tutti i necessari atti, in particolare il mandato defensionale agli avvocati Giuseppe Colavitti e Saverio Bertolini del foro di Roma.

Approva altresì il preventivo di spesa per la proposizione del ricorso, come formulato dall'avvocato Colavitti e riferito dal Presidente.

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Reiscrizione:

Dott. ALMEIDA PARONI Rodrigo

Il Consiglio approva all'unanimità l'iscrizione.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 29 OTTOBRE 2025

Presenti: A.Guglielmi, G.Rigon, A.Tomezzoli, C.Pastori, G.Accordini, L.Buono, G.Carrara, R.Castellani, L.Cordioli, I.Dal Dosso, Perina, G.Petrilli, S.Bortoletti, F.Moretti.
Assenti giustificati: F.Orcalli, A.M. Musso, V.Braga

1) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente comunica al Consiglio gli

aggiornamenti sull'organizzazione della giornata del medico del 15/11. Viene mostrata la scaletta della giornata, e l'elenco degli inviti istituzionali. Inoltre, Il Presidente presenta la brochure con l'elenco degli invitati per la premiazione del 50° anno di professione e con l'elenco dei giovani colleghi neo-iscritti. Il Presidente riferisce la possibilità di ordinare la medaglia commemorativa per i colleghi che verranno premiati; il Consiglio approva con riserva che la sostenibilità economica sia confermata dal tesoriere Dott.ssa Pastori.

2) Approvazione verbale precedente

Viene approvato il verbale precedente all'unanimità del Consiglio.

3) Aggiornamento commissioni

Il Dott. Corbellini riferisce aggiornamenti sulla commissione medicine non convenzionali con il coinvolgimento di alcuni colleghi: Dott. Brigo, Cardini, Pugliarello, Dall'Anese, Elio.

Il Dott. Cirillo riferisce aggiornamenti sulla commissione ambiente e sull'organizzazione di un incontro pubblico rivolto alla cittadinanza nella 3° circoscrizione in accordo anche con il comune di Verona.

La Dott.ssa Tomezzoli aggiorna sulla commissione giovani che sarà a breve riconvocata.

Il Dott. Carrara riferisce che la commissione libera professione ha valutato la possibilità di offrire corsi BLS-D a tariffe agevolate; il Presidente suggerisce di valutare anche la possibilità di chiedere alla struttura formativa dell'AOU di poter offrire gli stessi corsi a tariffe vantaggiose. Al prossimo consiglio ci saranno ulteriori aggiornamenti sulla questione.

4) Iscrizioni e cancellazioni

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott.ssa ADAMI Barbara
Dott. AMICABILE Andrea
Dott.ssa BORTOLOTTI Ginevra
Dott.ssa BOSCO Sara
Dott. BRESSAN Filippo

Dott.ssa CERPELLONI Silvia
Dott.ssa CONTI COSTANZA Maria Rita

Dott.ssa COONGHE WARNAKULA-SOORIYA Jennifer Dilecta
Dott.sa DONICA Olena
Dott. ESPOSITO Umberto
Dott. FASOLI Mattia Simone
Dott.ssa FATTORI Noemi
Dott. FERRARI Alberto
Dott.ssa FORNALE' Angela
Dott.ssa GALEANO TORO Karen Dayanna
Dott. HAMLICH Mahdi
Dott.ssa IZVOREANU Ana
Dott.ssa KERCUKU Elidona
Dott.ssa KHARAZIZADEH Parto
Dott.ssa LIBERALATO Sofia
Dott.ssa MACCAGNANI Anna
Dott.ssa MARANGONI Arianna
Dott. MARCOMINI Rossano
Dott.ssa MENEGUZZO Luna Maria-sole

Dott. MUDDOLON Simone
Dott. PASQUALINI Igor
Dott.ssa PESENTI Isabella
Dott.ssa PIAZZOLA Ludovica
Dott. PIVA Francesco
Dott. RACCAGNI Luca
Dott.ssa RAMPONI Ludovica
Dott. RIZZOTTI Federico
Dott.ssa SANTI Beatrice
Dott. SILVESTRI Matteo
Dott.ssa STORTI Serena
Dott.ssa TOGNETTI Alessandra
Dott.ssa TOSONI Chiara
Dott.ssa TRAVAGLINI Matilde
Dott. TRENTIN Enrico
Dott. VACCARO Anthony
Dott.ssa VAN ESLANDE Laura Jeanne
Dott. ZARANTONELLO Alessandro

Iscrizione per trasferimento:

Dott. ANTONINI Simone da Omceo Teramo
Dott. BARCELLONA Roberto da Omceo Palermo
Dott.ssa BARONE Filomena da Omceo Foggia
Dott.ssa CROSETTO Sara da Omceo Genova
Dott.ssa MARIOTTI Laura da Omceo Pesaro Urbino
Dott. SALAH EL DIN TANTAWY Emiliano da Omceo Palermo

Cancellazioni per trasferimento:

Dott. CABASSA Paolo Vs Omceo Bolzano

Dott. KALLOGJERI Sokraten Vs Omceo Bolzano

Cancellazioni per decesso:

Dott. BISCARDO Giorgio
Dott. COSTA DEVOTI Roberto
Dott. PERFRANCESCHI Gastone
Dott. TOSADORI Umberto

Cancellazioni su richiesta:

Dott. PERETTI Ernesto

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Prima Iscrizione:

Dott.ssa GAZZIERI Nadia
Dott.ssa OREGLIA Maria Vittoria
Dott.ssa PERONI Giada

Iscrizione per trasferimento:

Dott. VALDARCHI Giorgio Giuseppe da Omceo Sassari

Cancellazioni su richiesta:

Dott. CAPRARA Giovanni

Cancellazioni per decesso:

Dott. CAVALLINI Gino

A seguito della relazione del Dott. Cordoli, vengono deliberate le seguenti nuove iscrizioni e cancellazioni. Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate all'unanimità.

5) Varie e Eventuali

OMISSIS...

Il presidente passa la parola alla Dott.ssa Pastori che informa il consiglio in merito alle delibere amministrative adottate nel periodo Gennaio - Agosto 2025 riguardanti spese di gestione della sede, le polizze assicurative e le competenze legali.

Il Tesoriere riferisce inoltre di aver richiesto e ricevuto e ottenuto diversi preventivi per la sostituzione di n. 4 personal computer nella sede, ormai obsoleti, e comunica di aver individuato, a parità di caratteristiche, l'offerta più conveniente nella proposta della ditta Mas Servizi sas di Scapini Andrea per un importo pari a € 770 + iva di ogni unità.

Dopo breve discussione, il Consiglio approva all'unanimità l'acquisto dei n. 4 nuovi PC secondo il preventivo più vantaggioso.

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 14 MAGGIO 2025

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

Assente giustificato: Dott. Frech

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

Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente informa i presenti della conclusione delle lezioni di Avvio alla Professione che ha visto coinvolti tutti i membri CAO.
- Il Presidente riferisce che il prossimo 18 maggio all'ENPAM le elezioni dei membri dell'Assemblea Nazionale in rappresentanza dei presidenti delle commissioni per gli iscritti all'Albo Odontoiatri.

Pubblicità Sanitaria:

- Ambulatori XXX: La CAO esprime parere favorevole alla richiesta del piano editoriale del mese di giugno;
- Ambulatorio Dentistico XXX: la CAO esprime parere favorevole a quanto richiesto nella mail del 09/05/2025, ma da un controllo effettuato sul sito web dello studio sono emersi alcuni dubbi sui contenuti e sulle qualifiche presenti nell'organigramma. Viene deliberato di scrivere alla struttura e chiedere informazioni dettagliate.

Relazioni istruttorie:

- Dott. XXX: viene ripercorso il caso. Alla luce dell'ultima comunicazione pervenuta da parte dell'avvocato XXX, difensore della signora XXX, esponente, che riferisce di aver raggiunto un accordo stragiudiziale col dott. XXX, viene deliberato il non luogo a procedere nei confronti del dott. XXX;
- Dott.ssa XXX: il Presidente espone il caso riferito ad un esposto per-

venuto nei confronti della dott.ssa XXX da parte della signora XXX, la quale chiede l'intervento della CAO in merito a possibili violazioni deontologiche della dott.ssa XXX rispetto ad una vicenda che l'ha vista coinvolta a seguito di cure eseguite e per le quali la paziente ha attivato una causa civile. Per detta causa è stato ottenuto un accordo di transazione. Viene deliberato di convocare la dott.ssa XXX per chiarimenti.

Prende la parola la dott.ssa Perina la quale riferisce di aver avuto un incontro con il sindacato SUSO per promuovere un corso rivolto ai pediatri e dentisti generici sull'odontoiatria infantile e l'ortopedia dento-facciale in età evolutiva.

La dott.ssa Perina propone ai presenti una lettera da inviarsi a tutti gli iscritti all'Albo Odontoiatri firmata dal Presidente CAO, a titolo personale, come ringraziamento per la fiducia accordata durante le elezioni.

Alle ore 20.00 si dichiara chiusa la seduta.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 18 GIUGNO 2025

Presenti: Guglielmi, Buono, Marchetti, Perina.

Assenti giustificati: Frech

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

Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta una segnalazione anonima (in quanto il segnalante non ha voluto identificarsi né inviare un suo documento di identità, previsto

obbligatoriamente per formalizzare gli esposti), nella quale viene riferito di fabbricazione e applicazione di dispositivi dentali da parte di persone non autorizzate in un centro di tatuaggi. Viene deciso di contattare il segnalante riferendo che detta segnalazione va inviata al NAS per competenza di merito.

- Il Presidente relaziona i presenti sulla riunione della CAO venete tenutasi a Mestre il 26 maggio scorso.
- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta una comunicazione da parte della CAO Nazionale a firma del Presidente Senna sul fabbisogno della professione di Odontoiatria e l'elenco dei referenti regionali.
- Progetto giovani in collaborazione con l'Università degli studi di Verona: il Presidente prenderà contatto con la referente del medesimo progetto a Roma.
- Progetto "un dentista per amico": il Presidente informa i presenti su questa iniziativa cui la CAO di Verona aveva già aderito in passato, che si occupa di fornire cure odontoiatriche a bambini non abbienti. La CAO approva la divulgazione dell'iniziativa e delibera di pubblicare la notizia su Verona Medica con la richiesta al fine di sensibilizzare i colleghi a questa pregevole iniziativa.
- Il Presidente informa i presenti che il collega dott. XXX ha pubblicato un libro dove racconta la sua malattia e chiede consiglio ai membri CAO per informare gli iscritti. La CAO approva.
- Progetto CESAIM: il Presidente informa che è pervenuta una richiesta da parte di CESAIM (centro salute per immigrati) per poter reclutare qualche Odontoiatra in pensione che possa dare supporto con le proprie competenze. La CAO approva.

Pubblicità sanitaria:

- Dott. XXX - La CAO approva il piano pubblicitario per il mese di luglio.

Relazioni istruttorie:

- Dott.ssa XXX: il Presidente ripercorre il caso e da lettura del verbale di audizione. Dopo ampio dibattito, alla luce anche del fatto che la segnalazione non presenta risvolti di violazione al Codice Deontologico, viene deliberato il non luogo a procedere.
- Dott.ssa XXX: il presidente informa i presenti di aver ricevuto in data 22/05/2025, una segnalazione da parte di un paziente della dott.ssa XXX. sig. L.P. dopo colloquio telefonico avvenuto tra il Presidente CAO e la dott.ssa XXX, in data 11 giugno il sig. L.P. informa di aver raggiunto un accordo con lo studio dentistico e che quindi ritira la segnalazione. La CAO prende atto.

Varie ed eventuali

- Il Presidente informa ai presenti che è pervenuta all'Ordine una mail avente come oggetto "ricorso" da parte del dott. XXX, il quale lamenta un presunto uso illecito degli organi di comunicazione istituzionali da parte del Presidente CAO dott. Rino Guglielmi in occasione delle Elezioni ENPAM. Dopo ampio dibattito viene messo ai voti l'eventuale opportunità di informare la CAO Nazionale:
dott. Buono – favorevole
dott.ssa Perina – contraria
dott. Marchetti – contrario
dott. Guglielmi – contrario

Alle ore 21.30 si dichiara chiusa la seduta.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 23 LUGLIO 2025

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

Assenti giustificati: dott. Guglielmi

Lettura ed approvazione verbale precedente: l'approvazione del verbale della seduta precedente viene rimandato alla prossima riunione.

In assenza del Presidente dott. Guglielmi, prende la parola il Vicepresi-

dente dott. Buono.

Comunicazioni:

- Il dott. Buono riferisce che è pervenuta dal Comune di Villafranca di Verona una segnalazione riguardante il dott. XXX avente come oggetto: "diffida ad adempiere alla determinazione n. 552/2023". Da un'attenta disamina del documento emerge che il dott. XXX non abbia provveduto al rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio per il suo studio con sede in XXX e che, al momento della visita di verifica programmata per il giorno 15/07/2025, il titolare abbia rifiutato l'espletamento della stessa e che la struttura risultasse comunque in attività nonostante quanto indicato al punto 3 della determinazione n. 552/2023 "di dare atto che la struttura ad oggi risulta priva di titolo autorizzativo sanitario e pertanto la stessa non può operare". Si decide di contattare il dott. XXX per un primo colloquio telefonico prima di dare seguito alla formale convocazione.
- Il dott. Buono informa i presenti della variazione dei compensi/gettone di presenza prevista per i componenti CAO.
- Il dott. Buono riferisce che la dott.ssa XXX ha inviato una segnalazione riguardante una pubblicità sanitaria della struttura denominata XXX, che offre visita e panoramica gratuita. Ravvisandosi una possibile violazione delle norme che regolano la pubblicità dell'informazione sanitaria viene deciso di approfondire l'informazione per capire quale studio a Verona appoggia tale informazione.
- Piano editoriale studio XXX: viene dato parere favorevole al piano editoriale di agosto.
- Il dott. Buono informa i presenti che è pervenuta dalla CAO Nazionale avente come oggetto: "Attività culturale CAO Nazionale" che prevede alcuni corsi da svolgersi in modalità residenziale presso gli ordini.
- Il dott. Buono riferisce che il libro scritto dal collega dott. XXX sarà promosso sul sito dell'Ordine in una pagina dedicata alle iniziative editoriali degli iscritti.
- In vista dei futuri inviti a colloquio viene aperto ampio dibattito sulla

possibilità che tutti i membri CAO, e non solo il Presidente o il Vicepresidente, possano convocare gli iscritti per gli inviti a colloquio ex art. 39. Su questo argomento verrà chiesto parere di merito all'Ufficio Legale della Federazione Nazionale.

Alle ore 20.00 si dichiara chiusa la seduta.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 24 SETTEMBRE 2025

Presenti: Buono, Frech, Guglielmi, Marchetti, Perina

Lettura ed approvazione verbale precedente: il verbale della seduta di luglio non viene approvato. Si rimanda l'approvazione alla prossima riunione CAO.

Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta una circolare FNOMCeO riguardante la decisione del TAR Lombardia in materia di esercizio temporaneo della professione sanitaria in base a una qualifica professionale conseguita all'estero. La sentenza tutela la salute pubblica, salvaguarda i professionisti e garantisce il corretto esercizio della professione medica.
- Il Presidente relaziona i presenti sulla riunione del coordinamento CAO Veneto tenutasi il 30/07/2025.
- Il Presidente informa che parteciperà al Congresso che si terrà a Padova l'11 ottobre prossimo, avente come oggetto "Prevenzione del contenzioso medicolegale".
- Il Presidente informa che parteciperà alla Giornata del Medico e dell'Odontoiatra dell'Ordine di Trento, in programma il 18 ottobre prossimo.
- Il Presidente comunica che il congresso sulla pubblicità e informazione sanitaria, a causa di impegni inderogabili dei relatori, è posticipato al 10 gennaio 2026.
- Progetto Giovani: il Presidente presenta il progetto in collaborazione con l'Università. Si delibera l'invio di una newsletter a tutti i colleghi

iscritti all'Ordine, contenente la presentazione del progetto e la richiesta di adesione all'iniziativa.

Pubblicità sanitaria:

- La CAO approva la richiesta di parere per il piano editoriale di ottobre dello studio dentistico XXX.
- Richiesta parere per il Centro Medico Odontoiatrico XXX: perviene all'Ordine una richiesta di parere per una brochure informativa destinata al quartiere di San Michele Extra a Verona. Viene deciso di contattare il centro per chiarire alcuni punti del messaggio pubblicitario.
- Richiesta parere da parte della dott.ssa XXX: la dott.ssa XXX chiede parere per l'affissione di un'insegna identificativa nel proprio studio odontoiatrico. La CAO esprime parere favorevole.
- Parere su Direttore Sanitario: il Presidente informa che il dott. Frech ha richiesto un parere di merito sulla figura del Direttore Sanitario in ambito odontoiatrico; a tale richiesta seguirà parere formale da parte della segreteria dell'Ordine.
- Richiesta parere congruità – dott. XXX: il Presidente comunica che il 24/07/2025 è pervenuta richiesta di parere di congruità da parte del dott. XXX per cure prestate al Sig. XXX nel periodo 09/11/2022 – 09/05/2024. Dopo aver avviato la comunicazione di avvio del procedimento ai sensi dell'art. 8 legge 7 agosto 1990 n. 241, è stata inviata raccomandata r.r. prot. n. 4412/2025 del 25/07/2025 al paziente, concedendogli 10 giorni per produrre documenti e memorie scritte. Non avendo il Sig. XXX risposto, la CAO, nella seduta del 24 settembre 2025, presa visione della richiesta e considerando congrui gli importi contestati, delibera di approvare la richiesta del dott. XXX e di darne comunicazione allo stesso.

Relazioni istruttorie:

- Segnalazione signora XXX: lamenta che la dott.ssa XXX rifiuta di consegnare la documentazione medica relativa alle sue cure. Il Presidente contatterà la dott.ssa XXX per chiarimenti e relazionerà alla prossima CAO.

- Segnalazione signora XXX: riferisce che il dott. XXX, andato in pensione, ha interrotto le cure iniziate. Si decide di rispondere precisando che la prosecuzione delle cure sarà gestita dal distretto ASL competente, che designerà un nuovo odontoiatra.
- Provvedimento Comune di Villafranca di Verona – dott. XXX: pervenuto in data 17/07/2025. Vista la complessità della situazione, si delibera di convocare il sanitario per chiarimenti.
- Il Presidente relaziona in merito all'invito a colloquio del dott. XXX a seguito della segnalazione della dott.ssa XXX per pubblicità ingannevole operata dal provider XXX che risulta intermedio tra i pazienti e lo studio XXX di S. Ambrogio di cui il dott. XXX risulta essere direttore sanitario. Si contesta al dott. XXX la responsabilità in quanto direttore sanitario di aver consentito l'esposizione di pubblicità ingannevoli che propongono visite e panoramiche gratuite. Si contesta inoltre al dott. XXX di non aver segnalato all'Ordine di Verona la presa in carico della direzione sanitaria dello studio XXX. Il dott. XXX riferisce di non essere a conoscenza di tali pubblicità ingannevoli e di essere stato in buona fede in merito alla segnalazione all'Ordine della direzione sanitaria presupponendo che la segnalazione fosse già avvenuta. Il Presidente ribadisce durante il colloquio l'importanza di controllare in qualità di direttore sanitario il corretto svolgimento di tutte le attività dello studio, compreso il controllo dell'informazione sanitaria e della pubblicità in tutti i canali utilizzati. Il Presidente si raccomanda di segnalare personalmente all'ordine da parte del direttore sanitario gli elementi costitutivi dell'anagrafica. Esposto il caso, la Cao decide di non procedere con l'apertura di un disciplinare nei confronti del dott. XXX che nel frattempo non risulta più essere direttore sanitario della struttura XXX.

Procedimenti disciplinari:

- Dott. XXX: il Presidente ripercorre il caso risalente al 2016 (anno di

apertura e sospensione del procedimento disciplinare in attesa della sentenza). La sentenza di appello ha dichiarato che il dott. XXX non può essere assolto in sede legale, essendo ritenuto colpevole di favoreggiamento dell'esercizio abusivo della professione odontoiatrica (art. 348 c.p.) per fatti avvenuti presso lo studio di Verona. Poiché il reato è stato estinto per prescrizione, si apre dibattito sulla possibilità di valutare la conclusione del procedimento disciplinare originario e sull'eventuale apertura di un nuovo procedimento per fatti analoghi avvenuti a Gambellara (VI).

Varie ed eventuali:

- Si pone in votazione la proposta di procedere con la registrazione dei prossimi verbali CAO; la decisione viene approvata all'unanimità, autorizzando la registrazione delle sedute.

Null'altro essendovi da discutere, la seduta termina alle ore 20.00

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 22 OTTOBRE 2025

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

Approvazione verbali precedenti

- VERBALE GIUGNO: viene effettuata la lettura del verbale di giugno da parte del Presidente. Guglielmi, Perina, Marchetti favorevoli; dott. Buono contrario.
- VERBALE LUGLIO: viene effettuata la lettura del verbale da parte del Presidente: Frech, Perina, Marchetti favorevoli; Buono contrario. Il vicepresidente non firma il verbale in quanto contrario alla sua approvazione. Il verbale viene firmato solo da dott.ssa Perina.
- VERBALE SETTEMBRE: viene effettuata la lettura del verbale da parte del Presidente: Guglielmi, Perina, Marchetti, Frech favorevoli; Buono contrario.

Comunicazioni del presidente

- Il Presidente relaziona sull'esito della richiesta di adesione al progetto Giovani Odontoiatri tramite newsletter inviata agli studi dentistici del territorio. Considerata la risposta positiva vengono pianificati i prossimi passaggi per poter definire i dettagli del progetto.
- Comunicazione da parte della Federazione in merito alla legge annuale per il mercato e la concorrenza.

Relazioni istruttorie

- Il Presidente riferisce il caso del dott. XXX. Il dott. XXX ha sostenuto delle spese per una paziente che ha disdetto una settimana prima l'appuntamento e chiede alla CAO come procedere per recuperare le spese sostenute. Il Presidente contatterà telefonicamente il dott. XXX per chiarire la questione.
- Dott. XXX: il Presidente riferisce che il dott. XXX ha inviato una segnalazione all'ordine chiedendo una valutazione disciplinare della condotta della dott.ssa XXX in quanto sua paziente. La dott.ssa XXX si rifiuta di saldare il costo delle spese odontoiatriche da lei sostenute presso lo studio XXX. Considerando che la dott.ssa XXX risulta iscritta come medico all'Ordine dei medici di Verona, si rimanda la valutazione disciplinare della dott.ssa XXX alla CAM.
Verrà inviata comunicazione al dott. XXX per informarlo che la segnalazione verrà inviata alla CAM per la valutazione disciplinare del comportamento della dott.ssa XXX.
- Il Presidente relaziona sul diniego rilasciato dal Comune di Verona dell'autorizzazione sanitaria per lo studio del dott. XXX e per lo studio del dott. XXX. Il Presidente ha contattato telefonicamente il dott. XXX mentre la dott.ssa Perina ha contattato il dott. XXX per avere maggiori dettagli sulla situazione. La CAO prende atto della mancata autorizzazione. Verrà inviata al dott. XXX e al dott. XXX una comunicazione da parte della CAO di richiesta di regolarizzazione della posizione in cui verranno comunicati i rischi di tale situazione in cui vi è la mancata approvazione di un'autorizzazione

che era stata in deroga.

- DOTT. XXX/DOTT. XXX: in merito alla segnalazione del dott. XXX, il Presidente ha contattato telefonicamente il dott. XXX per avere entrambe le versioni. Verrà richiesta via mail la versione del dott. XXX e si aspetterà l'evoluzione.
- In riferimento al caso della dott.ssa XXX il Presidente ha contattato la dott.ssa ribadendo l'obbligo da parte del sanitario di fornire la documentazione clinica richiesta dalla paziente. La dott.ssa dichiara che provvederà a soddisfare la richiesta da parte del legale della paziente.
- Dott. XXX: il Presidente ripercorre il caso relativo al Sanitario che era stato segnalato dal Comune di Villafranca di Verona per inadempimento dell'autorizzazione all'esercizio del proprio studio odontoiatrico. Viene data lettura del verbale di audizione e avendo la CAO rilevato gravi inadempienze di tipo autorizzativo ai sensi della legge 22/2002 viene deciso di approfondire il caso e chiedere ulteriore documentazione per meglio comprendere le eventuali azioni disciplinari nei confronti del sanitario

Pubblicità sanitaria

- Si approva il piano editoriale di novembre per lo studio XXX.

Procedimenti disciplinari

Dott. XXX:

Prende la parola la dott.ssa Perina, la quale riferisce ai presenti il caso del dott. XXX, già sottoposto a procedimento penale per favoreggiamento dell'esercizio abusivo della professione odontoiatrica presso lo studio di Soave.

A seguito di ciò, la CAO, in data 10/05/2016, aveva disposto l'apertura di un procedimento disciplinare a carico del sanitario, sospendendolo contestualmente in attesa dell'esito del giudizio penale, conclusosi con sentenza definitiva per intervenuta prescrizione.

Per gli stessi fatti, il dott. XXX è stato inoltre sottoposto a procedimento penale relativo allo studio di Gambellara(VI).

La CAO delibera pertanto:

- la prosecuzione del procedimento disciplinare precedentemente so-

speso;

- l'apertura di un nuovo procedimento disciplinare a carico del dott. XXX per i medesimi fatti avvenuti presso lo studio di Gambellara (VI), consistenti nel favoreggiamento dell'esercizio abusivo della professione odontoiatrica.

Vista la complessità del caso, la CAO si riserva di consultare il legale dell'Ordine al fine di definire il corretto iter procedurale.

A proposito di Intelligenza Artificiale

Durante la cerimonia del 16 novembre 2025, l'intervento dell'Ing. Federico Faggin ha certamente colpito l'uditorio, ma ha sollevato anche importanti interrogativi. La sua autorevolezza come pioniere del microprocessore gli conferisce un peso enorme. Però non tutto ciò che dice o scrive è necessariamente "scienza", motivo per cui è necessario distinguere con attenzione ciò che appartiene all'ambito scientifico e ciò che invece nasce dalla sua esperienza personale.

Nel suo intervento, Faggin ha descritto una sua esperienza mistica di un "flusso di energia enorme" che esce da sé, che egli interpreta come una manifestazione di Amore e risveglio della coscienza (vedi anche i suoi libri *Irriducibile* e *Oltre l'Invisibile*). Questa esperienza, per lui fondativa, diventa il punto di partenza per una visione dell'universo in cui la Coscienza è il principio ultimo.

Nel suo intervento, alcuni concetti della meccanica quantistica sono stati evocati come possibile supporto a questa interpretazione.

Ed è precisamente qui che emerge la criticità principale.

La meccanica quantistica è una teoria fisica complessa, ancora incompleta sotto vari aspetti, e non è progettata per descrivere fenomeni soggettivi come emozioni, amore o coscienza. Accostare elementi quantistici a concetti spirituali crea un effetto di legittimazione scientifica che, di fatto, non esiste. Si tratta di un uso improprio del linguaggio scientifico, che trasforma una visione personale in qualcosa che può essere percepito – erroneamente – come una spiegazione fondata.

In ambito medico, dove la distinzione tra dato verificabile e percezione soggettiva è cruciale, questo tipo di commistione è particolarmente problematico. L'interpretazione spirituale è pienamente legittima sul piano personale, ma non può essere proposta come se avesse un corrispettivo nella

fisica, soprattutto quando i fenomeni citati non riguardano né la biologia né la neurofisiologia né alcun aspetto misurabile della mente.

L'autorevolezza tecnica di Faggin rischia così di creare un corto circuito comunicativo: ciò che nasce da un vissuto individuale viene percepito come uno sviluppo naturale della ricerca scientifica. È essenziale sottolineare che non esiste, al momento, alcuna evidenza né alcun modello fisico che colleghi l'entanglement o la non-località a stati affettivi o spirituali. L'utilizzo di tali concetti in questo contesto non è un ampliamento della scienza, ma una trasposizione metaforica.

Per la professione medica – fondata sulla verifica, la responsabilità clinica e la distinzione rigorosa tra ipotesi ed evidenza – questa confusione dei piani rappresenta un rischio culturale.

La meccanica quantistica **non** descrive la coscienza. Non descrive l'amore. Non spiega emozioni o stati soggettivi. È una teoria potentissima, ma riguarda il comportamento delle particelle, non l'interiorità umana. Usarla per dare una veste scientifica a concetti spirituali non è un ampliamento della scienza: è un fraintendimento.

Il problema non è la spiritualità. Il problema è la commistione tra un linguaggio scientifico molto tecnico e un contenuto che scientifico non è. Questo accostamento rischia di creare un'illusione di legittimità. E quando chi parla ha un grande prestigio, questa illusione può diventare molto convincente.

Come medici, conosciamo bene il valore dell'esperienza soggettiva. Ma sappiamo anche distinguere tra ciò che è verificabile e ciò che non lo è. La nostra pratica professionale si regge proprio su questa distinzione. Una teoria fisica non può essere piegata per sostenere un'interpretazione spirituale, allo stesso modo in cui un sintomo non può essere interpretato come diagnosi senza passare attraverso l'esame clinico.

Oggi l'Intelligenza Artificiale sta entrando nella medicina con potenzialità enormi: diagnosi, prognosi, gestione dei dati. Ma questo non ci fa dimenticare che la relazione di cura, la scelta clinica, la responsabilità restano umane. Senza bisogno di metafore quantitative.

Le visioni spirituali dell'universo hanno un valore personale. Possono ispirare e possono dare forza, ma non vanno presentate come se avessero fondamento nella fisica moderna. Perché questo crea confusione, e la confusione – in medicina come nella scienza – è un rischio che non possiamo permetterci.

Riconosciamo quindi il valore umano del messaggio di Faggin, ma manteniamo il rigore che la nostra professione richiede.

Accogliamo la riflessione, ma difendiamo la chiarezza dei metodi.

E soprattutto, restiamo consapevoli che la scienza e la spiritualità parlano linguaggi diversi, entrambi importanti, ma non intercambiabili.

In conclusione, la riflessione di Faggin può essere stimolante come prospettiva filosofica, ma non può essere presentata come una derivazione della fisica moderna. Riconoscere un suo valore umano è una cosa, ma attribuirle una patina scientifica è un'altra, soprattutto in un contesto, quello medico, che richiede rigore metodologico e chiarezza nell'uso dei concetti.

FAUSTO BODINI

Il Nobel per la Medicina a Mary E. Brunkow, Fred Ramsdell e Shimon Sakaguchi

Il Premio Nobel per la Medicina è stato assegnato oggi a Mary E. Brunkow, Fred Ramsdell e Shimon Sakaguchi per i loro studi sul sistema immunitario, in particolare sulla sua capacità di non attaccare i tessuti dell'organismo, attraverso meccanismi di tolleranza immunitaria.

Sakaguchi trent'anni fa identificò un nuovo tipo di cellule immunitarie, le **cellule T regolatorie**, che **proteggono l'organismo dalle malattie autoimmuni**, superando la visione allora dominante che la tolleranza derivasse solo dall'eliminazione di cellule pericolose nel timo, l'organo dove maturano e si selezionano i linfociti T, fondamentali per la difesa dell'organismo. Nel 2001, Brunkow e Ramsdell scoprirono il gene *Foxp3*, la cui mutazione causa gravi malattie autoimmuni nei topi e negli esseri umani. Due anni dopo, Sakaguchi dimostrò che *Foxp3* regola lo sviluppo delle cellule T regolatorie. Queste scoperte hanno trasformato la comprensione del sistema immunitario e aperto nuove vie sperimentali terapeutiche contro cancro, malattie autoimmuni e migliorato le tecniche per ridurre il rigetto nei trapianti.

Quello immunitario è uno dei sistemi più complessi e articolati del nostro organismo. In ogni istante protegge l'organismo dalle numerose sostanze con cui entriamo in contatto quotidianamente, compresi i virus e i batteri, mostrando di avere una grande capacità nel distinguere questi patogeni dalle cellule del corpo che sono invece innocue. Non è un lavoro semplice, perché i patogeni hanno forme molto diverse tra loro e riescono a mimetizzarsi bene, per esempio assumendo caratteristiche molto simili a quelle delle cellule umane.

I linfociti T helper sono cellule che si



freepik.com > Fonte dell'immagine: 7576060 Immagine di freepik

occupano di tenere costantemente sotto controllo l'organismo e hanno il compito di scoprire i patogeni, avviando poi le cellule immunitarie che si occupano invece di attaccarli e distruggerli che si chiamano T killer. L'intervento riguarda spesso le cellule, che sono state infettate, ma in altri casi può anche riguardare un attacco verso cellule tumorali, che hanno iniziato a comportarsi in modi strani e pericolosi per il resto dell'organismo. Ci sono poi diversi altri protagonisti del sistema immunitario, ma le scoperte che sono valse il Nobel per la Medicina di quest'anno hanno riguardato in particolare le T.

Ogni cellula T ha sulla propria membrana delle particolari proteine (recettori) che servono per esaminare le altre cellule e capire se al loro interno sta avvenendo qualcosa di insolito. I recettori si presentano in forme molto diverse tra loro e sono il frutto di mol-

te combinazioni casuali di tanti geni, quindi ogni organismo può produrre una quantità enorme di recettori diversi (potenzialmente un milione di miliardi). Questa grande diversità fa sì che ci siano quasi sempre cellule T in grado di riconoscere un patogeno, anche tra quelli che l'organismo non aveva mai incontrato prima. C'è però un problema: questa grandissima varietà fa sì che nel sistema immunitario si creino anche recettori delle cellule T che possono legarsi ai tessuti stessi dell'organismo, cosa che potrebbe portare a una reazione anche contro le cellule sane.

Per diverso tempo ci si chiese come questo processo fosse tenuto sotto controllo e non degenerasse, causando gravi danni all'organismo. Negli anni Ottanta alcuni gruppi di ricerca notarono che, durante il loro processo di maturazione nel timo, le cellule T vengono messe alla prova e

vengono eliminate quelle con recettori compatibili con le cellule del corpo, in un processo che fu chiamato “tolleranza centrale”. Non era però chiaro che cosa accadesse alle cellule T che riuscivano a sfuggire a quel test e quali fossero quindi altri meccanismi di soppressione, per evitare che queste facessero danni in giro per l'organismo.

In alcuni esperimenti, un gruppo di ricerca aveva rimosso il timo da topi appena nati, ipotizzando che in questo modo si sviluppassero meno cellule T e i topi avessero un sistema immunitario più debole. Con loro sorpresa, i ricercatori notarono che se l'asportazione avveniva a tre giorni dalla nascita, il sistema immunitario finiva fuori controllo e causava diverse malattie autoimmuni dovute proprio alla sua eccessiva risposta contro l'organismo stesso.

All'inizio degli anni Ottanta, Shimon Sakaguchi prelevò delle cellule T da topi con il timo e le inserì in altri topi, geneticamente identici ai primi, ma privati di quell'organo. In quel caso, notò Sakaguchi, i topi non svilupparono malattie autoimmuni, cosa che suggeriva che il sistema immunitario avesse una qualche altra forma di protezione per tenere sotto controllo le cellule T, evitando che causassero danni all'organismo.

A seconda delle proteine sulla loro superficie, i ricercatori possono riconoscere una cellula T helper (che porta la proteina CD4) da quelle killer (che hanno invece una proteina CD8). Sakaguchi nel suo esperimento aveva usato cellule con la proteina CD4, convinto quindi che si trattasse di cellule T helper, che come abbiamo visto sono quelle che di solito danno l'allarme per ricevere assistenza dal resto del sistema immunitario. Nei suoi test sui topi era però successo il contrario. Questo portò Sakaguchi a ipotizzare che ci potesse essere un altro tipo di cellula T, che portava con sé la proteina CD4.

Da quell'intuizione nacque una ricerca che trent'anni fa portò a ipotizzare l'esistenza di cellule T regolatorie, che hanno il compito di tenere sotto controllo alcuni dei meccanismi più distruttivi del sistema immunitario oltre a ciò che già avviene nel timo. L'ipotesi di Sakaguchi era affascinante,

ma servivano prove più solide e convincenti.

Negli anni Novanta, Mary Brunkow e Fred Ramsdell stavano studiando una particolare mutazione genetica nei topi, che portava i topi a vivere solo qualche settimana mostrando sintomi come pelle squamosa, milza e linfonodi ingrossati. Questa linea di topi, chiamata “scurfy”, suggeriva che in certe condizioni si sviluppasse una mutazione che faceva finire fuori controllo le cellule T, che attaccavano i tessuti sani dei topi causando quei sintomi.

Dopo anni di ricerche, Brunkow e Ramsdell riuscirono a identificare il gene responsabile del fenomeno e lo chiamarono *Foxp3*, dalla famiglia di geni *FOX* noti per essere coinvolti nei meccanismi che regolano lo sviluppo delle cellule e l'attività di altri geni. Mettendo a confronto *Foxp3* con le informazioni genetiche dell'organismo umano, i due ricercatori notarono la presenza di una variante umana che era coinvolta in una rara malattia autoimmune, la cosiddetta “sindrome IPEX”. In questo modo scoprirono che il gene aveva un ruolo nella gestione delle cellule T regolatorie, quelle ipotizzate da Sakaguchi.

Negli anni seguenti, fu dimostrato infatti che il gene *Foxp3* controlla lo sviluppo delle cellule T regolatorie, e che queste impediscono ad altre cellule T di attaccare per errore i tessuti dell'organismo. Fu quindi confermata l'esistenza di una tolleranza immunitaria periferica, che si unisce a quella centrale del timo, per ridurre i rischi di attacchi verso cellule sane. Le cellule T regolatorie hanno inoltre un ruolo importante nel far ridurre l'attività del sistema immunitario, quando viene eliminato un pericolo.

La scoperta di Sakaguchi e la conferma grazie al lavoro di Brunkow e Ramsdell sono state fondamentali non solo per scoprire una parte importante del funzionamento del sistema immunitario, sul quale restano ancora molti aspetti da chiarire, ma anche per la ricerca di nuovi trattamenti in ambito medico. Si è per esempio notato che i tumori possono attirare grandi quantità di cellule T regolatorie in modo da nascondersi e proteggersi dal sistema immunitario. Un approccio della ricerca riguarda

quindi lo sviluppo di sistemi per ridurre la presenza delle cellule T regolatorie in modo che il sistema immunitario possa “vedere” i tumori e intervenire per distruggerli.

Un altro ambito di ricerca riguarda le terapie contro le malattie autoimmuni, dove l'obiettivo è invece quello di far produrre più cellule T regolatorie, in modo da tenere sotto controllo la risposta immunitaria contro i tessuti sani. Molti esperimenti si sono concentrati in questi anni sull'interleuchina-2, una sostanza nota per stimolare la produzione di cellule T regolatorie, ma occorre bilanciare bene la loro produzione per evitare che aumentino i rischi nel caso in cui si sviluppino tumori.

Shimon Sakaguchi è nato nel 1951 e ha conseguito un dottorato nel 1983 all'Università di Kyoto in Giappone. È docente di immunologia all'Università di Osaka in Giappone.

Mary E. Brunkow è nata nel 1961 e ha conseguito un dottorato alla Princeton University negli Stati Uniti, lavora presso l'Institute for Systems Biology di Seattle.

Fred Ramsdell è nato nel 1960 e ha conseguito un dottorato nel 1987 presso l'Università della California a Los Angeles, lavora come consulente scientifico dell'azienda Sonoma Biotherapeutics di San Francisco.

Osservate nel cervello le proteine che scatenano il Parkinson.

Per la prima volta è stato osservato il meccanismo che innesca la malattia di Parkinson, permettendo un passo importante nella comprensione della malattia neurologica in più rapida crescita nel mondo e aprendo la strada a nuovi metodi per la diagnosi e in futuro a nuove terapie. Il risultato, pubblicato sulla rivista Nature Biomedical Engineering, si deve allo studio guidato da Università britannica di Cambridge, University College di Londra e Politecnico canadese di Montréal. I ricercatori hanno osservato, direttamente nel cervello umano, aggregati di proteine che si ritengono responsabili della malattia. Sono piccoli ammassi chiamati "oligomeri di alfa-

sinucleina" e finora è stato impossibile individuarli a causa delle loro ridottissime dimensioni, di pochi nanometri. Per oltre un secolo i ricercatori hanno riconosciuto la malattia di Parkinson basandosi sulla presenza di grandi aggregati proteici chiamati 'corpi di Lewy'. Si sospettava, però, che a innescare la malattia fossero degli ammassi molto più piccoli. "I corpi di Lewy sono il segno distintivo del Parkinson, ma ci dicono sostanzialmente dove è passata la malattia, non dove si trova ora", - dice Steven Lee di Cambridge, che ha coordinato lo studio insieme a Lucien Weiss del Politecnico canadese e Sonia Gandhi dello Ucl.

Per riuscire a individuare questi minuscoli 'inneschi', gli autori dello studio hanno messo a punto una tecnica che usa un microscopio ultrasensibile, in grado di isolare il segnale estremamente debole degli oligomeri. "È come poter vedere le stelle in pieno giorno", commenta Rebecca Andrews di Cambridge attualmente all'Università di Zurigo, prima firmataria dell'articolo insieme a Bin Fu e Christina Toomey. In questo modo, i ricercatori hanno scoperto che gli oligomeri di alfa-sinucleina sono presenti sia nei cervelli sani che in quelli malati di Parkinson, ma in questi ultimi sono più grandi, luminosi e numerosi.

Rigenerare la cartilagine, studio apre scenari innovativi per cura osteoartrosi

Una nuova speranza nella lotta contro l'osteoartrosi, una delle malattie articolari più diffuse e invalidanti al mondo. Un team di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e dell'Irccs Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, in collaborazione con centri di ricerca e aziende Europee, ha compiuto un passo promettente verso lo sviluppo di terapie rigenerative capaci di restituire funzionalità e benessere alle articolazioni danneggiate. Lo studio, pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica Biomaterials, costituisce il traguardo conclusivo del progetto europeo Admaiora, coordinato da Leonardo Ricotti, professore di Bioingegneria della Scuola

Sant'Anna. Il gruppo di ricerca è riuscito a dimostrare il potenziale di un trattamento terapeutico all'avanguardia che, attraverso la combinazione tra biomateriali intelligenti e cellule staminali, riduce i livelli infiammatori dell'articolazione e rigenera il tessuto cartilagineo. Già un anno fa il gruppo di ricerca aveva ottenuto risultati incoraggianti in vitro utilizzando cellule umane in laboratorio. Oggi i ricercatori hanno dimostrato in modelli preclinici che un biomateriale iniettabile caricato con cellule staminali e nanomateriali intelligenti, unito a una stimolazione a ultrasuoni controllata, favorisce la rigenerazione del tessuto artrosi-

co danneggiato e un miglioramento complessivo della salute dell'articolazione del ginocchio. "È un risultato entusiasmante, che conferma il potenziale della ricerca italiana nel campo delle tecnologie per la medicina rigenerativa - commenta il professore Leonardo Ricotti della Scuola Superiore Sant'Anna - I risultati ottenuti in questo studio hanno confermato l'efficacia di questo paradigma terapeutico, e aprono speranze per la futura cura dei pazienti con osteoartrosi. Allo stesso tempo, è importante sottolineare che serviranno ancora anni di studi e nuovi finanziamenti prima che queste scoperte possano tradursi in terapie

concrete per i pazienti."

La Dottoressa Matilde Tschon, ricercatrice dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, sottolinea che "questi significativi traguardi sono stati raggiunti grazie alla dedizione dei ricercatori e dei medici coinvolti e alle diverse competenze messe in campo, a riprova del valore e dell'importanza della ricerca traslazionale, cioè quella svolta in un ospedale di ricerca come il Rizzoli, condot-

ta anche sul territorio nazionale".

E la Dottoressa Gina Lisignoli, ricercatrice dell'Istituto Ortopedico Rizzoli aggiunge: "Per passare alla prossima fase di questa importante ricerca ci stiamo attivando al fine di individuare altri fondi. Lo studio condotto ha dimostrato l'efficacia e le incredibili potenzialità di questo trattamento combinato, il prossimo passo sarebbe la pianificazione di un trial, cioè uno

studio clinico con i pazienti". Il progetto Admaiora rappresenta un esempio virtuoso di collaborazione europea tra università, centri di ricerca e ospedali. La sfida ora è trasformare questi risultati scientifici in soluzioni cliniche in grado di migliorare la qualità della vita delle persone.

Riattivazione del gene *Ccna2* per rigenerare cellule cardiache.

Un gene amico del cuore aiuta a ripararlo dopo un infarto: test fatti in laboratorio su cellule umane dimostrano che **il gene chiamato *Ccna2* può essere riattivato portando così alla rigenerazione dei tessuti cardiaci danneggiati**. È quanto emerge da un lavoro guidato da Hina Chaudhry, della Scuola Icahn di medicina del Monte Sinai a New York. Il lavoro, pubblicato Npj Regenerative Medicine, apre a nuove possibili terapie per riparare lesioni cardiache. I nuovi risultati seguono i primi traguardi ottenuti dallo stesso gruppo di ricerca nel 2014 sulla rigenerazione cellulare di tessuti cardiaci dei maiali: "ora abbiamo fatto progredire il campo dimostrando che anche le cellule cardiache umane adulte di mezza età, a lungo ritenute incapaci di dividersi, possono essere indotte a produrre nuove cellule funzionali", ha detto Chaudhry. La ricerca si è concentrata su uno specifico gene detto *Ccna2* che è noto per avere un ruolo chiave nella divisione cellulare dei cardiomiociti. Il gene permette di generare cardiomiociti durante lo sviluppo fetale ma poi si disattiva spontaneamente alla nascita. Obiettivo dei ricercatori è stato riuscire a riattivare il gene e verificare se questo potesse portare alla generazione di nuove cellule capaci di sostituire quelle danneggiate in



freepik.com > Fonte dell'immagine: 12291048 > Immagine di vectorjuice su Freepik

seguito a un infarto o un'insufficienza cardiaca. Per farlo i ricercatori hanno inoculato il gene attivo attraverso un vettore virale in cellule di muscolo cardiaco umano coltivate in vitro e osservato la loro replicazione. "Siamo stati pionieri nell'idea che il cuore potesse essere rigenerato risvegliando i geni dormienti della divisione cellulare, e ora abbiamo reso questa visione un passo più vicina ai pazienti", ha detto Chaudhry. "Il nostro obiettivo - ha proseguito - è fornire una terapia che

permetta al cuore di guarire da solo dopo un infarto o in caso di insufficienza cardiaca, riducendo la necessità di trapianti o dispositivi meccanici". Il prossimo passo, spiegano gli autori, sarà ora quello di ottenere l'approvazione dall'agenzia del farmaco americana FDA e avviare gli studi clinici sulla terapia con *Ccna2* nei pazienti con malattie cardiache.

Maschio o femmina: il sesso del nascituro dipende dalla mamma.

Nascere maschio o femmina non dipende dalla velocità, ma da una scelta di qualità, della mamma. È la donna a stabilire il sesso del nascituro, o meglio, è l'ovocita a scegliere lo spermatozoo da cui farsi fecondare. Lo rivelano le tecnologie time-lapse che, negli ultimi anni, hanno consentito di studiare da vicino il momento esatto in cui lo spermatozoo penetra l'ovocita, ribaltando il paradigma in base al quale vince il più veloce. È infatti la cellula femminile a selezionare la cellula maschile, anche sulla base del suo DNA, a seguito di un controllo di qualità. Dunque non feconda chi arriva prima né il più forte, ma il più compatibile.

"Le recenti tecnologie di time-lapse hanno offerto un importante supporto all'osservazione scientifica rispetto al momento della fecondazione - afferma Claudio Giorlandino, ginecologo, direttore scientifico dell'Istituto di Ricerche Altamedica di Roma - Contrariamente a quello che tutti pensano, non è il primo spermatozoo che "tocca" l'ovocita a fecondarlo. Nelle registrazioni si vedono centinaia, a volte migliaia, di spermatozoi dispersi attorno alla cellula uovo e bussare alla porta della zona pellucida, la sottile membrana di glicoproteine che la riveste, ma è solo uno a essere accolto. Tutti gli altri restano fuori. Uno studio giapponese - illustra l'esperto - ha confermato con immagini in diretta che, nell'istante in cui lo spermatozoo prescelto si lega alla membrana, la barriera si chiude imme-

diatamente agli altri".

Non è una questione di forza, "gli spermatozoi non hanno potenza sufficiente a perforare la zona pellucida, e su migliaia di cellule maschili la spinta meccanica è più o meno la stessa, Non è neanche una questione di velocità, si tratta di un dialogo biochimico tra ovocita e spermatozoo in cui l'ovocita sceglie da quale spermatozoo farsi fecondare. La fecondazione non è una corsa cieca verso il traguardo, come si raccontava un tempo né un atto di forza dello spermatozoo: è una concessione dell'ovocita".

La scienza ci dice che solo alcuni spermatozoi riescono davvero a instaurare un legame stabile con l'ovocita, informa l'esperto. "La chiave - prosegue - sta in un dialogo molecolare: le glicoproteine della zona pellucida, in particolare ZP2 e ZP3, agiscono come serrature, mentre sulla testa degli spermatozoi si trovano le chiavi, proteine di membrana che non sono tutte uguali. Quando la combinazione funziona, si innesca la reazione acrosomica: l'acrosoma, una vescicola posta sulla testa dello spermatozoo, rilascia enzimi capaci di "sciogliere" selettivamente la barriera che avvolge l'ovocita. Solo gli spermatozoi con determinati marcatori - Spaca3, Hspa2 e altri descritti di recente - ottengono il via libera".

Studi recenti pubblicati su 'Frontiers in Endocrinology' hanno, inoltre, mostrato che gli spermatozoi capaci di superare questa selezione presentano

caratteristiche superiori: "un DNA più integro, un metabolismo più efficiente, una membrana più stabile - elenca Giorlandino - In altre parole, **l'ovocita non subisce la fecondazione, la governa**. Certo, nel DNA dello spermatozoo è già scritto anche il sesso del futuro embrione, ma non è questo che orienta la scelta. È la qualità a determinare chi riesce a entrare. Ed è la zona pellucida a decidere di rendersi permeabile a un solo spermatozoo, in quel momento preciso, escludendo tutti gli altri".

E "subito dopo - precisa l'esperto - entra in gioco un meccanismo di difesa straordinario: la reazione corticale. L'ovocita rilascia enzimi dai suoi granuli corticali, che modificano irreversibilmente la zona pellucida. Le proteine vengono clivate (in particolare ZP2 grazie all'enzima ovastacina), la matrice si indurisce e in pochi secondi diventa impenetrabile. L'ovocita, dunque, scegliendo lo spermatozoo più idoneo anche sulla base del suo DNA - rimarca Giorlandino - sceglie anche il sesso del nascituro. È noto che gli spermatozoi portatori di cromosoma X sono più lenti ma resistenti, mentre quelli portatori di Y sono più rapidi ma fragili. Se la zona pellucida, attraverso i suoi recettori, privilegiasse una caratteristica rispetto all'altra basandosi sul riconoscimento e l'analisi delle proteine acrosomiali, allora l'ultima parola non spetterebbe all'uomo, come da sempre si crede, ma alla donna".

Identificata una firma molecolare del tumore della prostata

Identificata una firma molecolare del tumore della prostata: sono **18 geni che permettono di distinguere precocemente i tumori prostatici a basso rischio da quelli aggressivi**. La ricerca pubblicata su Nature Communications è stata condotta in Italia da ricercatori e ricercatrici del Consiglio Nazionale delle Ricerche, dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare e dell'Istituto di Oncologia Molecolare di Fondazione Airc.

Il tumore della prostata rappresenta la seconda neoplasia più comune tra gli uomini a livello mondiale e la più diffusa nei Paesi occidentali, in Italia si registrano oltre 36.000 nuovi casi

annualmente, soprattutto sopra i 65 anni d'età. Circa il 20% dei casi evolve verso forme metastatiche e letali ma distinguere tra le due categorie di pazienti è ancora oggi molto difficile e poco preciso, portando spesso al sovra-trattamento di pazienti con forme che poi si rivelano silenti ma con un impatto negativo sulla qualità di vita. Analizzando ora l'organizzazione 3D del DNA dei tumori, in particolare della cromatina, i ricercatori italiani sono riusciti a individuare una sorta di firma molecolare, dovuta alla combinazione di 18 geni, capace di fornire informazioni preziose sulla possibile evoluzione del tumore.

"Questi risultati aprono prospettive concrete per la medicina di precisione nel tumore prostatico", hanno detto i due coordinatori del lavoro, Chiara Lanzuolo, del Cnr e Ingm, e Francesco Ferrari, Ifom e Cnr. "Se validata in ulteriori studi preclinici e clinici con i pazienti - hanno aggiunto - la firma molecolare identificata potrebbe essere implementata nella pratica clinica". Una scoperta che potrebbe aiutare a distinguere già alla diagnosi i tumori a basso rischio da quelli destinati a progredire, guidando decisioni terapeutiche sempre più precise e mirate e riducendo il rischio di sovra-trattamento.

Fungo killer negli ospedali europei, l'alert ECDC: Italia fra Paesi più colpiti.

È "una seria minaccia per i pazienti e i sistemi sanitari" e si sta "diffondendo rapidamente" negli ospedali europei. Il fungo **farmcoresistente Candidozyma auris** (già noto come **Candida auris**), in 10 anni, tra il 2013 e il 2023, ha fatto registrare nei Paesi dell'Ue/Spazio economico europeo oltre 4 mila casi, con un aumento significativo a 1.346 casi segnalati da 18 Paesi solo nel 2023. L'Italia è fra i 5 Paesi più colpiti insieme a Spagna, Grecia, Romania e Germania. Per la precisione risulta il terzo Paese per numero di segnalazioni.

A lanciare l'alert è l'ECDC, Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle malattie, sulla base dell'ultima indagine, la quarta del suo genere, che

ha coinvolto 36 Paesi in tutto e conferma la rapida diffusione del super fungo. "Il numero di casi è in aumento, le epidemie stanno aumentando di portata e diversi Paesi segnalano una trasmissione locale in corso".

I risultati evidenziano l'importanza della diagnosi precoce e del controllo della trasmissione per evitare una rapida diffusione su larga scala.

È necessario quindi, secondo l'ECDC, un intervento urgente

La *Candidozyma auris* (*C. auris*) è un fungo che solitamente **si diffonde all'interno delle strutture sanitarie**, ed è spesso resistente ai farmaci antimicotici. La sua capacità di persistere su diverse superfici e apparecchiature mediche e di diffondersi tra

i pazienti ne rende particolarmente difficile il controllo. Da qui la chiamata all'azione. "C. auris si è diffusa nel giro di pochi anni, passando da casi isolati a una diffusione capillare in alcuni Paesi. Questo dimostra la rapidità con cui può insediarsi negli ospedali", avverte in una nota Diamantis Plachouras, responsabile della Sezione resistenza antimicrobica e infezioni correlate all'assistenza sanitaria dell'ECDC. "Ma questo non è inevitabile - precisa - La diagnosi precoce e un controllo rapido e coordinato delle infezioni possono prevenire un'ulteriore trasmissione".

Recenti epidemie sono state segnalate a Cipro, Francia e Germania, mentre Grecia, Italia, Romania e Spagna

hanno dichiarato di non essere più in grado di distinguere focolai specifici a causa dell'ampia diffusione regionale o nazionale. In molti di questi Paesi la trasmissione locale sostenuta si è verificata nel giro di pochi anni dal primo caso documentato, evidenziando una finestra temporale critica per interventi tempestivi volti a fermarne la diffusione.

I Paesi coinvolti nell'indagine

Nel dettaglio, l'indagine ha coinvolto oltre all'area Ue/See anche Paesi dell'allargamento dell'Ue nei Balcani occidentali e Turchia. Per quanto riguarda la distribuzione dei casi segnalati nell'arco del decennio monitorato, emerge che il Paese con il dato più alto è la Spagna (1.807 casi), seguita da Grecia (852), Italia (712), Romania (404) e Germania (120). Il picco si è osservato nel 2023: i 1.346 casi registrati da 18 Paesi Ue/See è infatti "il numero più alto da quando C. auris

è stata segnalata per la prima volta in Europa" nel 2014.

"Sebbene alcuni Paesi abbiano mostrato risultati positivi nel limitare le epidemie di C. auris, molti si trovano ad affrontare gravi lacune - osserva l'ECDC nella nota - Nonostante l'aumento del numero di casi, solo 17 dei 36 Paesi partecipanti alla survey dispongono attualmente di un sistema di sorveglianza nazionale per C. auris; solo 15 Paesi hanno sviluppato linee guida nazionali specifiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni". La capacità di laboratorio risulta per l'agenzia con sede a Stoccolma "relativamente più solida": 29 Paesi segnalano l'accesso a un laboratorio di riferimento o specializzato in micologia e 23 offrono test di riferimento per gli ospedali.

"Sebbene il numero di infezioni da C. auris sia in netto aumento, in assenza di una sorveglianza sistematica e di una segnalazione obbligatoria, la re-

ale portata del problema è probabilmente sottostimata", avverte l'ECDC che sta valutando regolarmente la situazione epidemiologica con queste indagini avviate dal 2018 e con valutazioni rapide del rischio. Obiettivo: "Supportare gli Stati membri nel migliorare la loro preparazione e le capacità di risposta tempestiva, per prevenire o contenere tempestivamente le epidemie di C. auris e prevenirne l'ulteriore trasmissione".

Fonte: ADNKRONOS

Camminare rallenta declino cognitivo nelle persone a rischio Alzheimer

Aumentare anche solo leggermente il numero di passi compiuti ogni giorno può aiutare a rallentare la progressione verso l'Alzheimer nelle persone ad alto rischio: il declino cognitivo viene ritardato di tre anni nelle persone che camminano solo 3.000-5.000 passi al giorno e di sette anni nelle persone che camminano 5.000-7.500 passi al giorno. Lo rivela uno studio su Nature Medicine, in cui i ricercatori del Mass General Brigham hanno scoperto che l'attività fisica si associa a un rallentamento del declino cogni-

tivo negli anziani con livelli elevati di beta-amiloide, una proteina associata all'Alzheimer. Gli individui sedentari hanno un accumulo significativamente più rapido di proteine tossiche nel cervello e un declino più rapido delle funzioni cognitive e quotidiane. I ricercatori hanno analizzato i dati di 296 partecipanti di età compresa tra 50 e 90 anni dello studio Harvard Aging Brain Study, tutti senza deficit cognitivi all'inizio dello studio. Hanno misurato i livelli iniziali di sostanze tossiche accumulate nel cervello di ciascuno e

valutato l'attività fisica dei partecipanti utilizzando contapassi. I partecipanti sono stati sottoposti a valutazioni cognitive annuali per un periodo medio di 9,3 anni. Ebbene, un numero maggiore di passi è risultato associato a un rallentamento del declino cognitivo e a un accumulo più lento delle proteine tossiche, tra chi partiva già con tante sostanze tossiche accumulate nel cervello, quindi con un rischio elevato di Alzheimer.

Reazioni allergiche gravi: in arrivo nel 2026 l'adrenalina in spray nasale

In caso di gravi reazioni allergiche, a breve, anche in Italia un semplice spray nasale si affiancherà all'iniezione intramuscolare con cui di solito viene somministrata l'adrenalina.

Il farmaco, approvato ad agosto 2024, dalla Food and Drug Administration (Fda) e dall'Agenzia Europea del Farmaco (Ema), è già in commercio in Germania, ed ora ha ora raggiunto le ultime fasi di valutazione da parte dell'AIFA. Sarà disponibile nei primi mesi del 2026.

Si tratta di una grande svolta per la gestione e il trattamento tempestivo dell'anafilassi nei casi di eventi allergici gravi. Lo spray sarà utilizzabile solo nei soggetti con peso di almeno 30 chilogrammi.

"Le allergie sono il disturbo cronico più diffuso in Europa, con stime che parlano di circa 150 milioni di europei

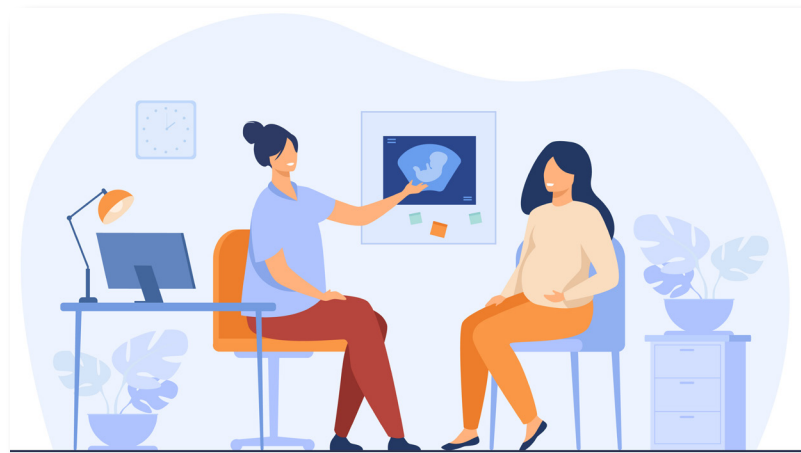
colpiti da qualche forma allergica. Tra questi, circa il 20% delle persone che soffrono di gravi condizioni allergiche vive ogni giorno nella paura di uno shock anafilattico o di morire a causa di una reazione incontrollata", afferma Vincenzo Patella, presidente della Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica (Siaaic) e direttore Uoc Medicina Interna dell'Azienda Sanitaria di Salerno.

"In Italia si stimano 10 mila casi di shock anafilattici ogni anno e si registrano 60/70 vittime. Spesso scatenati da allergeni come alimenti, punture di insetti o farmaci, i sintomi includono difficoltà respiratorie e calo della pressione sanguigna. In corso di anafilassi si liberano nell'organismo grandi quantità di istamina e altre sostanze che provocano in modo improvviso e repentino la dila-

tazione dei vasi sanguigni, con possibile conseguente abbassamento della pressione arteriosa e possibile perdita di coscienza - spiega Patella -. Il trattamento standard di una reazione anafilattica è la pronta somministrazione di epinefrina (adrenalina) in muscolo. Questo farmaco è essenziale per contrastare la rapida caduta della pressione sanguigna e i sintomi a carico delle vie aeree (compreso il broncospasmo), e agisce legandosi a uno specifico tipo di recettori, noti come recettori adrenergici, riducendo così la vasodilatazione e la permeabilità dei vasi sanguigni dovuti all'istamina rilasciata durante la risposta a un allergene. Per questo il trattamento tempestivo, che attualmente si basa sull'uso degli autoiniettori, porta a un migliore flusso sanguigno e a una migliore respirazione".

Vaccini in gravidanza: ecco quali proporre alle donne in gravidanza

"Le vaccinazioni non sono tutte uguali, ed è vero che molte non sono raccomandate in gravidanza. Alcune possono essere eseguite solo in casi particolari, quando la donna si trova in una situazione in cui il rischio legato a un possibile contagio è alto rispetto alla possibile insorgenza di effetti collaterali del vaccino (ad esempio, in determinate circostanze, quelle contro epatite B o meningococco C). Altre vaccinazioni invece non sono consigliate per la mancanza di prove



freepik.com > Fonte dell'immagine: 10613094 > Immagine di pch.vector su Freepik

sufficienti a garantire la loro sicurezza in gravidanza (per esempio quelle contro Hpv e pneumococco). Sono invece decisamente controindicate, quando si aspetta un bambino, le vaccinazioni con vaccini a virus vivi e attenuati, come quelle contro morbillo, parotite, rosolia e varicella (Mpr e Mpr-V)". A fare il punto sono gli esperti della piattaforma anti-bufale 'Dot-tore, ma è vero che...?' curata dalla Fnomceo. "Se alcune vaccinazioni sono controindicate, altre sono invece raccomandate in gravidanza - e gratuite - per tutte le donne gravide: quella contro difterite, tetano e pertosse, a dosaggio per adulti (dTpa), e quella contro l'influenza, per le donne che all'inizio della stagione epidemica dell'influenza si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza. Questa scelta deriva in parte dai maggiori vantaggi che si possono trarre dalla vaccinazione in questa fase della gravidanza, ma anche dalla maggior quantità di prove sulla sua sicurezza rispetto al primo trimestre".

"La vaccinazione antinfluenzale in gravidanza permette di proteggere sia la gestante, sia il nascituro: le donne incinte e subito dopo il parto sono infatti più esposte alle complicanze dell'influenza, che può anche favorire il parto prematuro. Il vaccino antinfluenzale indicato per le gestanti deve essere a virus inattivato, come è la maggior parte dei vaccini antinfluenzali disponibili in Italia, mentre è controindicato in questi casi quello a virus vivo e attenuato, somministrato per via nasale, che dal 2017 è autorizzato al commercio anche nel nostro Paese", evidenziano gli esperti. Il vaccino anti-Covid, è raccomandato alle donne che si trovano in qualsiasi trimestre della gravidanza o nel periodo postpartum, comprese le donne in allattamento. L'altra vaccinazione raccomandata durante la gravidanza è quella con il vaccino dTpa, "che nei Paesi avanzati come l'Italia è importante soprattutto per proteggere il nascituro dalla pertosse (in contesti più svantaggiati, come in alcune zone

dell'Africa, svolge un ruolo fondamentale anche contro il tetano neonatale). Proprio nelle prime settimane di vita, infatti, quando il bambino non ha ancora ricevuto personalmente il vaccino, i rischi legati alla malattia sono particolarmente elevati e il piccolo può quindi fare affidamento solo sulle difese trasmesse dalla madre", concludono.

Possibile ora trapianto da chi ha l'epatite C

CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI: OK DELLAIFA ALL'USO TEMPESTIVO DI NUOVE TERAPIE ANTIVIRALI

Ora sarà possibile impiantare organi e cellule staminali emopoietiche provenienti da donatori con infezione attiva da virus dell'epatite C (HCV).

Il Centro nazionale trapianti (CNT), in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità (ISS) e su parere positivo dell'Aifa, ha dato il placet all'utilizzo, con spesa a carico del SSN, dei farmaci antivirali ad azione diretta sul virus anche per il trattamento immediato dell'infezione da Hcv dopo un trapianto di organo o di midollo.

Questo consentirà di contrastare tempestivamente l'infezione eventualmente trasmessa col trapianto, salvaguardando la riuscita dell'intervento e

la salute del ricevente.

Fino ad oggi gli organi di donatori con infezione attiva da HCV erano destinati quasi esclusivamente a riceventi affetti da epatite C cronica, anche se in attesa di organo diverso dal fegato, per un totale medio di 60-70 trapianti l'anno (30-35 di fegato, 25-30 di rene, circa 5 di cuore).

Con le nuove indicazioni sarà possibile avviare il trattamento antivirale su tutti i riceventi al primo eventuale riscontro di positività subito dopo il trapianto, aprendo così la possibilità di estendere l'utilizzo degli organi di questi donatori a tutti i potenziali riceventi.

Il CNT stima che sarà possibile realizzare circa **150 trapianti in più ogni anno**, pari a un incremento del 4,4% rispetto al totale.

Per il presidente Iss Rocco Bellantone il risultato "dimostra come la ricerca e l'innovazione possano essere una 'gamba aggiuntiva', che si affianca alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica sul tema delle donazioni, per salvare sempre più vite grazie ai trapianti mantenendo standard di sicurezza altissimi.

Il direttore generale del CNT, Giuseppe Feltrin, sottolinea che "per un ricevente negativo, la possibilità di contrarre l'HCV con un trapianto da

donatore con infezione attiva è estremamente elevata, ma l'efficacia dei farmaci antivirali ad azione diretta nel curare l'infezione è stimata al 98-99% con possibilità di utilizzare terapie di seconda linea nella remota eventua-

lità di un fallimento". L'approvazione, conclude il presidente Aifa, Robert Nisticò, "rende possibili nuove strategie di cura e impatta positivamente sia sulla tutela della salute pubblica sia sulla sostenibilità del sistema, con

concrete possibilità di ridurre i tempi di attesa, migliorare la salute di molti pazienti e salvare più vite".

Virus Sinciziale Respiratorio: il vaccino riduce il rischio di ospedalizzazione e morte nell'anziano.

Una sola dose di vaccino contro il virus respiratorio sinciziale (RSV) ha un'efficacia contro i ricoveri degli anziani che dura per due stagioni. È quanto rilevano gli autori di uno studio pubblicato sulla rivista 'Jama' e finanziato dai CDC Usa (Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie). Il gruppo di ricerca Ivy Network ha calcolato l'impatto dell'anti-RSV in adulti dai 60 anni in su e ha osservato l'effetto protettivo da malattie gravi associate al virus e da ospedalizzazione per due stagioni consecutive di contagi. Il patogeno, com'è noto, provoca gravi malattie stagionali durante l'autunno-inverno. Solo negli Stati Uniti si stima che ogni anno si verifichino tra 100.000 e 150.000 ricoveri ospedalieri e tra 4.000 e 8.000 decessi tra gli over 60. I risultati osservati dai ricercatori, secondo Wesley Self, ricercatore principale per l'Ivy Network e vicepresidente senior per la ricerca clinica al Vanderbilt University Medical Center, rafforzano le raccomandazioni per i vaccini anti-RSV negli anziani e gettano le basi per comprendere per quanto tempo una singola dose del vaccino può essere efficace.

"I vaccini contro il virus respiratorio sinciziale prevengono i ricoveri ospedalieri e le malattie gravi dovute all'infezione tra gli anziani", ha spiegato Self. "I ricercatori hanno utilizzato i dati della rete ospedaliera multicen-



freepik.com > Fonte dell'immagine: 14001719 > Immagine di Freepik

trica Ivy Network (The Investigating Respiratory Viruses in the Acutely Ill Network) per valutare l'efficacia del vaccino anti-RSV, facendo riferimento a uno studio su 6.958 over 60, ricoverati per malattie respiratorie acute in uno dei 26 ospedali di 20 stati Usa durante due stagioni, dall'1 ottobre 2023 al 31 marzo 2024 e dall'1 ottobre 2024 al 30 aprile 2025. **Nel complesso, la vaccinazione ha ridotto il rischio di ricovero per RSV del 58%** durante le due stagioni, il 69% nel primo anno dopo la vaccinazione e il 48% nel secondo anno dopo la vaccinazione.

"I nostri dati mostrano che gli effet-

ti benefici dei vaccini contro il virus respiratorio sinciziale sembrano attenuarsi nel tempo", evidenzia Self. "Risomministrare il vaccino a intervalli regolari dopo la dose iniziale potrebbe essere una strategia per mantenere la protezione per periodi più lunghi - prosegue -. Sarà importante continuare a monitorare attentamente l'efficacia del vaccino nel tempo per capire quanto dura il beneficio dopo una singola dose e se sia opportuno prendere in considerazione la ripetizione della dose".

DDL semplificazioni: aumentano i servizi offerti dalla farmacia dei servizi

Il disegno di legge per la semplificazione, approvato da Montecitorio dopo l'ok del Senato, introduce importanti novità in ambito sanitario: estese alla telemedicina le sanzioni per false certificazioni, semplificata la governance dell'Irccs Gaslini, rafforzati gli obblighi per la comunicazione di carenze farmaceutiche

Con il via libera definitivo della Camera, il Ddl Semplificazioni diventa legge e porta con sé un pacchetto di novità che promette di cambiare concretamente la quotidianità di pazienti, medici e farmacie. Tra le pieghe di un provvedimento nato per tagliare la burocrazia, infatti, spuntano misure che ridisegnano il perimetro dei servizi territoriali, accelerano gli interventi contro le carenze di farmaci e alzano l'asticella delle responsabilità in telemedicina. Un intervento a tutto campo che, mentre **amplia il ruolo delle farmacie come presidio sanitario di prossimità**, punta a garantire maggiore continuità terapeutica ai pazienti cronici e a rafforzare gli strumenti di vigilanza del sistema.

Telemedicina: nuove regole, ma anche nuove responsabilità

L'articolo 58 estende al contesto digitale le severe sanzioni già previste per le certificazioni false. In pratica, **anche le certificazioni mediche rilasciate in telemedicina, se basate su dati clinici non direttamente constatati o oggettivamente documentati, potranno costare al medico la radiazione dall'albo e il licenziamento se operate nel pubblico o convenzionato.**

La definizione dei casi e delle modalità di telecertificazione sarà demandata a un Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni su proposta del

Ministero della Salute.

Farmacia dei servizi

Con l'articolo 60 della recente normativa, viene ridefinito in maniera sostanziale il ruolo delle farmacie all'interno del Servizio sanitario nazionale. L'intervento normativo modifica il decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, il quale rappresenta la pietra miliare nell'introduzione del modello italiano di "Farmacia dei Servizi". Fin dal principio, tale modello ha inteso **trasformare la farmacia da semplice punto di dispensazione del farmaco a presidio socio-sanitario integrato**, capace di offrire prestazioni e servizi alla cittadinanza in sinergia con i medici di medicina generale, i pediatri e gli altri attori del sistema sanitario territoriale.

Tra le novità più rilevanti, vi è l'estensione della **distribuzione per conto delle farmacie**, che non riguarderà più soltanto i farmaci, ma anche i **dispositivi medici** necessari per i trattamenti dei pazienti, rafforzando il legame tra farmacie e strutture sanitarie. Ancora più importante è la **possibilità concessa ai farmacisti di eseguire analisi di prima istanza anche quando non rientrano nell'ambito dell'autocontrollo**, ampliando di fatto l'offerta diagnostica direttamente sul territorio.

Di particolare rilievo è anche l'**estensione dell'ambito vaccinale**: d'ora in poi le farmacie potranno somministrare tutti i vaccini previsti dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale, non solo quelli antinfluenzali e anti-Covid, e farlo nei confronti di soggetti dai 12 anni in su (la normativa precedente prevedeva il limite dei 18 anni). Inoltre, restano confermate le funzioni già in essere, come l'esecuzione di test diagnostici tramite prelie-

vi nasali, salivari o orofaringei.

Un ulteriore passo avanti è rappresentato dalla possibilità per le farmacie di offrire **test decentrati per il contrasto all'antibiotico-resistenza**, un campo sempre più strategico per la salute pubblica. A ciò si aggiungono i **servizi di telemedicina**, che potranno essere erogati nel rispetto delle linee guida nazionali, e i **test di screening per l'epatite C**, da svolgere con l'ausilio di personale abilitato.

Una novità che avvicina ancora di più la farmacia al cittadino è la **possibilità, ora riconosciuta, di scegliere il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta direttamente in farmacia**. Un passaggio che semplifica la vita delle persone, specie nei piccoli comuni o per le fasce più fragili della popolazione.

È però importante sottolineare che le prestazioni relative alla somministrazione di vaccini, ai test sull'antibiotico-resistenza, alla telemedicina e allo screening per l'epatite C saranno a carico dell'utente.

Dal punto di vista logistico e organizzativo, il legislatore ha aperto alla possibilità che i servizi sanitari siano erogati anche in locali separati dalla farmacia, purché autorizzati e rispondenti a determinati requisiti igienico-sanitari. In questi spazi, tuttavia, è vietata qualsiasi forma di vendita di farmaci o prodotti sanitari. **Il riconoscimento visivo di questi ambienti sarà garantito da un'insegna con la dicitura "Farmacia dei servizi" accanto alla tradizionale croce verde**. Inoltre, per favorire l'accesso ai servizi, viene riconosciuta la possibilità a più farmacie – anche appartenenti a titolari diversi – di condividere gli stessi spazi per l'erogazione di servizi sanitari, grazie alla stipula di **contratti di rete**. Questa forma di collaborazio-

ne interprofessionale, già prevista in altri settori produttivi, si configura qui come uno strumento innovativo per estendere la portata della rete farmaceutica anche nei territori più difficili. L'intero impianto normativo è sorretto da una clausola di invarianza finanziaria, che stabilisce che le novità introdotte non dovranno comportare maggiori oneri per la finanza pubblica. Inoltre, entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge, sarà compito del Ministero della Salute, di concerto con il MEF e previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, definire i criteri per l'adesione delle farmacie pubbliche ai nuovi servizi.

Farmaci carenti: allerta più rapida, ma multe più salate

Con l'**articolo 61**, si accorciano i tempi di preavviso (da quattro a due mesi)

che le aziende titolari di AIC devono rispettare per comunicare ad Aifa l'interruzione della commercializzazione di un medicinale. La comunicazione dovrà essere rinnovata in caso di prolungamento dell'interruzione.

Nel contempo, si inaspriscono le sanzioni, con multe fino a 36.000 euro se la mancata comunicazione riguarda farmaci "critici" inseriti nell'elenco Aifa.

L'obiettivo è rendere più tempestivo il monitoraggio e la risposta alle carenze, un fenomeno in crescita che ha messo in difficoltà pazienti e professionisti, soprattutto durante l'inverno.

Pazienti cronici: meno burocrazia, più continuità terapeutica

L'**articolo 62** introduce una misura molto attesa dai pazienti cronici e dai medici di base. **Il medico potrà in-**

dicare nella ricetta Ssn dematerializzata la posologia e la quantità di farmaci da erogare fino a 12 mesi, evitando visite ripetute solo per il rinnovo della terapia.

Il farmacista, a sua volta, potrà consegnare ogni mese la quantità necessaria per 30 giorni di terapia, e dovrà segnalare eventuali criticità nell'aderenza terapeutica al medico.

Inoltre, **sarà possibile ottenere i farmaci prescritti anche con documentazione di dimissione ospedaliera o referti del pronto soccorso**, senza dover attendere una nuova prescrizione. Un passo avanti concreto nella continuità delle cure e nella semplificazione dei percorsi assistenziali.

Corte Costituzionale: il medico imputato può citare in giudizio l'assicuratore.

È illegittimo l'articolo 83 del codice di procedura penale, nella parte in cui non consente al medico imputato di chiedere, nel processo penale, la citazione dell'assicuratore della struttura sanitaria o sociosanitaria per i casi di responsabilità civile derivante dalle assicurazioni obbligatorie, previste dall'articolo 10 della legge numero 24 del 2017 (cosiddetta legge Gelli-Bianco). Lo ha stabilito la Corte costituzionale. La questione è stata sollevata dal Tribunale di Verona, sezione penale, "in un procedimento per omicidio colposo a carico di un dirigente medico, che aveva chiesto di poter citare in giudizio, come responsabile civile, la compagnia assicuratrice della struttura sanitaria pubblica presso cui prestava servizio", spiega una nota della Consulta. Il giudice aveva ritenuto che la "norma censu-

rata violasse l'articolo 3 della Costituzione, determinando un'ingiustificata disparità di trattamento tra l'imputato assoggettato all'azione risarcitoria nel processo penale, al quale è precluso ottenere la citazione dell'assicuratore della struttura come responsabile civile, ed il convenuto che al contrario con la stessa azione in sede civile può chiamare in garanzia il medesimo assicuratore", si legge.

La Corte "ha ritenuto fondata la questione, richiamando i propri precedenti (sentenze n. 112 del 1998 e n. 159 del 2022), con i quali era già stata riconosciuta la possibilità per l'imputato di chiedere la citazione nel processo penale dell'assicuratore nei casi di assicurazioni obbligatorie per responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli e dall'attività venatoria. Anche nel settore sanitario

- ha osservato la Corte - l'assicurazione obbligatoria prevista dalla legge numero 24 del 2017 svolge una funzione "plurima" di garanzia, volta a tutelare sia i pazienti danneggiati, assicurando loro un ristoro diretto entro i limiti del massimale, sia i medici assicurati, che hanno diritto di essere manlevati dalle pretese risarcitorie della parte civile. Si tratta, del resto, di una misura che mira anche a contrastare la dannosa dinamica della medicina difensiva. Impedire al medico imputato di citare nel processo penale la compagnia assicuratrice - ha concluso la pronuncia - determina una ingiustificata disparità di trattamento (in violazione dell'articolo 3 della Costituzione) rispetto a quanto avviene nel processo civile, dove il convenuto può invece chiamare in garanzia il proprio assicuratore".

Trasmissione dati di spesa sanitaria al Sistema TS: la scadenza diventa annuale

Stop alla doppia scadenza per l'invio dei dati al sistema Tessera sanitaria. Un decreto ministeriale di prossima emanazione darà applicazione alla nuova scadenza, che sarà unica e rappresenterà il termine ultimo su base annuale per la trasmissione dei dati. Un'incombenza che riguarderà gli operatori del settore sanitario, inclusi medici e dentisti.

Verrà abolita la doppia scadenza (che era il 30 settembre per il primo semestre e il 31 gennaio per il secondo) per la trasmissione dei dati delle spese sanitarie del 2025.

La notizia è stata diffusa dal ministero dell'Economia, come risposta a una delle domande frequenti. Come effetto di interventi legislativi precedenti, "è da ritenersi, quindi, superato il termine del 30 settembre 2025 per l'invio delle spese sanitarie riferite al primo

semestre 2025". "La nuova scadenza per l'invio dei dati relativi all'anno 2025 – si legge ancora nel testo del chiarimento – sarà fissata con decreto del ministero dell'Economia e delle finanze e ne sarà data evidenza sul portale del sistema Tessera sanitaria".

QUALI DATI VANNO INVIATI

In merito ai dati da inviare, il ministero, attraverso il sito web dedicato, ribadisce che "l'obbligo riguarda i dati dei documenti di spesa (scontrini, fatture, ricevute) rilevanti per la detrazione delle spese sanitarie del cittadino".

Nel particolare, devono essere trasmesse "tutte le fatture relative a prestazioni sanitarie, certificative, a carattere peritale rilasciate a persone fisiche".

Anche per le prestazioni che vengono fatturate direttamente ai pazienti (sulle

quali permane il divieto di fatturazione elettronica) rimane l'obbligo di trasmissione dei dati al sistema Tessera sanitaria.

COME SI ACCEDE

Medici e Dentisti devono accreditarsi al sistema TS ed una volta accreditati si può accedere con le proprie credenziali oppure con una smart card conforme allo standard Cns (carte regionali, Ts-Cns). Chi non lavora ancora in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale può richiedere le credenziali direttamente dal portale del sistema Ts e le riceverà al proprio indirizzo PEC, oppure può rivolgersi all'Ordine di appartenenza.

ANTIOCO FOIS

Sicurezza sui luoghi di lavoro, ecco gli obblighi per gli studi medici

Il nuovo accordo Stato-Regioni sulla formazione per la sicurezza nei luoghi di lavoro è in vigore dal 25 maggio e prevede anche per gli studi dei medici famiglia alcuni obblighi formativi. L'obbligo entra in vigore il 26 maggio 2026. Ecco cosa fare per adeguarsi alla normativa.

Dal 25 Maggio 2025 in fase di prima applicazione e comunque non oltre

dodici mesi dall'entrata in vigore del presente accordo ossia fino al 24 Maggio 2026, i datori di lavoro e le società di formazione alle quali essi si affidano possono avviare i corsi in materia secondo le metodologie didattiche e i format di attestazione e verifica dei corsi completati secondo quanto previsto degli accordi Stato-Regioni vigenti prima dell'entrata in

vigore del nuovo ASR.

Per il nuovo modulo formativo introdotto dall'ASR dedicato al datore di lavoro, che dura almeno 16 ore, si prevede un periodo transitorio di ben 24 mesi dall'entrata in vigore del presente accordo e quindi questo ulteriore adempimento formativo a carico del datore di lavoro va concluso entro il 24 Maggio 2027.

La nuova disciplina definisce in modo organico contenuti e la durata dei percorsi di formativi per le figure chiave della prevenzione, tra cui Lavoratori e Datori di lavoro che svolgono direttamente i compiti di RSPP, essendo le altre figure previste dal Decreto (ASPP, coordinatori per la sicurezza nei cantieri, gli addetti all'uso di attrezzature specifiche e operatori in ambienti confinati o sospetti di inquinamento) non riguardanti la organizzazione del lavoro negli Studi Medici. Resta inteso che nel periodo transitorio sono valide le modalità formative utilizzate fino ad ora.

I Datori di lavoro che hanno già frequentato i corsi RSSP-DL organizzati da NuSa Servizi (durata 48 ore) se-

condo l'art. 34 del D.Lgs. 81/08 non devono ripetere il nuovo percorso formativo, né frequentare il corso per Datore di Lavoro di 16 ore in quanto questa formazione pregressa è riconosciuta come credito formativo totale e assorbe anche l'obbligo previsto dalla Parte 2 p. 3 ASR 25 maggio 2025. Chi ha svolto un corso RSSP per Datore di Lavoro e acquisito il relativo Attestato dunque è esentato dal corso da 16 ore, mentre è obbligatorio per chi si affida a un RSSP esterno questa funzione.

Resta invece fermo l'obbligo di effettuare regolarmente l'aggiornamento quinquennale, che decorrerà dalla data riportata sull'attestato già posseduto.

I Corsi Obbligatori per Datori di Lavoro della durata di 16 ore saranno disponibili a breve sulla piattaforma di NuSa Servizi, unitamente a tutti gli altri corsi previsti sia per Dipendenti che per il conseguimento dell'Attestato RSPP Datore di Lavoro. Detti corsi sono interamente rimborsati dal Sistema della bilateralità di Confprofessioni e possono essere frequentati almeno da uno dei Datori di Lavoro facenti parte di un medesimo studio e che condividono lo stesso personale. Ogni informazione sui corsi attualmente attivi per Collaboratori di Studio e Datori di Lavoro su www.sm3puntozero.com

SaluteMia: aperte le iscrizioni per la tutela sanitaria aggiuntiva

SaluteMia, la mutua dei medici e degli odontoiatri voluta da Enpam e dai principali sindacati medici, ha aperto la campagna di adesione al biennio 2026-2027

I nuovi soci possono sottoscrivere, a un costo ridotto, i Piani sanitari, per costruire una tutela su misura per se stessi e per i propri familiari.

Aderire all'associazione di mutuo soccorso dei medici e degli odontoiatri permette di integrare l'offerta del SSN e avere una sicurezza in più sui tempi e sulle prestazioni sanitarie.

SaluteMia permette attraverso 6 Piani sanitari, pensati per le diverse esigenze dei professionisti medici e odontoiatri, di costruire una rete di protezione per se stessi e per i familiari del proprio nucleo (coniugi o conviventi, figli a carico fino a 26 anni o con disabilità), ma anche per i familiari non conviventi e le loro famiglie (fratelli e sorelle, genitori, figli oltre i 26 anni).

Per garantire a tutti una serie di tutele aggiuntive in caso di visite specialistiche,

esami diagnostici, ricoveri, prestazioni ospedaliere o extra ospedaliere e molto altro.

La mutua integrativa offre, senza costi aggiuntivi, anche una copertura infortuni a tutti gli iscritti.

SaluteMia è una mutua integrativa di categoria, senza scopi commerciali o di lucro, che offre attraverso i Piani sanitari una copertura ad ampio raggio, in Italia e all'estero. Non prevede barriere di età per entrare e i soci possono restare iscritti anche in caso di eventi gravi.

I Piani sanitari garantiscono copertura dalle spese mediche per un ampio ventaglio di prestazioni e, oltre alle molte tutele di base, agli iscritti vengono offerte una serie di garanzie mutualistiche aggiuntive gratuite.

Come misure e indennità a sostegno della genitorialità, la copertura "critical illness", che dà un supporto economico dai 4.000 ai 9.000 euro in caso di patologie gravi, la possibilità di monitoraggio delle patologie

croniche insorte durante il periodo di iscrizione e l'adesione diretta per gli studenti universitari iscritti a Medicina oppure a Odontoiatria, attraverso tre Piani dedicati, offerti a costo ridotto.

Le spese per aderirvi sono utili anche per abbassare le tasse, dal momento che il contributo associativo versato è detraibile dai redditi dichiarati.

La missione di SaluteMia è prendersi cura di chi dedica la propria vita a tutela della salute dei cittadini.

COME ADERIRE

Per aderire e per avere informazioni su costi e prestazioni è possibile consultare il sito web di SaluteMia oppure telefonare al numero 06.21011350.

Odontoiatria: Senna (Cao nazionale) a Bernini: "Troppi 1774 posti, la plethora odontoiatrica è ormai una realtà".

Troppi, ancora una volta, i posti disponibili per le immatricolazioni a Odontoiatria: **1774**, vale a dire **239** in più rispetto all'anno scorso e quasi il doppio rispetto al fabbisogno di **970** proposto dalla **Commissione Albo Odontoiatri** nazionale. A sottolinearlo, la stessa **Cao** nazionale, che lancia oggi l'allarme per voce del suo Presidente **Andrea Senna**.

Una situazione, questa, che si ripropone da almeno un decennio, e che nel tempo ha portato, in maniera progressiva ed esponenziale, a una vera e propria "pletora odontoiatrica", formando più professionisti rispetto a quelli che possono essere assorbiti dal mercato del lavoro. Con conseguenze facilmente immaginabili: inoccupazione, disoccupazione, sottoccupazione, fughe verso l'estero di professionisti formati con risorse italiane, possibile livellamento verso il basso della qualità delle prestazioni a causa di una concorrenza selvaggia.

Uno scenario paradossale, un "effetto valanga" che ha portato la nuova Commissione Albo Odontoiatri nazionale, presieduta da **Andrea Senna**, a dire "basta". Il Presidente ha preso carta e penna e ha indirizzato una lettera al

Ministro dell'Università e della Ricerca **Anna Maria Bernini**, mettendo nero su bianco dati, cause e possibili effetti di una non adeguata programmazione del fabbisogno di Odontoiatri.

"A quanto ci risulta è la prima volta dopo tanti anni - commenta **Senna** - che un Presidente nazionale **Cao** si rivolge direttamente e formalmente al Ministro dell'Università per denunciare la questione, che nasce da molto lontano e che non ha mai trovato una soluzione, rimanendo sinora inascoltati i moniti della Professione. Questa lettera ha un intento costruttivo: quello di mettere a disposizione del Ministro la nostra analisi dello scenario per addivenire, tutti insieme, a un'adeguata programmazione del fabbisogno formativo odontoiatrico".

"Una programmazione - aggiunge - che deve tener conto di molteplici fattori: il contesto epidemiologico e demografico in cui, dopo i sei anni di formazione, i nuovi odontoiatri si troveranno ad operare, innanzitutto, e il rapporto ottimale tra professionisti e numero di abitanti, già oggi largamente superato, a causa della errata programmazione degli anni precedenti, la distribuzione dei professionisti sul

territorio e le forme in cui esercitano. Occorre considerare gli studenti prossimi alla laurea e i laureati all'estero, circa 370 all'anno, che si iscrivono agli Albi italiani. Molte Regioni, purtroppo, sovrastimano il fabbisogno formativo territoriale, calibrandolo a volte più sulla capacità formativa delle sedi universitarie, pubbliche e private, che sulle necessità della popolazione".

"Lo scenario di una plethora odontoiatrica - conclude **Senna** - oramai radicato negli anni e che anzi si è aggravato in maniera esponenziale per il continuo aumento ingiustificato dei fabbisogni, mentre rimanevano inascoltate le istanze della rappresentanza ordinistica della Professione, porta disoccupazione e sottoccupazione, oltre al rischio di un abbassamento di qualità delle prestazioni odontoiatriche. Certi della sensibilità del Ministro **Anna Maria Bernini**, il nostro auspicio è quello che le osservazioni della **Cao** nazionale siano oggetto di valutazione e riflessione per addivenire, finalmente, a un'adeguata programmazione del fabbisogno formativo odontoiatrico, per un'ottimale tutela della salute dei cittadini".

CHIUSO IL PIANO TERAPEUTICO WEB-BASED PER MONITORAGGIO DEL PROLIA (DENOSUMAB)

La prescrizione di PROLIA (Denosumab) non richiede più il Piano Terapeutico (PT) web based a partire dal 14 settembre 2025, in seguito alla Determina AIFA n. PRES/1136/2025.

In pratica, i medici potranno prescrivere PROLIA senza dover obbligatoriamente compilare il PT web based, semplificando così la procedura di prescrizione. Il PT web based era utilizzato per il monitoraggio del trattamento nelle indicazioni di osteoporosi in donne in post-menopausa e uomini a rischio di fratture, nonché per la perdita ossea nei pazienti con cancro alla prostata.

Il medico, invece, potrà ancora chiudere il trattamento con la voce "Chiusura Monitoraggio" nella scheda di fine trattamento, ma non sarà più necessario il monitoraggio tramite PT web based.

Decreto I.A.: ecco gli articoli che riguardano i medici di famiglia

Venerdì 19 settembre 2025 15:24 - Notizie

Il Senato ha approvato il decreto sull'Intelligenza Artificiale che prevede un quadro normativo nazionale per promuovere un uso trasparente e sicuro dell'IA, con particolare attenzione a innovazione, cybersicurezza, tutela dei dati. In sanità, l'IA è vista come uno strumento di supporto che deve rispettare la centralità della decisione medica e la protezione dei diritti fondamentali delle persone.

Per la categoria dei medici di famiglia, il decreto prevede specifiche disposizioni negli articoli 7, 8, 9 e 10.

Articolo 7: L'IA in ambito sanitario è un

supporto per prevenzione, diagnosi e cura, lasciando però la decisione finale ai medici. Deve rispettare i diritti della persona e la riservatezza, non può discriminare nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Articolo 8: relativo alla ricerca e sperimentazione scientifica sottolinea l'uso dei dati personali in modo responsabile per migliorare la ricerca e la cura, anche con sperimentazioni scientifiche e dati anonimizzati.

Articolo 9: il ministero della Salute, entro 120 giorni dall'entrata in vigore della legge, deve emanare un decreto per definire una disciplina semplificata del trattamento dei dati personali, compresi quelli particolari, finalizzata

alla ricerca e sperimentazione nel settore sanitario. L'articolo riguarda anche l'uso dell'intelligenza artificiale nel fascicolo sanitario elettronico e nei sistemi di sorveglianza sanitaria, promuovendo l'adozione di soluzioni di IA a supporto dell'assistenza territoriale e della sanità digitale, coinvolgendo specificamente l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Articolo 10: I sistemi di IA per l'assistenza territoriale sono attuati attraverso una piattaforma AI della AGE-NAS che supporta i medici di famiglia e gli utenti, gestendo dati personali in modo conforme a privacy e sicurezza.

Detrazioni su ristrutturazione immobili

I lavori di ristrutturazione possono rendere un appartamento competitivo sul mercato degli affitti o in caso di vendita. In genere, si procede dagli impianti, dai lavori di isolamento per una migliore resa energetica e un risparmio sui consumi domestici, quindi infissi, bagno, cucina. Spesso sono opere costose, ma la buona notizia è che anche nel 2025 chi ristruttura può contare sulle **detrazioni, uno 'sconto fiscale' spalmato in dieci anni** che riduce l'Irpef e, di fatto, accorcia i tempi di rientro dell'investimento. Rispetto al passato, oggi il legislatore 'sconta' soprattutto i lavori sulla prima casa, mentre quelli su abitazioni, destinate alla locazione, restano agevo-

lati con aliquote differenti. Facciamo chiarezza, caso per caso, su come alleggerire il conto finale dei lavori di ristrutturazione per immobili da mettere a reddito. A fare il punto Nicola Teofilo di Immobiliare.it.

Detrazioni e deduzioni, la differenza

"Per prima cosa - spiega - le detrazioni non vanno confuse con le **deduzioni**. Le prime **agiscono direttamente sull'imposta** che il proprietario di una casa deve pagare al fisco, riducendo i costi dei lavori. In caso di ristrutturazione edilizia, il contribuente proprietario di case e immobili può spalmare questo sconto su un arco temporale di 10 anni, ottenendo

ogni anno una **quota di rimborso sottratta dall'Irpef dovuta al fisco**. È un meccanismo che rende meno gravoso l'investimento e, nel tempo, garantisce un ritorno fiscale proporzionato alle spese sostenute. Quindi, le detrazioni non riducono il preventivo dell'impresa che dovrà effettuare i lavori di ristrutturazione in condominio o in singole proprietà".

"La normativa distingue con chiarezza tra prima casa e immobili diversi dall'abitazione principale. Questo significa che chi ristruttura la casa in cui vive gode di una detrazione più alta, quindi, è più agevolato dallo Stato. Mentre, chi mette mano a una seconda casa o a un appartamento

da vendere o dare in affitto, rientra nella categoria 'altre abitazioni, con percentuali inferiori di 'sconto fiscale'. Dunque, chi investe con l'obiettivo di affittare o mettere a reddito una proprietà, deve mettere in conto queste differenze nei preventivi di spesa. Nel 2025 la detrazione è pari al **50% per chi ristruttura la propria abitazione principale**, ma scende al **36% se i lavori interessano altre abitazioni** da ristrutturare. **Il tetto massimo di spesa detraibile rimane fissato a 96mila euro per unità immobiliare**, sempre da ripartire in dieci rate annuali. Dal 2026 le percentuali caleranno ulteriormente e gradualmente, scendendo al 36% e 30%, sempre con massimale di 96.000 euro e rimborso spalmato in 10 rate".

"Le detrazioni fiscali - afferma - concesse a seguito di lavori di ristrutturazioni si ottengono richiedendo dei bonus differenti, a seconda dei casi specifici".

Quali bonus richiedere

Ecco quali considerare quando un proprietario vuole investire su un immobile da locare, o comunque da mettere a reddito.

1) Bonus ristrutturazione: l'aliquota della detrazione per il 2025 è al 36%, ma scenderà al 30 nel 2026-2027: 30% (il 50% nel 2025 vale solo per la prima casa).

2) Ecobonus e Sismabonus: restano agevolazioni distinte, non cumulabili sulle stesse spese con il Bonus Ristrutturazione, quindi bisogna scegliere il canale più conveniente a seconda dei costi delle opere. Dal 1° gennaio 2025 sono esclusi dalla detrazione (sia ristrutturazioni sia ecobonus) gli interventi di sostituzione/nuova installazione di caldaie uniche a combustibili fossili. Restano ammessi sistemi ibridi (pompa di calore + caldaia a condensazione assemblati in fabbrica), pompe di calore anche ad assorbimento a gas, biomassa, microcogeneratori.

"La regola - chiarisce Teofilo - è semplice: se l'immobile è a uso residenziale, la detrazione è ammessa. Che poi venga destinato a locazione turistica, ad affitto lungo o lasciato temporaneamente sfritto in attesa di inquilini non fa differenza. L'unico limite riguarda gli immobili strumentali di

un'impresa, come i beni merce di una società di costruzioni: in quel caso la detrazione non è ammessa. In tutti gli altri casi, il proprietario può sfruttare l'agevolazione e ridurre i tempi di rientro dall'investimento. Se a ristrutturare è l'inquilino (con il consenso del proprietario), può detrarre le spese intestandosi fatture e bonifici. E se il contratto di affitto scade, l'inquilino continua a portare in detrazione le rate residue sulla sua dichiarazione dei redditi. Le detrazioni non decadono anche in caso di trasferimenti di proprietà ed eredità dell'immobile prima dell'esaurimento delle rate rimborsate. Tuttavia, il diritto alle quote non utilizzate si trasferisce al nuovo acquirente, salvo diverso accordo inserito nell'atto di compravendita. In caso di successione, le rate residue passano all'erede che mantiene la detenzione materiale e diretta dell'unità. Mentre, con costituzione di usufrutto, le rate non fruite restano al nudo proprietario".

Gli interventi edilizi 'detraibili' riguardano opere di manutenzione straordinaria, restauro/risanamento conservativo, ristrutturazione edilizia. Nel dettaglio, chi ristruttura per dare in affitto il proprio immobile, può richiedere lo sconto fiscale sulle seguenti opere: efficienza e comfort: sostituzione di infissi e schermature, coibentazioni su pareti/solai, fotovoltaico e accumulo, pompe di calore, building automation (con invio dati Enea entro 90 giorni dalla fine lavori); accessibilità, quindi, ascensori, montascale, eliminazione barriere architettoniche, rampe; sicurezza e qualità dell'immobile cioè rifacimento bagni, impianti elettrici/idraulici a norma, autorimesa pertinenziale, sistemi antintrusione e videosorveglianza, cablatura degli edifici, riduzione inquinamento acustico; parti comuni in condominio quindi tetto, facciata, scale, cortili, gronde, colonne di scarico, contabilizzazione del calore su impianti centralizzati; lavori di manutenzione ordinaria sono agevolati solo se eseguiti sulle parti comuni condominiali. Invece, i lavori di tinteggiatura dentro casa propria non sono detraibili.

"Quando i lavori riguardano le parti comuni di un edificio residenziale condominiale (tetto, facciata, scale, cortili, ecc) - ricorda - la detrazione

va a beneficio di ciascun condomino in proporzione alla quota millesimale e alla spesa effettivamente versata. Ma le condizioni cambiano a seconda delle dimensioni di un condominio. Nei condomini ordinari: il pagamento dei lavori deve avvenire con bonifico parlante. Nella causale bisogna indicare il codice fiscale del condominio e la partita Iva/codice fiscale dell'impresa; il codice fiscale dell'amministratore (o del condomino delegato) che materialmente effettua il pagamento. L'amministratore rilascia poi una certificazione con l'importo complessivo e la quota di ciascun condomino da riportare in dichiarazione nel proprio modello 730.

Nei condomini minimi (quelli fino a 8 condomini, senza amministratore e senza codice fiscale): i lavori sulle parti comuni sono ugualmente detraibili. Tuttavia, il bonifico parlante deve essere eseguito da uno dei condomini, indicando il suo codice fiscale e la partita Iva/CF dell'impresa. Se più persone fruiscono della detrazione, in dichiarazione ciascun partecipante riporterà la propria quota e, in assenza del CF del condominio, indicherà il codice fiscale del condomino che ha pagato, conservando la documentazione che prova che l'intervento ha riguardato parti comuni.

Come fare la richiesta

La detrazione sui lavori di ristrutturazione di immobili da mettere a reddito si ottiene solo se i passaggi amministrativi sono rispettati e i pagamenti riportano i dati richiesti dalla normativa. Ecco, in sintesi, cosa sapere. Non servono titoli: in caso di lavori di manutenzione ordinaria, senza opere strutturali/prospetti come tinteggiature e finiture, perché s'intende edilizia libera. La Cila è necessaria per lavori di manutenzione straordinaria senza strutture e senza modifica prospetti (tramezzi interni, rifacimento bagni/cucine con impianti interni, infissi senza cambio foro). La Scia serve per interventi su strutture o prospetti; restauro/risanamento con rilievo edilizio.

Il permesso di costruire è necessario per demolizione e ricostruzione, ampliamenti, sopraelevazioni. In caso di lavori su parti comuni condominiali: serve la delibera assembleare con

riparto spese e la notifica preliminare Asl se lavorano più imprese o in caso di superamento soglie. La scelta dell'impresa incide su qualità dei lavori e corretto accesso alla detrazione. L'impresa deve risultare iscritta al Registro Imprese, avere Durc regolare e polizza RC per lavori edili.

Per gli impianti è richiesta un'impresa abilitata secondo il DM 37/2008 e il rilascio della dichiarazione di conformità (Di.Co.) a fine lavori (elettrico, riscaldamento/condizionamento, idrico-sanitario, gas, ecc.). I preventivi devono essere comparabili: riportare il computo metrico con quantità e prezzi unitari, materiali indicati (marca/

modello), tempi e Sal (stati d'avanzamento). Nel contratto è utile inserire: subappalti dichiarati, gestione rifiuti e smaltimenti, penali per ritardi, garanzie e assistenza post-consegna, modalità di pagamento tracciate.

Se il titolo edilizio lo richiede, vanno individuati progettista e direttore lavori; per strutture o vincoli servono i relativi depositi/autorizzazioni. Per ottenere la detrazione, il pagamento deve essere tracciabile con 'bonifico parlante'; fa fede la data di addebito del bonifico. La banca applica automaticamente sul bonifico una ritenuta dell'8% a carico dell'impresa, quindi non riduce la spesa detraibile, che

resta quella pagata e documentata. Cosa fare quando il bonifico è compilato male o 'non dedicato'? La detrazione non decade se l'impresa rilascia una dichiarazione sostitutiva che attesta l'incasso e la corretta contabilizzazione.

Interventi esclusi: dal 2025 non sono agevolati gli interventi con caldaie uniche a combustibili fossili; restano ammessi ibridi, pompe di calore, biomassa, microcogeneratori.

FONTE: DKS/LABITALIA

Cure in altri Paesi europei: la Corte Ue impone meno vincoli

Nel percorso a ostacoli per ottenere cure mediche in un altro Paese Ue è intervenuta la Corte di giustizia dell'Unione europea che, con la sentenza del 4 settembre (C-489/23), ha aperto le porte a una maggiore libertà di circolazione per i pazienti, bocciando condizioni fissate dagli Stati che sono sostanziali ostacoli alla libera prestazione dei servizi. In particolare, la Corte ha stabilito che, se è legittima una verifica delle condizioni che giustificano una prestazione medica fuori dallo Stato di residenza, non sono compatibili con il diritto Ue misure che hanno un effetto dissuasivo, tra le quali quelle che condizionano il rimborso all'autorizzazione al ricovero da parte di un medico del servizio pubblico nazionale dello Stato del paziente. La vicenda ha preso il via da un cittadino rumeno che doveva subire un intervento attraverso un robot. Nel suo Paese l'attrezzatura non era funzionante e, quindi, l'uomo si è rivolto a un istituto specializzato in Germania. Ha chiesto al suo sistema sanitario nazionale

il modulo E112 per cure all'estero, ma gli è stato rifiutato. Chiamato d'urgenza dalla struttura tedesca, il paziente ha ottenuto la prestazione chirurgica, ma l'azienda sanitaria rumena ha negato il rimborso di 13 mila euro per le spese sostenute perché non è stata allegata la ricevuta sulla necessità di ricovero in ospedale redatta dal l'articolo 56 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (Tfue), che include il diritto del paziente a spostarsi nello spazio Ue per ottenere un servizio, osta all'applicazione di una normativa nazionale che abbia l'effetto di rendere la prestazione di servizi tra Stati membri più difficile di quella puramente interna. Accanto agli ostacoli diretti, vi sono quelli indiretti costituiti da alcune condizioni o regole amministrative/ burocratiche che «hanno l'effetto di dissuadere dal ricorrere a prestazioni sanitarie transfrontaliere». Tra le condizioni bocciate dalla Corte, proprio l'autorizzazione al ricovero a opera di un medico del servizio pubblico nazionale che ha effetto

dissuasivo sulla libera prestazione dei servizi e che potrebbe essere giustificata solo se essenziale per garantire cure di elevata qualità o un controllo dei costi, ma senza eccedere quanto necessario per il suo raggiungimento. L'equilibrio finanziario è un obiettivo da perseguire, ma se gli Stati hanno già stabilito che il rimborso non va al di là del costo previsto dall'assistenza nazionale, non possono essere richieste ulteriori condizioni. Detto questo, però, la Corte precisa che se il paziente ha ricevuto l'assistenza sanitaria transfrontaliera senza aver chiesto l'autorizzazione preventiva, il rimborso può essere circoscritto «nei limiti della copertura garantita dal regime di assicurazione malattia al quale è affiliato» a eccezione dei casi in cui il paziente, per ragioni di urgenza o legate al suo stato di salute, ha dovuto saltare la procedura prevista nel suo Paese.

FONTE SOLE 24 ORE

Spesa sanitaria pubblica, Gimbe: “Italia al 6,3% del Pil, sotto la media Ocse del 7,1%”

NEL 2024, IL NOSTRO PAESE AL 14SIMO POSTO IN EUROPA CON UN GAP DI 43 MILIARDI DI EURO.

SIAMO IL FANALINO DI CODA TRA I PAESI DEL G7

Nel 2024 l'Italia per spesa sanitaria pubblica pro-capite si colloca al 14° posto tra i 27 Paesi europei dell'area OCSE e in ultima posizione tra quelli del G7. La spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,3% del PIL, percentuale inferiore sia alla media OCSE (7,1%), sia a quella europea (6,9%). E per la spesa pro capite il gap con i Paesi europei è di € 43 miliardi.

"Il sottofinanziamento pubblico della sanità italiana – dichiara Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE – è ormai una questione strutturale che, oltre a generare tensioni crescenti in Parlamento, sta mettendo in grandi difficoltà tutte le Regioni, sempre più in affanno nel garantire i livelli essenziali di assistenza mantenendo in ordine i bilanci. Ma oggi il conto più salato di queste scelte miopi lo pagano anzitutto i cittadini, costretti a confrontarsi ogni giorno con liste d'attesa fuori controllo, pronto soccorso al collasso, carenza di medici di famiglia, disuguaglianze territoriali e sociali sempre più marcate e la necessità sempre più frequente a pagare di tasca propria visite e prestazioni sanitarie fino a rinunciare del tutto. Nel 2024 sono state costrette a farlo ben 5,8 milioni di persone, quasi 1 su 10".

In vista dell'imminente discussione sulla Legge di Bilancio 2026, la Fondazione GIMBE ha analizzato i dati relativi alla spesa sanitaria pubblica 2024 nei paesi OCSE, con l'obiettivo di fornire elementi oggettivi utili al confronto politico e al dibattito pubblico, al fine di prevenire ogni forma di strumentalizzazione. La fonte utilizzata è il dataset OECD Health Statistics,

aggiornato al 30 luglio 2025.

Spesa sanitaria pubblica nei paesi Ocas

I confronti con i paesi OCSE e con quelli europei sono stati effettuati sulla spesa sanitaria pubblica, sia in termini di percentuale del PIL che di spesa pro-capite in dollari a prezzi correnti e a parità di potere d'acquisto.

La spesa sanitaria pubblica di ciascun paese include diversi schemi di finanziamento, di cui uno generalmente prevalente: fiscalità generale (es. Italia, Regno Unito), assicurazione sociale obbligatoria (es. Germania, Francia), assicurazione privata obbligatoria (es. USA, Svizzera). Spesa sanitaria pubblica in percentuale del PIL. Nel 2024, la spesa sanitaria pubblica in Italia si attesta al 6,3% del PIL, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE (7,1%) che a quella europea (6,9%). Tra i paesi europei dell'area OCSE sono 13 quelli che destinano alla sanità una quota del PIL superiore a quella italiana, con un divario che va dai +4,3 punti percentuali della Germania (10,6% del PIL) a +0,1 punti percentuali del Portogallo (6,4% del PIL).

Spesa sanitaria pubblica pro-capite

Nel 2024 la spesa sanitaria pubblica pro-capite in Italia si attesta a \$ 3.835, un valore nettamente inferiore sia alla media OCSE (\$ 4.625) con una differenza di \$ 790, sia soprattutto alla media dei paesi europei (\$ 4.689) con una differenza di \$ 854. Tra gli Stati membri dell'Unione Europea, sono 13 i Paesi che investono più dell'Italia: si

va dai +\$ 58 della Spagna (\$ 3.893) ai +\$ 4.245 della Germania (\$ 8.080).

L'Italia è prima tra i paesi poveri

"Di fatto in Europa – commenta Cartabellotta – per spesa pubblica pro-capite l'Italia è prima tra i paesi poveri: precede solo alcuni paesi dell'Est e dell'Europa Meridionale, visto che Repubblica Ceca, Slovenia e Spagna investono più di noi".

Fino al 2011, la spesa sanitaria pro-capite in Italia era allineata alla media europea; poi, per effetto di tagli e definanze operati da tutti i Governi, il divario si è progressivamente ampliato, raggiungendo i \$ 430 nel 2019. Il gap si è ulteriormente allargato durante la pandemia, quando gli altri paesi hanno investito molto più dell'Italia; il trend si è confermato nel 2023, con una spesa stabile in Italia, e nel 2024, quando l'incremento è stato inferiore alla media degli altri Paesi europei.

I tagli

"L'entità di questo progressivo defianziamento – commenta Cartabellotta – è imponente: al cambio corrente dollaro/euro il gap pro-capite nel 2024 ha raggiunto € 729. Applicato all'intera popolazione residente, corrisponde un divario complessivo di € 43 miliardi. Una erosione progressiva di risorse pubbliche al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che, soprattutto dopo la pandemia, è sempre più in affanno".

Spesa sanitaria pubblica pro-capite: confronto con i paesi del G7

Il trend della spesa sanitaria pubblica

pro-capite dal 2008 al 2024 racconta una storia di progressivo arretramento: "L'Italia è sempre rimasta all'ultimo posto tra i paesi del G7. Se tuttavia nel 2008 il distacco era contenuto, oggi è diventato abissale", aggiunge l'esperto.

Nel 2024 l'Italia si conferma fanalino di coda con una spesa pro-capite di \$ 3.835, mentre la Germania l'ha più che doppiata raggiungendo i \$ 8.080. Particolarmente significativo è il caso del Regno Unito, che condivide con l'Italia un modello sanitario universalistico: se fino al 2019 ha registrato una crescita modesta, a partire dalla pandemia ha progressivamente aumentato in modo consistente la spesa pubblica, superando in soli cinque anni Canada e Giappone e posizio-

nandosi poco al di sotto della Francia. "Questo dimostra – commenta Cartabellotta – che il dibattito sul definanziamento della sanità non può ridursi ogni anno, al solito teatrino prima della Manovra: una partita al ribasso per capire se il Ministro della Salute riuscirà a strappare qualche miliardo in più al MEF. Serve invece un patto tra tutte le forze politiche, che prescindendo dagli avvicendamenti di Governo e sancisca un impegno non negoziabile per rifinanziare progressivamente la sanità pubblica. Un impegno strategico da accompagnare a riforme strutturali del SSN da sostenere con continuità e convinzione politica".

L'appello

La salute è un diritto fondamentale e

per questo motivo Fondazione GIMBE si appella al Governo e al Parlamento affinché prendano atto dell'enorme e crescente divario strutturale rispetto agli altri Paesi avanzati, senza trasformare il tema in scontro politico. "È urgente pianificare un progressivo rilancio del finanziamento pubblico della sanità: non per risalire le classifiche internazionali, ma per restituire forza e dignità al SSN e garantire a tutte le persone, ovunque vivano e a prescindere dal loro reddito, l'inalienabile diritto alla tutela della salute sancito dalla Costituzione. Perché se non investiamo sulla salute, pagheremo tutto con gli interessi: in disuguaglianze, malattia, impoverimento e perdita di futuro", conclude Cartabellotta.

Specializzazioni mediche, non assegnato il 17% delle borse

(ANSA) - ROMA, 01 OTT - Su 15.283 contratti regionali a bando per il concorso di specializzazione medica, ben 2.569 (17%) non sono stati assegnati, numero destinato ad aumentare vertiginosamente a causa delle centinaia di mancate effettive immatricolazioni. Continua inoltre la tendenza negati-

va per le cosiddette specializzazioni meno ambite, prima tra tutte la medicina d'emergenza-urgenza (45% dei contratti non assegnati).

Analizzando più nel dettaglio le 36 scuole di specializzazione di medicina di emergenza il dato è impietoso: su 976 contratti banditi, è stato as-

segnato solo il 55% degli stessi (537 contratti). E anche scuole fondamentali per la diagnosi e terapia di malattie oncologiche (anatomia patologica e radioterapia) hanno percentuali simili e altrettanto preoccupanti.



freepik.com - Fonte dell'immagine: 5633803 - Immagine di Pressfoto su Freepik

La vicenda del paracetamolo in gravidanza

IL WALZER DELLE AGENZIE: FDA AVVIA MODIFICA DEL FOGLIETTO ILLUSTRATIVO MENTRE EMA E OMS NEGANO OGNI COLLEGAMENTO CON AUTISMO E ALTRE MALATTIE DEGENERATIVE.

Scoppia in 'caso paracetamolo' negli Usa. E non solo. Mentre il mondo scientifico si dice allarmato per le parole di Donald Trump sul nesso tra autismo e uso del medicinale in gravidanza, la Food and Drug Administration (FDA) ha avviato la procedura per arrivare a una modifica del foglietto illustrativo del Tylenol e prodotti simili per approfondire elementi che suggeriscono, in caso di uso da parte di donne incinte, un aumentato rischio di condizioni neurologiche come autismo e ADHD nei bambini. L'agenzia ha anche pubblicato una lettera per allertare i medici a livello nazionale.

"La FDA sta adottando misure per sensibilizzare genitori e medici su una considerevole mole di prove sui potenziali rischi associati al paracetamolo", ha affermato il commissario della Fda Marty Makary. "Nonostante queste evidenze, la scelta spetta comunque ai genitori. Il principio di precauzione potrebbe indurre molte donne a evitare l'uso di paracetamolo durante la gravidanza, soprattutto perché la maggior parte delle febbri lievi non richiede trattamento. Resta tuttavia ragionevole per le donne in gravidanza usare il paracetamolo in determinate situazioni."

L'Agenzia cita alcuni studi sul tema che suggerirebbero il legame e ricerche che "hanno descritto che il rischio può essere più pronunciato quando il paracetamolo viene assunto cronicamente durante la gravidanza". In ogni caso, "sebbene un'associazione tra paracetamolo e condizioni neurologiche sia stata descritta in molti lavori, non è stata stabilita una relazione causale e nella letteratura scientifica sono presenti studi contrari. Si noti inoltre che il paracetamolo è l'unico farmaco da banco approvato per il

trattamento della febbre durante la gravidanza e che la febbre alta nelle donne in gravidanza può rappresentare un rischio per i loro figli. Inoltre, l'aspirina e l'ibuprofene hanno effetti avversi ben documentati sul feto".

Le Dichiarazioni di Trump hanno acceso il dibattito e generato allarme nel mondo scientifico. Arthur Caplan, della Divisione di Etica Medica della New York University School of Medicine, ha dichiarato che "L'annuncio sull'autismo è stata la più triste dimostrazione di mancanza di prove, voci, riciclaggio di vecchi miti, consigli scadenti, bugie pure e consigli pericolosi che abbia mai visto da parte di chi è un'autorità nel mondo e pensa per questo di esserlo anche per la scienza".

Ma il 'caso paracetamolo' tiene banco anche in Italia, dove a intervenire è stato l'epidemiologo Pier Luigi Lopalco, docente in Igiene all'Università del Salento, secondo il quale "quando la politica entra a mani basse nel dibattito scientifico può solo fare danni".

L'Organizzazione mondiale della Sanità ha preso le distanze e ha risposto all'annuncio allarmistico del presidente Usa Donald Trump dichiarando in una nota "che al momento non ci sono prove scientifiche conclusive che confermino un possibile legame tra l'autismo e l'uso di paracetamolo durante la gravidanza". L'Oms ha ricordato che "nell'ultimo decennio sono state intraprese ricerche approfondite, compresi studi su larga scala, che hanno esaminato i legami tra l'uso di paracetamolo durante la gravidanza e l'autismo senza che sia stata stabilita nessuna associazione coerente". Per questa ragione, alle donne è raccomandato di continuare "a seguire i consigli dei loro medici o

operatori sanitari, che possono aiutare a valutare le circostanze individuali e raccomandare i farmaci necessari. Qualsiasi farmaco deve essere usato con cautela durante la gravidanza, specialmente nei primi tre mesi, e in linea con i consigli degli operatori sanitari".

Dall'Oms sono giunte anche parole sui vaccini, che suonano come una risposta alla richiesta di Trump di evitare formulazioni polivalenti e ritardare la somministrazione di quello per l'epatite B. "Quando i programmi di immunizzazione sono ritardati o interrotti o alterati senza revisione delle prove, c'è un forte aumento del rischio di infezione non solo per il bambino, ma anche per tutta la comunità", si legge nella nota che ha ricordato che "esiste una solida e ampia base di prove che dimostra che i vaccini infantili non causano l'autismo" e che "i programmi di vaccinazione per l'infanzia sono sviluppati attraverso un processo attento, ampio e basato sulle evidenze scientifiche che coinvolge esperti globali e nazionali".

Anche per l'EMA l'uso di paracetamolo in gravidanza non cambia.

In una nota ufficiale l'agenzia ha ribadito che "i medicinali a base di paracetamolo possono essere usati in gravidanza, in conformità con le raccomandazioni ufficiali". Sulla base di una "rigorosa valutazione dei dati scientifici non ci sono prove che il paracetamolo causi autismo nei bimbi". Nell'Ue, si legge nella nota, il paracetamolo (noto anche come acetaminofene) può essere utilizzato per ridurre il dolore o la febbre durante la gravidanza, se clinicamente necessario. "Attualmente - precisa l'agenzia - non ci sono nuove evidenze che richieda-

no modifiche alle attuali raccomandazioni d'uso dell'Unione europea".

"Il paracetamolo - afferma Stefan Thirstrup, Chief Medical Officer dell'Ema - rimane un'opzione importante per il trattamento del dolore o della febbre nelle donne in gravidanza. Il nostro consiglio si basa su una rigorosa valutazione dei dati scientifici disponibili e non abbiamo trovato prove che l'assunzione di paracetamolo durante la gravidanza causi autismo nei bambini".

Come riportato nelle informazioni sul prodotto per il paracetamolo nell'Ue, un'ampia quantità di dati provenienti da donne incinte che hanno assunto paracetamolo durante la gravidanza

indica l'assenza di rischi di malformazioni nel feto in via di sviluppo o nei neonati, riporta ancora la nota Ema. Nel 2019, l'ente regolatorio Ue ha esaminato gli studi disponibili che indagavano lo sviluppo neurologico dei bambini esposti al paracetamolo in utero e ha riscontrato che i risultati erano inconcludenti e che non era possibile stabilire un collegamento con i disturbi dello sviluppo neurologico.

In conclusione, chiarisce l'agenzia, "quando necessario il paracetamolo può essere utilizzato durante la gravidanza. Come qualsiasi medicinale per trattamento acuto, deve essere utilizzato alla dose minima efficace,

per il periodo di tempo più breve possibile e il meno frequentemente possibile. Le donne in gravidanza devono consultare il proprio medico in caso di domande su qualsiasi farmaco assunto durante la gravidanza. Come per tutti i medicinali, l'Ema e le autorità nazionali competenti dell'Ue continueranno a monitorare la sicurezza dei medicinali contenenti paracetamolo e a valutare tempestivamente eventuali nuovi dati non appena emergano. E saranno intraprese azioni regolatorie, se necessario, per proteggere la salute pubblica".

Le regole della scienza e quelle della politica

Il 16 agosto, il Ministro della Salute Schillaci ha annullato il decreto con cui definiva la composizione del NITAG (National Immunization Technical Advisory Group), il Gruppo Tecnico Consultivo Nazionale sulle Vaccinazioni, la cui istituzione era stata richiesta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il NITAG doveva essere un organismo utile a fornire documenti (anche se non vincolanti) che supportassero il Ministero della Salute nelle decisioni in tema di politiche vaccinali.

In Italia purtroppo, il confine tra scienza e politica è un confine quanto mai sfumato; non perché la scienza cerchi di occupare gli spazi della politica, quanto piuttosto perché la politica tende a piegare la scienza a supportare le sue scelte, specie se queste possano tornarle elettoralmente utili.

È capitato così che due personaggi con posizioni favorevoli alle teorie del popolo no-vax, Paolo Bellavite ed Eugenio Serravalle, noti più in quell'ambito piuttosto che in quello medico-scientifico ufficiale, fossero nominati

nella commissione. Ne erano derivate le proteste del mondo scientifico ed una raccolta firme che aveva superato velocemente le 30.000. Davanti a questa il Ministro ha dovuto rivedere le sue scelte, e siccome questi rifiutavano di abbandonarla, ha rinunciato alla commissione stessa.

Paolo Bellavite è un laureato in medicina, specialista in ematologia, ex docente universitario (ora in pensione) di Patologia Generale all'Università di Verona.

È stato iscritto al nostro albo professionale per alcuni anni, poi ha scelto di non rinnovare la sua iscrizione in quanto non esercitava la professione ed anche perché non desiderava essere iscritto all'ENPAM.

Noto per le sue doti di ricercatore nella branca oggetto del suo insegnamento (Patologia Generale) lo è divenuto ancor di più per le sue affermazioni secondo cui "i vaccini contro il Covid-19" avrebbero "causato effetti avversi gravi più di tutti gli altri vaccini della storia umana e un numero di vittime paragonabile a quelle del virus

stesso".

Eugenio Serravalle è un pediatra che appoggia associazioni di forte contrasto all'immunizzazione attiva, come il Coordinamento del Movimento italiano per la libertà di vaccinazione (Comilva) e l'Associazione di studi e di informazione sulla salute (Assis).

Entrambi sono molto vicini al mondo dell'omeopatia e delle medicine non convenzionali. Bellavite ha collaborato, una ventina di anni fa, con il nostro Ordine nella redazione di un libro sulle medicine non convenzionali.

Nessuno dei due, a quanto mi risulta, ha un curriculum noto per pubblicazioni scientifiche in tema vaccinale.

Così la polemica anziché placarsi è rinfocolata; con gli ambienti no-vax (ed anche qualche politico) a sostenere che la scienza ufficiale non è democratica, rifiuta il confronto con chi non è allineato alle sue posizioni, che era bene che in quella commissione ci fosse anche la voce di chi la pensava in modo diverso. Che con loro si rinunciava all'apporto di persone esperte.

Il ragionamento assomiglia a quello di chi sostiene che la velocità della luce si stabilisce per alzata di mano.

Che io sappia i vaccini non sono né di destra né di sinistra.

La scienza, richiede il rispetto di regole ben precise e tra queste c'è quella che chi vuole percorrerne le vie sia disposto a rispettarle e ad agire con metodi rigorosi che mettano al riparo il ricercatore dal suo stesso entusiasmo.

In questo senso concordo con i no-vax: la scienza non è democratica, è

elitaria.

Ma richiede anche dedizione, anni di studio e soprattutto umiltà.

Nel nostro caso nessuno ha mai posto in dubbio l'esperienza dei due ricercatori, ma quella loro era maturata in ambiti diversi da quelli infettivologici e vaccinali.

In tal senso ci saremmo aspettati che gli esperti nominati in commissione fossero tutti provenienti da quegli ambiti e che semmai ad affiancarli ci fossero anche figure quali psicologi, economisti, farmacologi e farmaco-

economisti, divulgatori scientifici, etc... etc.

Vi erano invece persone lontane dal mondo dei vaccini, specialisti provenienti da branche come l'ortopedia e la chirurgia.

Questo spiega perché, da noi, le scelte della politica, anche quando vogliono occuparsi di scienza, siano dettate da regole che appartengono al loro ambito non a quello della scienza.

ROBERTO MORA

Antisemitismo e antisionismo

CONFONDERLI È PERICOLOSO

Quando si parla di Israele, di territori occupati, di Palestina e questione palestinese, ci ritroviamo spesso i termini: ANTISEMITISMO ed ANTI-SIONISMO.

Antisemitismo è, ad esempio, il termine usato da Benjamin Netanyahu nel respingere le accuse che gli muoveva la Corte Internazionale dell'Aia quando annunciò di voler intraprendere una indagine sul suo operato per presunti crimini di guerra e contro l'umanità, per quanto avveniva nella striscia di Gaza.

Dal momento che quell'aggettivo usato contro la corte internazionale non mi pareva appropriato (avrei definito quello della la corte un atteggiamento, semmai, anti-sionista, non anti-semita), ho voluto rivedere le mie conoscenze nel merito.

Anti-Semitismo

L'antisemitismo è l'odio, la discriminazione e l'ostilità verso gli ebrei in quanto tali.

In tal senso l'antisemitismo è stato una delle costanti delle società europee nel corso dei secoli.

Sviluppatosi come odio religioso nell'Europa medievale, per la responsabilità addossata agli ebrei per la

morte di Gesù, una accusa di deicidio, l'antisemitismo ha raggiunto l'apice del suo sviluppo con il nazismo e la "soluzione finale". In quel contesto l'antisemitismo era un'idea prevalentemente razziale che identificava gli ebrei in una "razza" che minacciava di "inquinare" quella più "nobile" ariana. Nel corso della storia europea, ovunque, le comunità ebraiche hanno subito forme di persecuzione, come restrizioni professionali, maggiori tasse, espulsioni da città e paesi, ghettizzazioni, linciaggi mediatici ed anche fisici.

L'anti-semitismo è quindi un sentimento antico e non legato a una specifica ideologia politica. Ha connotazioni semmai religiose e razziali, più che politiche.

Per definirlo ufficialmente nel 2016 l'IHRA (International Holocaust Remembrance Alliance), organizzò un convegno alla fine del quale venne emessa una risoluzione, riconosciuta ed adottata da 43 Stati, tra cui l'Italia, in cui si stabiliva che "l'antisemitismo è una certa percezione degli ebrei che può essere espressa come odio per gli ebrei. Manifestazioni di antisemitismo verbali e fisiche sono dirette verso gli ebrei o verso le loro proprietà, verso istituzioni comunitarie ebraiche ed edifici utilizzati per il culto."

che ed edifici utilizzati per il culto."

Una definizione che è subito parsa restrittiva e non idonea a connotare il peso razziale e religioso del termine creando i presupposti per la confusione che si andava formando nel tempo tra anti-semitismo e anti-sionismo.

Per questo che nel 2021 venne creata una nuova definizione, quella di Gerusalemme, opera di ambienti accademici israeliani e americani, che criticava la definizione dell'IHRA proprio per la possibilità che offriva di interpretare come antisemite la maggior parte delle critiche rivolte allo Stato israeliano.

Secondo questa nuova definizione l'antisemitismo è "discriminazione, pregiudizio, ostilità e violenza diretti verso gli ebrei o le istituzioni ebraiche in quanto tali".

Anti-sionismo

Il sionismo è invece un movimento "politico".

È la risposta dagli ebrei contro le persecuzioni subite.

Il sionismo nasce alla fine dell'800, periodo in cui prosperano idee nazionaliste e colonialiste. I primi gruppi sionisti furono i gruppi Chibbat Zion («Amore per Sion»), associazioni create dagli ebrei russi dopo i pogrom

contro di loro del 1881 nell'Impero Zarista.

Le ingiustizie subite convinsero gli ebrei russi che l'unico luogo per loro sicuro fosse la Palestina, luogo d'origine dei loro antenati, nei territori che coincidevano con l'antico Regno di Israele.

La trasformazione di questa idea in un vero e proprio movimento politico la si deve all'austro-ungarico Theodor Herzl (1860-1904).

Questi dopo l'affare Dreyfus in Francia (durante il quale un ufficiale ebreo fu ingiustamente accusato di tradimento) pubblicò nel 1896 *Der Judenstaat*, un'opera in cui argomentava come gli ebrei fossero distinti dagli altri popoli europei e che la loro assimilazione nelle società in cui vivevano era impossibile a causa dell'antisemitismo. Era quindi auspicabile per loro la creazione di uno Stato ebraico nella zona dove era presente la Palestina.

Herzl era consapevole del fatto che nella "terra d'Israele" vivevano ormai da secoli arabi musulmani e cristiani, ma, seguendo la mentalità colonialista dell'epoca, che vedeva nell'"uomo bianco" un portatore di progresso, dipinse la creazione di uno Stato ebraico in Palestina come un beneficio per le popolazioni che lo abitavano. Gli ebrei europei, infatti, istruiti e laboriosi, una volta emigrati là, avrebbero modernizzato la regione creando benefici anche per la popolazione che allora la abitava.

Le idee colonialiste di allora consideravano le popolazioni dell'Asia, dell'Africa e anche del Medio Oriente come barbare ed arretrate.

Il movimento nacque ufficialmente nel 1897, con il Congresso Sionista Mondiale tenutosi a Basilea. Ma fu solo durante gli anni Trenta del Novecento che in concomitanza con le leggi razziali della Germania nazista e dell'Italia fascista, un gran numero di ebrei decise veramente di trasferirsi negli insediamenti (*yishuv*) creati dai Chibbat Zion e dai primi sionisti in Palestina.

Questi insediamenti nel 1948, con la decisione dell'ONU di riconoscere lo stato Israeliano, costituirono il nucleo territoriale del nuovo stato di Israele. In quella risoluzione ONU del 1948, però, si parlava anche di Palestina, ma nessuna nazione, nemmeno

quelle arabe territorialmente vicine, ebbero a cuore la causa palestinese. Anzi tutte cercarono di approfittarne inglobando nelle loro frontiere larghe parti di quello che avrebbe dovuto diventare lo Stato Palestinese.

In genere, chi oggi si definisce antisionista ha in mente non tanto l'ideologia sionista della seconda metà dell'Ottocento volta a dare una patria agli ebrei, ma la politica dello Stato di Israele.

Nondimeno nei dibattiti legati ai palestinesi e ai Territori Occupati, media e personaggi politici israeliani (e non solo) accusano spesso i loro interlocutori di antisemitismo, non di antisionismo.

Sembra che la definizione filologicamente errata, non sia casuale, ma voluta.

Nel 1973, dopo la guerra dello Yom Kippur, Abba Eban, a quel tempo ministro degli Esteri Israeliano dichiarò che "Uno dei compiti principali di qualsiasi dialogo con i Gentili è dimostrare che la distinzione tra antisemitismo e antisionismo non è affatto una distinzione. L'antisemitismo è semplicemente il nuovo antisemitismo." (per chi non lo sapesse i Gentili nel gergo israeliano sono i non ebrei).

Quindi creare confusione nell'uso dei termini è, da parte israeliana, un fatto voluto.

Benjamin Netanyahu, ha accusato di anti-semitismo la Corte penale internazionale; ed ha accusato di antisemitismo anche alcune istituzioni ebraiche inglesi che avevano pubblicato sul *Financial Times* una lettera in cui gli chiedevano un impegno per la pace, la fine dei massacri a Gaza ed il ritorno degli ostaggi.

Quell'aggettivo non ha potuto usarlo contro gli autori di richieste analoghe che gli erano giunte da parte di categorie delle Forze Armate Israeliane e da componenti della società civile israeliana, per cui contro di loro ha dovuto usare termini come "anarchici e comunisti".

Usando impropriamente i termini antisionismo e anti-semitismo, definendo anti-semita anziché anti-sionista qualsiasi critica alla sua politica, Netanyahu (e non solo lui) alimenta l'antisemitismo.

Fa sì che le critiche politiche ed i sen-

timenti di ostilità contro la sua politica (e quella israeliana in genere) si trasformino in ostilità antiebraica, isolando Israele dal resto del mondo.

Ricreando quindi quel clima di antisemitismo che è stato presente per tanti secoli nelle nazioni europee.

Restituire ai termini anti-semitismo e anti-sionismo il loro vero significato, non confonderli, significherebbe, oggi, combattere l'antisemitismo, evitando che il dissenso contro le politiche e gli atti perpetrati da un governo alimentino un sentimento contro un intero popolo.

Restituire ai due termini il reale significato significa quindi scongiurare il risorgere del razzismo, ed impedire che i paesi civili (specie quelli europei) facciano un passo indietro nel tempo.

ROBERTO MORA

I padri veronesi della medicina

RASSEGNA STORICO-ETICA

Francesco Pellegrini. Medico, storico e umanista veronese

GIAMPAOLO TRENTINI
NICOLÒ NICOLI ALDINI
TOMMASO ROPELATO
SARA PATUZZO MANZATI

Francesco Pellegrini nacque a Verona il 4 gennaio 1883, in una delle più nobili famiglie della città, figlio del conte Giuseppe e della marchesa Matilde di Canossa. Si laureò in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova nel 1906 e, due anni più tardi, iniziò la carriera di ufficiale medico nell'esercito, progredendo fino al grado di tenente generale. La sua attività militare fu lunga, intensa e contrassegnata da incarichi di grande responsabilità e prestigio. Partecipò alla campagna di Libia (1911), alla Prima Guerra Mondiale e alla campagna del fronte occidentale nel 1940, ottenendo diverse onorificenze al merito e al valor militare, nonché un encomio solenne. Fino al 1943 diresse il servizio sanitario del Corpo d'Armata in Albania; rientrato in Italia, fu nominato presidente della Commissione medica per le pensioni di guerra a Roma⁽¹⁾. La sua carriera militare si interruppe per motivi politici: Pellegrini rifiutò di prestare giuramento al regime fascista e dovette sottrarsi per lungo tempo a possibili rappresaglie da parte dei nazifascisti⁽²⁾.

Con la fine della Seconda Guerra Mondiale e raggiunti i limiti d'età, si ritirò a Tregnago, dedicandosi agli studi storici e scientifici. I suoi concittadini lo elessero sindaco, incarico

che accettò con alto senso civico e dedizione, occupandosi dei problemi più urgenti del dopoguerra. Fu riconfermato più volte e mantenne la carica per quindici anni, distinguendosi per dignità, umanità e capacità di comprendere le necessità più importanti del suo territorio. Secondo la testimonianza dei contemporanei, Pellegrini seppe combinare nelle sue funzioni amministrative il rigore della responsabilità con la sensibilità di un vero *pater familias*⁽³⁾.

Sposato nel 1920 a Enrichetta Laura, figlia dello storico veronese Carlo Cipolla, Pellegrini si spense nel 1960, dopo una lunga malattia, lasciando un'eredità scientifica e culturale di grande rilievo, segno dell'armonia tra sapere e responsabilità che aveva guidato la sua vita di medico, studioso e cittadino. Nella sua opera, come nel suo impegno civile, traspare lo stesso ideale di *phronesis*, quella saggezza pratica che unisce competenza tecnica e attenzione al bene comune, fondamento di un'etica della cura ancora oggi riferimento per la professione medica.

Attività scientifica e storica

Pellegrini fu libero docente in storia della medicina e membro di numerose istituzioni scientifiche e culturali, tra cui l'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona, l'Accademia di Arti Sanitarie di Roma, la Società di Storia Medica e Naturale, e l'Istituto di Storia della Medicina di Firenze⁽⁴⁾. La



sua produzione scientifica, composta da circa settanta lavori, spazia dalla storia della medicina alla ricerca storica locale e al folklore veronese.

Il suo principale interesse come storico della medicina fu Girolamo Fracastoro, di cui studiò in modo approfondito la vita e le opere. Pellegrini pubblicò edizioni critiche di testi noti e inediti di Fracastoro, tradusse in versi i carmi latini e curò l'edizione del celebre trattato sulla sifilide (1939)⁽⁵⁾. Seguì una biografia (1948), un volume sulla dottrina del *contagium vivum* (1950), pubblicazioni di inediti e traduzioni dei *carmina* (1954) e del poema *Syphillidis*

(1) Dizionario biografico dei Veronesi (secolo XX), a cura di Giuseppe Franco Viviani, Verona 2006, pp. 629-630.

(2) Antonio Bortolani, "Francesco Pellegrini", Verona Medica n. 4, ottobre-dicembre 1963.

(3) Raffaello Fasanari, "Francesco Pellegrini", Vita veronese n. 13, aprile 1960.

(4) Antonio Bortolani, "Francesco Pellegrini", op. cit.

(5) Raffaello Fasanari, "Francesco Pellegrini", op. cit.

(1956). In occasione del quarto centenario della morte di Fracastoro, Pellegrini commemorò la figura del medico veronese presso l'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona, sottolineandone il ruolo di precursore della moderna medicina⁽⁶⁾.

Pellegrini pubblicò inoltre numerosi lavori di storia medico-militare. In questi studi emerge la sua attenzione per la dimensione etica della medicina di guerra, intesa non solo come tecnica di cura in condizioni estreme, ma come esercizio di umanità nelle situazioni di sofferenza e vulnerabilità. Tra questi, si segnala *La medicina militare nel Regno di Napoli dall'avvento dei Normanni alla caduta degli Aragonesi (1139-1503)* (1932), in cui analizza le armi dell'epoca e le lesioni da esse provocate. Di particolare rilievo è anche il lungo articolo dedicato al centenario del Corpo Sanitario Militare Italiano. Gli *Appunti sul servizio sanitario militare nelle province veneto-lombarde durante il XIX secolo* (1933)⁽⁷⁾ costituiscono un'altra opera fondamentale: in essi Pellegrini descrive dettagliatamente le organizzazioni sanitarie dell'esercito cisalpino (francese) e austriaco, evidenziando le difficoltà di cooperazione con le autorità mediche civili locali e la creazione degli ospedali militari, tra cui il veronese Santo Spirito. Particolare attenzione è dedicata alla sanità dell'esercito veneziano, che dovette affrontare contemporaneamente l'assedio austriaco e le epidemie di colera, dimostrando efficienza e coraggio, come testimoniato dall'istituzione delle cosiddette "Ambulanze volanti", vere e proprie infermerie poste a ridosso della linea di combattimento. Pellegrini riconobbe in tali esperienze un esempio esemplare di dedizione e di etica della cura: la prossimità al ferito, anche in contesto bellico, rappresentava il segno più alto del dovere medico e della solidarietà umana. Insieme a questi contributi, Pellegrini redasse un lungo articolo in occasione del centenario del Corpo Sanitario Militare Italiano, sottolineando l'evol-

uzione storica e organizzativa della medicina militare. Dietro l'analisi storica, anche in questo caso, traspare il suo interesse nel mostrare come la combinazione di competenza tecnica e sensibilità umana costituisca il fondamento stesso della professione medica e conferisca al medico un ruolo cruciale anche nelle condizioni più estreme.

Pellegrini affidò alla *Rivista di Medicina Militare* numerosi contributi di rilievo sia sulla storia medico-militare, sia sulla semeiotica fisica. Tra questi, spiccano due articoli nei quali egli ricorda come tecniche fondamentali quali percussione e auscultazione fossero già note ai grandi maestri dell'antichità. Tali medici erano in grado di giungere a diagnosi differenziali sofisticate: distinguere la pleurite da un'afezione bronco-polmonare (Ippocrate, Celio Aureliano, Areteo), riconoscere una peritonite con versamento rispetto a una peritonite secca o al meteorismo (Areteo, Sorano, Galeno), e delimitare con precisione i confini del fegato e della milza (Ippocrate, Areteo)⁽⁸⁾. Questi articoli rivestono un duplice valore: da un lato educativo, nel richiamare l'importanza della semeiotica fisica in un'epoca in cui la diagnostica strumentale rischia talvolta di offuscarne il valore formativo e clinico; dall'altro etico, nel sollecitare i medici contemporanei a coltivare l'osservazione clinica e l'intuito diagnostico, come espressione di una medicina capace di ascolto e di presenza accanto al paziente. In essi emerge anche la profonda passione di Pellegrini per la cultura classica: le citazioni sono riportate sempre in latino originale, senza traduzione, sottolineando il rispetto e la continuità con il sapere dei maestri antichi.

Nel campo della storia della medicina, Pellegrini si occupò in particolare delle malattie infettive. Tra i suoi lavori di maggiore rilievo figura il trattato in quattro volumi sulla storia della lotta contro le epidemie, pubblicato nel 1932, contenente un'analisi dettagliata dell'epidemia di peste a Verona

nel 1575-76. Qui Pellegrini analizza il ruolo dell'autorità sanitaria, il Magistrato della Sanità, il quale, secondo le regole del tempo per il controllo dei contagi - sorveglianza, denuncia e isolamento - suddivise la città in settori, ciascuno affidato a un singolo medico, il cui nome e la cui area di competenza sono riportati con precisione. A ciascun medico spettava la valutazione dei cadaveri e dei malati. Il magistrato istituì inoltre cordoni sanitari, uno dei quali verso la città di Vicenza, regolamentò il trattamento delle merci in entrata e in uscita, consigliò la gestione di animali, beni e abitazioni, e stabilì le modalità di accesso al lazzaretto, che venne anche ampliato.

Un altro testo che rende evidente l'interesse di Pellegrini per le malattie infettive è *Malattia degli azoti*, un'espressione con la quale gli antichi ebrei designavano, nel I libro dei Re, una patologia che, per caratteristiche cliniche e modalità di diffusione, Pellegrini riconosceva come peste bubbonica.

Importanti lavori riguardano, invece, la storia della clinica padovana (*La clinica medica padovana attraverso i secoli*, 1939) e la storia del pensiero medico veronese (*Il contributo veronese alle scienze mediche*, 1949). Nella prima monografia vengono rievocate le figure dei maestri, da Pietro d'Abano ad Achille De Giovanni, che dalla fondazione dell'Ateneo hanno conferito lustro alla Cattedra di Clinica Medica di Padova. Tuttavia, se nella storia della clinica padovana Pellegrini celebra le glorie della scuola medica patavina, non trascura i risultati della scuola veronese, cui dedica il lavoro *Appunti per una storia del pensiero medico veronese*, parte del volume *Il contributo veronese alle scienze mediche*, pubblicato come numero speciale della rivista *Il Fracastoro* in occasione delle "Giornate Mediche Veronesi" del 1949. Il testo costituisce un breve ma esaustivo compendio della storia medica veronese: vi vengono descritti grandi medici veronesi,

(6) Antonio Bortolani, "Francesco Pellegrini", op. cit.

(7) Francesco Pellegrini, "Appunti sul servizio sanitario militare nelle province veneto-lombarde durante il 19. Secolo", in occasione del Cinquantenario della Scuola di applicazione di Sanità Militare (1883-1933), Cagianca, 1933.

(8) Francesco Pellegrini, "Per la storia della semeiotica", "Giornale di medicina militare" n. 4, 1929.

da Aventino Fracastoro a Francesco Pindemonte, dai fratelli Montesauero all'Arcolano, allo Zerbi (di cui ricorda la triste morte), al Benedetti, al Della Torre e, naturalmente, a Girolamo Fracastoro, definito batteriologo e padre della moderna patologia. Pellegrini racconta inoltre di figure come Monte di Rambaldo, Serego del Gazola, il Pona (storico della peste che fuggì dopo la morte di un collega e non volle più uscire di casa), Fracassini, Zeviani, Giannella e Targa, arrivando nel XIX secolo agli allievi di De Giovanni, come Comini e Massalongo, e ai celebri Lombroso e Stefani, oltre ai chirurghi Manzoni e Montagna. Tutti sono contestualizzati nel pensiero scientifico del loro tempo e, in gran parte, esaminati non solo come medici, ma anche come insegnanti e divulgatori dei propri principi medico-filosofici, a testimonianza della profonda unità che Pellegrini riconosceva tra sapere, etica e formazione.

Altri studi riguardano la storia della medicina legale, la medicina militare, oltre a ricerche di carattere storico e letterario sul territorio veronese, dal castello di Tregnago a reperti archeologici e documenti in dialetto.

Pellegrini dedica attenzione anche alle scuole mediche veronesi e alla nascita delle Accademie, dagli Aletofili all'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere, nonché alle organizzazioni

sanitarie del tempo, dal Magistrato di Sanità ai protomedici, fino alle commissioni valutative per l'idoneità alla professione medica. Analizza inoltre la terribile peste del 1630, presentando il lazzaretto nelle sue piene funzioni; la struttura, completata nel 1591, non era stata pienamente utilizzata al tempo della peste del 1575, ma Pellegrini ne descrive attentamente l'organizzazione, la gestione e il ruolo nella sanità pubblica.

A questi lavori se ne aggiungono molti altri: alcuni di carattere medico, come la biografia di Luigi Messedaglia, gli *Appunti per una storia della medicina legale* o le *Briciole di antica enigmaturgrafia medica*; altri di carattere storico, come la storia del castello di Tregnago, pubblicata su *Vita Veronese*, rivista con cui collaborò fin dalla fondazione, o l'articolo *Nuovi resti di rogo d'epoca romana trovati a Tregnago*; altri ancora di carattere letterario, come la pubblicazione e il commento delle lettere di Francesco Cipolla o lo studio di documenti in dialetto veronese del XIV secolo. Tre di queste pubblicazioni hanno ricevuto particolare riconoscimento dall'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona, della quale Pellegrini fu nominato socio nel 1939⁽⁹⁾.

Francesco Pellegrini coltivò la storia della medicina con rigore e sensibilità critica, riconoscendovi non solo una

disciplina erudita, ma un modo di interrogare, attraverso le fonti e le idee, il senso umano della pratica medica.

Riconoscimenti e tratti personali

Numerosi furono i riconoscimenti e le decorazioni conferiti a Francesco Pellegrini: fu commendatore dell'Ordine della Corona d'Italia e dell'Ordine di Skanderberg, cavaliere ufficiale dell'Ordine Coloniale della Stella d'Italia *per motu proprio* del sovrano e cavaliere ufficiale dell'Ordine dei Santi Maurizio e Lazzaro. A livello accademico, Pellegrini fu socio e consigliere dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria di Roma, socio della Società Italiana di Storia della Medicina e delle Scienze Naturali di Firenze e socio della Deputazione di Storia Patria per le Venezie (1950)⁽¹⁰⁾.

Pellegrini era un gentiluomo di stampo antico. Chi lo conobbe, come Raffaello Fasanari, lo descrive così: «Semplice, affabile, paterno, generoso, Francesco Pellegrini trattava con uguale disinvoltura l'aristocratico, il dotto e la persona più umile, creando una comunicazione di reciproca simpatia. È difficile incontrare individui che siano contemporaneamente educati e intelligenti; raro è poi trovare la combinazione di educazione, intelligenza e generosità. È appunto questo il caso di Francesco Pellegrini».

(9) Dizionario biografico dei Veronesi (secolo XX), op. cit., pp. 629-630.

(10) Antonio Bortolani, "Francesco Pellegrini", op. cit.

La tormentata nascita dell'anestesia

IL ROMANZO DELL'ANESTESIA - LA NASCITA CONTRASTATA DELL'ANESTESIA

DI GIOVANNI FATTOVICH

Prima parte

1 HORACE WELLS E IL PROTOSSIDO D'AZOTO

2 WILLIAM THOMAS GREEN MORTON E L'ETERE

Questo racconto nasce molti anni fa quando mi imbattei in un libro edito nel 1947 e scritto da Jean e Monique Fiolle e con un titolo pieno di enfasi come è tipico dei francesi: L'alba tragica dell'anestesia. Il loro testo è sicuramente romanzato e non sempre fedelissimo, ma è divertente ed appassionante al punto da invogliarmi, nel corso degli anni a collezionare articoli e libri che parlavano dell'argomento. Cercai di dare un ordine logico a questa storia, seppure con molta difficoltà, e alla fine ne parlai con un caro amico: Giuseppe Ferrari che si dimostrò interessato al punto da scovare una relazione sulle dispute nate dopo che l'anestesia eterea si era ormai affermata negli USA e anche in Europa. Si tratta di quanto scritto da Maurice Perrin nel suo trattato di Anestesia chirurgica del 1863 in cui riferisce quanto avevano scritto Joseph ed Henry Lord nel volume pubblicato a Boston nel 1848. La visione di Perrin è a favore di Jackson, uno dei pretendenti ad essere lo scopritore dell'anestesia. Abbiamo ritenuto di riferirla nel testo, tradotta in italiano perché fornisce una visione alternativa anche se poco convincente degli eventi.

Lasciamo ai lettori il giudizio su chi deve ritenersi il vincitore.

Il termine "Anestesia", che in greco significa assenza di sensibilità, venne proposto dal medico e poeta del Massachusetts Oliver W. Holmes (1809-1894) nel 1847⁽¹⁾ per dare un

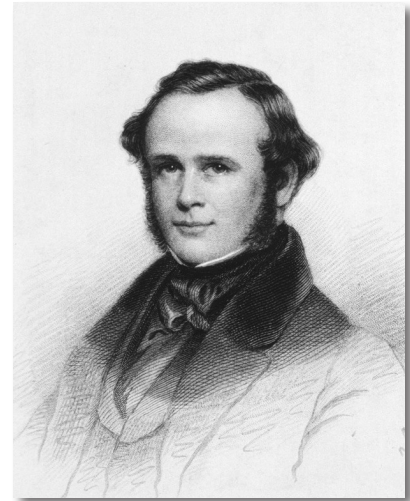
nome a quella procedura, nata pochi anni prima, che permetteva ad un individuo di essere operato senza avvertire dolore e senza avere la percezione dell'ambiente che lo circonda, perché dormiente.

L'anestesia nacque negli anni '40 del 1800 grazie all'intuito, alla sagacia, all'intelligenza, alla determinazione ma anche alla fortuna di due odontoiatri nel Nord-Est degli Stati Uniti. Questi a distanza di meno di 2 anni l'uno dall'altro, quasi che i tempi fossero maturi perché questo accadesse, riuscirono a eliminare il dolore chirurgico usando sostanze diverse. Entrambi diedero notizia al mondo scientifico della loro scoperta seppure con diversa fortuna. I due tra loro si conoscevano, ma non erano in alcun modo collaboranti e ottennero lo stesso risultato utilizzando due sostanze diverse. Inutile dire che tra loro nascerà una accesissima disputa in cui si inserì anche, con un ruolo ambiguo e discusso, un medico-chimico, il Dr. C. T. Jackson per stabilire chi fosse il vero scopritore dell'anestesia. Disputa alla cui base c'erano l'orgoglio ma anche formidabili interessi economici e che verrà combattuta su due fronti: uno negli Usa e l'altro in Europa o meglio in Francia. Ancora oggi non possiamo dire con certezza chi sia il vincitore. I contendenti restarono accomunati anche nella loro fine, che sarà miserrima, e legata all'uso di quelle sostanze usate per togliere il dolore e da cui erano divenuti dipendenti.

Per orientarci in una faccenda molto ingarbugliata abbiamo scelto di procedere in ordine strettamente cronologico.

1. HORACE WELLS E IL PROTOSSIDO D'AZOTO

Il primo a produrre una anestesia documentata e a tentare di comunicare la sua scoperta al mondo medico fu **Horace Wells** (Hartford 21 gennaio 1815 - New York 24 gennaio 1848).



Horace Wells

Egli nacque in una famiglia benestante che però finì nell'indigenza quando nel 1829 il padre morì. Nel 1830 la madre risolse i suoi problemi economici risposandosi con un vedovo: Mr. A. Shaw che aveva 7 figli di primo letto. Horace si pagò gli studi impartendo lezioni private. Nel 1834 all'età di 19 anni si trasferì a Boston e si iscrisse ad un corso privato di odontoiatria. Il 9 luglio del 1838 sposò Elisabeth Wales dalla quale ebbe un figlio (Charles Thomas) nell'agosto del 1839⁽²⁾. Nel 1840 tornò ad Hartford ed aprì il suo "Office", e iniziò la sua collaborazione con il collega Dr. M. Riggs che gli sarà fedele e devoto anche nelle avversità. In poco tempo conquistò una clientela numerosa, nell'agosto del 1844 egli trasferì il suo office e la sua abitazio-

(1) G. Bellucci: storia dell'anestesiologia. Ed. Piccin, Padova 1982 pag. 169

(2) W.H. Archer, The life and letters of Horace Wells 1944, pp 83-98

ne nel centro della città e li inaugurò con un ricevimento al quale invitò i maggiorenti della città⁽³⁾. Tutto quindi lasciava supporre che il nostro Horace se non felice fosse almeno appagato per quanto aveva saputo realizzare; ma non era così perché egli non riusciva a sopportare il dolore che causava ai suoi clienti nell'estrazione dei denti, al punto di smettere di lavorare anche per più giorni per ritrovare il proprio equilibrio^{(4), (5)}

Lo aiutò a risolvere il suo problema un articolo comparso il 10 dicembre del 1844 nel *Hartford Courant*, in cui si annunciava che Gardner Quincy Colton (1814- 1898), uno showman ambulante, avrebbe organizzato un evento nel corso del quale avrebbe fatto uso del gas esilarante⁽⁶⁾.

Il gas esilarante era in realtà il protossido di azoto che era stato prodotto per la prima volta nel 1772 dal Pastore anglicano **Josef Priestley** (1733-1804), personaggio poliedrico che scrisse non solo trattati di teologia ma anche manuali per l'istruzione e nel 1761 un testo sull'elettricità (*The History and present state of electricity*). Conosceva 5 lingue: inglese, francese, italiano, aramaico e arabo. Nel 1791, avendo appoggiato le idee della rivoluzione francese dovette trasferirsi dall'Inghilterra in Pennsylvania (Usa). Dalla fine degli anni 60 iniziò a dedicarsi alla chimica, mestiere al tempo pericoloso perché i chimici venivano ritenuti degli stregoni pericolosi tanto che negli anni in cui risiedette a Birmingham (1780-91) gli vennero bruciate sia la casa che la chiesa. Negli anni '70 produsse varie sostanze: Acido cloridrico, Ammoniaca, Monossido di carbonio, e nel 1772 la CO₂ che però non sfruttò commercialmente pur avendo pubblicato il pamphlet: "*Direction for impregnating water with fixed air*" (a questo pensò

poco dopo il Sig. Schweppes⁽⁷⁾). Nello stesso anno, riscaldando limatura di ferro con Ac. Nitrico, riuscì ad ottenere anche il Protossido d'azoto che chiamò "aria niziana diminuita"⁽⁸⁾ ["diminished" or "dephlogisticated nitrous air"]. Priestley riteneva che nei processi di combustione o ossidazione si producesse una sostanza che, in accordo con la teoria di Georg Ernst Stahl (1660-1734), denominò *flogisto*, e non era compatibile con la vita. In realtà nel corso della combustione e ossidazione si consuma ossigeno, per cui l'incompatibilità con la vita era dovuta a mancanza di questo e non alla produzione di una sostanza definita con il termine di flogisto. Nel 1774 dal riscaldamento di un ossido di metalli ottenne una sostanza in grado di contrastare gli effetti del Flogisto. La chiamò aria deflogisticata. Poco dopo anche un farmacista svedese C. W. Scheele (1742-1786) e Antoine Lavoisier (1743-1794) individuarono la stessa sostanza, che il chimico francese più tardi denominò "ossigeno". Priestley, che era anche uno sperimentatore, constatò che all'interno di uno spazio chiuso gli animali di piccola taglia, dopo un certo tempo, morivano e la fiamma di una candela si spegneva. Dimostrò anche che le piante erano in grado di risanare l'aria "cattiva" assorbendo la "materia flogistica" Nel 1776 dopo una inalazione di aria deflogisticata (ossigeno) scrisse: "*mi è parso di sentire il mio polmone particolarmente leggero e comodo per un po'.* Finora solo due ratti e me stesso abbiamo avuto il privilegio di respirarla."⁽⁹⁾ Egli constatò anche che, se si inseriva dell'aria "deflogisticata" in un ambiente confinato perché a tenuta stagna, gli animali morivano ma in tempi più lunghi.⁽¹⁰⁾ Priestley infine notò anche che gli animali messi in un ambiente confinato a tenuta stagna morivano; aggiungendo del protos-

sido di azoto, morivano ugualmente ma, almeno quando si trattava di polli, apparentemente contenti perché in preda ad una strana euforia. Tuttavia non diede corso ai suoi esperimenti per darsi ragione di questo strano comportamento.

Gli studi sul protossido ebbero un seguito perché nel 1798 Thomas Beddoes (1760-1808) ritenendo di poter curare con l'inalazione di ossigeno la Tbc che già allora era la più diffusa e grave malattia del secolo, creò il *Pneumatic Medical Institution* a Bristol. La terapia inalatoria era possibile perché essendo l'ossigeno un gas, se questo veniva portato in prossimità del naso e della bocca con una mascherina, grazie agli atti inspiratori veniva convogliato nelle prime vie respiratorie, da qui ai polmoni e infine al sangue. Il tentativo di cura della TBC non aveva alcun fondamento logico e quindi fallì, ma Beddoes ebbe comunque dei meriti. Innanzitutto suggerì che la TBC poteva essere curata meglio se i malati venivano trasferiti in ambienti salubri e quindi aprì la strada ai sanatori, ma soprattutto egli assunse nel suo staff un giovane: **Humphry Davy** (1778-1829) che era rimasto orfano nell'infanzia. Il suo tutore John Tonkin pensò di farne un chirurgo e lo affidò a John Bingham Borlase che lavorava a Penzance, in Cornovaglia, dove Davy era nato. Nel laboratorio dell'ospedale di quella città Davy iniziò a fare i suoi primi passi nella chimica. Nel 1797 dopo aver imparato il francese egli lesse il "*Traité élémentaire de Chimie*" di Lavoisier e lasciò la chirurgia per dedicarsi a questa materia. Il 2 ottobre 1798 entrò nell'Istituto Pneumatico di Bristol. Qui egli iniziò a compiere i suoi esperimenti per capire quale fosse l'azione di alcuni gas e in alcuni casi questo lo portò a correre dei rischi considerevoli: inalando l'Ac. Nitrico si ustionò la bocca e sperimentando il

(3) Jean e Monique Fiolle: L'aube tragique de l'Anesthésie Ed. Denoel parigi 1957 pag... Trad.it. L'alba tragica dell'anestesia Ed. Paoline Vicenza 1967

(4) Patrizia Biancucci: "H. Wells, il dentista impostore" Torino Medica.com, 2 gennaio 2019

(5) Horace Wells. su General anaesthesia.com, BLTC Research 31 gennaio 2015.

(6) Emily E Gifford: Horace Wells discovers painfree dentist. Connecticut History. org, 10 dic. 202

(7) Schweppes è lo stesso che connota la bibita che usiamo a tutt'oggi

(8) J -Priestley 1776 -Esperimenti e osservazioni su diversi tipi di aria - cit Erowid.org

(9) M.D.Larson Storia dell'Anestesiologia cap.I pag 12

(10) Cit- Schoefield-2004, pag.109

Monossido di Carbonio fu sul punto di morire⁽¹¹⁾. Nel 1799 egli studiò anche l'ossido gassoso di azoto (protossido di azoto) e in una lettera a Davies Giddy⁽¹²⁾ gli comunicò di essere riuscito a renderlo puro e di averne respirati sedici quarti senza intossicarsi⁽¹³⁾. Oltre a rilevarne gli aspetti "esilaranti" (il gas venne infatti definito laughing) egli lo usò, pare con successo, anche in associazione con il vino per curare i postumi della sbornia. Nel 1800 all'età di 22 anni Davy pubblicò il libro *"Researches, chemical and philosophical; chiefly concerning nitrous oxide, or dephlogisticated nitrous air, and its respiration"*. In questo libro egli descrive il potere anestetico del protossido:

In un caso, avendo io mal di testa da indigestione, me ne liberai immediatamente grazie agli effetti di una grande dose di gas, anche se in seguito esso ritornò, se pure con minore violenza. Ho avuto un'ottima opportunità di accertare l'immediata azione del gas nel sedare il dolore fisico intenso, quando mi è spuntato uno di quegli inopportuni denti chiamati "dentes sapientiae". Avevo una estesa infiammazione alla gengiva, accompagnata da intenso dolore che mi impediva il riposo e una vita normale. Il giorno in cui la infiammazione mi dava più fastidio, inalai tre grandi dosi di protossido d'azoto. Il dolore diminuiva regolarmente dopo le prime quattro o cinque inalazioni; sopraggiungeva l'eccitazione come al solito, seguita da alcuni minuti di disagio poi sostituito da una sensazione di piacere. Peraltro, quando tornava lo stato d'animo normale, ritornava anche la sensibilità dell'organo; anzi una volta ebbi la sensazione che dopo l'esperimento il dolore fosse più acuto di prima.

Nelle conclusioni Davy formula la seguente ipotesi: *poichè il protossido d'azoto, in seguito ad un uso prolungato, appare in grado di annullare il dolore fisico, forse lo si potrebbe impiegare utilmente nelle operazioni chirurgiche dove non si ha grande*

versamento di sangue. Davy infatti era convinto che il protossido aumentasse la capacità circolatoria, ipotesi questa non confermata. Tuttavia l'intuizione che il protossido potesse essere usato come anestetico non venne colta né dalla comunità scientifica né dallo stesso Davy che subito dopo, nel 1801, lasciò l'Istituto di Medicina Pneumatica per diventare il Direttore del Laboratorio Chimico della Royal Institution e dirottò le sue ricerche verso la realizzazione di una lampada che potesse essere usata nelle miniere di carbone senza causare l'esplosione del Grisù. Ma Davy aveva condiviso i risultati degli esperimenti con il protossido con un gruppo di amici letterati (lui stesso scrisse più di cento poesie delle quali solo 8 vennero pubblicate): Robert Southey, Samuel Coleridge, che apprezzarono grandemente le proprietà esilaranti del protossido e le propagandarono facendo nascere nel Regno Unito la moda dei "laughing gas parties", che non si è mai interrotta.

Un paio di decenni più avanti un medico, **Henry Hill Hickman** (1800-1830), che all'età di 16 anni si era iscritto alla Facoltà di Medicina di Edimburgo, nel 1820 venne ammesso come Membro del Royal College of Surgeons di Londra. Tornato a Ludlow, sua città natale, cominciò ad esercitare la professione di medico e nel 1823 iniziò a fare degli esperimenti raccapriccianti sugli animali per tentare renderli insensibili. Usò per primo il monossido di carbonio che li soffocava al punto da poterli amputare senza che avvertissero dolore. In un secondo tempo si valse del protossido d'azoto, dell'etere e anche del cloroformio. Nel 1824 inviò il risultato di suoi lavori a T. A. Knight uno dei Vicepresidenti della Royal Society perché lo trasmettesse a Davy; ma pare che questi non lo abbia mai preso in considerazione per cui Hickman, deluso per la mancata risposta e ferito per un articolo comparso nel 1826 su *Lancet* dal titolo *"Surgical humbug"* (imbroglio chirur-

gico) in cui si criticava spietatamente il suo lavoro, si rivolse direttamente a Carlo X Re di Francia. Ma anche qui, malgrado il parere positivo dato da Jean Larrey, il famoso chirurgo di Napoleone, non ebbe successo. Tornato in Inghilterra Hickman morì poco dopo di sifilide all'età di 30 anni.

È doveroso ricordare che l'uso del protossido come sostanza psicoattiva con effetti dissociativi ed euforizzanti in realtà non è mai cessata. Nel 1914 Charlie Chaplin e nel 1928 Stanlio ed Olio lo citarono nei loro films per provocare ilarità. Secondo i dati del *Global Drug Survey 2015* nel Regno Unito una persona su quattro lo aveva utilizzato, rendendola la seconda droga più diffusa dopo la Cannabis. Malgrado dal 2016 sia diventato illegale, proibendo di vendere questa sostanza per uso ricreativo, gli spacciatori se lo procurano rubandola agli ospedali e inserendola in capsule metalliche o in palloncini di gomma. Pare che nel 2010 persino il Principe Harry ne abbia fatto uso e nel 2020 alcuni giocatori dell'Arsenal e del Manchester City sono finiti in prima pagina per aver partecipato a feste a base di gas esilarante⁽¹⁴⁾. Gli effetti del protossido sono un senso di leggerezza corporea, cambiamento delle percezioni tattili, visive e uditive, disorientamento, vertigini, diminuzione dei livelli di ansia, aumento del senso dell'umorismo, distacco da se stessi e dall'ambiente. Malgrado la sua tossicità sia bassa, l'uso frequente può provocare polineuropatia, degenerazioni delle cellule nervose, carenza di Vit. B12 e asfissia se non viene assunto in associazione con l'ossigeno.⁽¹⁵⁾ La moda dei *parties* al gas esilarante, dal Regno Unito, valicò l'oceano ed approdò negli USA dove il gas venne usato non solo con intenti ludici ma anche commerciali.

Il più celebre tra quanti fecero uso del protossido con fini lucrativi è Samuel Colt (1814-1862). Questi, dopo aver inizialmente lavorato con suo padre, fece il marinaio e quindi si impiegò

(11) Jay Mike- O, Excellent Air Bag'

(12) Giddy was an early supporter of Humphry Davy and persuaded Beddoes to employ him in the laboratory at the institute

(13) Unt, Robert-, Davy Humphry- The Dictionary of National Biography, London, Smith, Elder&Co.1888

(14) Notizie riferite da Roberto Pizzato, Medicina e Chirurgia e Dintorni 12 ottobre 2019

(15) Patrizia Biancucci: Horace Wells, il dentista "impostore" *Torinomedica* 2 gennaio 2019

in una industria di tessuti dove un tecnico gli insegnò a produrre il protossido di azoto. Usando la scarsa conoscenza della chimica imparata nel lavoro di tintura, il diciottenne Colt iniziò a girare il paese come il dotto docente di chimica "Dr. Coult". Teneva lezioni didattiche di filosofia naturale e chimica ma era impegnato anche nell'organizzazione di spettacoli in cui permetteva al pubblico di respirare il protossido di azoto ("gas esilarante"), che provocava loro un'innocua forma di intossicazione. Questa attività gli procurò un buon reddito e il tempo di dedicarsi al progetto di una pistola con un caricatore rotante, la famosa Colt 45 che venne impiegata dall'esercito degli Stati Uniti nella guerra contro il Messico e poi dall'esercito dei Confederati nella guerra di Secessione.

È quanto fece anche Gardner Quincy Colton (1814-1898), che, pur avendo una istruzione modesta, si autodefiniva professore di chimica⁽¹⁶⁾ quando nel dicembre 1844 fece comparire nell'*Hartford Courant* un articolo in cui si annunciava che il gas sarebbe stato somministrato solo a dei volontari, gentiluomini di specchiata rispettabilità. Colton si dichiarava disponibile a darlo, ma in separata sede, anche a quelle signore che desiderassero inalare il gas. Era prevista la presenza di 3 uomini vigorosi per proteggere chi si sottoponeva alle inalazioni.⁽¹⁷⁾ Il 10 dicembre nella Union Hall accorsero circa 2000 spettatori (Sappiamo, grazie al fisco americano, che l'incasso fu di 500 \$ e ogni biglietto costava 25 cents)⁽¹⁸⁾. Horace Wells decise di partecipare allo spettacolo e trovò posto nelle prime file. Questo gli permise di vedere che uno dei tre volontari che avevano inalato il gas: Samuel Cooley, (avvocato per alcuni, ma commesso di drogheria per altri), si dimostrava particolarmente eccitato e, avendo picchiato una gamba contro gli spigoli di un sedile, si era procurato una ferita profonda che sanguina-

nava abbondantemente. Egli non si accorgeva del fatto perché sembrava non avvertisse alcun dolore. Fu così che Wells pensò di utilizzare il protossido per ottenere una analgesia durante una operazione chirurgica o in odontoiatria. Si tratta di un tipico caso di **serendipity**⁽¹⁹⁾, parola non presente nel nostro vocabolario e che se cerchiamo di tradurre si potrebbe definire come: "colpo di (fortuna)". In senso più ampio significa che da una osservazione casuale o fortuita possono derivare delle scoperte utili per la scienza. Di questo ci sono esempi illustri: la scoperta dei raggi X o della penicillina. Deciso a provare le bontà della sua ipotesi Wells si fece dare da Colton alcune dosi di protossido e poiché era persona seria si propose come cavia. La stessa sera Wells si incontrò con il collega, John Riggs. Passarono l'intera notte a discutere sulla possibilità di prevenire il dolore durante un'estrazione dentaria o un intervento chirurgico usando il gas che Wells aveva visto usare da Colton. Egli si accordò con questi per avere una bombola con il protossido. Riggs avrebbe scritto successivamente che Wells aveva deciso di togliersi, sotto l'influenza del protossido, un dente che gli dava noia se Riggs fosse stato disposto ad estrarlo. Il collega accettò per il giorno seguente.

Riggs descrisse così gli eventi del giorno 11 Dicembre del 1844:

"Come d'accordo il giorno dopo il dott. Wells, accompagnato dal sig. Colton che portava la sua sacca di gas, si recò nel suo studio e mi chiamò. Eravamo presenti io il dott. Wells, il sig. Colton, il sig. Samuel A. Cooley e qualche altro, i cui nomi non ricordo. Il dott. Wells, dopo essersi seduto sulla sua poltrona da dentista, prese la sacchetta e inalò il gas. Dopo averne inalato a sufficienza, sotto l'effetto del gas, la sua testa cadde all'indietro ed io gli estrassi il dente. Era un molare molto grosso situato nella mascella superiore, che talvolta viene chiama-

to "dente del giudizio". Richiese una grande forza per estrarlo. Il dott. Wells non manifestò alcuna reazione al dolore. Rimase sotto l'influenza del gas per qualche tempo e quando si riprese, poco tempo dopo, batté le mani ed esclamò "È iniziata una nuova era per i cavadenti". E ribadì di non aver avvertito alcun dolore durante l'intervento"⁽²⁰⁾.

Nei giorni successivi Wells continuò con la sua sperimentazione su 15 pazienti ai quali asportò dei denti (in un caso 6) anestetizzandoli con successo. Sicuro della validità della sua scoperta decise di darne comunicazione alla comunità scientifica e quindi nel gennaio del 1845 si recò a Boston e incontrò W. T. G. Morton suo collega e già suo allievo che lo accompagnò da C.T. Jackson un chimico dell'Harvard University. Questi però diede, del protossido, un giudizio non favorevole, anzi sprezzante.



Charles Thomas Jackson

Charles, Thomas Jackson (21 giugno 1805- 28 agosto 1880) era nato a Plymouth e si era laureato in medicina alla Harvard Medical School nel 1829, e subito dopo era andato in Europa inizialmente alla Sorbona a Parigi quindi alla Scuola delle Miniere. Si era recato poi in Svizzera ed in Italia

(16) J e M Fiolle pag.67. 7; -Sherwin B. Nuland storia della medicina dagli antichi greci ai trapianti d'organo.Ed. Oscar storia Mondadori 2017 pag.288).

(17) G.Bellucci pag.153

(18) Fiolle pag.67

(19) Danilo Di Diodoro e Pietro Dri. Corriere e Salute. Corriere della sera, giovedì 16 gennaio 2020

(20) Peter H. Jacobsohn. Horace Wells: Discoverer of Anesthesia, DDS Anesth Prog 42:73-75 1995 Riggs. (traduzione degli autori)

per approfondire le sue conoscenze in mineralogia e a Vienna per studiare l'anatomia patologica. Nel 1832, ritornato a Boston, aveva aperto un ambulatorio per praticare la medicina che però abbandonò nel 1836 per dedicarsi principalmente alla chimica che insegnava alla Harvard University. Dal 1836 al 1844 si occupò anche di geologia. Negli anni 1844 divenne consulente della Lake Superior Copper Company occupandosi della estrazione del rame e nel 1847 fu nominato geologo degli Stati Uniti per il distretto del Lago Superiore che era diventato una delle regioni più importanti al mondo per la produzione di rame, ma la sua leadership risultò disastrosa al punto che venne sostituito⁽²¹⁾ Dopo l'esperienza di geologo nel Michigan, pieno di ardore per la scienza fu docente di chimica ed aprì un laboratorio in cui un gran numero di allievi fecero i loro esperimenti. Jackson ammise che a quell'epoca sapeva dell'ebbrezza particolare che si otteneva con i vapori dell'etere. Una sperimentazione gli aveva fatto capire che poteva essere accompagnata da perdita della coscienza.⁽²²⁾

Malgrado il parere negativo di Jackson sul protossido di Morton, non si scoraggiò e per sostenere Wells, si rivolse al chirurgo anziano del Massachusetts General Hospital (M.G.H.): **John Collin Warren** (1778-1856).

Warren considerato uno dei maestri della chirurgia del Nord America, aveva all'epoca 65 anni ed era il figlio del Professore di Chirurgia della Harvard University al quale era succeduto nel 1815. Era andato in Europa

(Londra e Parigi) per imparare la chirurgia da Ashey Cooper e Guillaume Dupuytren. Aveva fondato la A.M.A (American Medical Association) ed dato l'avvio alla pubblicazione della Rivista "New England Journal of Medicine" ancora oggi, a distanza di quasi 2 secoli una delle Bibbie della letteratura medica".

Pur essendo cattolico Warren detestava il dolore che provocava nei suoi pazienti. Forse anche per questo accettò che Wells desse una pubblica dimostrazione nella sala operatoria del M.G.H. (il Bullfinch Amphitheater), e gli propose di addormentare un suo malato che doveva essere amputato. Questi però si rifiutò per cui dopo pochi giorni riconvocò la riunione proponendo a Wells di fare una estrazione dentaria su di un volontario. La pubblica dimostrazione si tenne nel Gennaio 1845. Si offrì volontario un uomo corpulento di cui non conosciamo il nome. Il pubblico era composto da studenti per loro natura dissacratori e da medici curiosi. Warren presentò Wells come un "Signore di Hartford" *"che sostiene di aver trovato il modo di eliminare il dolore. Se qualcuno desidera ascoltarlo è libero di farlo"*⁽²³⁾. Dopo di che pare se ne sia andato⁽²⁴⁾. Wells, molto emozionato fece una presentazione confusa e a bassa voce e quindi somministrò il gas contenuto in una sacca, ma probabilmente in quantità insufficiente, per cui al momento dell'estrazione, il volontario si agitò e si mise a gridare. Il pubblico in sala coprì il povero dentista di fischi e di insulti tra i quali uno dei più gentili era: imbroglione

(humbug). Non fu possibile riproporre l'esperimento perché non si trovarono altri volontari⁽²⁵⁾ A Wells non restò che raccattare i suoi attrezzi ed avviarsi all'uscita. Qui, secondo alcuni⁽²⁶⁾ venne avvicinato dalla sua vittima che lo ringraziò dicendo che in realtà non aveva provato dolore ma aveva gridato perché lo facevano tutti e quindi riteneva di doverlo fare anche lui. Su questo c'è la deposizione, fatta in un secondo tempo sotto giuramento, dal Dr. Taft che dirà che: *"per quanto il paziente avesse manifestato segni di agitazione, aveva tuttavia affermato di non aver sentito dolore ma che aveva avuto timore di provarlo"*.⁽²⁷⁾ Probabilmente aveva dato al suo paziente meno prodotto di quanto fosse necessario. Tornato ad Hartford secondo alcuni⁽²⁸⁾ mise in vendita la casa e lo studio e pensò di fare il piazzista, mentre per altri⁽²⁹⁾ egli continuò ad usare il protossido con successo in vari altri pazienti tra i quali anche l'arcivescovo di Hartford.

(21) C.T.Jackson -Wikipedia 10 agosto 2021.

(22) I dettagli relativi a questi fatti poco conosciuti sono raccontati dallo stesso Autore in due lettere indirizzate l'una al Dr. Martin Gay, l'altra a M. Joseph Haie Abbod (Difesa di Jackson Mèm.cit.,p.100).

(23) John Collins Warren in General-Anaesthesia BLTC Reaserch

(24) Jean e Monique Fiolle 1967-pag 90

(25) Borghi:Umori 2012 pag.159

(26) Jean e Monique Fiolle 1967- pag 92

(27) G. Bellucci storia dell'anestesiologia Ed. Piccin 1982 pag. 156

(28) S.B. Nuland Storia della medicina: chirurgia senza dolore pag. 290

(29) G. Bellucci v. sopra; Jeane e Monique Fiolle: l'alba tragica dell'anestesia. Ed Paoline 1967 pag 93-4

2. WILLIAM THOMAS GREEN MORTON E L'ETERE



William Thomas Green Morton

La seconda persona alla quale siamo debitori per la nascita dell'anestesia è **William Thomas Green Morton** (9 agosto 1819 - 15 luglio 1869). Nato a Charlton, veniva descritto come un giovane molto impaziente, ambizioso nel senso migliore e peggiore della parola, molto impegnato, veloce al cogliere al volo le occasioni, pienamente consapevole del valore economico delle scoperte⁽³⁰⁾. Dopo aver fatto l'impiegato, il venditore e lo stampatore a Boston si iscrisse, nel 1840, al Baltimore College of Dental Surgery dove in quell'anno era nato il primo corso ufficiale di odontoiatria⁽³¹⁾. Ottenuto il diploma nel 1842 andò ad Hartford e iniziò a collaborare con Wells. L'anno successivo conobbe e si innamorò di Elizabeth Whitman nipote di un membro del Congresso (Lemuel Whitman) ma quando la chiese in moglie i genitori, che non gradivano la sua professione, acconsentirono al matrimonio che avvenne nel 1843, a patto che egli prendesse la laurea in Medicina. Nell'autunno del 1844 Morton si

iscrisse alla Harvard Medical School che frequentò negli anni accademici 44-45 e 45-46, senza però ottenere la laurea⁽³²⁾. Qui conobbe Charles T. Jackson, che dirigeva un laboratorio di Chimica Analitica e da cui ebbe lezioni di chimica e da cui fu a pensione seppure per un breve periodo. Probabilmente per ragioni economiche, tornò a fare il dentista⁽³³⁾. Aprì uno studio a Boston, in 19 Tremont Street. Nel 1844, mise a punto una placca palatale per sostenere la dentiera, che richiedeva, per essere applicata, la estrazione delle vecchie radici e degli spezzoni dei denti naturali. La procedura era così dolorosa che Morton perdeva i pazienti. Per questo chiese consiglio a Charles T. Jackson. Questi, che era noto per aver messo a punto un metodo per purificare l'etere, suggerì di mettere dell'etere direttamente sulle gengive del paziente⁽³⁴⁾ perché, evaporando velocemente, avrebbe provocato una anestesia da freddo. L'azione del freddo era già nota agli Egiziani che per questo usavano la neve⁽³⁵⁾ ma venne sfruttata largamente dal chirurgo di Napoleone Jean Larrey che nella campagna di Russia, durante la ritirata aveva potuto, grazie al freddo, amputare parecchi soldati senza che questi sentissero dolore. Nel corso di questi tentativi Morton si rese conto che l'etere, che da qualche anno veniva usato come il protossido anche per scopi ludici, poteva forse avere altre proprietà, ma non si sa quanto egli conoscesse dei precedenti studi.

L'etere come il protossido era noto da tempo. È un liquido incolore, dall'odore caratteristico, estremamente volatile e infiammabile. Venne scoperto nella prima metà del 500 da Theophrastus Bombast von Hohenheim (1493-1541) che si fece chiamare PARACELSO in memoria del grande medico romano Aulo Cornelio Celso (25 a.c. - 45 d.c.). Fu oltre che medico anche alchimista e filosofo. Viaggiò a lungo, anche in India dove conobbe la medicina ayur-

vedica. Isolò l'idrogeno e scoprì l'etere solforico mescolando l'acido solforico con l'alcool ottenendo quella che chiamò "acqua bianca". Ebbe anche la ventura di vedere che dei polli, dopo aver bevuto un po' di etere, erano caduti addormentati, per cui ipotizzò di farne uso nel trattamento delle malattie dolorose⁽³⁶⁾.

Ma l'etere venne prodotto anche da **Valerio Cordo** (1515-44) medico, chimico e botanico tedesco. Laureato all'Università di Wittemberg nel 1531 pare che da informazioni ottenute da esploratori portoghesi rientrati da viaggi in oriente abbia ottenuto l'etere che chiamò "olio dolce di vetriolo". Nel 1542 venne in Italia dove contrasse la malaria e morì a Roma prima dei 30 anni. Nella seconda parte del 1600 l'etere cominciò ad essere commercializzato come "medicinale" per le donne: le "gocce di Hoffman" infatti erano composte da 3 parti di etanolo e 1 di etere etilico (la assunzione per os dell'etere è possibile se miscelato con alcool perché assunto direttamente causa bruciore alla bocca ed al cavo orale).

Nei tre secoli successivi parecchi sintetizzarono il vetriolo dolce: Robert Boyle nel 1680, Isaac Newton nel 1717. Il nome di etere solforico venne dato da A.S. Frobenius e nel 1819 John Dalton fece una relazione esauriente delle sue proprietà fisiche e chimiche.

Il suo uso come sostanza psicotropa divenne frequente nell'800 soprattutto tra gli scrittori (Guy de Maupassant) e musicisti. Dal 1830 negli USA i ragazzi iniziarono a riunirsi nei party all'etere e nel 900 i suoi effetti vennero descritti sia nel libro di H.S. Thompson "*Paura e disgusto a Las Vegas*" che nel film tratto dal libro. Oggi l'etere è incluso, dalla "Convenzione dell'ONU contro il traffico illecito di narcotici e sostanze psicotrope", nella lista delle sostanze utilizzabili come precursori per la sintesi di droghe.

Solo all'inizio de 1800 si cominciò a

(30) S.B. Nuland: Storia della Medicina: Chirurgia senza dolore. Mondadori 2017, pag.270

(31) Concord,N.H.-1896- Biographical sketch of Dr. William T.G. Morton p.2.

(32) W.T.G.Morton e C.T.A. Jackson – Strana magia in Collections of the Harvard Countway Library

(33) Concord N. H.- 1896-Biographical sketch of Dr. W. Morton p.3

(34) S.B.Nuland pag 293

(35) Nicola Falchi: Storia dell'anestesia tra scienza e casualità. Lamedicinainunoscatto. 1 ottobre 2014

(36) Nicola Franchi: la strana storia dell'anestesia tra scienza e casualità. Ottobre 2014

notare che l'etere poteva procurare torpore e sonnolenza. Nel 1818 comparve nel "Quarterly Journal of Science and the Arts" un articolo, forse scritto da Michael Faraday in cui venivano descritti gli effetti della inalazione dei suoi vapori che producevano una azione simile a quella del protossido d'azoto.⁽³⁷⁾ Nel 1831 Nathaniel Chapman aveva fatto la descrizione dell'uso clinico dell'etere nella preanestesia nel suo "Elements of Therapeutics and Materia Medica"⁽³⁸⁾

Nel 1840 Jonatan Pereira (1804-1853) nei suoi "Elements of Materia Medica" descrive il torpore, simile a quello del protossido indotto dall'etere⁽³⁹⁾ e nel 1842 C. T. Jackson, intossicato da una esplosione, inalò dell'etere e constatò una spiccata attenuazione dei suoi disturbi assieme ad una perdita quasi totale della coscienza⁽⁴⁰⁾ ma già del 1840 i medici britannici erano a conoscenza delle proprietà anestetiche dell'etere che prescrivevano ampiamente in combinazione con l'oppio⁽⁴¹⁾.

Fu però **Crawford Williamson Long** (Danielsville 1 nov. 1815 - Athens 16 giu. 1878) (foto) il primo medico ad operare, senza dolore, con l'etere il 30 marzo 1842. Long aveva preso una prima laurea in medicina nel 1835 presso il Franklin College (l'attuale Università della Georgia) e quindi fece un anno di tirocinio a Danielsville presso il Dr. George R. Grant medico precettore. Insoddisfatto del proprio grado di preparazione, si mise in viaggio alla ricerca di una seconda Università. Arrivò a Lexington nel Kentucky dove si iscrisse alla Facoltà di Medicina della Transylvania University ma neppure questa prestigiosa Scuola di Medicina del sud lo convinse per cui nel 1838 migrò al nord e si iscrisse all'Università della Pennsylvania, dove era nata la più antica facoltà di Medicina d'America; qui ottenne nel 1839 la sua seconda laurea. Fu durante questo periodo di studi a Philadelphia che egli venne

a conoscenza dei parties a base di etere e gas esilarante. Si recò quindi a New York ma nel 1841, assecondando il desiderio del padre, tornò a Jefferson dove rilevò l'ambulatorio del suo antico precettore, Dr Grant. Frequentando una cerchia di amici, cominciò a far uso di etere osservando che non avvertiva il benché minimo dolore per traumi accidentali, quando inalava una certa quantità di vapore. Nella primavera del 1842, un suo paziente, James Venable, doveva farsi togliere due cisti della nuca; sapendo che questi amava fare uso di etere in società, gli propose di operarlo dopo averlo inalato. Il paziente si dimostrò inizialmente scettico e infine acconsentì all'intervento purché gli venisse asportata una sola delle due cisti. Long lo operò la sera del 30 Marzo e Venable rimase così colpito dalla semplicità dell'intervento che due mesi dopo si fece togliere anche la seconda cisti. Nel Luglio dello stesso anno Long amputò ad un giovane schiavo un dito del piede sotto l'effetto dell'etere; nel periodo successivo pare abbia operato uno o due malati all'an-



Crawford Williamson Long

no sempre usando l'etere. Long, che aveva comunicato quanto aveva fatto solo ad un ristretto gruppo di amici, pubblicò le sue esperienze soltanto nel 1849 nel The Southern Medical and Surgical Journal.

Nel luglio del 1846 Morton, che aveva seguito i suggerimenti di Jackson, curando una carie ad una sua paziente di nome Parrot, notò un buon effetto analgesico locale dell'etere, cui però si aggiungevano manifestazioni più ampie. Iniziò pertanto a sperimentare i vapori di etere sugli animali: inizialmente un cucciolo di cane, poi gatti, topi e ancora una volta polli ai quali va dunque riconosciuto un innegabile merito nella nascita dell'anestesia. Convinto dell'efficacia della sostanza ne sperimentò, con soddisfazione, gli effetti su sé stesso e sui suoi assistenti Leavitt e Spear; questi però manifestarono, accanto all'analgesia, anche effetti eccitatori- per cui Morton si rivolse nuovamente a Jackson. Questi gli consigliò di non usare l'etere impuro (cloruro d'etere) ma piuttosto l'etere puro (solfo d'etere) che non provocava esaltazione, ma sonnolenza ed incoscienza⁽⁴²⁾ Provò anche questo secondo prodotto su sé stesso, con successo. Una sera del 30 settembre si presentò nel suo studio un musicista, il Sig. Eben Frost cui Morton estrasse un dente bicuspidato, dopo che il suo collega Hayden l'aveva addormentato mettendogli un fazzoletto impregnato di etere davanti alla bocca e al naso. Un minuto dopo il paziente dormiva: riprese coscienza poco dopo l'estrazione del dente.⁽⁴³⁾ Un domestico reggeva una candela accesa per illuminare il campo operatorio senza rendersi conto del rischio che tutti correvano.⁽⁴⁴⁾ Subito, Morton prese una serie di iniziative per mettere a frutto il proprio successo.

Il giorno dopo Morton redasse una relazione dell'accaduto; la fece firmare al paziente e agli assistenti Hayden e

(37) Nuland pag. 283

(38) Nuland pag. 286

(39) Nuland pag.293; Jonathan Pereira *Elements of Materia Medica and Therapeutics* London 1939-40

(40) Jean e Monique Fiolle pag 96

(41) N. Grattan " Treatment of uterine haemorrhagie Provincial Medicine and Surgical Journal Vol 1

(42) Renè Fulop-Miller. Come fu vinto il dolore Ed Hoepli Milano 1939 pag.154.

(43) J. e M. Fiolle pag 99

(44) Bellucci pag. 158.

Tenneye e ne diede notizia al Boston Daily Journal, senza però mai nominare l'etere né il nome delle persone presenti. La notizia comparve il 1 ottobre 1846:

leri sera, come ci ha informato un signore che ha assistito all'operazione, a un paziente è stato cavato un dente cariato senza che questi provasse il minimo dolore, facendogli inalare un preparato, che gli aveva provocato una sorta di sonnolenza ed i cui effetti sono durati per circa tre quarti di minuto, il tempo sufficiente per estrarre il dente.

Morton chiese quindi al suo amico Dr. C. F. Heywood, medico residente ("House Surgeon") al M.G.H. di intercedere presso Warren per avere la possibilità di dimostrare che era possibile anestetizzare un malato. Warren, che all'epoca aveva 68 anni ed era in procinto di andare in pensione acconsentì e inviò una breve lettera a Morton invitandolo a presentarsi due giorni dopo, alle 10 del mattino, per somministrare ad un paziente che deve essere operato: "il preparato da lei inventato così da diminuire la sensibilità al dolore".

La narrazione di questo evento come dei successivi che riferiscono la controversia nata tra Morton e Jackson viene riferita in modo diverso e non sempre convincente da Maurice Perrin nel suo Trattato di Anestesia Chirurgica del 1863 in cui si rifà a quanto avevano raccolto Joseph ed Henry Lord nel volume pubblicato a Boston nel 1848.

Dal resoconto di Perrin, "In difesa di Jackson":

Bisogna che voi andiate dal Dr. Warren, gli disse Jackson, e gli chiediate il permesso di somministrare l'etere nell'Ospedale Generale del Massachusetts, se possibile, in una operazione importante. Dopo qualche discussione, Morton, grazie all'insistenza di Jackson, promise di andare all'Ospedale. Si rivolse dal Dr. Warren che gli consentì di avere la possibilità di fare la sua sperimentazione.

Il paziente in questione era un giovane magro, tubercolotico con un tumore

dell'angolo della mandibola interpretato come un tumore vascolare, ma che Warren stesso nella descrizione del suo intervento localizza al collo⁽⁴⁵⁾. Il 16 ottobre del 1846 Morton, che non aveva preliminarmente comunicato il nome del farmaco che intendeva usare, arrivò all'appuntamento con un ritardo di 15' perché aveva passato la notte ad allestire un dispositivo che permettesse di somministrare l'etere al paziente senza interferire con l'attività del chirurgo. Si trattava di una palla di vetro contenente una spugna e con due prolungamenti tubulari, uno per introdurre l'etere e l'altro per portare i vapori alla bocca del malato.

Si fece accompagnare da Frost che assicurò il malato (un certo Abbott), dicendogli che lui stesso era stato operato senza avvertire alcun dolore⁽⁴⁶⁾. Warren, irritato per il ritardo esclamò: "Signore, il vostro paziente vi attende". Morton, una volta collegato il boccaglio al malato, gli disse di respirare e poco dopo questi si addormentò. Allora si rivolse a Warren e disse a sua volta: "Signore, il vostro paziente vi attende". L'intervento durò 25' e ven-

ne descritto dallo stesso Warren due mesi dopo in un articolo comparso sul Boston Medical and Surgical Journal: *Praticai immediatamente un'incisione di circa sei centimetri nella cute del collo e iniziai a sezionare tra nervi e vasi sanguigni importanti senza una espressione di dolore da parte del malato. Poco dopo egli iniziò a parlare in modo incoerente e apparve in stato di agitazione fino alla conclusione dell'intervento. Quando, subito dopo, gli fu chiesto se avesse sofferto molto, disse che aveva avuto la sensazione di un graffio sul collo".* Alla fine dell'intervento il celebre chirurgo pronunciò la frase divenuta storica: "Signori, questo non è un imbroglio".

Quel giorno (16 ottobre del 1846) passò alla storia come l'**Ether Day** (foto). Anni dopo in quello stesso anfiteatro, denominato da allora "Ether Dome" (Cupola dell'etere), Warren pronunciò questo discorso:

Si è aperta una nuova era per il chirurgo. Egli compie i suoi interventi nelle parti più delicate senza più sentire le urla di dolore alle quali era abituato, anzi a volte, il paziente e in uno stato di



1. Dr. Henry J. Bigelow. 2. Dr. A. A. Gould. 3. Dr. J. Mason Warren. 4. Dr. John Collins Warren. 5. Dr. Morton. 6. Dr. Samuel Parkman. 7. Dr. S. D. Townsend. 8. Dr. Geo. Hayward.
DR. MORTON MAKING THE FIRST PUBLIC DEMONSTRATION OF ETHERIZATION AT THE MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, BOSTON, OCTOBER 16, 1846.

Ether day - Boston, 16 ottobre 1846

(45) Nuland pag.295

(46) J. E M. Fiolle pag.103

perfetta insensibilità..."⁽⁴⁷⁾

Tuttavia dopo l'intervento del 16 ottobre, nei medici del M.G.H di Boston e degli odontoiatri sorsero dei dubbi però sulla sua vera natura del prodotto utilizzato da Morton.

Questo il resoconto di Perrin:

Malgrado tutto la preparazione di Morton era ancora un arcano. I Chirurghi dell'Ospedale, MM. Warren e Hayward, di comune accordo, ritennero di non dover proseguire ad usare un agente di cui ignoravano la natura. Questa decisione venne comunicata a Morton che con grande difficoltà decise di rivelare il suo segreto, con una lettera indirizzata a M. Warren e al personale medico dell'Ospedale del Massachusetts. A partire da questo momento gli esperimenti di Morton continuarono liberamente all'Ospedale e al di fuori. Morton, preoccupato dalla possibilità di divulgare un segreto da cui voleva trarre dei vantaggi economici, fece inizialmente molte obiezioni per evitare di andare all'Ospedale. Si domandò quindi se non ci fosse la possibilità di aggiungere all'etere un qualche cosa che ne mascherasse l'odore. Si rispose Jackson, sorridendo, ci sarebbe qualche essenza francese come l'olio di Neroli che potrebbe ottenere questo risultato. Sul malato resterebbe un profumo gradevole che ricorda quello delle rose.

Ma Morton già un giorno prima della sua dimostrazione si era messo in contatto con il Direttore dell'Ufficio Brevetti R.H. Eddy. Questi, giunto alla conclusione che fosse possibile ottenere un brevetto sull'etere, aveva però dato notizia di questa iniziativa a Jackson, di cui era amico, ed aveva esortato Morton a concedere al chimico una percentuale sui profitti. Il 23 ottobre Morton e Jackson si incontrano.

Da Perrin:

Morton fin dal primo giorno aveva visto nella possibilità di eliminare il dolore la opportunità di un buon affare da realizzare. Il suo primo intento fu quello di monopolizzare a proprio vantaggio dell'uso dell'etere. Egli incontrò a Boston una persona capace di

assecondare i suoi disegni: M. Eddy che divenne presto suo socio come risulta da numerose testimonianze. Questi consigliò Morton di ottenere un brevetto ma mettendo accanto ad un nome poco conosciuto come quello di Morton quello di Jackson. Lui stesso si incaricò di parlargliene. "Lo trovò pieno di vecchi e vani pregiudizi contro i brevetti che si sforzò di controbattere". Consapevole degli scrupoli che rendevano Jackson reticente, l'abile uomo d'affari lo pressò a rinunciare alle sue obiezioni ed a fare con dottor Morton una società assicurandolo che la Associazione Medica del Massachusetts non si sarebbe opposta e soprattutto facendogli capire che abbandonando a Morton la proprietà del brevetto avrebbe perso ogni diritto su una scoperta di cui il solo Morton sarebbe stato ritenuto l'autore. Jackson, poco sensibile al miraggio del danaro, non seppe resistere al timore di essere spossessato dei suoi diritti d'inventore e il martedì 27 ottobre fu richiesto un brevetto a nome congiunto di Jackson e di Morton con una clausola speciale che prevedeva un benefit del 10% a favore di Jackson sulla vendita delle licenze. Il 12 novembre verrà concesso il brevetto con il n°4848, intestato ad entrambi. A Jackson viene riconosciuto il 10% dei profitti americani. Un analogo brevetto verrà ottenuto successivamente per le vendite estere. Nelle specificazioni aggiuntive i due dichiareranno assieme, sotto giuramento, di aver trovato "un nuovo modo di procedere alle operazioni chirurgiche sopprimendo il dolore con l'inalazione di etere solforico".

Qualche anno dopo Maurice Perrin riferì che:

"Se bisogna credere al Medical Times, questo brevetto fu rinnovato dal Comitato dei brevetti in favore di Morton escludendo i diritti di Jackson motivando questa decisione con la povertà di Morton che aveva fatto grandi sacrifici economici per la sua scoperta. (I) Traduit dans la Gazette médicale de Paris, 1861 pag 421). Morton inviò al suo socio un buono che rappresen-

tava una parte di quanto gli sarebbe spettato ma questi lo strappò come anche più tardi rifiutò la somma in danaro che Eddy aveva depositato per lui."⁽⁴⁸⁾

Iniziò da allora un conflitto destinato a protrarsi per anni. Tuttavia si accordano ed il 28 ottobre viene richiesto il brevetto. I rapporti tra Morton e Jackson resteranno ambigui e poco chiari perché quest'ultimo rivendicherà a sé il merito della scoperta dell'anestesia con etere.

Pochi giorni dopo, Jackson nell'intento senza dubbio di salvaguardare dei diritti per i quali aveva fatto dei dolorosi sacrifici, inviò a Boston in data 13 novembre del 1846 un plico sigillato che venne aperto il 18 gennaio del 1847 su richiesta di M. Elia de Beumont.⁽⁴⁹⁾

Nei giorni successivi all'Ether Day, Warren messo al corrente che era stato concesso un brevetto esclusivo e che non si poteva usare il gas senza il permesso del proprietario, aveva impedito di usare la sostanza fintantoché non si fossero allentate le restrizioni sul brevetto. Malgrado si stessero ancora svolgendo trattative su diritti e riservatezza del prodotto, i medici della Harvard University si prepararono a comunicare la notizia dell'evento alla Comunità Scientifica Americana ed il 3 novembre un breve resoconto degli avvenimenti fu letto alla American Academy of Arts Sciences.

Dopo una sospensione di tre settimane, il 4 novembre del 1846 Morton, fu comunque chiamato al M.G.H. per addormentare una paziente anziana. Dopo un'ora e mezza di tentativi dovette desistere, per cui dovette chiedere di poter fare una nuova dimostrazione che gli venne concessa a patto che facesse una dichiarazione in grado di ristabilire la verità dei fatti, sulla natura del farmaco utilizzato. Morton, il 7 novembre, seppure riluttante, acconsentì a rivelare il suo segreto all'ospedale; chiese però che l'informazione fosse mantenuta riservata. Lo stesso giorno, in occasione di una amputazione, riprese la somministrazione di etere.

Il 9 novembre Henry Jacob Bigelow,

(47) The earliest known documentation of the proclamation is in Nathan P. Rice's, Biography of Morton, first published in 1859.

(48) Perrin op cit. pag 55

(49) Perrin ibidem

destinato a succedere a Warren, lesse una relazione sulle “eterizzazione” alla Boston Society of Medical Surgical Improvement.

Il 18, dopo che l'assistente chirurgo Haryard aveva eseguito autonomamente una anestesia per asportare un lipoma dal braccio di un paziente, e Bigelow aveva eseguito qualche operazione in pazienti anestetizzati, questi pubblicò un articolo sul Boston Medical Surgical Journal in cui è contenuto il primo annuncio formale della nascita dell'anestesia.

Verso la fine di novembre Morton incontrò i due rappresentanti dell'ospedale H.J. Bigelow e H.G.Holmes, attribuendo al suo prodotto il nome di Letheon per cercare di mantenere ancora nascosta per quanto possibile che alla base di questa sostanza c'era l'etere.

Subito dopo il padre di Bigelow (il botanico Jacob Bigelow), spedì una lettera contenente il ritaglio di giornale in cui si parlava dell'articolo del figlio al suo amico londinese Francis Boott. Questi senza indugiare organizzò per il 18 dicembre la estrazione di un dente che venne eseguita dal dentista Robinson e subito inviò un messaggio a **Robert Liston** (1794- 1847) (foto), famoso professore di chirurgia dell'Università di Londra. Questi ricevette il messaggio il sabato e già il lunedì 21 dicembre eseguì una amputazione sotto l'effetto dell'etere al signor Frederick Churchill, (un cameriere) e alla fine disse: “This Yankee dodge beats mesmerism hollow” (*Questo trucco yankee sotterra le falsità del mesmerismo*), signori, non ha nulla a che fare con le false promesse del mesmerismo.⁽⁵⁰⁾

Liston in seguito asportò ad un paziente l'unghia di un alluce che riteneva una delle più dolorose operazioni e scrisse una lettera a Boott ringraziandolo.

Questi inviò la lettera e la copia della relazione di Bigelow alla Rivista Lancet che pubblicò i testi il 2 gennaio 1847.

Già nei primi mesi dell'1847 l'etere ven-

ne impiegato in molti paesi europei: all'Allgemeines Krankenhaus di Vienna, a Erlangen in Germania, alla Charité di Parigi, a Pietroburgo da Nicolaj Ivanovic Pirogov (che somministrò l'etere per via rettale) e venne portato in Cina dal medico missionario Peter Parker.⁽⁵¹⁾

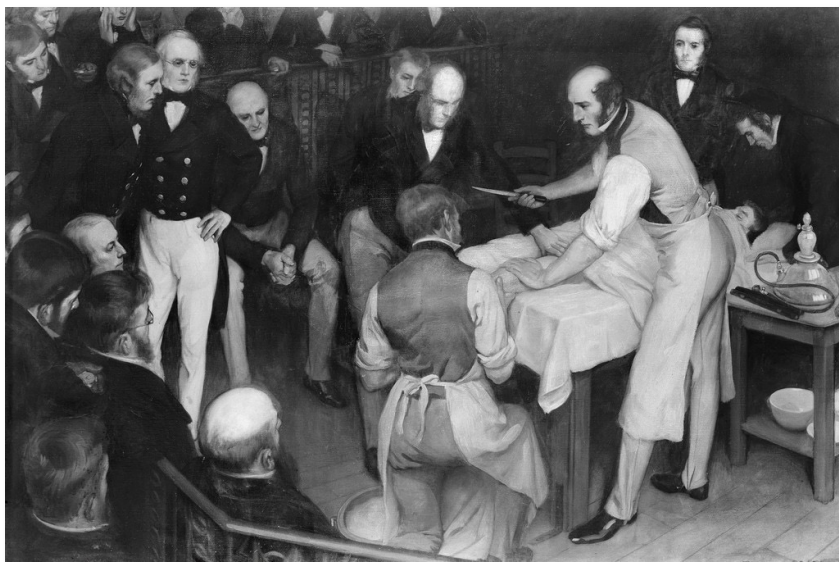
In Italia la prima applicazione dell'etere come anestetico avvenne il 2 febbraio del 1847 all'Ospedale Maggiore⁽⁵²⁾.

Naturalmente, anche in Italia la nuova tecnica suscitò grande entusiasmo e si susseguono gli interventi in anestesia con etere. All'Ospedale Maggiore di Milano si conclusero felicemente “senza dolore, varie e molto tormentose operazioni chirurgiche”, a Pavia il cattedratico di Clinica chirurgica Luigi Porta (1800-1875) “ha già fatti importanti studi e applicazioni di questa scoperta” Sempre a Milano nelle infermerie chirurgiche dell'Ospedale Maggiore vennero eseguiti interventi in anestesia con soddisfazione dei pazienti e dei chirurghi. A queste operazioni erano presenti anche i componenti della commissione nominata dall'I.R. Istituto Lombardo per “istudiare e far rapporto su questa scoperta”. Si devono ricordare anche

Alessandro Riberi (1796-1861) a Torino e Geminiano Grimelli che In *Osservazioni ed esperienze elettro-fisiologiche...* ⁽⁵³⁾accennò all'opportunità di far inalare agli animali da esperimento vapori di etere solforico, al fine di provocarne l'assopimento, alleviandone in tal modo le sofferenze. Su questo tema tornò anche in seguito, prospettando il possibile uso dell'etere, somministrato per via inalatoria o addirittura per iniezione intravasale, anche nell'uomo (*Osservazioni ed esperienze intorno al metodo dell'assopimento animale ed umano con scientifiche e pratiche applicazioni mediche e chirurgiche*, Modena 1847; *Intorno alle ispirazioni dei vapori d'etere solforico*, ibid. 1847). Questi suoi studi e i suoi contatti epistolari col pioniere dell'anestesia eterea C.T. Jackson (al quale aveva inviato una copia del suo libro sull'elettrofisiologia) lo hanno fatto ricordare come uno dei primi studiosi dell'anestesia.

Non ci risulta che ci sia una documentazione che il brevetto abbia trovato applicazione in Europa.

Morton divenne in poco tempo una celebrità.



Robert Liston - Londra, 21 dicembre 1846

(50) Cock, W.F. (1911). “The first operation under ether in Europe”. *University College Hospital Magazine*. 1: 127–44.

(51) [Chen Q. Questions on the first operation with ethyl ether as anaesthetic by Dr. Peter Parker]. *Zhonghua Yi Shi Za Zhi*. 2017 Jan 28;47(1):49-54

(52) Luigi Porta Sui metodi di ispirazione dell'etere solforico, Pavia 1847

(53) Geminiano Grimelli 1802- 1878 da Carpi a Modena professore d'istituzioni patologiche nella R. Università di Modena, fu coinvolto nei fatti del 1848. Nel 1859 Farini lo volle al Ministero. Carriera politica. Rettore a Modena nel 1862 si ritira a vita privata. G. coltivò disparati interessi, spaziando dall'agricoltura alla biologia, alla farmacologia. Si inserì autorevolmente nel dibattito sul darwinismo, allora di grande attualità, contestando decisamente le teorie evoluzionistiche. Studioso del galvanismo e delle opere del Galvani.

Lodovico Balducci, Medico Condotta e poi Luminare negli Stati Uniti. È l'occasione per occuparci di assistenza domiciliare

Conservo da sempre articoli sulla Medicina del nostro territorio e, poco tempo fa, ho letto una pagina de "L'Arena" di Verona del 18 febbraio 2009 che scriveva di un medico, il Dott. Lodovico Balducci (foto 1 e 2, in due epoche della sua vita).

Nato a Borgonovo Valtidone (Piacenza) il 7 aprile 1944, si era laureato a Roma nel 1968 e, dopo aver sposato Claudia Beghè, sua collega medico, aveva iniziato la propria attività come medico condotto interino da febbraio a luglio 1972 a Tombazosana, frazione di Ronco all'Adige di circa 900 abitanti.

Nel 1972 si trasferì negli Stati Uniti, dove ottenne le specialità in Medicina interna, Oncologia medica ed Ematologia. Dal 1987 vive in Florida, a Tampa, dove è stato Professore Ordinario di Scienze Oncologiche e Medicina alla University of South Florida College of Medicine. Dal 1992 fino al 2018, anno del pensionamento, ha diretto il primo programma di Oncologia Geriatrica nel mondo al Moffitt Cancer



Foto 1

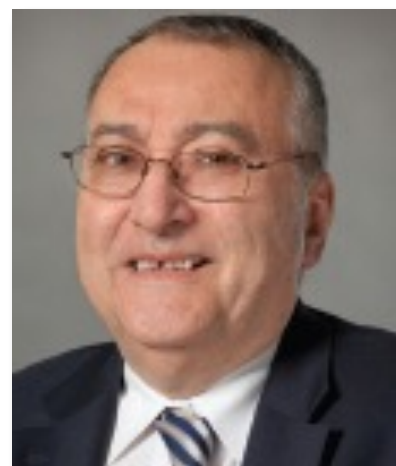


Foto 2



Foto 3, il campanile della Chiesa di Tombazosana

Center in Tampa.

È universalmente riconosciuto "Padre" dell'Oncologia Geriatrica per il suo lavoro pionieristico in questo campo, ed ha pubblicato sette libri di testo e 400 articoli scientifici. Anche la moglie ebbe un brillante percorso professionale, ed era una geriatra conosciuta.

Ebbene, il pur limitato periodo di attività professionale a Tombazosana è stato fondamentale per indirizzare il suo futuro, e gli valse un prestigioso percorso professionale, culturale ed umano.

Così egli scriveva nel 2009: *"In questo luogo ho potuto sviluppare l'interesse per le persone anziane e le malattie croniche: una patologia che non si insegna nelle facoltà di Medicina ed era ignota alla maggioranza dei me-*

dici. Uno dei miei interessi principali oggi è medicina e spiritualità, proprio per imparare ad ascoltare quello che il malato ha da dirci."

Di certo la situazione si riferiva agli anni '60 del secolo scorso, all'epoca dei suoi studi universitari, e senz'altro ai nostri giorni la geriatra è più studiata.

Dopo il pensionamento nel 2018, si è occupato di questi temi, ed ha pubblicato per Aletti editore "Chiaroscuro", una raccolta poetica; l'argomento di questa e di altre opere è l'incontro con l'eterno, ed in particolare la ricerca di un linguaggio che possa testimoniare la fede cristiana in una cultura post-cristiana.

Immaginiamo ora che Lodovico Balducci fosse seduto una mattina di quegli inizi anni settanta dietro la

scrivania nel suo ambulatorio a Tombazosana, ed avesse ricevuto una paziente che, di ritorno da Lourdes, gli aveva donato una lettera dal titolo "Preghiera per il medico". Eccola:

PREGHIERA PER IL MEDICO

Ti prego per il mio medico, o Signore. E ti ringrazio perché trovo in lui il sacerdote del mio corpo, come nel sacerdote

trovo il medico della mia anima.

Illumina la sua intelligenza nella diagnosi e nella cura, guida la sua mano nel suo lavoro, fallo tuo collaboratore.

Dammi fiducia in lui, dagli fiducia in me, facci credere nella medicina e nei miracoli,

che lui infonda serenità e confidenza; che il suo contegno sia signorile e dignitoso, sempre; che sia con tutti nobile, paterno, gentile.

Che non venda la sua scienza e la sua coscienza, che cerchi e salvi solo e sempre la vita, ma sappia accettare la morte.

Fa che curando i corpi sappia rispettare le anime, e che intenda la sua missione anche come opera di misericordia, nel malato veda un figlio di Dio e un suo fratello.

Egli cura il mio corpo: salva la sua anima, salva lui e me.

Amen

Senz'altro il Dott. Balducci sarebbe stato colpito da queste frasi, indirizzate da una paziente a nostro Signore, in modo che Egli proteggesse il suo medico; io penso che questo fatto lo avrebbe motivato ancor più a coltivare il suo interesse per la spiritualità, tema cui si dedicò poi in pensione.

Questo racconto è in realtà solo immaginario, perché colui che aveva ricevuto in dono questo scritto da una paziente ero stato io, umile suo collega, mi sembra in anni tra il 2010 ed il 2012. Questa preghiera mi toccò e commosse, la ritenni significativa e ne feci un quadretto, che apesi in ambulatorio (foto 4). Non solo, ma ne donai una copia alla sede del Servizio di Assistenza Domiciliare ADP, ADI ed ADO del Distretto 2 dell'AULSS 9 di

Cologna Veneta, ben accolta dai Responsabili. Quelle persone e quell'ufficio erano familiari per me e per i colleghi che si occupavano di quell'aspetto della Medicina di famiglia che era la cura del malato nel territorio, e ci arricchivano professionalmente, perché il medico di famiglia ha sempre avuto la tendenza ad isolarsi ed a comunicare poco; e così questi contatti furono per me nuova vita, linfa vitale grazie alle riunioni e agli scambi di idee con le assistenti sociali e sanitarie, con gli infermieri domiciliari e con i colleghi che si occupavano di medicina palliativa.

Ebbene, questa organizzazione rispondeva a bisogni ben precisi, se è vero che ai dati di "PASSI d'Argento 2023-2024" risultano fragili circa 16 persone su 100. La fragilità cresce progressivamente con l'età, riguarda l'8% dei 65-74enni e raggiunge il 31% fra gli ultra 85enni; altri dati parlano che gli ultra 60enni a presentare una fragilità severa sono il 5,3% dei residenti nel settentrione d'Italia. La risposta a questa domanda era l'assistenza domiciliare, con gli anziani pazienti che attendevano me ed il personale per le visite programmate secondo le necessità, ed erano di conseguenza ben seguiti nella diagnosi e nella terapia medica e pure psicologica, con un miglioramento della qualità della loro vita.

Ai nostri giorni, soprattutto dopo la

pandemia Covid-19, la Medicina del Territorio è entrata in crisi: la riduzione dei numeri di borse di studio e la minor attrattività per il Diploma di formazione in Medicina Generale, l'aumento di assistiti e di pazienti con indice di complessità elevati, tutto ha aggravato la situazione; l'assistenza domiciliare è ora riservata ai casi più impegnativi in ADI ed ADO; la visita a domicilio sembra non rientri più tra i compiti di routine del medico di famiglia, quando curare a casa era un tempo un momento rilevante della sua attività quotidiana. Ma tutta la sua attività anche ambulatoriale si è profondamente modificata: così infatti scriveva Eugenia Tognotti il 3 novembre 2025 su "La Stampa": "Al medico rassicurante e disponibile all'ascolto che in passato - non così lontano da cancellare il ricordo - accoglieva i pazienti, si è sostituita un'altra figura di professionista, col tempo contingente e destinato in gran parte a leggere, da fascicoli sanitari elettronici, referti ed esiti di esami di pazienti, dei quali spesso non ricorda neppure il viso".

"Ascoltare ed auscultare", così invitava i giovani neolaureati a vivere la visita al paziente Carlo Ruggiu, l'allora Presidente dell'Ordine dei medici ed odontoiatri di Verona alla Giornata del Medico il 9 novembre 2014.

"Ascoltare ed auscultare ancora", così esortava il 6 novembre 2025 sul "Cor-

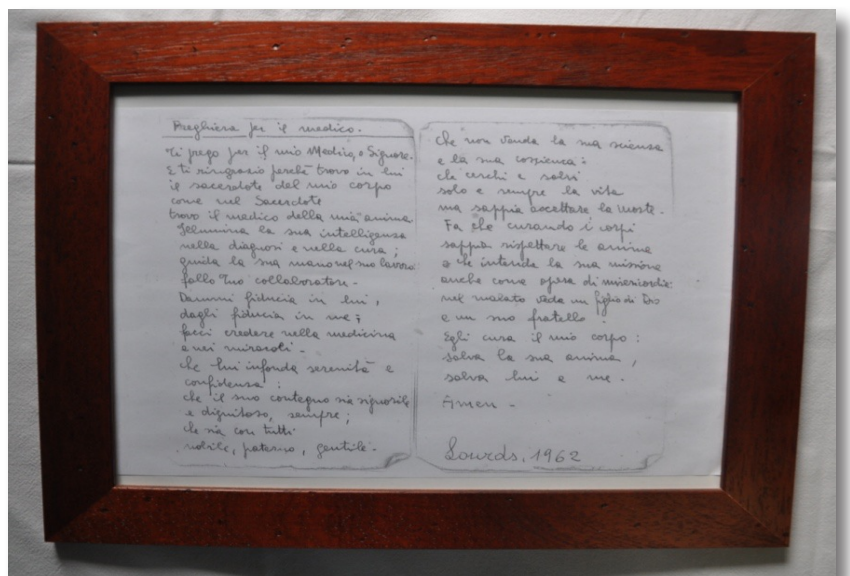


Foto 4

riere della Sera” il cardiologo milanese Marco Stefanelli in un altro articolo. Il tema è quindi di grande attualità e rilevanza, se appare con tanta frequenza nei quotidiani.

Son trascorsi più di cinquant’anni da quando il Dott. Lodovico Balducci aveva vissuto, pur nel breve arco temporale della sua vita di medico condotto a Tombazosana tanti anni fa, le situazioni dei pazienti cronici a casa che desideravano innanzitutto essere ascoltati, né più né meno delle loro aspettative ai giorni nostri. Ebbene, conoscere questo medico e luminare vivente di 81 anni ci ha dato modo di scrivere di quel fondamentale aspetto della Medicina di Famiglia che è la cura del malato nel territorio. La missione di questa professione non cambia, ha un’alta dignità e deve rinascere con nuovo orgoglio, entusiasmo ed umanità.

Alla fine di settembre 2025 sono riuscito a mettermi in contatto con il Dott. Balducci, gli ho chiesto qualche commento sul mio articolo e sulla sua vita professionale, ed egli mi ha così risposto: *“Sono tormentato dagli sbalzi che ho fatto nella mia professione e mi ricordo sempre quella frase de “Il Posto delle fragole” un film di Ingmar Bergman: “il primo dovere del medico è domandare perdono”, e questa frase non potrebbe essere più attuale perché a causa della tecnologia il rapporto col paziente diventa sempre più limitato.*

La storia della preghiera non è completamente fantastica. Il parroco di Tomba, don Salvalai, prima che partissi mi ha regalato: “Il libro delle preghiere del medico.”

Come regalo per il mio ottantesimo compleanno ho avuto una diagnosi di linfoma aggressivo e ho ricevuto sei mesi di chemio, seguita da una polmonite virale che mi ha portato quasi a fin di vita. Mi sto riprendendo grazie alla riabilitazione e spero presto di riuscire a volare di nuovo, ma ho vissuto in prima persona sia il cancro dell’anziano che la fragilità”. (Di questa malattia, ho avuto l’autorizzazione a scriverne).

Termino con un articolo di Lodovico Balducci, pubblicato sul Giornale

della Società americana di Geriatria nel febbraio 2024, che ha suscitato molto scalpore nell’ambiente medico statunitense (vedi link): egli era legatissimo alla moglie Claudia, anch’ella primario geriatra affermata, che aveva fatto dell’“amore incondizionato” verso i pazienti la cifra della sua vita. Ella morì prematuramente a 77 anni per un’incredibile serie di negligenze, di mancato coordinamento e comunicazione, di inadeguata gestione del dolore da parte di alcuni colleghi. E di alcune mancanze il marito si dichiara addirittura corresponsabile, per non aver compreso alcuni aspetti dell’evolversi della patologia.

L’assistenza domiciliare con le terapie palliative (*Riflessioni su Agape e morte*) è stata la via d’uscita nel tumultuoso evolversi del dramma di Claudia; l’ambiente della propria casa col *“poter ella fissare lo sguardo su un vaso di fiori che catturavano la luce del sole”*, L’affetto, il sorriso e la vicinanza dei propri cari, questo sereno clima resero più accettabile il passaggio dall’una all’altra vita.

L’assistenza domiciliare è stata una meravigliosa risorsa per Claudia, come lo è per ogni nostro paziente in simili condizioni al di qua dell’oceano.

GIUSEPPE CALZAVARA

Note bibliografiche:

- L’Arena di Verona, *“Una carriera da luminare iniziata a Tombazosana”*, pag. 32, 18 febbraio 2009
- Lodovico Balducci, *“Chiaroscuro”*, prefazione di Hafer Haidar, Aletti Editore
- Lodovico Balducci, *Il Foglio letterario.it*
- Ariana Pelosci, *“Un’ eredità vivente, Lodovico Balducci, il padre dell’ oncologia geriatrica”*, I Giganti della cura del cancro, 2025
- Lodovico Balducci, *“Amore e fragilità e una valanga di passi falsi”*, Giornale della Società americana di geriatria” 4 febbraio 2024 <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/share/GK3CZ2EFH7UF8NSVYXVC?target=10.1111/jgs.18840>
- Lodovico Balducci, *“Riflessioni su Agape e Morte”*
- “Il Resto del Carlino”, 11 giugno 2025
- Davide L.Vetrano, *“La mappa della fragilità in Italia, 2021-22”*, Italia Longeva, SIMG
- *“Quotidiano Sanità.it,”* 27 settembre 2025
- Eugenia Tognetti, *“Addio medico di famiglia, la sanità non ascolta più”*, La Stampa, 3 novembre 2025
- Marco Stefanelli, *“Ascoltare ed auscultare ancora”*, Corriere della Sera, 6 novembre 2025



83° Congresso Fimmg a Villasimius

ZAFFINI "IN MANOVRA 700 MILIONI PER LA PREVENZIONE".

SCOTTI: "MEDICI DI MEDICINA GENERALE TROPPO POCHI, SOLO 68 OGNI 100MILA ABITANTI"

«Il ruolo del medico di medicina generale "va assolutamente recuperato perché è lo spirito che governa la medicina di prossimità. Ora siamo in una fase di terra di nessuno: la vecchia figura del medico di famiglia, centrale rispetto al SSN e primo approdo del cittadino è stata logorata da una serie di sovrastrutture amministrative e burocratiche, oltre che da una certa narrazione». Lo ha detto il presidente della Commissione Politiche sociali del Senato, Franco Zaffini, intervenendo all'83° Congresso della Fimmg, in corso al Voi Tanka Village di Villasimius, in un dibattito con il segretario della Federazione italiana dei medici di medicina generale, Silvestro Scotti.

«Anche la categoria deve acquisire consapevolezza del momento che stiamo vivendo. In questa partita non c'è pareggio: si vince o si perde. E io lavoro, ovviamente, affinché il medico di medicina generale vinca questa partita e si posizioni dentro il suo ruolo e il suo perimetro», ha aggiunto Zaffini.

Per quanto riguarda la manovra finanziaria, Zaffini ha precisato: «I 4 miliardi della precedente programmazione sono già tutti allocati, e sono noti i 2 miliardi e mezzo aggiuntivi che entreranno con questa manovra. Almeno 700 milioni, cioè circa un terzo, andranno alla prevenzione. E lì c'è molto da ragionare, ad esempio sulle campagne di screening e sull'immunizzazione: tutte cose che passano dal medico di medicina generale. In più, stiamo rivedendo l'iter formativo dei medici di medicina generale, perché anche questo deve essere riallineato alle sfide della formazione continua, ma anche di quella iniziale. E se vogliamo restituire il ruolo al medico di medicina generale, dobbiamo anche riallinearlo ai migliori percorsi formativi».

Su questo punto, il presidente della

Commissione Politiche sociali del Senato ha precisato: «Ci sono già progetti di legge: ce n'è uno mio già depositato e ce ne sarà un altro, da qui a qualche giorno, per **introdurre la formazione specialistica universitaria del medico di medicina generale**. È solo il primo passo, però, perché ciò che è necessario è riacquistare orgoglio e consapevolezza da parte della categoria».

Scotti, dal canto suo, ha ricordato che «la categoria si aspetta anche segnali forti su aspetti non solo reddituali ma anche, se vogliamo, simbolici. Occorre costruire un percorso con l'Università affinché questa possa entrare nel territorio, ma anche il territorio nell'Università. Nella formazione dei giovani, i medici di medicina generale devono poter essere protagonisti della didattica accademica».

Infine, Scotti ha richiamato i numeri che descrivono la grande sofferenza del settore: «La complessità che si richiede all'azione del territorio non può ricadere su percentuali così basse di medici di medicina generale. Il sistema della medicina generale è quello a maggior sofferenza: 68,1 medici attivi ogni 100mila abitanti. In alcune regioni le cose vanno anche peggio, con 62 medici per 100mila abitanti. C'è un aumento di bisogni a fronte di una forte riduzione dei medici di famiglia». Mozione finale dell'83° Congresso Nazionale FIMMG

L'83° Congresso Nazionale FIMMG riunitosi a Villasimius (CA) dal 6 all'11 ottobre 2025, udita la relazione finale del Segretario Generale Nazionale, Silvestro Scotti, la approva

L'83° Congresso Nazionale della FIMMG

esprime profondo dolore per la scomparsa di Maddalena Carta e raccoglie l'impegno a proteggere chi cura e a continuare a lavorare

senza sosta per restituire dignità e strumenti a chi regge la prima linea del sistema; sostiene l'appello al Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella sul riconoscimento del valore e dell'onore al merito di Maddalena. Un riconoscimento alla responsabilità di un medico che ha pagato a caro prezzo l'impegno e la dedizione nell'esercizio del proprio dovere. Con questo riconoscimento, chiediamo di onorare la sua vita e di consegnare alla comunità professionale il suo lascito: una medicina generale fatta di vicinanza, fiducia e coraggio.

L'83° Congresso Nazionale della FIMMG

plaudeficando l'emanazione dell'Atto di indirizzo per il rinnovo dell'ACN 2022-2024 la cui trattativa è attesa per le prossime settimane e ringrazia l'impegno dei Presidenti di Regione e degli Assessori che si sono spesi per avviare l'iter negoziale, a partire dal Presidente del Comitato di Settore Marco Alparone al Presidente della Conferenza delle Regioni Massimiliano Fedriga e al Coordinatore della Commissione Salute Massimo Fabi. Confida in una rapida sottoscrizione del nuovo ACN al fine di garantire il relativo ristoro economico e una maggiore flessibilità delle condizioni lavorative, per poi procedere, come preannunciato, a un nuovo atto di indirizzo per la stesura dell'ACN 2025-2027 entro la metà dell'anno 2026.

L'83° Congresso Nazionale della FIMMG

ringrazia l'Assessore Riccardo Riccardi e il Senatore Francesco Zaffini per la presenza e vicinanza alle istanze della Medicina Generale in particolare per la riaffermazione di un ruolo evolutosi nel tempo e che necessita di strumenti professionalizzanti innovativi anche attraverso un nuovo percorso di formazione post laurea.

L'83° Congresso Nazionale della FIMMG

ringrazia il Ministro Orazio Schillaci per il messaggio di sostegno alla necessità di affrontare i temi emergenti per la Medicina Generale, a partire dal rinnovo contrattuale e dall'evoluzione del percorso formativo, e auspica un incontro a breve con il Segretario Nazionale e L'Esecutivo per affrontare l'iter politico e legislativo necessari alla realizzazione di quanto prospettato.

L'83° Congresso Nazionale della FIMMG

esprime soddisfazione per la proposta del programma scientifico e politico che hanno visto una partecipazione intensa dei delegati. In particolare, sottolinea la necessità di una riaffermazione degli obiettivi politico-sindacali della FIMMG alla luce delle esigenze di una nuova generazione di medici che si inserisce in una professione in rapido rinnovamento, nuova generazione a cui viene chiesto di essere protagonista coraggioso

sa e competente nell'elaborazione e nella realizzazione dei cambiamenti del prossimo futuro; plaude alla sottoscrizione degli AIR nella maggior parte delle regioni italiane e sottolinea l'affermazione di un modello organizzativo volto a rafforzare le competenze professionali della medicina generale di prossimità e di iniziativa e la valorizzazione delle risorse umane ed economiche necessarie alla presa in carico efficace della popolazione di riferimento delle AFT, riconosciute come il fulcro dell'evoluzione in atto; riconosce nell'utilizzo della tecnologia del farmaco la crescente affermazione del ruolo della medicina generale anche in riferimento ai farmaci innovativi e plaude alle iniziative in seno all'AIFA per il coinvolgimento dei medici nelle linee di indirizzo volte alla semplificazione burocratica e all'affidamento di nuove competenze alla nostra categoria; segue con attenzione il rapido evolversi dell'introduzione di tecnologie digitali nel mondo della sanità, a partire dall'implementazione

del Fascicolo Sanitario in Ecosistema Sanitario, del Patient Summary, della Telemedicina e dell'Intelligenza Artificiale, auspicando che l'implementazione tecnologica rappresenti un effettivo punto di svolta per la restituzione ai medici del tempo di cura e non un ulteriore problema tecnico da gestire e contenere; afferma pertanto con decisione che la categoria non avallerà l'introduzione di strumenti che prediligano la subordinazione digitale alla facilitazione dei processi e al reale miglioramento della salute dei cittadini, in particolar modo qualora tali processi non siano concordati e validati tra le parti.

L'83° Congresso Nazionale della FIMMG

conferma pieno mandato al Segretario Nazionale Silvestro Scotti e all'Esecutivo Nazionale per la realizzazione degli obiettivi politico sindacali della FIMMG, a partire dalla negoziazione e sottoscrizione del prossimo ACN.

TRIENNIO ECM IN SCADENZA, SUBITO 30 CREDITI GRATUITI CON TECH2DOC

Si avvicina il termine del 31 dicembre, scadenza per i professionisti sanitari per il raggiungimento dei 150 crediti Ecm del triennio formativo 2023-2025.

Tra le possibilità a disposizione per ottemperare a questo obbligo, c'è un corso a distanza lanciato da Enpam che approfondisce ad ampio spettro tutti gli aspetti della telemedicina.

Il corso, **"Fondamenti di telemedicina per il medico"**, si compone di otto video lezioni e garantisce ai partecipanti l'ottenimento di **30 crediti Ecm**.

È fruibile gratuitamente tramite la piattaforma Tech2Doc fino al 31 dicembre 2025.

Il programma è rivolto a medici e odontoiatri, e nasce con l'obiettivo di permettere ai professionisti sanitari di esplorare le molteplici opportunità della telemedicina, di valutare i rischi legati alle tecnologie applicate alla salute e gli scenari futuri.

A tenere il corso è Francesco Gabbriellini, medico pioniere nel campo delle innovazioni digitali e della chirurgia sperimentale e telematica, con esperienza trentennale di telemedicina in Italia e all'estero.

Le otto videolezioni hanno una durata complessiva di circa 80 minuti, corredate da articoli di approfondimento e infografiche scaricabili.

Ciascuna è dedicata ad una tematica specifica: una lezione introduttiva sulla telemedicina e sei moduli focalizzati sui principi operativi per eseguire le prestazioni basilari della telemedicina, del teleconsulto, della teleconsulenza, della teleassistenza, del telecontrollo e del telemonitoraggio. L'ottava e ultima lezione, invece, è incentrata sulle future evoluzioni digitali e sulle possibilità applicative nei diversi ambiti terapeutici della telemedicina.

È possibile iscriversi al corso dal portale Tech2Doc, raggiungerlo via web, o tramite app per smartphone scaricabile dagli store Apple e Google.

