

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

- Relazione di fine Anno 2025
del Presidente OmceO Verona pag. 6**
- Farmacoterapia della Depressione in Gravidanza
e Post Partum: focus sugli Antidepressivi pag. 16**
- Luigi Messedaglia: medico, politico, letterato pag. 44**
- La tormentata nascita dell'anestesia (parte seconda) pag. 48**

VERONA MEDICA

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

Anno LXI n. 1 MARZO 2026

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

Roberto Mora

INSERZIONI PUBBLICITARIE SU VERONA MEDICA

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

EDITORIALE

4 *Milizie "private", olimpiadi e democrazia*

NOTIZIE DALL'ORDINE

6 *Relazione di fine Anno 2025 del Presidente OmceO Verona*

8 *A proposito di vaccinazioni COVID*

13 *Verbalì del Consiglio e delle Commissioni*

AGGIORNAMENTO

16 *Farmacoterapia della Depressione in Gravidanza e Post Partum: focus sugli Antidepressivi*

18 *Tumore alla prostata, 40.192 nuove diagnosi nel 2024: è la neoplasia più frequente nella popolazione maschile*

19 *L'analisi del sonno con IA può predire 130 malattie con una precisione del 93%*

20 *L'aspirina limita i danni del Covid ai polmoni.*

21 *Boom di infezioni sessuali. Ecdc fissa paletti per profilassi post-esposizione*

22 *Cancro del retto, studio italiano sul Lancet: il 25% dei pazienti può guarire senza chirurgia*

22 *Trasferiti e sostituiti cromosomi lasciando intatta la struttura.*

23 *Luspatercept per sindromi mielodisplastiche*

24 *Morbillo: dal 2000, 59 milioni di vite salvate dalle vaccinazioni.*

24 *Nota AIFA – 1*

PROFESSIONE E LEGGE

26 *Legge di bilancio 2026: ecco le principali novità per la sanità.*

27 *Pensioni pubbliche, cosa succede dal 2026 in poi*

28 *Ivass ad assicurazioni, adeguarsi alla legge sull'oblio oncologico.*

28 *Preparati galenici per dimagrire: scatta il divieto per alcuni principi attivi*

29 *Milleproroghe, ecco gli emendamenti approvati in commissione Bilancio*

ATTUALITÀ

30 *Vaccinare non conviene*

31 *Al via la riforma del Servizio sanitario nazionale.*

32 *Accesso a Medicina: il flop annunciato di una riforma superflua.*

34 *39mila medici in pensione entro il 2038*

36 *Fughe all'estero: numeri in crescita e a migrare sono i professionisti più giovani.*

38 *Friuli Venezia Giulia: equiparate le borse di studio per la medicina generale a quelle per le specializzazioni universitarie*

38 *Gimbe: più risorse alla sanità ma nel 2028 il contributo scende al 5,9% del Pil*

39 *Cresce la spesa delle famiglie per la salute ed è boom di privato puro*

41 *Gimbe, "Equiparare Lea e Lep scorciatoia per accelerare attuazione autonomia differenziata"*

43 *Ungheria, Finlandia e Danimarca, nuove mete per medici italiani in fuga dal SSN.*

STORIA DELLA MEDICINA

44 *I padri veronesi della medicina. Rassegna storico-etica Luigi Messedaglia: medico, politico, letterato*

48 *La tormentata nascita dell'anestesia*

56 *Ferrari Giuseppe - Curriculum Vitae*

57 *Le stampe propagandistiche dei laboratori farmaceutici Maestretti*

ENPAM

60 *Enpam, preconsuntivo 2025: saldo positivo di oltre 150 milioni di euro*

60 *Enpam: conti migliori del previsto. Bilancio positivo per 752 milioni.*

61 *Ricongiungere contributi dalla gestione separata Inps: ora è possibile*

62 *Andare in pensione con l'Enpam nel 2026*

63 *L'App Enpam si rinnova, più servizi per gli iscritti*

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.

Milizie "private", olimpiadi e democrazia

Le SA (Sturmabteilung "battaglione d'assalto") nacquero durante la prima guerra mondiale come reparti d'assalto speciali all'interno dell'esercito tedesco. In seguito la sigla SA (acronimo di *Saalschutz Abteilung*, Battaglione/Reparto di difesa della Sala) fu adottato dal partito Nazista per indicare un gruppo paramilitare che aveva il compito di difendere, dagli assalti degli avversari, le riunioni di partito. I suoi componenti erano chiamate camicie brune dal colore della divisa che indossavano.

Il compito delle SA divenne però in breve quello di interrompere le riunioni dei partiti avversi, e nell'arco di qualche tempo di effettuare spedizioni punitive e atti intimidatori contro la popolazione ROM, gli Ebrei ed i sindacati non allineati con le politiche nazionaliste del Partito Nazista.

Nel 1925 fu istituito un nucleo speciale di SA che aveva il compito di costituire la guardia personale di Adolf Hitler durante i raduni. Venne chiamato SS (*Saal-Schutz - Schiere di Protezione*) e mantenne un ruolo di forza combattente durante la seconda guerra mondiale, rimanendo però distinta dalla Wehrmacht vera e propria in quanto era comandata dal Führer stesso o da Heirich Himmler che ne aveva assunto il comando nel 1929.

Da noi in quegli anni c'era la Milizia Volontaria per la Sicurezza Nazionale (MVSN), genericamente chiamata "Camicie Nere" dal colore delle camicie che indossava. Inizialmente destinata a proteggere il PNF (Partito Nazionale Fascista) nelle sue adunate rispondeva solo al capo del Governo (Mussolini) e a lui prestava giuramento, in contrasto con l'obbligo, per l'esercito, di giuramento al Sovrano.

Nel 1924 entrò a far parte delle forze armate e per questo fu tenuta anche a questo giuramento, ma il suo comando era affidato a Benito Mussolini e a chi da lui delegato a comandarle.

Come corpo paramilitare partecipò alla guerra coloniale in Etiopia, affiancò le brigate volontarie in Spagna, e partecipò con l'esercito ufficiale alla guerra in Albania, in Libia e in Grecia. Dopo la firma dell'armistizio di Cassibile,

fu definitivamente sciolta Negli Stati Uniti oggi c'è l'ICE.

Ufficialmente l'ICE (acronimo di Immigration and Customs Enforcement) è un'agenzia federale nata nel 2003 come risposta ai fatti dell'11 settembre col compito di contrastare il terrorismo ed il crimine trans-nazionale. Di fatto opera come corpo paramilitare con compiti di polizia interna e fa parte del Dipartimento della sicurezza interna (DHS) agli ordini del suo Segretario (attualmente Kristi Noem) che è nominato dal Presidente.

Kristi Noem, in quel ruolo da gennaio 2025, ha delegato il comando delle azioni ICE a Gregory "Greg" Bovino, soprannominato "Ghestapo Greg", veterano della Border Patrol (agenzia di controllo dei confini) che ne ha guidato le grandi operazioni urbane, da Los Angeles a Chicago e ultimamente a Minneapolis.

La sua è una nomina come "commander at large", ruolo che non esiste a livello normativo, ma che consente a Bovino di operare fuori dalla catena di comando tradizionale riferendo delle sue azioni solo ai vertici politici (Noem e Trump).

A differenza della Border Patrol che opera lungo i confini (in una fascia di



Renee Good nell'inquadratura dell'agente ICE un minuto prima dello sparo



Alex Pretti infermiere di terapia intensiva in servizio presso il Dipartimento dei veterani di guerra

100 miglia dalla frontiera), l'Ice ha mandato su tutto il territorio nazionale e può operare nelle città, nei quartieri residenziali, nei luoghi di lavoro, nelle scuole e negli ospedali. Non risponde a sindaci e governatori, non dipende dalle polizie locali, non ha limiti geografici interni.

Il suo compito è quello di individuare, arrestare, detenere e deportare gli stranieri presenti negli Stati Uniti.

Con un ordine esecutivo firmato da Trump a fine agosto 2025 l'ICE è diventata una unità di forze speciali che possono essere dispiegate solo dal Presidente e dal Segretario della Difesa e che non rispondono che a loro.

Con il decreto di bilancio del 2025, battezzato da Trump *Big Beautiful Bill* ("Gran bel decreto"), l'ICE è divenuta la singola agenzia federale più finanziata della storia americana, più dell'FBI.

Con il fine di contrastare l'immigrazione irregolare ha il compito di "ricacciare a casa loro" gli immigrati clandestini che sono riusciti ad entrare negli USA, espellendo anche quelli arrivati legalmente ma il cui "permesso di soggiorno" sia scaduto.

Per fare intervenire gli agenti ICE è sufficiente avere un accento straniero o un colore della pelle diverso da quello del-

la “razza bianca dominante”.

Minneapolis, la principale città del Minnesota, ha visto arrivare negli ultimi tempi tanti agenti ICE quanti ne ha visti arrivare l'intero Stato dell'Arkansas.

La città costituisce un territorio atipico nell'ambito USA perché, benché il 77% dei suoi abitanti si dichiara di razza bianca e abbia una percentuale di immigrati che non raggiunge neanche la metà di quello della California o del Texas, Minneapolis con il Minnesota, è l'unico Stato USA che ha votato in maggioranza per il Partito Democratico ininterrottamente dagli anni 1970 in poi. In questi ultimi giorni le “attenzioni” dell'ICE hanno coinvolto anche cittadini americani di razza bianca e senza accenti stranieri.

Renée Good, una normale cittadina americana che aveva accompagnato a scuola il figlio di 6 anni, è stata uccisa nel suo quartiere di residenza, con diversi colpi di pistola da un agente ICE la mattina del 7 gennaio 2026.

Gli agenti responsabili del fatto avrebbero anche, secondo alcune testimonianze, omesso di prestarle immediato soccorso e impedito ad un medico presente di poter intervenire.

Il Governo Federale ha definito la vittima una terrorista, affermando che l'agente che aveva aperto il fuoco, J.R., aveva agito per legittima difesa.

Questa versione dei fatti è stata però smentita dalle immagini di un video girato durante l'intervento della polizia e reso pubblico dal New York Times.

Episodio analogo si è ripetuto qualche giorno dopo, quando, a rimetterci la vita è stato Alex Pretti, un infermiere italo-americano di 37 anni che lavorava in terapia intensiva al Veterans Affairs

Medical Center di Minneapolis, colpevole di avere protestato contro le violenze degli agenti ICE e di averlo fatto armato.

Le ricostruzioni video raccolte dai passanti presenti sul luogo, mostrano però che l'infermiere quando protestava con gli agenti ICE teneva in mano un telefonino, non una pistola, che teneva invece alla cintola, e che non l'aveva mai estratta durante le proteste verbali. E mostrano che, come risposta a quest'ultime, gli agenti lo abbiano prima spruzzato con spray al peperoncino, poi messo a terra e dopo avergli sottratto l'arma che teneva alla cintola, l'abbiano colpito con numerosi spari, in una modalità che assomiglia più ad una esecuzione piuttosto che ad una difesa.

Dopo la diffusione di questa seconda violenza ai danni di normali cittadini, il Presidente Trump si è convinto che qualcosa non andava e per placare le tensioni con il Governatore democratico Tim Walz e le dure critiche internazionali, ha deciso di revocare il comando operativo dell'IDS a Greg Bovino, nominando al suo posto Tom Homan, noto come lo “zar del confine”, un funzionario dai metodi più classici e (speriamolo) meno violenti.

Vedendo, in TV le immagini di quegli scontri, la cosa che più sorprende è il fatto che il volto degli agenti ICE è quasi sempre coperto da passamontagna o maschere.

La giustificazione ufficiale del governo su questo punto dice che la misura è volta a proteggere gli agenti dal “doxing”. Termine che identifica una forma di cyber-bullismo condotto pubblicando immagini o dati personali a scopo

di molestia.

L'associazione maschera e caccia ai non bianchi mi richiama, visto che parliamo di USA, alla memoria le immagini del Ku Klux Klan ed il fatto che contro quei mascheramenti negli anni 40 e 50 furono emanate leggi che vietavano l'utilizzo di maschere durante manifestazioni pubbliche.

Qualcuno ha sostenuto che il Presidente Trump vuole, attraverso gli agenti mascherati, intimidire gli immigrati, inducendoli a rinunciare al proposito di aggirare le leggi anti-immigrazione.

Il fatto costituisce però un rischio più immediato: quello che il volto mascherato offra spazio ad abusi e violenze ingiustificate, come quelle, per l'appunto, avvenute.

Steven Levitsky, politologo americano, intervistato su questo dal New York Times, ha affermato che “i regimi forti in cui le istituzioni sono sicure, raramente mascherano le loro forze di polizia o l'esercito”.

Mostrare i volti degli agenti che operano sul campo è un modo significativo di sostenere la legittimità delle loro azioni e quella delle decisioni di un governo. Ora a Cortina sono iniziati i giochi olimpici invernali.

Nella cerimonia di apertura si è enfatizzato il loro valore universale, sovranazionale, extra-razziale e il loro messaggio di pace.

Nella Grecia antica le Olimpiadi interrompevano le guerre; per questo il Presidente Mattarella e Papa Leone XIV hanno chiesto che si fermino quelle in corso.

A scortare la delegazione americana sono arrivati agenti ICE.

Confidiamo che vorranno farlo senza mascherarsi il viso, ma ci viene in mente che nel 1964 il Sudafrica, per le sue politiche di segregazione razziale, fu escluso e poté rientrare ai giochi olimpici solo nel 1992, dopo avere abolito l'apartheid.

Oggi ci ritroviamo agenti ICE a Milano e Cortina.

È coerente questa presenza con gli ideali olimpici?

Ripensando alle SA, le SS e la Milizia Fascista, sarebbe tollerata, oggi, la loro presenza in un'olimpiade moderna?

Lo sarebbe in uno stato democratico?



Gregory "Greg" Bovino, detto anche "Gestapo Greg", tra i suoi agenti ICE a Minneapolis

ROBERTO MORA

Relazione di fine Anno 2025 del Presidente OmceO Verona

Care Colleghe, cari Colleghi, desidero condividere con voi alcune riflessioni sul lavoro svolto e sui progetti che ci attendono. È stato un anno intenso, segnato dall'insediamento del nuovo Consiglio dell'Ordine, con l'ingresso di dieci nuovi componenti tra Consiglieri e Revisori dei conti.

Fin dai primi mesi ho potuto constatare un'ottima partecipazione ai lavori e un clima di collaborazione costruttiva, elementi fondamentali per affrontare le sfide che la nostra professione sta vivendo.

Questa relazione non vuole essere un mero elenco di attività, ma un racconto del percorso che abbiamo intrapreso insieme e dei valori che hanno guidato l'azione dell'OMCeO di Verona.

Attività istruttorie e procedimenti disciplinari

Nel corso dell'anno abbiamo lavorato affinché le relazioni istruttorie e le audizioni previste si svolgessero in tempi congrui e con modalità rispettose di tutte le parti coinvolte. L'obiettivo è stato quello di consentire alla Commissione disciplinare di esprimersi in modo tempestivo, mantenendo sempre una posizione di correttezza deontologica, equilibrio e massimo rispetto nei confronti dei colleghi.

Nel corso del 2025 sono state eseguite XXX convocazioni

Il lavoro delle Commissioni

Grande importanza ha avuto l'attività delle Commissioni ordinistiche, che abbiamo confermato e rafforzato anche quest'anno. Le commissioni confermate o istituite ex novo per il triennio 2025-2028 sono le seguenti:

Commissione per le Medicine Complementari

Referenti: Giuseppe Petrilli e Maurizio Corbellini

Componenti: Bruno Brigo, Enrico Dall'Anese, Rosario Pugliarello, Francesco Cardini, Amedeo Elio

Commissione Telemedicina e Intelligenza Artificiale-Robotica Evoluzione e Nuovi Modelli Organizzativi

Referente: Davide Brunelli
Componenti: Andrea Ruzzenente, Alessandro Antonelli, Simone Giacomuzzi, Riccardo Nocini, Alberto Malva, Lorenzo Manea, Giulio Rigon, Viviana Coffele, Roberto Castellani, Ilaria Franzese, Carlo Cavedon, Francesco Del Zotti

Commissione Psicoterapeuti

Referente: Francesca Moretti
Componenti: Corrado Barbui, Michela Nosè, Raffaella Rizzo, Francesca Gomez Homen

Commissione Giovani Medici e Neoabilitati

Referente: Anna Tomezzoli
Componenti: Stefano Bortoletti, Davide Demonte, Annamaria Colombari, Sofia Lorenzini, Sofia Donatoni

Commissione Territorio-Ospedale-Università

Referente: Francesco Orcalli
Componenti:
- **Ordine:** Giuseppe Moretto; Paolo Costa; Massimo Valsecchi
- **Aulss9 Scaligera:** Viviana Coffele (Ds); Nicola Zanetti
- **AOUI:** Matilde Carlucci (Ds); Vincenzo Di Francesco; Elisa Cametti
- **Ospedalità Privata:** Giulio Bongiovanni (Osp. Peschiera); Davide Brunelli (Osp. Negrar)
- **Territorio:** Sandro Bellamoli; Pietro Benini
- **Ospedale:** Annamaria Musso; Ivano Dal Dosso
- **Università:** Francesca Moretti

Commissione Libera Professione

Referente: Giorgio Carrara

Componenti: Giampaolo Polinelli, Anna Peroni, Vincenzo Lacola, Oreglia Ludovica; Michela Perina, Benedetta Zambotti, Andrea Furnari

Commissione Salute e Ambiente

Referente: Pasquale Cirillo
Componenti: Giovanni Beghini, Gianstefano Blengio, Diego Todeschini, Salvatore Falcone, Stefano Tardivo, Mara Tommasi.

Commissione per lo Sviluppo Professionale Continuo e Cultura (Luciano Vettore)

Referente: Francesco Orcalli
Componenti: Massimo Valsecchi, Giovanni Pizzolo, Michele Gangemi, Elisa Cosaro, Giuseppe Moretto, Massimiliano Bonifacio, Vincenzo Di Francesco, Evelina Tacconelli, Giulia Ghinato, Teodoro Sava, Michela Perina

Gli eventi formativi organizzati nel 2025 sono stati i seguenti:

- La salute mentale e l'età adulta: indicazioni per la pratica ambulatoriale quotidiana;
- La salute mentale e l'adolescenza: quali risposte al problema;
- Aggiornamenti su trombosi e patologie vascolari;
- Epicrisi delle misure di contrasto contro la pandemia da covid-19;
- Uptodate nella gestione multidisciplinare della MRGE: diagnosi, appropriatezza prescrittiva e strategie terapeutiche mediche e chirurgiche;
- Colite, coliti mal di pancia disturbi funzionali e infiammatori del grosso intestino;
- la Signora Silvia e le sue sventure la triste storia di una famiglia della buona società (e di un gatto) vittime dell'uso inappropriato degli antibiotici;

Commissione bioetica e deontologia medica:

Referente: Alfredo Guglielmi

Componenti: Zeno De Battisti, Viviana Coffele, Giovanni Bonadonna, Antonia Ballarin, Matilde Carlucci, Roberto Castello, Leonardo Gottin, Beatrice Milan, Carlo Chiurco, Ernesto Mancini, Guglielmo Frapporti, Michela Nose', Don Flavio Bertoldi, Orazio Codella, Irene Debeni, Federica Bortolotti, Vittorio Schweiger, Mirko Faccioli, Fabio De Nardi, Gaetano Trabucco

Commissione Pubblicità Sanitaria

Referente: Lucio Cordioli

Componenti: Maurizio Corbellini, Luca Buono, Michela Perina.

Nell'organizzare le Commissioni abbiamo rappresentato tutte le componenti professionali del territorio, dell'Ospedale pubblico, dell'Ospedale privato accreditato e dell'Università, con l'obiettivo di offrire agli iscritti una visione ampia e integrata dei cambiamenti in atto nella sanità. In questo quadro, particolare attenzione è stata riservata al ruolo della medicina territoriale e dei medici di medicina generale, che rappresentano il primo presidio di cura e un punto di riferimento essenziale per i cittadini, soprattutto nella gestione della cronicità e della presa in carico continuativa dei pazienti.

Il lavoro delle commissioni è attivo e aperto a suggerimenti e proposte di progetti formativi ed eventi da parte di tutti gli iscritti al nostro Ordine.

L'attività svolta è stata di ottimo livello e sono certo che nel corso del 2026 molte di queste attività si tradurranno in iniziative formative concrete e di grande interesse. In particolare, la Commissione per lo sviluppo professionale continuo e la cultura Luciano Vettore, proseguirà gli incontri di aggiornamento su temi di attualità, che hanno già registrato una partecipazione molto numerosa. Da sottolineare che questi eventi formativi hanno dato la possibilità ai nostri iscritti di acquisire 67,3 crediti ECM.

Anche la Commissione di Bioetica e Deontologia ha programmato per il prossimo anno una serie di incontri

su temi di grande rilevanza, tra cui ricordiamo:

- Il cambiamento della medicina e dimensione etica della cura;
- Medicina di prossimità: difficoltà, valori e prospettive di cambiamento;
- Percorsi di informazione e assistenziali del fine vita.

Attività istituzionali e sindacali

A livello regionale sono ripresi gli incontri tra i Presidenti degli OMCeO del Veneto e la Regione, alla presenza dell'Assessore alla Sanità. In queste sedi sono emerse con forza le principali criticità del nostro sistema sanitario, in particolare la carenza di medici e il problema dei medici stranieri non abilitati.

Per il 2026 abbiamo in programma una serie di incontri con le organizzazioni sindacali del territorio e dell'ospedale, con i giovani medici neolaureati e gli specializzandi.

In questo contesto, il confronto con la FIMMG e con i rappresentanti della medicina generale riveste un'importanza strategica, in quanto consente di portare all'attenzione delle istituzioni le criticità operative della medicina di base e di valorizzarne il ruolo nel rafforzamento dell'assistenza territoriale.

Ritengo che questo confronto continuo sia un elemento di grande valore, soprattutto in una fase così delicata per la nostra professione.

Sono stati concessi XXX patrocini ad eventi scientifici con partecipazione attiva agli eventi

Rapporti con l'Università

L'Ordine dei medici, in sinergia con la FIMMG ha avviato un dialogo proficuo con l'Università degli Studi di Verona, con il Preside, Prof. Lippi e con i Presidenti dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia la Prof.ssa Romanelli e il Prof. Fava con l'obiettivo di rafforzare il contributo didattico dell'insegnamento di Medicina Generale nel percorso formativo degli studenti di medicina.

Dopo un incontro programmatico con i Presidenti dei corsi di laurea, è stata concordata l'attivazione di corsi eletivi dedicati alla Medicina Generale, rivolti agli studenti dei primi anni clinici, 3°, 4° e 5°, con avvio previsto per no-

vembre 2026. I Corsi saranno tenuti dalla dott.ssa Pastori, dal dr. Rigon, dal dr. Del Zotti, dalla dott.ssa Zenari, dal dr. Benini e dal dr. Rizzotto.

Parallelamente, prosegue l'impegno didattico al sesto anno del corso di laurea di medicina, con alcune ore di lezione frontale nell'ambito delle lezioni di Clinica Medica in collaborazione con la Prof.ssa Friso. Il referente di questo percorso sarà il dr Rigon recentemente nominato professore a contratto.

Prosegue anche la gestione dei tirocini professionalizzanti, la formazione dei tutor territoriali e la partecipazione alla organizzazione dei Seminari della Scuola di Medicina approvati dal preside professor Lippi in collaborazione con il professor Leone.

Desidero inoltre ricordare la presenza costante dei componenti del Direttivo alle sedute di laurea abilitante in Medicina e Chirurgia, un'attività di grande valore simbolico e istituzionale per il nostro Ordine.

Tutte queste iniziative rientrano in una strategia più ampia di integrazione tra mondo accademico e professionisti del territorio, che riteniamo essenziale per la formazione dei futuri medici.

Curvatura biomedica nei licei

Un progetto che merita una menzione particolare è quello dei licei a curvatura biomedica, nato dalla collaborazione tra il Ministero dell'Istruzione e la FNOMCeO. A Verona hanno aderito tre licei – Maffei, Copernico-Pasoli e Galilei – dando vita a un percorso triennale che consente agli studenti di avvicinarsi in modo consapevole al mondo della medicina.

Grazie alla disponibilità volontaria di molti colleghi, che hanno messo a disposizione competenze ed entusiasmo, il progetto si è rivelato impegnativo ma estremamente gratificante. L'apprezzamento da parte delle scuole, degli studenti e degli stessi docenti coinvolti ci conferma che questa è una strada giusta da continuare a percorrere.

Il progetto è coordinato con grande impegno dal Vicepresidente dell'Ordine dott.ssa Anna Tomezzoli.

Vaccinazioni

Uno dei temi che ha suscitato mag-

giore dibattito è stato quello delle vaccinazioni. L'Ordine è stato spesso bersaglio di giudizi negativi da parte di alcuni Collegi che hanno assunto posizioni fortemente critiche rispetto alla gestione vaccinale del periodo pandemico e, più in generale, agli obblighi vaccinali in genere.

Ritengo doveroso ribadire con chiarezza che abbiamo deliberatamente evitato, per senso di responsabilità istituzionale, di alimentare polemiche improduttive. Non mancheremo, tuttavia, di esplicitare la nostra posizione sul tema con una relazione, cui stiamo lavorando, che avrà l'obiettivo di fare il punto sulle vicende pandemiche, la conseguente vaccinazione di massa e le evidenze scientifiche che l'hanno giustificata. La posizione dell'OMCeO di Verona è ferma e coerente con il mandato istituzionale dell'Ordine: non possono essere avallate posizioni che non si attengano alle disposizioni di legge e alle evidenze scientifiche consolidate. La tutela della salute dei cittadini e la credibilità della nostra professione passano anche da qui.

Comunicazione, eventi e servizi

Abbiamo investito molto anche sulla comunicazione, potenziando il sito dell'Ordine e affiancando al bollettino Verona Medica una newsletter più agile e immediata, pensata per raggiungere in modo diretto i nostri iscritti.

Abbiamo inoltre celebrato la Giornata del Medico, un momento particolarmente sentito, durante il quale abbiamo reso omaggio ai colleghi con

50 anni di laurea e accolto i nuovi iscritti. La partecipazione numerosa e la presenza delle autorità cittadine hanno dato ulteriore valore a questa iniziativa.

Sul piano organizzativo e dei servizi, prosegue l'ammmodernamento delle nostre strutture, così come l'attenzione alle convenzioni e alle agevolazioni per gli iscritti, con la convenzione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata e il centro di formazione SIFARV/Practice per **corsi BLS-D** per tutti gli iscritti all'Ordine sia Medici che Odontoiatri e con una importante iniziativa che riteniamo sarà molto apprezzata da tutti i nostri iscritti di fornire un **indirizzo mail PEC gratuito** a chi ne farà richiesta.

Ringraziamenti e auguri

Desidero ringraziare sentitamente i Componenti del Direttivo, il Consiglio dell'Ordine, il Presidente CAO e tutti i colleghi che collaborano nelle Commissioni. Un ringraziamento particolare va ai nostri consulenti legali e scientifici, al personale di Segreteria e alla nostra addetta stampa, per il supporto costante e competente.

Concludendo, sento il dovere di affermare che l'Ordine è pienamente consapevole delle difficoltà che oggi la categoria medica sta vivendo. Le trasformazioni del sistema sanitario, la carenza di risorse, l'aumento delle responsabilità, il carico burocratico, il rapporto sempre più complesso con i pazienti e con le istituzioni stanno mettendo a dura prova il nostro lavoro e, spesso, anche la nostra motiva-

zione.

Proprio per questo l'Ordine non vuole e non può essere percepito come un'istituzione distante. L'OMCeO di Verona è e vuole rimanere un punto di riferimento per tutti i colleghi: un ente a vostra disposizione, attento ai problemi reali della professione, impegnato nella tutela della dignità, dell'autonomia e del valore del lavoro medico e odontoiatrico.

Difendere la professione significa difendere ciascuno di voi, nel rispetto delle regole, della deontologia e dell'interesse dei cittadini, ma anche con la ferma volontà di rappresentare le istanze dei medici nei confronti delle istituzioni, della politica e della società. È un compito complesso, che richiede ascolto, equilibrio e responsabilità, ma che questo Consiglio intende svolgere con determinazione.

L'Ordine è la casa comune di tutti i medici e odontoiatri: appartiene a ciascuno di voi e vive grazie alla vostra partecipazione. Solo mantenendo un dialogo aperto e costruttivo potremo affrontare insieme le sfide che ci attendono e continuare a dare valore e futuro alla nostra professione.

Con questo spirito rinnoviamo il nostro impegno al vostro fianco.

A tutti voi, a chi continuerà a lavorare anche nei prossimi giorni e a chi potrà concedersi un periodo di riposo, rivolgo i miei più sinceri auguri di un Natale sereno.

ALFREDO GUGLIELMI
PRESIDENTE OMCEO VERONA

A proposito di vaccinazioni COVID

Con la presente intendiamo fornire una **risposta completa, scientificamente documentata e istituzionalmente corretta**, fondata su **dati verificabili, riferimenti normativi e letteratura scientifica**, al fine di ricondurre il confronto entro i criteri propri della *Evidence Based Medicine*

(Medicina Basata sulle Evidenze Scientifiche), della correttezza professionale e della responsabilità ordinistica.

1- Metodo scientifico, Evidence Based Medicine e correttezza della comunicazione professionale

Il metodo scientifico e la *Evidence Based Medicine* richiedono:

1. Formulazione esplicita delle ipotesi;
2. Utilizzo di dati primari correttamente riportati;
3. Valutazione critica delle fonti;
4. Distinzione tra evidenze consolidate, dati preliminari, opinioni e inter-

pretazioni personali.

La **citazione indistinta** di enti (OMS, EMA, Ministero della Salute, ISS), riviste (*Nature*, *The Lancet*, etc.), portali bibliografici (PubMed) o Università, **senza indicazione puntuale** di studi, titoli, anni, disegni e risultati, non costituisce argomentazione scientifica. Parimenti, è importante sottolineare che il confronto tra colleghi deve avvenire secondo le regole della convivenza civile e nel rispetto della responsabilità propria, della professione medica e del ruolo ordinistico. **Linguaggi denigratori, allusivi o polemici non sono compatibili con il dibattito scientifico** e ne compromettono seriamente la credibilità e potenzialmente la salute pubblica.

2- Evidenze scientifiche disponibili sui vaccini anti-SARS-CoV-2 nelle fasi iniziali della pandemia

L'Ordine dei Medici e Odontoiatri è stato accusato di aver "sospeso medici ed odontoiatri che non avevano assunto un "vaccino" il cui obbligo si basava su una mai dimostrata motivazione di pura invenzione (che impedisse la diffusione del contagio)".

2.1 Studi registrativi (2020–2021)

Il 10 dicembre 2020 veniva pubblicato sul *New England Journal of Medicine* lo studio "Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine" (Polack FP et al. 383,27:2603-2615). Lo studio dimostrava che il vaccino BNT162b2 (Pfizer-BioNTech): riduceva del 95% l'incidenza di COVID-19 sintomatico nei soggetti ≥ 16 anni; riduceva in modo sostanziale le forme gravi; presentava un profilo di sicurezza accettabile nel periodo di osservazione (2-3,5 mesi dopo la seconda dose). Il 30 dicembre 2020 è stato pubblicato, sempre sul *New England Journal of Medicine*, lo studio "Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine" (Baden LR et al. 5;384:403-416) che dimostrava che il vaccino mRNA-1273 (Moderna) aveva: un'efficacia del 94,1% nella prevenzione della malattia sintomatica, incluse le forme severe; un profilo di sicurezza accettabile nel periodo di osservazione (2 mesi dopo la seconda dose).

È corretto e scientificamente doveroso ricordare che nessuno di questi studi era disegnato per valutare direttamente la riduzione della trasmissione virale, né l'efficacia sulla infezione asintomatica.

2.2 Razionale della priorità vaccinale per gli operatori sanitari

Nonostante i limiti iniziali sui dati di trasmissibilità, la priorità vaccinale per i sanitari era fondata su:

- elevato rischio di esposizione;
- necessità di proteggere il personale e la continuità assistenziale;
- riduzione dell'incidenza di malattia sintomatica, con conseguente riduzione del rischio complessivo di diffusione in ambienti sanitari.

Nel settembre 2021, dati di "real-world evidence" confermavano tale razionale. Lo studio "Effectiveness of mRNA COVID-19 Vaccine among U.S. Health Care Personnel" pubblicato sempre sul *New England Journal of Medicine* (Philishvili et al. 25;385: e90) mostrava che i vaccini BN/162b2 (Pfizer-BioNTech) e mRNA-1273 (Moderna) erano altamente efficaci, in condizioni reali, nel prevenire il COVID-19 sintomatico nel personale sanitario.

Su queste basi scientifiche sono state sviluppate le raccomandazioni rivolte al personale sanitario che, al fine di tutelarne la salute e ridurre il rischio di infezione nonché di trasmissione in ambito assistenziale, era stato collocato tra le massime priorità vaccinali. La strategia ha individuato tre categorie prioritarie: gli operatori sanitari e sociosanitari, i residenti e il personale delle strutture residenziali per anziani, e persone di età uguale o maggiore di 80 anni (Piano strategico nazionale di vaccinazione COVID-19; <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/covid-19-piano-vaccinazione>).

2.3 Obbligo vaccinale: quadro normativo vincolante

L'obbligo vaccinale per gli operatori sanitari è stato introdotto dal **Decreto-Legge 1 aprile 2021, n. 44**, che all'art. 4 definiva e stabiliva: la vaccinazione quale requisito essenziale per l'esercizio della professione; l'accertamento della inadempienza da parte dell'ASL; la sospensione dalle prestazioni e mansioni implicanti contatti interper-

sonali o comportassero il rischio di diffusione del contagio;

la comunicazione della sospensione da parte dell'ALS e la presa d'atto da parte dell'Ordine.

Di conseguenza tutte le strutture sanitarie hanno dovuto inviare alle Regioni gli elenchi nominativi dei dipendenti proprio ai fini della vaccinazione obbligatoria, così come gli Ordini hanno dovuto comunicare l'elenco dei propri iscritti.

Si riportano i commi 6 e 7 del citato art. 4.

Articolo 4 comma 6: *decorsi i termini di cui al comma 5, l'azienda sanitaria locale competente accerta l'inosservanza dell'obbligo vaccinale e, previa acquisizione delle ulteriori eventuali informazioni presso le autorità competenti, ne dà immediata comunicazione scritta all'interessato, al datore di lavoro e all'Ordine professionale di appartenenza. L'adozione dell'atto di accertamento da parte dell'azienda sanitaria locale determina la sospensione dal diritto di svolgere prestazioni o mansioni che implicano contatti interpersonali o comportano, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2.*

Articolo 4 comma 7: *La sospensione di cui al comma 6, è comunicata immediatamente all'interessato dall'Ordine professionale di appartenenza.*

L'articolato normativo (art. 4 commi 3, 4, 6 e 7) non lasciava alcuna discrezionalità all'Ordine, che era tenuto ad applicare la legge.

La sospensione del sanitario dalle attività a rischio, conseguente all'accertamento dell'inadempimento all'obbligo vaccinale da parte dell'ASL, sarebbe durata comunque sino al 31.12.2022.

Con decreto legge n. 172 del 26 novembre 2021, la competenza alla verifica dell'adempimento all'obbligo vaccinale è stata trasferita dalle ASL agli Ordini (sanitari), che, esperito un contraddittorio con gli iscritti, e in assenza di certificato di differimento della vaccinazione, o di motivata esenzione, dovevano accertare l'inadempimento all'obbligo vaccinale, accertamento avente valore meramente dichiarativo e non disciplinare, cui conseguiva la sospensione dell'iscritto dall'esercizio delle attività professionali, con annotazione nell'albo.

La sospensione sarebbe durata sino alla comunicazione dell'adempimento all'obbligo, e comunque sino a termini via via prorogati sino al giugno 2022, poi sino al 31.12.2022, quando l'obbligo vaccinale è stato abrogato con legge, dall'1 novembre 2022.

Il **Decreto-Legge 25 marzo 2022**, n. 24 ha poi disciplinato le condizioni di cessazione temporanea della sospensione dell'iscritto, già sospeso e poi ammalato, in caso di sua guarigione. All'art. 4 del Decreto legge n. 24/2022 recante *"Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza"*, entrato in vigore dal 25 marzo 2022, si prevedeva infatti, per i medici non vaccinati: *"In caso di intervenuta guarigione l'Ordine professionale territorialmente competente, su istanza dell'interessato, dispone la cessazione temporanea della sospensione, sino alla scadenza del termine in cui la vaccinazione è differita in base alle indicazioni contenute nelle circolari del Ministero della salute. La sospensione riprende efficacia automaticamente qualora l'interessato ometta di inviare all'Ordine professionale il certificato di vaccinazione entro e non oltre tre giorni dalla scadenza del predetto termine di differimento"*.

Come si è già detto, e in presenza di tale stringente articolato normativo, l'Ordine di Verona, come tutti gli altri Ordini, per la sua natura di ente pubblico sussidiario dello Stato, e specie in materia di tutela della salute pubblica, cui evidentemente concorre, non avrebbe legittimamente potuto, né lo avrebbe voluto, non applicare le norme che si sono ricordate, o peggio disapplicarle, sicché ha dato alle stesse puntuale e leale applicazione.

In tale contesto, peraltro al di là di isolate pronunce che non hanno avuto esito in sede di impugnazione, va detto che la giurisprudenza civile – del lavoro – amministrativa e costituzionale, si è espressa in questi anni, e anche di recente, con motivate pronunce favorevoli all'obbligo vaccinale, in particolare per i sanitari, e alla legittimità delle sospensioni dall'attività sanitaria e/o lavorativa, e del cosiddetto green pass, definendole misure legittime e proporzionate, in relazione agli inte-

ressi di preservare la salute pubblica e di contenere la pandemia, soprattutto nell'interesse dei soggetti più fragili.

Si ricordano qui alcune importanti pronunce del Consiglio di Stato su tali temi, quali la n. 7045/2021, la n. 8434 e la n. 8454 del 2022 (consultabili sul sito: www.giustizia-amministrativa.it nella sezione "decisioni e pareri").

La Corte Costituzionale ha pronunciato le importanti sentenze n. 14, 15 e 16 del 2023, e da ultimo, con la recente **sentenza n. 199/2025 del 23.12.2025**, ha ulteriormente **confermato la legittimità dell'obbligo vaccinale, del green pass, e delle sospensioni dal lavoro e della mancata percezione della retribuzione per il periodo di sospensione nell'ipotesi di inadempimento all'obbligo vaccinale da parte del lavoratore**

(<https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/199>).

Da ultimo, e in termini, si è pronunciata anche la Corte di Cassazione, Sezione lavoro, con recente ordinanza n. 100 del 2.1.2026, in tema di legittimità della sospensione dal lavoro e della mancata percezione della retribuzione nell'**ipotesi di inadempimento all'obbligo vaccinale da parte del lavoratore** (in termini, sempre la stessa Sezione lavoro, anche con ordinanza n. 28844 del 31.10.2025, e con sentenza n. 1881 del 27.1.2025, consultabili sul sito web della Corte di Cassazione).

4- Trasmissibilità e comunicazione tecnica dell'Ordine (Verona Medica, marzo 2021)

Ai fini della efficacia e sicurezza delle vaccinazioni il nostro Ordine aveva redatto e reso pubblico su questi temi un primo documento (*Caratteristiche, efficacia e sicurezza dei vaccini anti Covid19 finora autorizzati in Europa, su Verona Medica*, Marzo 2021, pag. 38) a cura della Commissione per lo sviluppo professionale continuo e cultura "Luciano Vettore". Il documento trattava della diffusione del contagio in questi paragrafi:

B.3 Le persone vaccinate possono trasmettere comunque l'infezione? *L'efficacia dei vaccini a RNA (94-95%) è stata dimostrata dopo circa una set-*

timana dalla seconda dose. Fra la prima e la seconda dose qualche soggetto ha contratto l'infezione. Quindi una percentuale dell'ordine del 5-6% non risponde alla vaccinazione, può infettarsi e trasmettere l'infezione. Parimenti, e a maggior ragione, questo può avvenire fra la prima e la seconda dose quando la risposta immunitaria contro il virus è ancora parziale. Sono ancora carenti i dati sull'efficacia del vaccino nel prevenire l'infezione.

C.6 I vaccini proteggono dall'infezione e dalla malattia? *Gli studi sperimentali erano volti a valutare l'efficacia nei riguardi della malattia sintomatica e hanno dimostrato un'efficacia in tal senso anche nelle forme gravi. Non vi sono ancora dati sufficienti riguardanti la protezione contro l'infezione asintomatica o la sua trasmissibilità.*

Questi passaggi **documentano in modo inequivocabile che l'Ordine non ha mai affermato che i vaccini impedissero con certezza la diffusione del contagio**, ma ha comunicato in modo trasparente i limiti delle conoscenze disponibili in quel momento.

Nello stesso documento dell'Ordine è stata descritta l'efficacia dei vaccini nell'impedire la comparsa della malattia (con conseguente diminuzione del contagio) nei paragrafi a seguire:

B.1 Quale è l'efficacia dei vaccini a RNA (Pfizer e Moderna)? *Uno studio clinico di dimensioni molto ampie ha dimostrato che il vaccino contro Covid-19 mRNA BNT162b2 (Comirnaty) prodotto dalla Pfizer è efficace nella prevenzione di Covid-19 nei soggetti a partire dai 16 anni di età. Il profilo di sicurezza ed efficacia di questo vaccino è stato valutato nel corso di ricerche svolte in sei Paesi (Stati Uniti, Germania, Brasile, Argentina, Sudafrica e Turchia), con la partecipazione di oltre 44.000 persone. La metà dei partecipanti ha ricevuto il vaccino, l'altra metà ha ricevuto un placebo, un prodotto identico in tutto e per tutto al vaccino, ma non attivo. L'efficacia è stata calcolata su oltre 36.000 persone a partire dai 16 anni di età (compresi soggetti di età superiore ai 75 anni) che non presentavano segni di precedente infezione. Lo studio ha mostrato che il numero di casi sintomatici di Covid-19 si è ri-*

dotto del 95% nei soggetti che hanno ricevuto il vaccino (8 casi su 18.198 avevano sintomi di Covid-19) rispetto a quelli che hanno ricevuto il placebo (162 casi su 18.325 avevano sintomi di Covid-19). (N Engl J Med. 2020 Dec 31;383(27):2603-2615).

Per il vaccino Moderna è stato condotto uno studio clinico di dimensioni molto ampie che ha dimostrato che il prodotto è efficace nella prevenzione di Covid-19 nei soggetti a partire dai 18 anni di età. Lo studio ha coinvolto un totale di circa 30.000 persone, metà delle quali ha ricevuto il vaccino, mentre l'altra metà ha ricevuto un'iniezione fittizia. Ai soggetti non è stato comunicato se avevano ricevuto il vaccino o il placebo. L'efficacia è stata calcolata su circa 28.000 persone di età compresa tra 18 e 94 anni, che non presentavano segni di precedente infezione. Lo studio ha mostrato che il numero dei casi sintomatici di Covid-19 si è ridotto del 94,1% nei soggetti che avevano ricevuto il vaccino (su 14.134 persone vaccinate 11 presentavano Covid-19 con sintomi), rispetto a quelli che avevano ricevuto un placebo (su 14.073 persone a cui era stata somministrato un placebo, 185 presentavano Covid-19 con sintomi). Ciò significa che il vaccino ha dimostrato di essere efficace al 94,1% nello studio. È stata altresì dimostrata un'efficacia del 90,9% nei partecipanti a rischio di Covid-19 grave, compresi i soggetti affetti da malattia polmonare cronica, cardiopatia, obesità, epatopatie, diabete o infezione da HIV. L'efficacia si è mantenuta elevata a prescindere dal genere e dall'etnia (NEJM February 4, 2021).

5- Gestione territoriale e "tachipirina e vigile attesa"

In merito all'affermazione di "non aver detto nulla sulla non-cura della Tachipirina e vigile attesa" va ricordato che, in realtà, nel **novembre del 2020**, il Documento di Consenso a cura del Gruppo di Lavoro Territorio/Ospedale/Università (promosso dal Centro Studi di Medicina Generale FIMMG Verona e Keiron As.Me.G. Veneto, con il patrocinio dell'OMCeO di Verona), pubblicato sul bollettino dell'Ordine a dicembre dello stesso anno (Suggerimenti operativi e terapeutici.

Per pazienti affetti da Covid-19 trattati nel territorio - Verona Medica n.4 di dicembre 2020 - a pagina 29).

La Commissione tornava più volte sul tema sul numero del **3 giugno 2021** del Bollettino a:

- pg. 16 Suggerimenti operativi e terapeutici per pazienti affetti da COVID trattati nel territorio;
- pg. 23 Eventi avversi dei vaccini anti-SARS-CoV-2 di Pfizer-Biontech, Moderna e AstraZeneca;
- pg. 27 Aggiornamento 26/5/21;
- pg. 32 Domande e risposte sui vaccini COVID-19;
- pg. 41 Emergenza COVID 19. Gestione clinica e terapeutica dei pazienti nel setting domiciliare. Verona Medica n 3 – Giugno 2021

6- Autopsie, sicurezza e conoscenze iniziali

In merito all'affermazione "di non aver detto nulla sull'assurdo divieto delle autopsie" va ricordato che nella prima fase pandemica (febbraio-marzo 2020), le autopsie non furono vietate ma fortemente limitate per: incertezza sulla carica virale post-mortem; rischio di diffusione per aerosol durante manovre invasive; carenza di DPI e sale settorie a pressione negativa.

Molti obitori non erano dotati di sale settorie a pressione negativa né di DPI adeguati. Le prime indicazioni ministeriali e dell'ISS furono quindi improntate al principio di massima precauzione. Le Circolari del Ministero della Salute e dell'ISS (marzo 2020) raccomandavano di evitare autopsie complete nei casi COVID confermati o sospetti e suggerivano esami esterni, prelievi limitati o autopsie verbali/cliniche. Indicazioni simili vennero pubblicate da WHO e ECDC (<https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-for-the-safe-management-of-a-dead-body-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance> <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-infection-prevention-and-controlhealthcare-settings-march-2020.pdf>). È opportuno ricordare i colleghi deceduti per Coronavirus che secondo dati aggiornati sono stati 383 medici (FNOMCeO) e 90 infermieri (Fe-

derazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, FNOPI) nel corso della pandemia.

Con le evidenze acquisite successivamente questa precauzione è stata considerata forse eccessiva e dove le autopsie furono eseguite (Germania, Svizzera, alcuni centri italiani come Bergamo e Pavia) fornirono informazioni preziose sulla presenza di trombosi diffuse, endotelite, microangiopatia che indirizzarono verso l'uso di eparina, steroidi, ventilazione meno aggressiva tanto che già dalla seconda metà del 2020, ISS e società scientifiche (SIAPEC, SIMLA) rivalutarono positivamente le autopsie, furono pubblicati protocolli di sicurezza e le autopsie COVID divennero raccomandate a fini scientifici.

7- Pubblicazioni controverse e correttezza storica

In relazione, al testo di Robert F. Kennedy Jr. et al. "Vaccinati, non vaccinati, la parola alla scienza", Il leone verde ed. 2024.

La citazione di documenti o lavori scientifici riportati da Robert F. Kennedy Jr. non può configurarsi come riferimento utilizzabile in una discussione scientifica. Il Sig. Kennedy Jr. infatti è una figura riconosciuta da numerose fonti indipendenti quali FactCheck.org (Annenberg Public Policy Center dell'Università della Pennsylvania) come responsabile di affermazioni scientificamente false o riconducibili a pubblicazioni ritirate dalla pubblicazione per falso (vedi articolo di Brian Hooker originariamente pubblicata sulla rivista *Translational Neurodegeneration; Retraction of "Measles-mumps-rubella vaccination timing and autism among African American boys: a reanalysis of the CDC database"*.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4183946/>). La contraddittorietà delle posizioni del Sig. Robert F. Kennedy Jr. stesso sono un ulteriore e gravissimo elemento di controversia. Nell'aprile 2025, nel contesto di recrudescenza del morbillo negli Stati Uniti che ha visto più di 600 persone infettate e tre decessi, Kennedy Jr. ha pubblicamente dichiarato che il vaccino morbillo-parotite-rosolia "è il modo più efficace per prevenire la diffusione

del morbillo". (The New York Times, aprile 2025: "RFK Jr. Admits MMR Vaccine is 'Most Effective Way' to Curb Measles Outbreak Amid Rising Death Toll") Questa affermazione, si pone in netto contrasto con quanto riportato nel libro dallo stesso autore e dopo decenni della sua attività di attivismo contro i vaccini (The Center for Countering Digital Hate: Rapporto "The Disinformation Dozen", documento che identifica Kennedy Jr. come uno dei dodici principali diffusori di disinformazione vaccinale a livello globale, analizzando anni di post sui social media e discorsi pubblici). Si ricorda inoltre che durante la pandemia il Sig. Kennedy Jr ha consigliato di curare il virus con terapie in assenza di evidenze scientifiche (vedi numerosi post sul portale dell'associazione Children's Health Defense 2021-2022, quali "Ivermectin: The Drug that Cracked COVID" e l'articolo pubblicato su The Associated Press Fact Check: "RFK Jr. video pushes unfounded COVID-19 treatments", una inchiesta dettagliata che cataloga le dichiarazioni del Sig. Kennedy Jr. su farmaci quali ivermectina e idrossiclorochina come prive di fondamento scientifico) o, come nel caso della azitromicina, associate perfino ad un aumentato rischio di complicazioni cardiovascolari (vedi Butler C. et al. 2021, "Azithromycin for community treatment of suspected COVID-19 in people at increased risk of an unfavourable outcome", *The Lancet*, 397(10279), 1063-1074 – lo studio dimostra l'inefficacia di azitromicina nel setting domiciliare e il monito di FDA contro il suo utilizzo in "FDA warns about increased risk of heart problems with azithromycin").

A pag. 31 del libro del Sig. Kennedy Jr. gli autori lamentano che "I medici e gli scienziati che non si allineano all'ortodossia della vaccinologia sono considerati eretici e paria. L'esempio più famoso risale al 1998, quando il dottor Andrew Wakefield riferì che 8 su 12 dei suoi pazienti autistici avevano ricevuto il vaccino MPR il dottor Wakefield perse la sua licenza medica ..." ma omettono di informare i lettori della motivazione che portò all'espulsione di **Andrew Wakefield che fu processato e condannato per aver falsificato lo studio** che

l'aveva portato a formulare quella ipotesi. Nel gennaio 2010, il General Medical Council (GMC) concluse, infatti, che Wakefield e i suoi co-investigatori "avevano agito in modo *disonesto e irresponsabile*", **mostrando anche "disprezzo per i bambini partecipanti"** e violando norme etiche fondamentali (General Medical Council 2010: "Fitness to Practise Panel Hearing, 24 May 2010: Dr Andrew Jeremy Wakefield - Determination on Serious Professional Misconduct and Sanction"). La condanna del GMC era motivata da "serious professional misconduct", cioè, gravi violazioni deontologiche come medico (GMC Medical Register (UK): "Status: Removed. Reason: Erasure following a fitness to practise panel hearing (24/05/2010)". Reference Number: 3003315).

Il 24 maggio 2010, Wakefield fu radiato dall'Ordine dei Medici del Regno Unito (*struck off*), gli fu cioè revocata la licenza di esercitare la professione nel Regno Unito.

A pag. 35 dello stesso testo, viene citata la mancata adesione vaccinale degli Amish come esempio che avvalorava gli effetti negativi del vaccino. Anche in questo caso le informazioni riportate sono estrapolate dal contesto perdendo di trasparenza e veridicità scientifica. Gli Amish sono infatti una comunità religiosa piccola che rifiuta il contatto con l'esterno e le vaccinazioni. A causa di questa struttura sociale, nel corso di episodi di infezioni virali a carattere epidemico o pandemico si crea un pool di persone suscettibili al virus (Gastañaduy et al, *N Engl J Med* 2016 Oct 6;375(14):1343-1354) ed un alto tasso di trasmissione interna tra i diversi membri. In una comunità religiosa simile a quella degli Amish si sviluppò, agli inizi degli anni 90 in Olanda, una mortale epidemia di poliomielite. L'epidemia iniziò nel settembre 1992 (Oostvogel PM. et al. 1994 "Poliomyelitis outbreak in an unvaccinated religious community in The Netherlands". *The Lancet*, 344(8923), 665-670). Il ceppo responsabile era un poliovirus selvaggio di tipo 3 (*wild poliovirus type 3*). Il focolaio coinvolse "gruppi protestanti/religiosi" che rifiutavano la vaccinazione. **Complessivamente furono segnalati circa 71 pazienti; di questi, 2 morirono e 59 rimasero paralizzati.** I casi riguarda-

rono persone di età variabile, da pochi giorni di vita fino a oltre 60 anni (range 10 giorni-61 anni, mediana ~18 anni). A differenza del resto della popolazione olandese, che aveva copertura vaccinale molto alta (quasi universale), questi gruppi erano quasi interamente senza immunizzazione. In termini deontologici è inoltre qui utile ricordare che **l'art. 13 del Codice di Deontologia Medica qualifica le linee guida come raccomandazioni; ciò non equivale a legittimare pratiche prive di evidenza o in contrasto con la sicurezza del paziente.** L'autonomia clinica è esercitabile solo:

- con motivazione documentabile;
- nel rispetto delle conoscenze scientifiche disponibili;
- tenendo conto della tutela della salute individuale e collettiva.

8- Conclusioni

Sulla base di quanto sopra elencato L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Verona durante la pandemia da SARS-CoV-2, ha operato:

- nel rispetto della legge;
- sulla base delle evidenze scientifiche disponibili e aggiornate nei diversi scenari epidemiologici;
- comunicando limiti e incertezze delle evidenze scientifiche, quando presenti;
- tutelando la salute pubblica e la dignità della professione medica.

Il dissenso scientifico è legittimo solo se esercitato con rigore metodologico, completezza informativa e rispetto istituzionale.

La Commissione Aggiornamento Professionale Cultura "Luciano Vettore" dell'OMCeO di Verona

FRANCESCO ORCALLI, MASSIMO
VALSECCHI, GIOVANNI PIZZOLO,
MICHELE GANGEMI, ELISA COSARO,
GIUSEPPE MORETTO,
MASSIMILIANO BONIFACCIO,
VINCENZO DI FRANCESCO, EVELINA
TACCONELLI, GIULIA GHINATO,
TEODORO SAVA, MICHELA PERINA.

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 19 NOVEMBRE 2025

Convocazione di Consiglio

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

Assenti Giustificati: A. Tomezzoli, M. Corbellini, L. Cordioli, AM. Musso.

1) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente riferisce dell'ottima riuscita della giornata del medico ringraziando tutti i membri del consiglio e il personale dell'ordine che ha fornito un'ottima assistenza e organizzazione. L'appuntamento è stato apprezzato da tutti i colleghi medici e voialtri anche per la relazione del professor Faggin.

Il Presidente ha ricevuto un invito dalla dottoressa Ghirlanda riguardante una associazione, Rete Dafne, che si occupa delle persone che hanno subito un qualsiasi reato. Data l'importanza della tematica il presidente invita il consiglio a sentire la dottoressa Ghirlanda in uno dei prossimi appuntamenti consiliari.

Il Presidente propone per la data del 15/12 la cena di Natale al ristorante ai Salvi,

Ricorda tutti i consiglieri l'appuntamento con l'assemblea per l'approvazione del bilancio il 17/12. A questo proposito si stabilisce che il consiglio verrà convocato nello stesso giorno dalle 19 alle

20.

Il presidente propone al consiglio una serie di temi per il 2026 comprendenti nuovi corsi per i medici, e alcune proposte che verranno fatte al consiglio su Verona Medica.

2) Approvazione verbale precedente

Viene approvato il verbale precedente all'unanimità del Consiglio.

3) Approvazione variazioni di bilancio 2025 - Bilancio preventivo 2026

Il Presidente passa la parola alla Dott.ssa Pastori che presenta le variazioni di bilancio per il 2025, e le voci di bilancio preventivo 2026.

Il Consiglio Direttivo nella seduta del 19/11/2025, richiamato il Bilancio di Previsione 2025, viste ed esaminate le schede contabili di competenza al 30/09/2025, al fine di stanziare le somme necessarie per l'imputazione nei capitoli di spesa appropriati delibera

- di prendere atto della necessità di procedere ad effettuare le seguenti variazioni in aumento al Bilancio 2025, mediante utilizzo del "Fondo di riserva per spese previste con stanziamenti insufficienti" e dell'avanzo di amministrazione
- di prendere atto della relazione del Tesoriere qui allegata, come parte integrante e sostanziale;
- di prendere atto della Relazione del Collegio dei Revisori qui allegata che costituisce parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, contenente il parere favorevole circa la regolarità contabile e amministrativa delle variazioni al Bilancio di previsione 2025;
- di approvare le variazioni in aumento al bilancio 2025 come descritte nella relazione del Tesoriere qui allegata;

Il Consiglio approva con 15 voti favorevoli e 1 voto contrario.

Il Tesoriere dell'Ordine, sottopone all'attenzione del Consiglio l'esame e l'approvazione il bilancio preventivo dell'esercizio 2026. Per rendere esecutivo il conto preventivo dell'anno prossimo, lo stesso deve essere sottoposto all'approvazione dell'Assemblea generale degli Iscritti all'Albo entro il 28 novembre 2025 in prima convocazione e entro il 17 dicembre 2025 in seconda convocazione.

Omissis...

La previsione si è basata su uno stretto monitoraggio delle varie voci consentendo di soddisfare sia le esigenze istituzionali, per quanto possibile con efficienza ed economicità, nonché di programmare attività diverse nel corso dell'anno da offrire agli iscritti. Tutte le previsioni di uscita e di entrata sono state effettuate sulla scorta dei dati storici in nostro possesso, utilizzando criteri prudenziali, non essendo sempre possibile avere una previsione certa di alcune voci della gestione che possono variare in corso dell'anno per il sopraggiungere di nuove esigenze, anche impreviste. Questi risultati mostrano una corretta gestione economica di un ente come il nostro sussidiario dello Stato che non ha scopo di lucro. Il Consiglio approva le voci del Bilancio preventivo con n.15 voti favorevoli e 1 voto astenuto.

4) Gestione personale

Il Presidente informa il Consiglio del futuro pensionamento della sig.ra Rosanna Maffioli dal ruolo di facenti funzioni e responsabile di segreteria. Cede quindi la parola al dott. Rigon segretario dell'OMCeO, il quale ricorda che nel piano triennale del fabbisogno del personale è contemplata l'assunzione per la figura (X C) AREA FUNZIONARI. Il consiglio approva. Si apre una discussione sulle possibili modalità di ricerca di una figura che possa sostituire l'attuale dipendente. Dopo ampia e approfondita valutazione, il Consiglio concorda quanto segue:

- l'Ordine avvierà una procedura a comando oppure un'indagine conoscitiva presso tutti gli altri Ordini dei Medici d'Italia al fine di verificare eventuali disponibilità;
- parallelamente, anche una mobilità, verrà valutata anche la disponibilità di un possibile candidato attraverso un apposito colloquio, il Consiglio approva.

5) Iscrizioni e cancellazioni

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

NOTIZIE DALL'ORDINE

Codice	Descrizione	Previsioni Definitive	Saldo Impegni	Disponibilità	VARIAZIONI +	RESIDUO DOPO VARIAZIONI	SALDO STANZIAMENTI	VARIAZIONI -
		+€ 0,00	+€ 0,00	+€ 0,00				
U-1-02-003	Onorificenze agli iscritti	15.000,00	2.757,00	12.243,00	6.500,00	18.743,00	21.500,00	
U-1-02-004	Spese afferenti la pubblicità	5.000,00	2.076,52	2.923,48				
U-1-04-001	Aggiornamento professionale e culturale, convegni, congressi e manifestazioni	15.000,00	13.712,94	1.287,06	3.150,00	4.437,06	18.150,00	
U-1-04-002	Spese per borse di studio agli iscritti	0,00	0,00	0,00				
U-1-06-001	Stipendi e assegni fissi lordi	230.000,00	172.556,91	57.443,09	28.500,00	85.943,09	258.500,00	
U-1-06-002	Compensi netti per lavoro straordinario	0,00	0,00	0,00				
U-1-06-006	Contributi previdenziali, assistenziali a carico dell'Ente (INPS)	58.000,00	42.943,65	15.056,35	6.400,00	21.456,35	64.400,00	
U-1-06-007	Altri oneri sociali a carico dell'Ente (IRAP)	20.000,00	14.147,00	5.853,00	2.000,00	7.853,00	22.000,00	
U-1-08-001	Consulenze: legale, fiscale, paghe	55.000,00	27.503,81	27.496,19	11.000,00	38.496,19	66.000,00	
U-1-09-001	Spese condominiali	20.000,00	14.790,00	5.210,00	2.565,00	7.775,00	22.565,00	
U-1-09-002	Spese per energia elettrica, acqua e riscaldamento	8.000,00	4.155,31	3.844,69				
U-1-10-003	Assistenza, manutenzione procedure informatiche	60.000,00	60.821,44	-821,44	5.000,00	4.178,56	65.000,00	
U-1-11-003	Spese sito internet - PEC iscritti	10.000,00	19.598,06	-9.598,06	14.000,00	4.401,94	24.000,00	
U-1-16-001	Fondo di riserva per spese previste con stanziamenti insufficienti	10.601,00	0,00	10.601,00				-10.601,00
U-2-17-001	Acquisizione beni patrimoniali	0,00	0,00	0,00				
U-2-18-001	Acquisizione macchine, mobili, attrezzature per gli uffici	2.000,00	437,00	1.563,00	5.810,68	7.373,68	7.810,68	
U-2-18-002	Acquisto e aggiornamento procedure informatiche	26.000,00	34.771,51	-8.771,51	19.100,00	10.328,49	45.100,00	
U-2-19-001	Accantonamento indennità anzianità e similari	+€ 10.000,00	+€ 0,00	+€ 10.000,00				
TOTALI		1.295.383,00	1.048.193,79	247.189,21	104.025,68			-10.601,00

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott.ssa BENEDETTI Arianna
Dott.ssa HASA Aidi
Dott.ssa MENASPA' Claudia

Reiscrizione:

Dott. FIOCCO Zeno

Iscrizione per trasferimento:

Dott.ssa GARAVELLO Marianna da Omceo Padova
Dott.ssa VUJOSEVIC Sonja da Omceo Udine
Dott.ssa ZANABONI Silvia da Omceo Piacenza

Cancellazioni per trasferimento:

Dott.ssa BELLINI Beatrice Vs Omceo Mantova
Dott.ssa RUBINELLI Martina Vs Omceo Milano

Cancellazioni per decesso:

Dott. GALATI Giuseppe
Prof. TODESCHINI Giuseppe

Cancellazioni su richiesta:

Dott.ssa BANEGAS GUALPA Daniela Estefania
Dott.ssa GUANDALINI SOFIA

Cancellazioni per morosità:

Dott. ABDUL JABBAR Ali
Dott. QEVANAJ Eno

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Prima Iscrizione:

Dott. BONOMO Giampietro

Reiscrizione:

Dott. FACCIONI Francesco

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 17 DICEMBRE 2025

Presenti: A. Guglielmi, G. Rigon,
A. Tomezzoli, C. Pastori, G. Accordini,

G. Carrara, R. Castellani,
P. Cirillo, M. Corbellini, L. Cordioli,
I. Dal Dosso, F. Orcalli, M. Perina,
G. Petrilli, L. Buono, V. Braga,
F. Moretti.

Assenti giustificati: S. Bortoletti,
A.M. Musso, D. Brunelli,

1) Comunicazioni del Presidente

- Il Presidente comunica al Consiglio l'ottima riuscita della giornata del medico e dell'odontoiatra, ringraziando tutto lo staff della segreteria dell'Ordine de Medici per il lavoro svolto.
- Il Presidente presenta il calendario delle riunioni per l'anno 2026 che sarà inviato a tutti i consiglieri nei prossimi giorni.

2) Viene approvato il verbale precedente all'unanimità del Consiglio.

3) Nuove PEC

Il Presidente passa la parola alla Dott.ssa Pastori che presenta al Consiglio la nuova offerta per le PEC fatta dalla società Namiral (convenzionata con FNOMCEO); l'offerta è particolarmente vantaggiosa a fronte degli aumenti avvenuti durante l'anno per la gestione con Aruba. L'importo dell'offerta permetterebbe di offrire questa convenzione da parte dell'Ordine dei Medici di Verona a tutti i colleghi iscritti. Il costo della casella da 2 GB è di euro 2.80+ iva, nel canone è compreso il pannello di gestione per l'Ordine, è compresa l'assistenza di primo livello per gli iscritti, la migrazione tecnica e il relativo caricamento delle "vecchie" caselle di Aruba sono incluse nel canone – tramite il pannello l'Ordine potrà gestire in autonomia la creazione di nuove caselle, la revoca e il recupero delle credenziali degli iscritti. Dopo la discussione il consiglio approva la proposta all'unanimità.

4) Iscrizioni e cancellazioni

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott. BRONGO Fiorenzo
Dott.ssa FILIP Marinela
Dott. MATTEI Alessandro

Iscrizione per trasferimento:

Dott.ssa BEGLIUMINI CHIARA da Omceo AOSTA
Dott. CANDRAY CALKDERON Kevin Menolty da Omceo ROMA
Dott.ssa DI PAOLA Rossana da Omceo CAMPOBASSO
Dott.ssa GARCIA LANDAVERDE Violeta Marcela da Omceo ROMA

Cancellazioni per trasferimento:

Dott. MAGNI Luca Vs Omceo FERRARA
Dott.ssa MOLINA NAVARRO Ana Belen Vs Omceo FIRENZE
Dott. VIVODA Gian Luigi Vs Omceo ROVIGO

Cancellazioni per decesso:

Dott.ssa BENEDETTI Vittoria
Dott. DATTOLI Rocco
Dott. MAGGILOLO Antonio
Dott. MOLINARI Gianfranco

Cancellazioni su richiesta:

Dott. BELLOMI Stefano
Dott. BRAY Giuseppe
Dott.ssa COMI Maria Pompea
Dott. FRESCHINI Francesco
Dott. RIZZINI Luciano

Le iscrizioni e cancellazioni vengono deliberate dal consiglio all'unanimità.

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Cancellazioni su richiesta:

Dott. BENVENUTI Fabio
Dott. FRESCHINI Francesco
Dott. PELANDA Luciano
Dott. RIZZINI Luciano

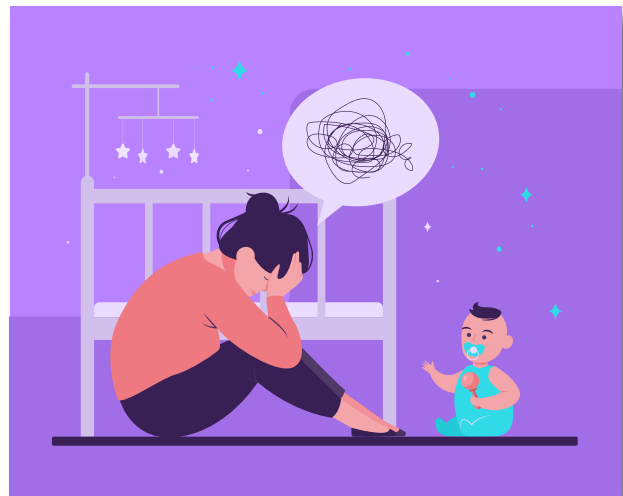
5) Varie ed eventuali

Il Presidente passa la parola al dott. Carrara che aggiorna il Consiglio sulla organizzazione dei corsi BLSD con l'AOU di Verona. Il questionario è stato inserito nel sito dell'Ordine, hanno risposto al questionario circa 300 medici e odontoiatri per i quali si potranno organizzare corsi anche nelle ore del sabato mattina. A gennaio 2026 verrà inviato un nuovo invito per la partecipazione agli iscritti.

Farmacoterapia della Depressione in Gravidanza e Post Partum: focus sugli Antidepressivi

La *Depressione Maggiore* (DM) è un disturbo dell'umore grave e persistente che comporta oltre ad una sofferenza psicologica anche una maggiore vulnerabilità verso patologie organiche. L'incidenza della DM nella popolazione generale è stimata tra il 3.5% e 6.5%, interessando diverse centinaia di milioni di persone al mondo con una prevalenza doppia nelle donne rispetto agli uomini. Secondo l'OMS è una delle cause più frequenti di disabilità a livello mondiale con ricadute anche sul bilancio economico dei diversi Paesi. La DM nel periodo gestazionale (*depressione ante partum*) ha un'incidenza del 10%-15%, per quella che si manifesta nel puerperio (*depressione post partum*) le stime sono anche superiori (15%-18%); il 45% delle donne con depressione post partum ha sofferto di sintomi depressivi già durante la gravidanza. L'incidenza di suicidi nel periodo perinatale è valutata tra il 2% e 5%, quella delle idee suicidarie è molto più elevata (15-18%). Nella depressione ante partum sono presenti gli stessi sintomi che si manifestano nella depressione al di fuori del periodo perinatale, tuttavia alcuni sono peculiari di questa fase, come il timore di complicanze gestazionali, di anomalie nello sviluppo del feto, la paura che il parto sarà doloroso e traumatico (tofofobia) anche la convinzione di non potere essere una buona madre. Nella depressione post partum i sintomi sono sostanzialmente gli stessi, ma coinvolgono la gestione complessiva del neonato sempre molto difficoltosa anche per quanto riguarda l'allattamento al seno. La depressione post partum non deve essere confusa con la *psicosi puerperale*, una condizione psicotica grave ma rara (2-3 puerpere /1000 nascite) che richiede l'ospeda-

lizzazione della neomamma e l'allontanamento temporaneo del neonato per il rischio di infanticidio. La depressione post partum va anche distinta dal *maternity blues* (o *baby blues*) che si manifesta nel 70% delle puerpere e rappresenta una condizione di labilità emotiva e modesto calo dell'umore spesso associato ad ansia che insorge in nei primi giorni dopo il parto e si risolve a breve termine non richiedendo alcun trattamento farmacologico. Il periodo perinatale è considerato un periodo a rischio sia per l'insorgenza che per la riaccutizzazione di disturbi psichici, in particolare per i disturbi dell'umore. Le alterazioni biologiche associate alla DM sono tuttora oggetto di ricerca sebbene sia verosimile ipotizzare una genesi multifattoriale. Lo stress grave e persistente, qualunque ne sia la causa (psicologica, socio-economica, lavorativa), rappresenta un accertato elemento di rischio nell'insorgenza dei disturbi depressivi unitamente ad altri fattori come una vulnerabilità genetica individuale (familiarità), l'alimentazione, l'uso di alcolici e/o sostanze (cannabis), le patologie organiche concomitanti. Condizioni di stress cronico producono alterazioni biologiche nel *sistema limbico*, in particolare nell'ippocampo, amigdala, corteccia prefrontale, alterando i livelli di cortisolemia cerebrale ed interferen-



do con la neurotrasmissione, la plasticità e il trofismo neuronale. Nel corso di un episodio depressivo un ruolo rilevante è rappresentato dalle alterazioni del sistema immunitario e da processi infiammatori come evidenziato dagli elevati livelli di citochine pro-infiammatorie (IL-1 e IL6) e dalla diminuzione di quelle antiinfiammatorie (IL-10, IL4). In pazienti con DM sono state ben documentate alterazioni di diversi fattori neurotrofici o *neurotrofine*, come il BDNF (*brain derived neurotrophic factor*), che rivestono un ruolo fondamentale nella neurogenesi, cioè nella crescita, mantenimento e funzionalità neuronale. L'aumento periferico di neurotrofine indotto dal trattamento antidepressivo sebbene offra lo spunto per ulteriori approfondimenti non è tuttavia considerato il solo meccanismo associato all'azione dei farmaci antidepressivi. Bassi livelli di altre neurotrofine sono stati evidenziati anche in pazienti con disturbi d'ansia, schizofrenia e malattia di Alzheimer e di Parkinson. La DM comporta una vulnerabilità anche verso lo sviluppo di

patologie a carico del sistema cardiovascolare, in particolare ipertensione arteriosa, aritmie e infarto; questo rischio è di tipo “bidirezionale”, vale a dire che pazienti con patologie cardiovascolari sono risultati più a rischio di sviluppare episodi depressivi. È stato ben documentato che la DM non trattata in gravidanza può determinare complicanze non solo per la gravida ma anche per il decorso della gestazione, lo sviluppo del feto e la salute del neonato anche a lungo termine. Il disturbo può di fatto comportare nella gravida una mancata adesione ai controlli medici, un'alimentazione inadeguata, l'uso di alcolici, un abuso di ansiolitici e/o ipnotici, anche la decisione di interrompere la gravidanza; in casi più gravi idee e comportamenti autolesivi con rischio di suicidio. Nei neonati di madri con DM non trattata sono state osservate alterazioni della fisiologia fetale, basso indice di Apgar e basso peso alla nascita. Tra i rischi gestazionali è documentata una maggiore frequenza di distacco placentare, emorragie intrauterine, aborto spontaneo e parto prematuro, quest'ultimo è risultato più frequente in donne con DM non trattata (22%) rispetto al rischio stimato nella popolazione generale (6%). Studi recenti sul ritmo circadiano del cortisolo hanno evidenziato livelli di cortisolemia elevati nelle ore notturne sia in donne con depressione gestazionale che nei loro neonati fino a 12 mesi dopo nascita. La DM in gravidanza è stata considerata un fattore di rischio anche per l'insorgenza di malattie del neurosviluppo come i disturbi dello spettro autistico e l'ADHD; disturbi attribuiti impropriamente in alcuni studi anche all'uso di farmaci antidepressivi (AD) ma non confermati da altri più recenti. Le indicazioni al trattamento con AD, in particolare gli SSRI e la Venlafaxina, sono estese anche ad altre condizioni psicopatologiche come: *Ansia generalizzata*, *Disturbo da panico*, *Disturbo post-traumatico da stress*, *Disturbo ossessivo-compulsivo*. In tali disturbi l'uso di strategie “integrate” (farmacologiche e psicoterapiche) è sempre auspicabile per garantire ai pazienti le risorse terapeutiche oggi disponibili. Tra i numerosi farmaci presenti sul mercato sono considerati di prima

scelta nel trattamento della DM gestazionale gli SSRI e la Venlafaxina. La loro sicurezza fetale, gestazionale e neonatale è stata documentata da studi clinici, revisioni sistematiche e metanalisi. Nella letteratura degli ultimi 25 anni non mancano tuttavia studi effettuati con metodologie di ricerca non adeguate che hanno riportato anche per alcuni SSRI un maggiore rischio di MM, eventi avversi gestazionali e neonatali, anche disturbi del neurosviluppo. Nella valutazione del rapporto rischi/benefici del trattamento antidepressivo va inoltre considerato che l'interruzione di una terapia di mantenimento in gravidanza comporta un elevato rischio di riaccutizzazione del disturbo (75% dei casi) che si manifesta entro le prime 10 settimane dalla sospensione. Per altri AD di “vecchia generazione” (es. triciclici, trazodone, mianserina, mirtazapina, reboxetina) o di più recente introduzione (es. vortioxetina) la scarsa documentazione sebbene non documenti rischi gestazionali e/o fetali non è considerata sufficiente per esprimere un giudizio sulla sicurezza nel periodo perinatale. Questa carenza di dati vale anche per farmaci di dubbia efficacia terapeutica nella DM come il Samyr, l'Agomelatina e prodotti a base di lperico, prescritti talora anche in gravidanza e allattamento. È stato approvato di recente in USA ed Europa per la cura della depressione post partum (DPP) lo *Zuranolone* (ZRL, *Zurzuvae*), un derivato sintetico dell'*Allopregnanolone* metabolita del progesterone. La sua efficacia documentata nel 67% delle pazienti è stata tuttavia valutata soltanto verso placebo (efficace nel 54% dei controlli) ma non verso AD di provata efficacia. Il suo predecessore lo *Brexanolone* fu ritirato dal commercio negli USA dalla stessa casa produttrice dello ZRL per la problematica modalità di somministrazione (uso endovenoso) e la scarsa tollerabilità. Lo ZRL è stato di recente proposto dall'FDA, ma non ancora approvato dall'EMA, per la DM dell'adulto di ambo i sessi; indicazione alquanto *sui generis* considerando la “specificità” dell'indicazione originaria oltre che la mancanza di dati che documentino carenze di progesterone nelle depressioni al di fuori del periodo perinatale. Nei due studi

finora pubblicati l'efficacia verso placebo è risultata peraltro abbastanza modesta e ai limiti della significatività statistica. Tra gli SRI sono considerati di scelta nell'allattamento al seno Sertralina, Paroxetina e Escitalopram come si evince dai loro indici di sicurezza: RID (*Relative Infant Dose* < 10%) e M/P (*Milk/Plasma Ratio* < 1), riportati da LactMed US Database (2025). L'allattamento al seno è considerato protettivo rispetto a quello in formula per evitare l'insorgenza di una sindrome da disadattamento (*Neonatal Adaptation Syndrome - NAS*) osservata in neonati di madri trattate con SSRI e altri AD; la NAS insorge entro 3-4 giorni dal parto e si risolve spontaneamente entro 1- 2 settimane; solo nel 3% di neonati è stato segnalato un distress respiratorio, prevalentemente in quelli pretermine. È auspicabile che le conoscenze di base nell'area della *psicofarmacoterapia perinatale* siano sempre più patrimonio comune non solo per gli specialisti in psichiatria ma anche per i colleghi della medicina generale, ginecologi e neonatologi spesso consultati dai loro assistiti per ottenere informazioni e consigli sulla sicurezza di terapie che prevedono l'uso di psicofarmaci nel periodo perinatale. La necessità di affrontare la gravidanza in buona salute fisica e mentale riguarda non soltanto la neomamma ma anche la salute del feto, il decorso della gestazione e la salute del neonato anche a lungo termine. Studi di *fetal programming* suggeriscono che i nove mesi passati dal feto nell'utero materno sono il periodo in cui si sviluppano le basi biologiche di quanto potrà accadere negli anni successivi della sua vita extrauterina. Trattare o non trattare la DM, come altri disturbi psichici in gravidanza, non è una scelta neutra ma implica rischi che spesso sono percepiti solo per i farmaci, ma non per la condizione psicopatologica, anche quando sono farmaci ritenuti necessari e sicuri. È tempo che la *Psichiatria Perinatale* non sia più considerata una specialità “di nicchia” ma una materia fondamentale della Medicina di Genere, come testimoniato da un editoriale pubblicato sul *British J. Psychiatry* (2016): *Perinatal Psychiatry: A new specialty or everyone's business?*

Il bisogno di aggiornamento in questa materia anche nel nostro Paese è una priorità per la salute mentale delle donne che soffrono di disturbi psichici nel periodo perinatale affinché l'assunzione di una terapia farmacologica, seppure considerata efficace e sicura, non divenga motivo di ulteriore turbamento e sofferenza.

Referenze bibliografiche:

Bellantuono C. (2025). *Psicofarmacoteratofobia. Quando la terapia diventa un incubo*. Alpes Italia- Roma
 Bellantuono C. (2024). *La Terapia Farmacologica della Depressione in Gravidanza e Post Partum*. Alpes Italia-Roma
 Bellantuono C. (2023). *Antidepressivi in Gravidanza e Allattamento*. In: *Psicofarmacologia della Depressione*. Minerva Medica
 Bellantuono C. (2021) *Psicofarmaci in Gravi-*

danza e Allattamento. Terza Edizione. Alpes Italia-Roma.

Bellantuono C. (2021). *Psicofarmacoterapia in Gravidanza e Allattamento*. In: *Manuale di Psichiatria Perinatale*. Fioriti Ed. Roma

CESARIO BELLANTUONO
 AMBULATORIO DEGRA-VERONA
 WWW.DEPRESSIONEGRVIDANZA.IT

Tumore alla prostata, 40.192 nuove diagnosi nel 2024: è la neoplasia più frequente nella popolazione maschile

Con 40.192 nuove diagnosi nel 2024, il tumore alla prostata è la neoplasia più frequente nella popolazione maschile. In assenza di un programma nazionale organizzato, la Lombardia e la Basilicata sono oggi le prime regioni ad aver attivato un percorso di screening strutturato e gratuito. Dal 2023 Fondazione Onda ETS riunisce Regioni e stakeholder per definire un modello nazionale coordinato e sostenibile di prevenzione e diagnosi precoce. All'ultimo tavolo interregionale "Tumore della prostata e Raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea. Prevenzione e diagnosi precoce", cui hanno partecipato stakeholder e rappresentanti di Campania, Emilia-Romagna e Veneto, le esperienze della Lombardia e della Basilicata sono state presentate come esempi virtuosi. Attivo da novembre 2024, coordinato dalle ATS (Agenzie di Tutela della Salute) ed erogato con il coinvolgimento di numerosi enti pubblici e privati (ASST, IRCCS ecc.), il programma lombardo si articola in più livelli. Primo passo è, anzitutto, la compilazione di un questionario online sul Fascicolo Sanitario Elettronico, seguito - per chi risulta idoneo - dall'esecuzione gratuita,

tramite voucher della durata di trenta giorni, del test del PSA (Antigene Prostatico Specifico) e da visita urologica per i casi a rischio, con eventuale approfondimento tramite risonanza magnetica e biopsia. I numeri aggiornati a dicembre 2025 mostrano un forte interesse della popolazione e restituiscono i primi risultati concreti: sono, infatti, circa 26.000 i cittadini che hanno compilato il questionario, di cui 20.444 risultati idonei, che hanno dunque ricevuto il "buono PSA"; tra questi, 6.996 hanno già effettuato il test del PSA; 1.122 sono i pazienti inviati a visita urologica e 98 le risonanze magnetiche proposte. Il dato più interessante riguarda la precisione del percorso: l'adozione di criteri chiari ha, infatti, permesso, di concentrare gli approfondimenti sui casi realmente a rischio, riducendo sprechi e ritardi. A dicembre 2025 è stato, inoltre, rilasciato Screen-Up, il nuovo gestionale unico regionale per tutti gli screening oncologici, che si è attivato inizialmente proprio per il percorso di screening alla prostata e che nel 2026 verrà esteso alla gestione di tutti gli screening oncologici attivi in Regione Lombardia. Attualmente, la regione sta lavorando all'espansione della

fascia di inclusione fino ai 69 anni, prevista per fine 2026, già ampliata a gennaio 2026 dai 50 fino ai 59 anni come stabilito da Delibera di Giunta Regionale 5593 del 30/12/2025. Attivo da giugno 2025, anche in Basilicata il percorso di screening si sviluppa su più livelli: questionario online, test del PSA, visita urologica e risonanza magnetica biparametrica. Gestito tramite una piattaforma informatica dedicata sul sito della Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, è rivolto alla popolazione tra i 45 e i 70 anni. I dati aggiornati a dicembre 2025 mostrano un impatto immediato del programma sulla diagnosi precoce: circa 6.500 i questionari compilati, 3.700 i PSA eseguiti, 545 le visite urologiche programmate, di cui 480 già effettuate; da queste sono derivate 260 risonanze prescritte, di cui 165 già eseguite e 35 programmate; 22 le biopsie eseguite; 9 le diagnosi positive e 3 le prostatectomie radicali già concluse. Elementi distintivi del modello lucano sono l'estensione dello screening ai cittadini tra i 45 e i 50 anni con rischio eredo-familiare e l'utilizzo dell'intelligenza artificiale per supportare la lettura delle risonanze, con l'obiettivo di ridurre la variabilità

tra radiologi, aumentare l'accuratezza diagnostica, limitare falsi positivi e quindi biopsie inutili. "Le esperienze della Lombardia e della Basilicata - primi laboratori regionali di innovazione - dimostrano - che uno screening digitale, gratuito e ben organizzato può muovere numeri importanti in pochi mesi e - dichiara Nicoletta Orthmann, direttrice medico-scientifica di Fondazione Onda ETS - guidare il paziente attraverso un percorso semplice ma rigoroso, capace di individuare precocemente i tumori clinicamente significativi". A fronte di queste prime e positive sperimentazioni, al fine di

garantire equità, standardizzazione dei protocolli e monitoraggio degli esiti, superando le differenze tra sistemi regionali, per Fondazione Onda ETS ed esperti - come riportato nel documento "Diagnosi precoce del tumore della prostata. Tavolo interregionale Veneto, Emilia-Romagna e Campania" - si rivela sempre più necessaria una regia nazionale che governi l'implementazione di uno screening organizzato, sostenibile ed efficace, attraverso un sistema strutturato di gestione e sorveglianza e la promozione di Unità prostatiche multidisciplinari come modello di rife-

rimento. "Una governance nazionale - conclude Orthmann - consentirebbe di definire indicatori comuni e di mettere in atto correzioni tempestive, evitando che l'innovazione proceda disomogenea. Al tempo stesso, l'implementazione di uno screening organizzato impone un tema di sostenibilità: la platea potenziale è ampia e il percorso è multilivello, con un forte impatto su risorse e tempi di accesso. Per questo è cruciale affiancare allo screening un sistema strutturato di gestione e sorveglianza, capace di prevenire l'eccesso di trattamento legato alla sovradiagnosi".

L'analisi del sonno con IA può predire 130 malattie con una precisione del 93%

L'analisi del sonno grazie all'intelligenza artificiale potrebbe aiutare a prevenire molte malattie. Secondo uno studio della Stanford University pubblicato su 'Nature Medicine', l'intelligenza artificiale "può apprendere il linguaggio del sonno dalle registrazioni multimodali", consentendo "un'analisi efficiente e una previsione delle patologie". Il sonno è un processo biologico fondamentale con ampie implicazioni per la salute fisica e mentale, tuttavia la sua complessa relazione con le malattie rimane poco compresa. La polisonnografia, il 'gold standard' per l'analisi del sonno, cattura fondamentali segnali fisiologici, ma è sottoutilizzata a causa di difficoltà di standardizzazione, generalizzabilità e integrazione multimodale. "Per affrontare queste sfide, abbiamo sviluppato 'SleepFm', un o strumento multimodale addestrato con un nuovo approccio di apprendimento - ricordano gli autori - L'algoritmo di 'SleepFm' è stato 'addestrato' con i dati di oltre 585mila ore di registrazione di polisonnografie di 65mila persone che hanno partecipato a diversi studi". A 'SleepFm' basta un'ora di sonno



di un soggetto per "catturare la struttura fisiologica e temporale del riposo consentendo una previsione accurata del rischio futuro di 130 malattie" con una precisione del 93%.

La maggior parte degli studi sul sonno hanno una media di partecipanti di circa 2 mila persone. SleepFm ha utilizzato un set di dati 25 volte più ampio per apprendere il 'linguaggio'

della fisiologia umana. In più ha sincronizzato le onde cerebrali, l'attività cardiaca e i segnali respiratori in un'unica rappresentazione. In poche parole, l'la sviluppata dai ricercatori di Stanford monitora come il cuore 'parla' al cervello mentre si sogna. Lo studio ha suscitato molta attenzione nella comunità scientifica, molti esperti hanno definito la precisione di 'SleepFm' "sbalorditiva", l'la 'addestrata' ha previsto il morbo di Parkinson e la demenza, ma ha inoltre previsto la

mortalità per tutte le cause e l'insufficienza cardiaca. "Supera costantemente i modelli medici tradizionali dal 5% al 17%", si legge nel lavoro scientifico.

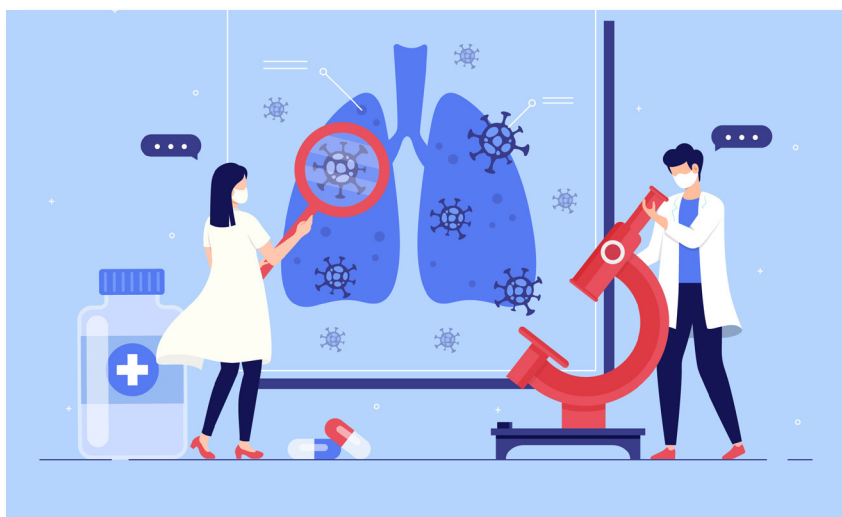
'SleepFm', utilizza un algoritmo 'Leave-One-Out', ovvero si esclude un elemento alla volta su cui poi si procederà alla sperimentazione - come ad esempio la respirazione - e si costringe il modello a ricostruirlo utilizzando gli altri. Ciò rende il modello di la sufficientemente robusto da poter

essere utilizzato in qualsiasi ambiente clinico. Il sonno, che molti definiscono uno specchio olistico della nostra salute futura, è la spia principale della longevità umana. Monitorando la sua salute e i legami con lo sviluppo di diverse patologie, l'la sta portando la Medicina del sonno in una dimensione nuova.

L'aspirina limita i danni del Covid ai polmoni.

UNA RICERCA DEL MARIO NEGRI PUBBLICATA SU FRONTIERS OF IMMUNOLOGY NE SPIEGA IL PERCHÉ

L'aspirina è uno scudo efficace contro il Covid, più precisamente è in grado di limitare la capacità del virus di legarsi alla cellula ospite e limita i danni polmonari. Lo rivela uno studio dell'Istituto Mario Negri pubblicato su *Frontiers of Immunology*. Già in passato studi del Mario Negri portati avanti durante la pandemia avevano suggerito che l'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei, come l'aspirina appunto, nelle fasi iniziali del Covid riducesse la manifestazione grave della malattia e quindi il bisogno di rivolgersi all'ospedale (*eClinicalMedicine*, 2021; *Frontiers in Medicine*, 2022; *The Lancet Infectious Diseases*, 2023). L'importanza degli antiinfiammatori non steroidei nelle fasi precoci delle malattie respiratorie era stata ribadita da uno studio indipendente pubblicato nel 2024. Ora il nuovo studio del Mario Negri prende in esame i meccanismi molecolari dell'effetto dell'aspirina sulla struttura della proteina "spike", quella che consente al virus di legarsi alle cellule dell'ospite. "Il nostro lavoro - ha spiegato Luca Perico, primo autore dello studio - ha dimostrato che concentrazioni di aspirina paragonabili a quelle che si raggiungono



nell'uomo inducono modificazioni strutturali sulla proteina spike di Sars-CoV-2 che limitano la sua capacità di legarsi al recettore Ace2 sulle cellule epiteliali". "Queste osservazioni - ha aggiunto Ariela Benigni, coordinatore delle ricerche della sede di Bergamo e Ranica - sono state fatte in cellule in coltura e in modelli sperimentali nei quali si è potuto documentare che l'aspirina riduce il danno polmonare, la fibrosi e l'infiammazione indotte dalla

proteina spike di Sars-CoV-2". "Antinfiammatori non steroidei - ha raccomandato il direttore dell'Istituto, Giuseppe Remuzzi - andrebbero assunti nelle prime fasi dell'infezione da Sars-CoV-2; seguendo comunque il consiglio del medico e mai in regime di autoprescrizione".

Boom di infezioni sessuali. Ecdc fissa paletti per profilassi post-esposizione

Boom di infezioni sessualmente trasmissibili (Ist) in Europa. "Da oltre un decennio si osserva un preoccupante aumento delle Ist batteriche nell'Unione europea/Spazio economico europeo (Ue/See), con un forte aumento delle notifiche di gonorrea, sifilide e clamidia" e "un'incidenza sproporzionata tra gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini". Rispetto al 2019, "nel 2023 i tassi di notifica sono aumentati del 16% per la clamidia, del 138% per la gonorrea e del 53% per la sifilide". Lo ricorda l'Ecdc (European Centre for Disease Prevention and Control) annunciando la pubblicazione di linee guida sulla profilassi post-esposizione con doxiciclina - la doxi-Pep - in cui valuta le attuali prove di efficacia e i rischi per la salute pubblica, fissando dei 'paletti' alla terapia per evitare che velocizzi la diffusione dell'antibiotico-resistenza: dovrebbe focalizzarsi sulla sifilide e non venire adottata come intervento di popolazione, bensì valutata individualmente, raccomanda l'agenzia.

La doxiciclina-Pep - spiegano gli Ecdc in una nota - si è affermata come potenziale strategia di prevenzione che prevede l'assunzione di una singola dose da 200 mg di doxiciclina entro 24 ore, e non oltre 72, da un rapporto sessuale senza preser-

vativo. Studi clinici hanno dimostrato che la doxiciclina-Pep è efficace nel ridurre l'incidenza di clamidia e sifilide tra gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini e tra le donne transgender con una storia di malattie sessualmente trasmissibili. Tuttavia, è improbabile che la doxiciclina-Pep riduca efficacemente l'incidenza della gonorrea nella maggior parte dei contesti europei - precisano gli esperti - a causa degli elevati livelli preesistenti di resistenza alla tetraciclina nei ceppi di *Neisseria gonorrhoeae* attualmente in circolazione nell'Ue/See, che nel 2023 erano pari al 58,4%. "Una delle principali preoccupazioni" rilevate dall'Ecdc riguarda proprio "la possibilità che la doxiciclina-Pep acceleri lo sviluppo della resistenza antimicrobica. Le prove - sottolinea - suggeriscono che un uso diffuso potrebbe portare a un aumento della resistenza non solo nei patogeni delle infezioni sessualmente trasmissibili, ma anche in altri batteri, come lo *Staphylococcus aureus*, e negli organismi commensali (batteri che vivono naturalmente sull'organismo o al suo interno senza causare danni) all'interno del microbioma umano. Ciò rappresenta un rischio sia per i singoli utilizzatori sia per la comunità in generale".

Pertanto, si legge, l'agenzia "non rac-

comanda la doxiciclina-Pep come intervento a livello di popolazione" e "raccomanda che le decisioni relative al suo utilizzo siano prese a livello individuale, in base al rischio individuale di infezione valutato da un medico". Inoltre, "se la doxiciclina-Pep viene implementata dovrebbe essere focalizzata principalmente sulla prevenzione della sifilide". E "dovrebbe essere mirata specificamente ai gruppi a più alto rischio di infezione, piuttosto che alla popolazione in generale". E poi "la doxiciclina-Pep non dovrebbe essere una misura a se stante", ma "integrata in una strategia completa per la salute sessuale che includa l'accesso a test regolari, vaccinazioni, prevenzione dell'Hiv e servizi di notifica al partner". L'Ecdc suggerisce "una rivalutazione periodica delle esigenze individuali" degli utilizzatori, che "devono essere informati sui benefici e sui potenziali rischi, inclusa l'incertezza sulla sicurezza a lungo termine e il potenziale sviluppo di resistenza antimicrobica". Infine, "una sorveglianza rigorosa è essenziale - ammoniscono gli esperti - per monitorare l'impatto della doxiciclina-Pep sull'incidenza delle Ist, sul consumo di antibiotici e sull'insorgenza di resistenza antimicrobica".

Cancro del retto, studio italiano sul Lancet: Il 25% dei pazienti può guarire senza chirurgia

Guarire il cancro del retto senza chirurgia. È possibile nel 25% dei pazienti - 1 su 4 - secondo lo studio italiano No-Cut pubblicato su 'The Lancet Oncology', che promette di cambiare la pratica clinica contro un tumore che nel mondo colpisce ogni anno 700mila persone (oltre 14mila solo nel nostro Paese) con 340mila morti (circa 5mila in Italia). Il lavoro è coordinato da ricercatori dell'ospedale Niguarda e dell'università Statale di Milano, con il sostegno dell'Airc. "Complessivamente possiamo affermare che l'approccio validato dalla sperimentazione clinica No-Cut rappresenta un progresso significativo per le persone affette da carcinoma del retto ed è una pietra miliare dell'oncologia - dichiara Salvatore

Siena, direttore dell'Oncologia Falck di Niguarda, professore ordinario di Oncologia medica nel Dipartimento di Oncologia ed emato-oncologia (Dipo) di UniMi e autore senior dello studio - I dati emersi nello studio No-Cut dimostrano infatti che, quando le terapie preoperatorie eliminano il tumore, la chirurgia può lasciare il posto a un attento follow-up, offrendo così la possibilità di guarire senza necessità di intervento. I risultati raccolti hanno infatti confermato la sicurezza di questa strategia, che è diventata un'opzione consolidata nelle linee guida terapeutiche per il carcinoma del retto". Nello studio - illustra una nota - sono stati coinvolti 180 pazienti con carcinoma del retto localmente avanzato curati con terapia neoadiuvante totale, os-

sia con 4 somministrazioni di terapia medica oncologica seguita da radio e chemioterapia. Di questi, coloro che hanno ottenuto una risposta clinica completa, ossia circa il 25%, ha potuto evitare la chirurgia del retto senza che sia aumentato il rischio di sviluppare metastasi in altri organi. I carcinomi del retto localmente avanzati, esclusi quindi gli stadi iniziali e quelli metastatici, sono circa un terzo di tutti i nuovi casi. Fino ad oggi la guarigione è possibile con una terapia multimodale comprensiva di radioterapia, terapia medica oncologica e chirurgia del retto. Ma ora quest'ultima, grazie ai risultati appena pubblicati, può essere evitata in un quarto dei casi senza compromettere la possibilità di guarigione.

Trasferiti e sostituiti cromosomi lasciando intatta la struttura.

STUDIO DI GRUPPO GUIDATO DA DOCENTE DI UDINE SU "SCIENCE"

Un gruppo internazionale di ricercatori del MRC Laboratory of Molecular Biology e del Wellcome Sanger Institute di Cambridge, guidato da Gianluca Petris - Principal Investigator della Genome Engineering & Biotechnology Unit della Fondazione Italiana Fegato e docente al Dip. Medicina Università di Udine è riuscito a trasferire, modificare e sostituire interi cromosomi umani mantenendo intatta la loro struttura. Lo studio, pubbli-

cato su Science, è considerata "una svolta decisiva per la biologia sintetica e generativa e per le future terapie genetiche avanzate". I ricercatori hanno sviluppato una tecnologia che permette di spostare cromosomi umani interi da una cellula all'altra senza danneggiarne il DNA, di modificarli in speciali "cellule fabbrica" costituite da cellule staminali embrionali di topo e di reintrodurli poi nelle cellule umane finali. Tecnicamente, in queste

cellule fabbrica, i telomeri dei cromosomi umani - strutture che, quando si accorciano, sono critiche nei processi di invecchiamento e stabilità genomica - si allungano fino a dieci volte, tornando poi spontaneamente alle lunghezze tipiche umane quando i cromosomi vengono riportati nelle cellule riceventi. È stato inoltre possibile eliminare il cromosoma originale delle cellule umane e sostituirlo con quello ingegnerizzato, completando

per la prima volta un ciclo intero di trapianto cromosomico con fedeltà genomica senza precedenti. La nuova tecnologia permette di modificare e analizzare in modo causale il genoma umano come sistema integrato, e non più solo gene per gene. È diventata più semplice valutare il contributo delle grandi regioni regolatorie, il ruolo del "DNA oscuro", e l'organizzazione tridimensionale del DNA nella cellula, spiegano i ricercatori. Inoltre, offre un modello unico per studiare le alterazioni cromosomiche tipiche del cancro, nonché i meccanismi dell'invecchiamento, incluso il comporta-

mento dinamico dei telomeri. Questo risultato apre la strada alla costruzione di cromosomi e genomi sintetici, alla progettazione di cellule con funzioni completamente nuove, a cellule e tessuti con maggiore compatibilità immunologica e resistenza intrinseca ai virus e allo sviluppo di nuove terapie genetiche capaci di affrontare anche malattie complesse e rare. La parte sperimentale della ricerca è stata condotta nel Regno Unito grazie al supporto del Medical Research Council (MRC), del Wellcome Trust e di una Marie Skłodowska-Curie European Postdoctoral Fellowship vinta

da Petris nel suo periodo all'estero. Petris oggi prosegue questa linea di ricerca in Italia alla Fondazione Italiana Fegato e all'Università di Udine, con il sostegno di finanziamenti come My First AIRC Grant (AIRC) e il programma PNRR - Giovani Ricercatori. È "un risultato che fino a pochi anni fa sarebbe stato considerato irrealizzabile e che oggi apre la strada a una nuova generazione di conoscenze e tecnologie destinate ad avere un impatto scientifico, medico, economico e sociale di grande rilievo", dice.

Luspatercept per sindromi mielodisplastiche

In Italia si stimano ogni anno, soprattutto in anziani con età superiore ai 70 anni, circa 3.000 nuovi casi di sindromi mielodisplastiche, un gruppo eterogeneo di tumori del sangue, in cui le cellule del midollo osseo non riescono a maturare in maniera corretta. L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha approvato l'estensione della rimborsabilità della molecola **luspatercept** nei pazienti adulti con anemia con necessità di emotrasfusioni dovuta a sindromi mielodisplastiche a rischio molto basso, basso e intermedio.

L'anemia grave costringe i pazienti, da un lato, a recarsi frequentemente in ospedale per sottoporsi a trasfusioni di sangue, dall'altro, ad assumere ogni giorno una terapia ferrochelante, per evitare che il ferro in eccesso danneggi organi vitali come cuore, fegato e pancreas. Luspatercept, terapia che agisce sulla eritropoiesi inefficace del midollo, cioè la mancata o insufficiente produzione di globuli rossi, **ha dimostrato di ridurre il numero di trasfusioni, con un impatto significativo sulla sopravvivenza a lungo termine e sulla qualità di vita**

e il 60% dei pazienti ha addirittura raggiunto l'indipendenza dalle trasfusioni. Con l'estensione della rimborsabilità da parte di Aifa, luspatercept cambia la pratica clinica diventando la nuova terapia di prima linea. "Nel trattamento delle sindromi mielodisplastiche a basso rischio, pochi pazienti mostrano una risposta duratura agli agenti stimolanti l'eritropoiesi - spiega Matteo Della Porta, responsabile Unità leucemie, Humanitas Cancer Center di Milano e professore ordinario di ematologia all'Humanitas University -. Circa il 30% non è candidabile a riceverli o non ne trae beneficio e per un altro 30% hanno un effetto limitato nel tempo, non superiore a un anno. Luspatercept è il primo farmaco in 40 anni a dimostrare superiorità rispetto alla epoetina alfa, agente che stimola l'eritropoiesi e per decenni terapia di riferimento, riducendo in modo sostanziale il fabbisogno trasfusionale". Nelle forme più gravi, le sindromi mielodisplastiche possono evolvere in leucemia mieloide acuta, un tumore più aggressivo.

"Nella maggior parte dei casi - pro-

segue Della Porta -, le cause della malattia sono sconosciute, perché non è noto il meccanismo che dà il via al processo di modifica del Dna di una delle cellule staminali del midollo osseo. Vi sono anche forme secondarie, legate all'esposizione a fattori di rischio professionale, ad esempio a sostanze chimiche come benzene, piombo o solventi. Inoltre, alcuni pazienti possono sviluppare la malattia in seguito a precedenti trattamenti con chemioterapia o radioterapia, utilizzati per curare altre neoplasie".

Morbillo: dal 2000, 59 milioni di vite salvate dalle vaccinazioni.

DA INIZIO MILLENNIO -71% DI CASI, CONTAGI IN SALITA DOPO COVID

Tra il 2000 e il 2024 le misure di prevenzione del Morbillo, in particolare le vaccinazioni, hanno consentito di evitare quasi 59 milioni di decessi. Tuttavia, i progressi si stanno fermando e negli ultimi anni i casi di Morbillo sono aumentati nuovamente. Sono alcuni dei dati che emergono dal rapporto epidemiologico dedicato alla malattia realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms). "Il Morbillo è il virus più contagioso al mondo e questi dati mostrano ancora una volta che sfrutterà qualsiasi lacuna nelle nostre difese collettive contro di esso", ha dichiarato in una nota il direttore generale dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus. Secondo l'analisi, nel 2024, sono stati registrati nel mondo 11 milioni di casi di Morbillo: è il 71% in meno rispetto al 2000, tuttavia dal 2019 si è osservata una nuova crescita con un aumento dell'8% dei casi (circa 800 mila contagi in più). Questa ripresa è stata alimentata soprattutto dalla crescita delle infezioni nella Regione del Me-

diterraneo Orientale dell'Oms (+86% dei casi dal 2019), in quella europea (+47%) e nel Sud-Est asiatico (+42%). In particolare, nel 2024, 59 Paesi hanno riportato importanti focolai di Morbillo, 1 in più rispetto all'anno prima, ma un numero significativamente maggiore rispetto ai 37 del 2022 e i 21 del 2021. Il numero dei decessi ha visto invece un calo costante: si è passati dai 777 mila del 2000 ai 107 mila del 2019 per arrivare a 95 mila del 2024. Quanto alle vaccinazioni, dopo il crollo nel periodo pandemico, a partire dal 2022 si è osservato una importante ripresa e, nel 2024, si è raggiunto il 76% di copertura con due dosi. "Il Morbillo non rispetta i confini, ma quando ogni bambino in ogni comunità viene vaccinato contro di esso, si possono evitare costosi focolai, si possono salvare vite e questa malattia può essere eliminata da intere nazioni", ha concluso Tedros. La Gran Bretagna è uno dei sei paesi in Europa e Asia centrale che, secondo l'Oms, non sono più liberi dal

morbillo.

Gli altri paesi sono Spagna, Austria, Armenia, Azerbaigian e Uzbekistan. Il Regno Unito aveva eliminato la malattia tra il 2021 e il 2023, ma il recente aumento del numero di casi registrati - 3.681 nel 2024 - e l'aumento del numero di epidemie e decessi hanno portato a un ripensamento. Nei sei anni tra il 2019 e il 2025 si sono verificati 20 decessi per morbillo, lo stesso numero dei 19 anni tra il 1999 e il 2018. Medici ed esperti di sanità pubblica hanno affermato che la decisione dell'Oms riflette la diminuzione della vaccinazione MPR (morbillo, parotite e rosolia) nel Paese, collegata all'esitazione vaccinale e alla difficoltà dei genitori a fissare appuntamenti per la vaccinazione dei propri figli. Stiamo assistendo a una crescente esitazione vaccinale sia nel Regno Unito che in molti altri Paesi, e le teorie del complotto sui social media sono un fattore determinante.

Nota AIFA – 1

NUOVE INDICAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DEGLI INIBITORI DI POMPA PROTONICA (PPI)

"L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha pubblicato l'aggiornamento della Nota 1 e 48, unificate nella Nuova Nota 1, che ridefinisce le condizioni di prescrivibilità e rimborsabilità degli inibitori di pompa protonica (IPP), con l'obiettivo di favorire un uso più mirato e sicuro di questi farmaci.

Principali indicazioni previste dalla nuova Nota:
 - Malattia da reflusso gastroesofageo (GERD): la terapia iniziale con IPP deve avere una durata di 4-8 settimane, con successiva rivalutazione clinica. Il trattamento di mantenimento è indicato esclusivamente nei casi

di recidive frequenti, sintomatologia refrattaria o malattia complicata (esofagite erosiva, stenosi), utilizzando il dosaggio minimo efficace (standard o on-demand), con follow-up clinico ogni 6-12 mesi.
 - Prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore

in pazienti in trattamento cronico con FANS, anticoagulanti, doppia antiaggregazione o corticosteroidi:

- Profilassi primaria: rimborsabile solo in soggetti in particolari condizioni di alto rischio di sanguinamento e/o perforazione gastrointestinale, e/o di età >65 anni.

- Profilassi secondaria: (anche con la sola terapia con ASA a basse dosi) sempre indicata nei pazienti con pregressa ulcera o sanguinamento da ulcera, per tutta la durata del trattamento con i farmaci di rischio.

- Ulcera peptica attiva: terapia con IPP per 4-8 settimane, con rivalutazione clinica e/o strumentale alla fine del ciclo.

- Eradicazione dell'*Helicobacter pylori*: trattamento con IPP in combinazione con antibiotici per 10-14 giorni, in pazienti con infezione documentata.

Al termine della terapia, è indicata la sospensione degli IPP in pazienti senza ulcera attiva salvo l'eventuale persistenza dell'infezione.

- Condizioni ipersecretorie (es. Sindrome di Zollinger-Ellison): terapia a lungo termine giustificata, da adattare al minimo dosaggio efficace con controlli clinici periodici.

Particolari Riflessioni:

La Nota richiama l'attenzione sull'elevata diffusione dell'uso cronico degli IPP e sottolinea la necessità di valutazioni periodiche per l'eventuale de-prescrizione, quando clinicamente possibile. Gli effetti avversi, evidenziati, di un uso prolungato non giustificato includono: infezioni gastrointestinali (*Clostridioides difficile*), disbiosi, ipomagnesiemia, deficit di vitamina B12, aumento del rischio di fratture e nefropatia cronica.

AIFA invita inoltre i medici operanti in ambito ambulatoriale o ospedaliera (in caso di dimissioni), a uniformarsi alle nuove disposizioni, che rappresentano un aggiornamento fondato su evidenze cliniche e consenso scientifico internazionale.

Un'utilissima tabella riassuntiva dei dosaggi per principio attivo e patologia è allegata alla Nota per facilitare la corretta applicazione terapeutica.

La Nota completa è consultabile sul portale ufficiale dell'AIFA: Inibitori di Pompa Protonica (IPP); AIFA introduce la Nota "N01"

L'efficacia della nuova Nota con le modalità applicative decorreranno con la prossima pubblicazione della Determina in Gazzetta Ufficiale.

TELEMEDICINA : ISCRIZIONI APERTE AL CORSO ECM PRATICO E GRATUITO

Torna disponibile il corso ECM sulla telemedicina fruibile gratuitamente tramite la piattaforma Tech2Doc per medici e odontoiatri. Il corso a distanza si compone di otto video lezioni della durata complessiva di circa 80 minuti e garantisce ai partecipanti l'ottenimento di 30 crediti Ecm.

Dopo il grande successo e il tutto esaurito dello scorso anno, la capienza per l'edizione 2026/27 è stata portata a 50mila partecipanti.

IL CORSO

Il programma è rivolto a medici e odontoiatri, e nasce con l'obiettivo di diffondere la competenza sui fondamentali principi operativi della telemedicina e permettere ai professionisti sanitari di esplorare le molteplici opportunità che offre.

Responsabile scientifico del 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.

Ciascuna delle 8 lezioni, corredate da articoli di approfondimento e infografiche scaricabili, è dedicata ad una tematica specifica: una lezione introduttiva sulla telemedicina e sei moduli sui principi operativi per eseguire le prestazioni basilari della televisita, 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.

COME ACCEDERE AL TECH2DOC

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

Il corso sarà fruibile fino al 8 febbraio 2027 tramite il portale Tech2Doc, raggiungibile via web o tramite app per smartphone, scaricabili dagli store Apple e Google. Chi non fosse ancora registrato al portale e intende usufruire dei contenuti di Tech2Doc può entrare nella piattaforma dall'indirizzo www.tech2doc.it e seguire la procedura di registrazione.

L'indirizzo diretto al corso è

<https://www.tech2doc.it/it/event/corso-ecm-fondamenti-di-telemedicina-il-medico>

Legge di bilancio 2026: ecco le principali novità per la sanità

Il 30 dicembre scorso è stata approvata definitivamente la Legge di bilancio 2026. Il testo è entrato in vigore il 1 gennaio. Ecco in sintesi le principali novità per la sanità.

Finanziamento Fondo sanitario nazionale

2,38 miliardi di euro per il 2026, 2,63 miliardi di euro per l'anno 2027 e 2,63 miliardi annui a partire dal 2028.

Prevenzione

A partire dal 2026, sono stanziati 238 milioni di euro ogni anno, per rafforzare la rete dei programmi di prevenzione e diagnosi precoce tra cui:

- estensione dello screening per il tumore della mammella alle donne d'età 45 e 49 anni e 70-74 anni
- estensione dello screening per il tumore del colon-retto alla fascia d'età 70-74 anni
- consolidamento del programma di monitoraggio del tumore polmonare
- incremento delle risorse per i vaccini
- vengono estesi i test genomici nei casi di carcinoma mammario avanzato o metastatico
- programmi di screening nutrizionale dei pazienti oncologici
- sviluppo dei test per la diagnosi della sordità e per le malattie rare
- potenziamento degli accertamenti per la diagnosi precoce della leucodistrofia metacromatica neonatale e per la malattia di Parkinson
- prevenzione e la cura delle patologie oculari cronico-degenerative e delle patologie reumatologiche

Per l'anno 2026, inoltre, si prevedono risorse aggiuntive pari a 247 milioni destinate all'ulteriore potenziamento delle misure di prevenzione.

Stanziare risorse anche per la prevenzione sanitaria legata alle patologie da inquinamento ambientale; nuovi screening neonatali; prevenzione dell'HIV e prevenzione e cura dell'obesità.

Personale SSN

Stanziamiento a regime di 450 milioni di euro annui per l'assunzione del personale sanitario da parte delle aziende e degli enti del servizio sanitario nazionale.

Previste, inoltre, le risorse necessarie per l'incremento dell'indennità di specificità sanitaria, medica e non, dell'indennità di specificità infermieristica e dell'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute.

Particolare attenzione è dedicata al personale di pronto soccorso: le Regioni possono stabilire, dal 2026 al 2029, un incremento delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale, anche in deroga ai limiti di spesa normativamente previsti.

Si estende la tassazione Irpef agevolata al 5% ai compensi per lavoro straordinario per il personale dipendente delle strutture sanitarie, delle RSA e delle altre strutture residenziali e socio-assistenziali, erogati agli infermieri dipendenti dalle strutture private accreditate.

Ricerca

Fondi per valorizzare il ruolo strategico degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, in particolare degli IRCCS e risorse per l'attività ISS del progetto Sentieri (Studio epidemiologico nazionale dei territori e degli insediamenti esposti a rischio da inquinamento).

Salute mentale

La manovra stanziava 80 milioni di euro per il 2026, 85 milioni per il 2027, 90 milioni per il 2028 e 30 milioni annui a decorrere dal 2029, per l'attuazione del Piano nazionale di salute mentale. Previste anche risorse per l'assunzione di personale sanitario e socio-sanitario dedicato, garantendo una presenza più capillare sul territorio e un sostegno concreto ai servizi di salute mentale

Potenziamento erogazione servizi sanitari sul territorio

È previsto, a decorrere dal 2026, un incremento pari a 10 milioni di euro annui delle risorse destinate alle cure palliative (in via prioritaria all'assunzione di personale), e risorse per le spese per l'Alzheimer e le altre patologie di demenza senile.

Per il triennio 2026-2028, aumentano di 2 milioni di euro annui le risorse del Fondo per l'assistenza ai bambini affetti da malattie oncologiche.

Nell'ottica del rafforzamento dei servizi sanitari, si sancisce l'integrazione stabile nel Servizio sanitario nazionale delle farmacie dei servizi.

Vengono stanziati fondi per finanziare interventi normativi per il finanziamento di interventi normativi in materia di celiachia e per il sostegno della mobilità pediatrica.

Digitalizzazione in sanità

Tra gli interventi normativi previsti dalla manovra:

- dematerializzazione della ricetta per l'erogazione dei prodotti per celiaci e all'implementazione delle infrastrutture di scambio transfrontaliero delle ricette elettroniche
- potenziamento dei servizi di telemedicina con uno stanziamento di 20 milioni di euro annui a decorrere dal 2026

Pensioni pubbliche, cosa succede dal 2026 in poi

Le recenti riforme apportate al sistema previdenziale Inps incidono non tanto sulle pensioni di oggi, ma su quelle di domani. Ecco cosa ci si deve aspettare dal 2026 in poi in tema di pensioni pubbliche.

AUMENTO GRADUALE DELL'ETÀ PENSIONISTICA

Nella legge di bilancio 2026 è entrato il tanto dibattuto aumento dell'età pensionabile di tre mesi. Avverrà gradualmente: un mese in più nel 2027 e altri due nel 2028.

Questo provvedimento non incide per i prossimi pensionamenti del 2026. In pratica nel 2026 si andrà ancora in pensione di vecchiaia con 67 anni di età, oppure in pensione anticipata con 42 anni e 10 mesi di contributi oltre a tre mesi di finestra mobile (un anno in meno le donne).

Invece l'aumento di un mese a partire dal 2027 e di due a partire dal 2028 significa che nel 2027 si andrà in pensione di vecchiaia a 67 anni e un mese e in pensione anticipata con 42 anni e 11 mesi di contributi oltre alla finestra mobile (un anno in meno per le donne) e nel 2028 di ulteriori due mesi per cui si andrà in pensione di vecchiaia a 67 anni e tre mesi e in anticipata con 43 anni e un mese di contributi.

LA PREVIDENZA COMPLEMENTARE NON CONTA

Non si potrà andare in pensione di vecchiaia anticipatamente cumulando gli importi di forme pensionistiche di previdenza complementare. Viene cancellata, infatti, la possibilità, in vigore nel 2025, di computare, su richiesta, anche il valore di una o più rendite di forme pensionistiche di previdenza complementare per il raggiungimento degli importi mensili richiesti per accedere alla pensione di vecchiaia con almeno 20 anni di contributi e se si è pienamente nel regime contributivo. Questo, infatti, è possibile, nel caso di

calcolo interamente contributivo, solo avendo raggiunto un assegno pari a tre volte l'assegno sociale (1.638 euro lordi al mese nel 2026). Chi è arrivato alla soglia della pensione anticipata, ma sceglie di restare al lavoro, potrà ancora trasformare la propria quota di contributi in un aumento immediato in busta paga. Tutto questo è in linea con il meccanismo del bonus Giorgetti (ex bonus Maroni), confermato anche in questa manovra.

TAGLI PER PRECOCI E LAVORI USURANTI

Sono stati previsti, per il futuro, un aumento dei tagli all'anticipo pensionistico per i lavoratori precoci. La manovra aumenta i tagli di 50 milioni nel 2033 e di 100 milioni dal 2034. Previsti tagli pari a 40 milioni annui dal 2033 anche al Fondo per il pensionamento anticipato per i lavoratori impegnati in mansioni usuranti come quelli impiegati alla linea catena e quelli con turni notturni che hanno lavorato in queste condizioni almeno 7 anni negli ultimi 10 o almeno la metà della propria vita lavorativa.

STOP A OPZIONE DONNA

Scatta l'addio ad Opzione donna, a causa dell'assenza di coperture finanziarie. Non si potrà più usufruire in futuro della misura ovviamente lasciando invariati i diritti già acquisiti. Il passaggio totale al calcolo contributivo, che era particolarmente svantaggioso per chi fosse andato in pensione nei primi anni della misura, adesso lo è meno perché sono pochi gli anni che la maggior parte delle lavoratrici ha nel sistema retributivo. Dal 1996 vale, infatti, il contributivo pro rata per chi non aveva 18 anni di contributi al 1995.

LA PREVIDENZA COMPLEMENTARE

Il governo sta puntando molto sulle forme di previdenza complementare.

Per i giovani neo-assunti arriva, da luglio, l'adesione automatica: avranno 60 giorni per comunicare una decisione diversa. Nel maxi-emendamento di metà dicembre che ha "riscritto" diverse parti della manovra, è previsto un aumento dal 2026 della deducibilità della previdenza complementare, con un rialzo della soglia prevista. In pratica, i contributi versati dal lavoratore e dal datore di lavoro o committente, sia volontari sia dovuti in base a contratti o accordi collettivi, anche aziendali, alle forme di previdenza complementare, saranno deducibili dal reddito complessivo fino a 5.300 euro, contro gli attuali 5.164,57.

La nuova norma modifica anche il tipo di investimento a cui destinare il Tfr in caso di silenzio-assenso: non dovrà più essere necessariamente "prudenziale" e tale "da garantire la restituzione del capitale e rendimenti comparabili al tasso di rivalutazione del Tfr", ma potrà essere differenziato in base alla durata e all'età. Sulla liquidazione del Tfs/Tfr ai dipendenti pubblici si prevede che la prima rata venga corrisposta dopo 9 mesi (invece di 12), impedendo però ai lavoratori, interessati all'anticipo solo di 3 mesi, di maturare il diritto alla detassazione del 1,5 per cento introdotta dall'articolo 24 del decreto-legge 4 del 2019 per i pagamenti effettuati oltre il dodicesimo mese.

Aumenta anche la platea delle imprese che dovranno conferire all'Inps il Tfr dei dipendenti che decideranno di non versarlo alla previdenza integrativa. Dal 2032 saranno obbligate a versarlo al fondo istituito presso l'Inps le imprese che hanno più di 40 dipendenti (e non più solo quello che ne hanno oltre 50) dovendo quindi rinunciare a tenderlo in azienda come sistema di autofinanziamento.

CLAUDIO TESTUZZA

Ivass ad assicurazioni, adeguarsi alla legge sull'oblio oncologico.

L'Ivass chiede alle compagnie assicurative di adeguarsi alla **legge sull'oblio oncologico** per **consentire a chi ha superato una malattia oncologica di accedere alle polizze senza discriminazioni**. La legge prevede, fra l'altro, il divieto di richiedere informazioni sullo stato di salute del cliente già affetto da patologie, quando sia trascorso un determinato periodo di tempo dal trattamento attivo, in assenza di recidive o ricadute della malattia. È vietato anche utilizzare le informazioni già acquisite sulle patologie pregresse per valutare il rischio dell'operazione se sono nel frattempo maturati i requisiti per l'esercizio del diritto all'oblio. Le compagnie dovranno adeguarsi entro 15 giorni dalla pubblicazione in Gazzetta. Il provvedimento Ivass

chiede così a compagnie e intermediari assicurativi di aggiornare la documentazione precontrattuale tenendo conto della legge. Sono esclusi i prodotti RC. auto, per i quali il dato sanitario riguardante la malattia oncologica risulta irrilevante.

Gli aggiornamenti sono effettuati nei moduli unici precontrattuali e nei documenti informativi precontrattuali aggiuntivi, dovrà essere inserita una sezione dedicata al diritto all'oblio oncologico, in cui si chiarisce che **le persone - guarite da più di dieci anni, 5 anni per i minori di 21 anni** oppure nel termine più breve previsto per specifiche casistiche - **non sono tenute a fornire informazioni, né a subire qualunque tipo di indagine** (come ad esempio una visita medica) **su tali pregresse**

patologie.

Le imprese e i distributori non possono raccogliere informazioni sulle pregresse patologie oncologiche, né utilizzarle per determinare condizioni contrattuali o valutare il rischio (divieto di acquisizione e utilizzo di dati sanitari); imprese e distributori sono obbligati a eliminare quelle già possedute, entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione di avvenuto oblio oncologico (cancellazione dei dati). Il Garante per la protezione dei dati personali vigilerà sul rispetto della legge mentre l'Ivass vigilerà sulla trasparenza e correttezza dei comportamenti delle imprese di assicurazione e dei distributori. Per controversie in tema di oblio oncologico è possibile presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo.

Preparati galenici per dimagrire: scatta il divieto per alcuni principi attivi

Scatta il divieto ai medici di prescrivere e ai farmacisti "di eseguire preparazioni galeniche a scopo dimagrante contenenti il principio attivo paroxetina e altri principi attivi appartenenti alla classe degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Ssri)". È questo che recita il decreto del Ministro della salute 30 dicembre 2025 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 13 del 17 gennaio 2026 a tutela della salute dei pazienti.

Paroxetina e altri principi attivi, cosa sono e come funzionano

"Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Ssri) tra cui la Paroxetina, sono una classe di antidepressivi che aumentano i livelli di serotonina nel

cervello, bloccando il suo riassorbimento (ricaptazione) nelle cellule nervose, usati per trattare depressione, ansia e disturbi ossessivo-compulsivi che possono provocare effetti collaterali anche gravi, come le disfunzioni sessuali, spiega una nota di Federfarma Verona.

"Per galenico si intende in generale un medicinale allestito nei laboratori delle singole farmacie, mentre il preparato magistrale è un farmaco personalizzato allestito dal farmacista in farmacia su specifica e obbligatoria ricetta medica, per soddisfare le esigenze terapeutiche di un singolo paziente, adattando dosaggi, ingredienti o forme farmaceutiche, come creme, sciroppi, pastiglie e altri, quando i farmaci industriali posso-

no non essere disponibili o non risultano adatti. In questo modo si garantisce una terapia su misura e personalizzata - spiega Gianmarco Padovani, vicepresidente Federfarma Verona -. Nel caso dei farmaci dimagranti visto la loro recente ampia diffusione, il legislatore richiede al farmacista preparatore di non utilizzare diversi principi attivi della categoria Ssri. Ecco che un servizio utilissimo e spesso salvavita per pazienti affetti da patologie rare, cioè la galenica, diviene strumento di tutela della salute per altri pazienti. Si raccomanda inoltre ai cittadini di non ricorrere mai alla vendita illegale di prodotti online per aggirare la legge perché il rischio può risultare davvero molto elevato".

"La nostra categoria è particolarmente attenta alle fasce di mercato attratte dai farmaci simbolo delle 'mode' del momento, dagli steroidi ai prodotti tricologici contro la caduta dei capelli fino e quelli per le diete dimagranti molto ricercati in questo periodo dell'anno quando si comincia a pensare alla prova costume, cercando purtroppo scorciatoie pericolose - conclude Padovani -. La lotta alla vendita illegale dei medicinali si pone l'obiettivo primo di salvaguardare la salute dei cittadini e solo in seconda battuta ostacolare un mercato, vietato dalla

legge, gestito da potenti organizzazioni criminali".

"La visita con conseguente ricetta medica non prescrive solo il farmaco dimagrante più idoneo, qualora sia necessario, ma indica anche necessariamente la posologia che tiene conto della massa corporea del paziente, limitando così gli effetti collaterali. Ricordo - prosegue Padovani - che questa categoria di farmaci necessita di un approccio modulare con aumento progressivo del dosaggio stabilito dal medico. Alterarne la corretta assunzione o assumerli acquistandoli

online senza prescrizione può essere molto pericoloso, come riporta purtroppo la recente cronaca veneta".

Il decreto in oggetto è stato emanato sulla base dei pareri espressi dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss), dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) e dal Consiglio superiore di sanità, tutti concordi nel ritenere necessario limitare l'impiego di questa categoria di principi attivi, esclusivamente con riferimento all'uso a scopo dimagrante, in considerazione dell'assenza di un rapporto rischio/beneficio favorevole.

Milleproroghe; ecco gli emendamenti approvati in commissione Bilancio

MEDICI IN SERVIZIO FINO A 72 ANNI, DEROGA ALLE INCOMPATIBILITÀ FINO AL 2027 E ADDIO ALLA RICETTA CARTACEA. ESCLUSI DALLA PROROGA I DOCENTI UNIVERSITARI DI MEDICINA.

I medici resteranno in servizio più a lungo, le regole sulle incompatibilità per gli operatori sanitari si allentano e la ricetta medica cartacea diventa definitivamente un ricordo. Sono questi i pilastri della rivoluzione sanitaria contenuta negli emendamenti al decreto Milleproroghe approvati il 16 febbraio in commissione Bilancio alla Camera.

Ecco di seguito gli emendamenti approvati. **Trattenere e riassumere medici già in pensione**

Si chiede di prorogare fino al **31 dicembre 2026** la possibilità per ospedali e Asl di trattenere o riassumere medici e sanitari già in pensione.

L'emendamento, composto dai commi 10-bis e 10-ter, interviene su due fronti. Il primo (**10-bis**) proroga di un anno la facoltà per Regioni e Province Autonome di conferire **incarichi semestrali di lavoro autonomo** a dirigenti medici, veterinari, sanitari e operatori socio-sanitari collocati in quiescenza, anche se non più iscritti agli albi professionali. I predetti incarichi, qualora necessario, possono essere conferiti anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale. Il cuore della norma è però il **comma 10-ter**, che estende al 2026 due stru-

menti emergenziali. Da un lato, consente alle Aziende sanitarie e al Ministero della Salute di **trattenere in servizio**, su loro richiesta, i dirigenti medici e sanitari dipendenti che abbiano superato il limite di età (65 anni). La deroga permette di spostare questo tetto **fino al compimento del 72° anno di età**.

Dall'altro, viene riconfermata la possibilità per le stesse amministrazioni di **riammettere in servizio**, sempre su istanza degli interessati e comunque non oltre il 31 dicembre 2026, il personale sanitario andato in pensione a partire dal **1° settembre 2023**. I professionisti che aderiscono dovranno optare tra il mantenere il trattamento pensionistico già in godimento o percepire la retribuzione prevista per il nuovo incarico.

Tuttavia, la proroga presenta un'importante esclusione. Rispetto alla normativa precedente, le modifiche apportate sopprimono esplicitamente i riferimenti ai **docenti universitari che svolgono attività assistenziali in medicina e chirurgia**. Ciò significa che la facoltà di trattenimento o riammissione **non sarà estesa** a questa categoria di professionisti, rimanendo quindi limitata ai soli dipendenti del Ssn e del Ministero

della Salute.

Incompatibilità professioni sanitarie
Proroga al **2027** della deroga alle incompatibilità per gli operatori delle professioni sanitarie.

Ecm triennio 2023-2025

Il termine per l'assolvimento dell'obbligo di formazione continua per il triennio 2023-2025 è **prorogato al 31 dicembre 2028**. Il triennio formativo 2026-2028 e il relativo obbligo di formazione continua hanno ordinaria decorrenza dal 1° gennaio 2026.

Laboratori SSN

Si proroga al **2026** l'adeguamento degli standard organizzativi e di personale della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale ai processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate.

Fondo disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

L'operatività del Fondo istituito per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, è prorogata per gli anni **2026, 2027 e 2028** con una dotazione finanziaria pari a 20 milioni di euro per ciascuno dei predetti anni.

Ricetta medica dematerializzata

Si rende **permanente** la ricetta medica dematerializzata.

Vaccinare non conviene

Produrre vaccini in grado di sradicare totalmente una malattia, come è avvenuto per il Vaiolo, oggi non conviene.

Nel 2018, il colosso finanziario Goldman Sachs ha pubblicato un rapporto in cui si chiedeva: «La cura dei pazienti è un modello di business sostenibile?». L'analista di quell'articolo sosteneva che il trattamento per l'Epatite C, che ha prodotto tassi di guarigione superiori al 90%, offre alle industrie farmaceutiche un ammonimento.

Nel 2015 i farmaci per l'epatite C avevano fatto guadagnare all'industria farmaceutica statunitense 12,5 miliardi di dollari, ma quella rendita è scesa a soli 4 miliardi di dollari tre anni dopo perché i pazienti che avevano bisogno di quei farmaci erano drasticamente diminuiti.

Curare i pazienti con l'epatite C aveva ridotto il numero di portatori in grado di trasmettere l'infezione ad altre persone e quindi aveva ridotto il numero di futuri clienti, e questo per le aziende farmaceutiche costituiva una sfida per la redditività futura.

Mentre i farmaci per le patologie croniche si usano per periodi lunghi o per tutta la vita, i vaccini si usano per periodi brevissimi o addirittura una sola volta.

Per questo la redditività dei farmaci è spesso doppia o tripla rispetto a quella dei vaccini e l'industria dovrebbe investire sui primi piuttosto che sui secondi.

Analoghe considerazioni ha fatto McKinsey & Co, Società Internazionale di Consulenza Manageriale che



supporta aziende, organizzazioni e istituzioni nel superare sfide complesse, che in un suo rapporto ha segnalato che la ricerca e lo sviluppo di nuovi vaccini è sottoposta a controlli normativi, di sicurezza e affidabilità che aggiunge complessità e costi aggiuntivi per cui per le aziende farmaceutiche produrre farmaci renderà di più che produrre vaccini.

Non la pensano così alcune persone, secondo le quali l'industria farmaceutica sarebbe talmente interessata a investire sui vaccini da spendere cifre considerevoli dei suoi guadagni, per corrompere medici, scienziati e governi politici, al fine di introdurre nuove campagne vaccinali.

Secondo queste persone, questi interessi sarebbero tali da indurle, addirittura, allo sviluppo di nuovi agenti infettivi contro i quali avrebbero già preparato adeguati vaccini.

La loro teoria economica è dunque all'estremo opposto di quella dei giganti economici Goldman Sachs e McKinsey & Co.

La tubercolosi è la malattia infettiva più diffusa al mondo; la malaria è al secondo posto sia per incidenza (200 milioni di nuovi casi all'anno) che per mortalità (circa 600.000 decessi l'anno) e uccide soprattutto bambini (secondo l'OMS muore di malaria un bambino sotto i 5 anni ogni minuto).

Dal 2021 esiste un vaccino raccomandato dall'OMS, **RTS,S/AS01 (Mosquirix)** prodotto da GSK.

Un secondo vaccino, l'**R21/Matrix-M**, ha mostrato un'efficacia ancora maggiore (77%) e potrebbe essere un'importante risorsa per combattere la malaria che è però diffusa nelle aree dove il reddito pro-capite è basso e così un suo uso commerciale



sarebbe meno redditizio di quello di altri vaccini.

Il mercato dei farmaci antimalarici (esclusi vaccini e diagnostica) aveva nel 2024 un valore stimato tra 1,07 e 1,13 miliardi di dollari e si prevede che nel 2025 supererà gli 1,19 miliardi di dollari. La crescita è costante, con un tasso annuo stimato tra il 3,9% e il 4,5%, e con proiezioni che puntano a circa 1,7 miliardi di dollari entro il 2034. L'Africa detiene la quota maggiore del fatturato (circa il 55%).

Il Vaccino R21/Matrix-M (prodotto dal Serum Institute of India) grazie a un accordo siglato a novembre 2025, costerà 2,99\$ per dose (rispetto ai circa 3,90-4,0\$ precedenti). Considerando il ciclo completo di 4 dosi, il costo totale per proteggere un bambino sarà di circa 11,96\$. Quello col vaccino Mosquirix (che costava 10 Euro a dose) costava a ciclo completo 40\$. Si è calcolato che salvare una vita con il vaccino R21 potrebbe costare 4200 dollari.

Il costo di un trattamento malarico in Africa costa tra i 4 ed i 40 dollari, i casi gravi possono arrivare a costare 70 dollari.

Dal punto di vista della spesa pubblica sanitaria, la vaccinazione, se mai venisse veramente condotta, sarebbe un investimento eccellente.

Ma il problema è, come sempre, economico.

Mentre il Serum Institute gestisce la

distribuzione nei paesi africani e a basso reddito, Novavax (che ha collaborato allo sviluppo del vaccino insieme al Jenner Institute dell'Università di Oxford) ha mantenuto i diritti commerciali per vendere e distribuire il vaccino nei mercati ad alto reddito (per i viaggiatori internazionali e i mi-

litari).

Potrebbe così capitare che per motivi meramente economici il vaccino sia usato più nei paesi ricchi, dove la malaria non è endemica (un uso prevalentemente preventivo con il vaccino Novavax che costa di più), piuttosto che in quelli africani dove se ne po-

trebbero trarre i maggiori benefici in termine di vite risparmiate.

Se così sarà si vedranno realizzati i suggerimenti degli analisti finanziari che sostenevano che vaccinare non conviene.

ROBERTO MORA

Al via la riforma del Servizio sanitario nazionale.

NASCONO GLI OSPEDALI DI TERZO LIVELLO E QUELLI "ELETTIVI" SENZA PRONTO SOCCORSO.

RIORDINO DISCIPLINA PER MEDICI DI FAMIGLIA E PEDIATRI

Il Consiglio dei ministri ha approvato un DDL delega (Disegno di legge di delega) che punta a **riscrivere l'architettura dell'assistenza territoriale e ospedaliera** e, più in generale, **il modello organizzativo del SSN**.

Il Decreto affida al Governo il compito di adottare entro il 31 dicembre 2026 uno o più decreti legislativi per aggiornare il decreto legislativo 502 del 1992, sul riordino della disciplina in materia sanitaria.

L'**articolo 1** chiarisce il perimetro dell'operazione: rafforzare la tutela della salute in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, nel segno di equità, continuità assistenziale e umanizzazione delle cure. La riforma dovrà nascere da un confronto istituzionale strutturato: proposta del ministro della Salute, concerto con il MEF e gli altri dicasteri competenti, intesa in Conferenza Stato-Regioni e passaggio parlamentare per i pareri delle Commissioni. È prevista anche la possibilità di decreti correttivi entro diciotto mesi dall'entrata in vigore dei testi attuativi.

Ospedale e territorio, l'integrazione come asse portante

Il cuore del provvedimento è nell'**articolo 2**, che elenca i principi e criteri direttivi. Il primo è il rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e ter-

ritorio, anche attraverso l'aggiornamento degli standard fissati dal DM 77 del 2022 sull'assistenza territoriale. L'obiettivo è superare la frammentazione dei percorsi, migliorare la gestione dell'emergenza-urgenza e costruire modelli organizzativi che consentano carriere integrate ai professionisti sanitari

Nuova mappa degli ospedali

Una parte rilevante riguarda la revisione della classificazione delle strutture ospedaliere, oggi fondata sul DM 70 del 2015. Accanto agli ospedali di base, di primo e di secondo livello, la delega introduce due nuove categorie:

- **gli ospedali di terzo livello**, strutture di eccellenza a bacino nazionale o sovranazionale, comprese quelle gestite da enti privati senza scopo di lucro o religiosi, da finanziare con risorse dedicate in base a criteri omogenei (casistica trattata, qualità, mobilità interregionale, ricerca). Questi ospedali saranno individuati secondo criteri e requisiti omogenei di livello nazionale, molto stringenti, tenendo conto, in particolare: della numerosità assoluta e del peso medio relativo ai *diagnosis-related group* (DRG) della casistica trattata dalla struttura; della positiva valutazione in merito al possesso

di elevati standard di qualità; della quota di assistiti proveniente da altre regioni; dell'attività di ricerca svolta nell'ambito della struttura e del relativo impatto in merito al trasferimento tecnologico e alla formazione degli operatori.

Già in manovra (commi da 402 a 404) era stato previsto l'avvio di un progetto sperimentale nazionale per migliorare il modo in cui gli ospedali organizzano e gestiscono l'assistenza sanitaria, puntando su innovazione, efficienza e qualità delle cure. L'iniziativa era rivolta agli IRCCS pubblici — cioè gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, che uniscono attività clinica e ricerca medica — e agli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, le strutture pubbliche che rappresentano i centri più avanzati del SSN.

- **gli ospedali elettivi**, privi di pronto soccorso, chiamati a operare in rete con l'emergenza-urgenza, nel rispetto di tempi massimi di collegamento e requisiti uniformi di sicurezza e qualità.

La delega prevede inoltre una **revisione del dimensionamento delle strutture complesse** e l'introduzione di **nuove reti assistenziali tempodipendenti e specialistiche**, incluse reti di riferimento nazionale, con l'o-

biiettivo di garantire risposte qualificate di prossimità e ridurre la mobilità sanitaria.

Appropriatezza, buone pratiche e continuità delle cure

Tra i criteri direttivi spiccano anche l'implementazione dell'appropriatezza dell'offerta ospedaliera, la definizione di standard minimi per i ricoveri e il raccordo con gli ospedali di comunità. Viene valorizzato il ruolo delle buone pratiche clinico-assistenziali e organizzative, anche attribuendo loro un peso giuridico ulteriore rispetto alla disciplina sulla responsabilità medica.

Fragilità, cronicità e cure palliative

Ampio spazio è riservato all'assistenza alle persone non autosufficienti, con la previsione di standard specifici – anche di personale – per residenzialità, semi-residenzialità e domiciliarietà, inclusa la distribuzione del farmaco a domicilio. Un capitolo specifico riguarda le cure palliative

per le patologie croniche complesse e avanzate, con l'aggiornamento degli standard assistenziali, dei volumi e degli esiti, differenziati per intensità e setting di cura.

Bioetica, integrazione sociosanitaria e salute mentale

La delega introduce anche la valorizzazione della bioetica clinica nelle aziende sanitarie, rafforzando modelli centrati sulla persona e sull'umanizzazione delle cure. Prevede criteri nazionali per rendere effettiva l'integrazione tra interventi sanitari e socio-assistenziali e un riordino dei servizi di salute mentale, neuropsichiatria infantile, dipendenze e sanità penitenziaria, nel rispetto dell'autonomia regionale ma dentro un quadro territoriale e distrettuale coerente.

Digitale e medici di famiglia

Un altro pilastro è la digitalizzazione: interoperabilità dei sistemi informativi, coordinamento nazionale e integra-

zione con l'Ecosistema Dati Sanitari, in chiave di sanità predittiva e personalizzata. Infine, la delega affronta il nodo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, prevedendo un riordino della disciplina per rafforzarne il ruolo nell'assistenza territoriale.

Le risorse e i vincoli

L'articolo 3 pone un vincolo stringente: i decreti attuativi dovranno essere a neutralità finanziaria, salvo che il Parlamento stanzi risorse aggiuntive con provvedimenti ad hoc. Una clausola che rende evidente come la portata reale della riforma dipenderà non solo dall'architettura normativa, ma anche dalle scelte di bilancio che accompagneranno l'attuazione della delega.

Ora la sfida sarà portare a casa la riforma dato che giacciono in Parlamento anche i disegni di legge delega su Testo unico della farmaceutica e Riordino Professioni sanitarie.

Accesso a Medicina: il flop annunciato di una riforma superflua.

OLTRE 90MILA MEDICI NON LAVORANO NEL SSN: IL PROBLEMA NON È LA CARENZA, MA LA FUGA

DAL PUBBLICO.

I risultati dei test di ammissione, le criticità segnalate da studenti e Università e il successivo scontro politico confermano quanto già sostenuto dalla Fondazione GIMBE in sedi istituzionali: la riforma dell'accesso a Medicina era superflua e le modalità adottate non premiano il merito. Al di là del flop, occorre avviare una profonda riflessione politica sulla scelta di formare più medici, senza attuare misure concrete per arginarne la fuga dalla sanità pubblica e restituire attrattività e prestigio alla carriera nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in particolare per i medici di famiglia e

le specialità disertate. Altrimenti continueremo ad investire denaro pubblico per laureare medici da destinare al libero mercato o all'estero.

«Dopo la caporetto dei test di ammissione - spiega Cartabellotta - la Fondazione GIMBE, al fine di informare il dibattito pubblico e le decisioni politiche, ha rivalutato numeri e dinamiche della professione medica, evidenziando gli elementi di propaganda e le criticità di una riforma che oggi richiede una vera e propria "sanatoria di Stato" per non escludere migliaia di studenti che ambiscono a diventare medici».

I dati smentiscono la narrazione della

carenza di medici in Italia. Confronti internazionali. Secondo i dati OCSE, aggiornati al 5 dicembre 2025 e riferiti a tutti i medici attivi in Italia dalla laurea al pensionamento, **nel 2023 si contavano 315.720 medici, pari a 5,4 ogni 1.000 abitanti.** Un valore superiore sia alla **media OCSE (3,9)** sia alla media dei **paesi europei (4,1)**, che colloca l'Italia in 2a posizione tra i 31 paesi che forniscono il dato. I laureati in Medicina e Chirurgia nel 2023 sono stati 16,6 per 100.000 abitanti, valore superiore alla media OCSE (14,3) e poco al di sopra della media dei paesi europei

(16,3), che posiziona il nostro Paese al 9° posto tra i 31 paesi che forniscono il dato. «Questi dati - spiega il Presidente - confermano che i presupposti della riforma non si basavano su una carenza di medici in termini assoluti, né su un numero insufficiente di laureati in Medicina e Chirurgia».

Dati nazionali nel 2023 (ultimo anno disponibile).

Medici dipendenti pubblici. Secondo il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (CA-RGS), **i medici dipendenti del SSN erano 109.024 (1,85 medici per 1.000 abitanti).**

Medici convenzionati. Secondo i dati della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), **i medici convenzionati erano 57.880, di cui 37.260 medici di medicina generale (MMG), 14.136 pediatri di libera scelta (PLS) e 6.484 specialisti ambulatoriali convenzionati.**

Medici in formazione specialistica. Secondo i dati forniti dall'Associazione Liberi Specializzandi i medici iscritti alle scuole di specializzazione erano 50.677.

Medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale. Secondo le stime della FIMMG erano circa 6.000.

Dal confronto con i dati OCSE emerge che quasi **93 mila medici** censiti in Italia, **pari al 29,4% del totale, non lavorano nel SSN**, come dipendenti o convenzionati, né risultano inseriti in percorsi formativi post-laurea. «Peraltro, considerato che i dati sono riferiti al 2023 - commenta Cartabellotta - e che pensionamenti anticipati e licenziamenti volontari sono in aumento, oggi il divario potrebbe essere ancora maggiore».

Carenze di medici nel SSN. «Il problema italiano - spiega Cartabellotta - non è rappresentato dalla mancanza di medici in termini assoluti, ma dal loro progressivo abbandono del SSN e da carenze selettive, perché sempre meno giovani scelgono la medicina generale e alcune specialità cruciali, ma poco attrattive». Per i medici di famiglia, sulla base dei dati SISAC, al 1° gennaio 2024 la Fondazione GIMBE stima una carenza di 5.575 MMG. Per i medici specialisti, la carenza può essere stimata solo analizzando i tassi di accettazione dei contratti di formazione specialistica.

Nel concorso 2025-2026, a fronte di 14.493 contratti, ne sono stati assegnati 12.248 (85%), ma con tassi di assegnazione bassi o molto bassi in aree cruciali per il funzionamento del SSN: medicina d'emergenza-urgenza, chirurgia generale, medicina di comunità e delle cure primarie, radioterapia e tutte le specialità di laboratorio. **«La soluzione per fronteggiare queste carenze selettive - chiosa Cartabellotta - non può certo essere quella di aumentare gli iscritti alle Facoltà di Medicina.** Servono invece azioni mirate e interventi straordinari per restituire attrattività alla medicina generale e alle specialità disertate dai giovani medici».

Posti programmati. Negli ultimi 10 anni accademici sono stati programmati n. 152.159 posti nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, con un trend in costante aumento. In particolare, negli ultimi 3 anni i posti a bando sono aumentati di oltre il 51% (da 15.876 a 24.026) e con la riforma Bernini nel 2025-2026 di ben 3.159 unità rispetto all'anno precedente (+ 15,1%).

Laureati. Dal 2015 al 2024 in Italia si sono laureati in Medicina e Chirurgia n. 95.533 studenti, con un trend in crescita: dai 7.396 del 2015 ai 9.497 del 2024. La media annua di laureati è aumentata da 8.961 del periodo 2015-2019 a 10.145 del 2020-2024.

Pensionamenti attesi. Secondo Agenas, tra il 2026 e il 2038 andranno in pensione oltre 39 mila medici dipendenti e tra il 2026 e il 2035 più di 20 mila medici convenzionati, pari a una riduzione media di circa 5.000 unità l'anno. **Un numero di pensionamenti che, già prima della riforma Bernini, risultava ampiamente compensato dall'offerta formativa esistente.** «I dati - spiega Cartabellotta - mostrano chiaramente che la cosiddetta "gobba pensionistica", dopo aver raggiunto il picco nel triennio 2023-2025, era destinata a ridursi progressivamente negli anni successivi. Per questo motivo, **l'aumento massiccio dei posti a Medicina non risponde a un reale fabbisogno strutturale**». A ciò si aggiunge un elemento temporale cruciale: «I nuovi medici formati con l'attuale riforma entreranno nel mercato del lavoro non prima di 9-11 anni. Questo significa che **il forte incremento degli accessi rischia di**

produrre, nel medio-lungo periodo, un numero di laureati superiore alle reali capacità di assorbimento del SSN, aprendo una nuova stagione di pletora medica, già sperimentata in passato e associata a scarsa valorizzazione professionale e lavoro sottopagato».

«La riforma Bernini - spiega Cartabellotta - è stata lanciata con slogan populistici: "abolizione del numero chiuso", "stop al test d'ingresso", "offerta formativa d'eccellenza". E ha puntato su una selezione basata su esami di merito da sostenere dopo un semestre filtro di formazione su tre materie: biologia, chimica e fisica. Ma nei fatti il numero "chiuso" non è mai stato abolito e sono state concentrate almeno 450 ore di lezioni e studio in soli 60 giorni, con didattica prevalentemente a distanza e scarsa interazione con i docenti. Il tutto culminato in un triplice esame universitario svolto in un contesto di concorrenza tossica, con tre prove consecutive (87 secondi a domanda), intervallate da una pausa di 15 minuti».

L'ipotesi oggi sul tavolo è l'adozione di una graduatoria nazionale che includa tutti i candidati fino all'esaurimento dei posti disponibili, demandando ai singoli atenei il recupero dei debiti formativi. «Una sanatoria - commenta il Presidente - che certifica il fallimento della riforma Bernini: dall'ambiziosa pretesa di una selezione basata sul merito all'inevitabile compromesso del "6 politico". Con tempi talmente compressi da costringere a chiudere un occhio, se non entrambi, sul reale livello di preparazione degli studenti». Al di là delle soluzioni tampone, la riforma resta un cantiere aperto, alla ricerca di un equilibrio tra programmazione del fabbisogno di medici e una selezione meritocratica, equa e trasparente. «Per realizzare un sistema di accesso coerente con i bisogni del SSN - aggiunge Cartabellotta - la Fondazione GIMBE propone alcune azioni correttive, indispensabili per evitare che i costi economici e sociali della riforma superino i benefici». Tra le priorità: garantire supporto economico e logistico agli studenti del semestre filtro; rivedere tempi e modalità delle prove, affiancando ai quiz strumenti in grado di valutare le attitudini alla professione medica; raffor-

zare sicurezza e uniformità delle selezioni. Ma soprattutto, è indispensabile un coinvolgimento stabile di tutti gli stakeholder, sotto la regia congiunta di MUR e Ministero della Salute, evitando approcci unilaterali e soluzioni "muro contro muro".

«La riforma Bernini - conclude Cartabellotta - ha alimentato l'illusione che laureare più medici fosse la panacea per risolvere i problemi del SSN. I dati raccontano invece una realtà ben

diversa: in Italia ci sono tanti medici, che però fuggono dalla sanità pubblica, e la medicina generale e varie specialità cruciali per il sistema sono disertate perché poco attrattive. È evidente che senza interventi mirati per risolvere queste criticità la riforma rischia di utilizzare risorse pubbliche per formare una nuova pletera medica destinata al libero mercato, in una sanità dove il pubblico arretra e il privato avanza. E visto che gli obiettivi

dichiarati, migliorare la qualità della formazione e valorizzare capacità e merito, sono clamorosamente falliti, è indispensabile mettere da parte polemiche politiche e procedere in maniera costruttiva con la "riforma della riforma"».

39mila medici in pensione entro il 2038

In Italia il Sistema sanitario nazionale "sta attraversando una fase critica: mentre la popolazione invecchia, il numero di medici tende a ridursi. In quarant'anni (dal 1984 al 2024) la percentuale di over 65 è raddoppiata, aumentando dal 12,9% al 24,3%, e gli over 80 in particolare sono triplicati, passando dal 2,4% al 7,7%¹. Al contempo le stime indicano che entro il 2038, per raggiunti limiti di età, potrebbero lasciare il Ssn fino a 39mila professionisti con una concentrazione di pensionamenti (3.200 l'anno) tra 2029 e 2033. Questo scenario è aggravato dall'attuale carenza di medici, stimata a circa 16.500 unità". A fare il punto è l'analisi di GapMed, provider internazionale di servizi e soluzioni tecnologiche per il settore healthcare. "Le criticità emergono già nella formazione, dove centinaia di posti nelle scuole di specializzazione restano scoperti: tra le discipline con meno contratti assegnati ci sono Microbiologia, Virologia, Farmacologia, Tossicologia, Patologia Clinica e Radioterapia; ma anche Medicina di urgenza, Chirurgia toracica e Cure Palliative restano vuote per metà. Nel 2025 la sperimentazione del 'semestre aperto' ha introdotto significativi cambiamenti all'accesso al primo anno di Medicina e Chirurgia, con 20.864



freepik.com > Fonte dell'immagine: 13601218 > Immagine di freepik

nuovi posti (+13,7% nelle statali e +25,9% nelle private). Tuttavia - prosegue il report - parte fondamentale del problema resta la direzione scelta degli studenti, al fine di evitare che alcune specializzazioni non raggiungano numeri sufficientemente alti per colmare le lacune. Non bastano più studenti, ma servono studenti interessati a lavorare laddove mancano medici. Diventa quindi prioritaria una pianificazione delle risorse basata sul fabbisogno reale, oltre a una gestione più efficace del personale sanitario

attraverso nuovi modelli organizzativi".

"Le misure introdotte per ampliare l'accesso ai corsi di Medicina rappresentano un passo importante ma, per rispondere davvero ai bisogni del Ssn, è necessario affiancare all'attenzione per la formazione anche strumenti atti a rendere la professione più attrattiva e sostenibile nel tempo - dichiara Giacomo Baldi, medico anestesista, fondatore e Ceo di GapMed, provider internazionale di servizi e soluzioni tecnologiche per il settore

healthcare -. Possiamo intervenire in modo concreto valorizzando i medici, ma anche gli infermieri e le professioni assistenziali, fondamentali per garantire continuità di cura".

"In tredici anni, a partire dal 2005, il Ssn ha visto un ridimensionamento del personale - riporta una nota - a seguito di politiche di contenimento della spesa: in particolare, tra il 2012 e il 2018 il Ssn ha perso complessivamente quasi 25mila addetti. Nel periodo 2019-2023 si è osservato un aumento degli occupati, dovuto all'introduzione di una nuova disciplina assunzionale e di misure straordinarie di reclutamento del personale per fronteggiare l'emergenza pandemica; di conseguenza, nel 2023 il comparto della sanità ha raggiunto il valore più alto dal 2012 (circa 700mila unità). Tuttavia - continua il report - negli enti del Ssn il numero di nuove assunzioni non va di pari passo con il personale che va in pensione (il classico 'turnover') bensì esiste un limite economico: le aziende sanitarie possono assumere solo se restano dentro un certo tetto di spesa e questo ha contribuito alla carenza significativa di organico. Tra 2018 e 2025 si stima che siano andati in pensione circa 52.500 medici".

Ma qual è la distribuzione territoriale del personale del Ssn? "Il Lazio - si legge nella nota di GapMed - è la regione con meno personale dipendente - 8,7 unità per 1000 abitanti - seguita da Campania (9), Sicilia (9,4) e Molise (9,8); tuttavia restano al di sotto della media nazionale (11,9 medici per 1000 abitanti) anche Calabria, Lombardia e Puglia. Al contrario la situazione appare meno critica in Valle d'Aosta (17,7), Provincia autonoma di Bolzano (17,5) e Friuli Venezia Giulia (17,4), territori che beneficiano di assetti organizzativi e finanziari più fles-

sibili".

La fotografia delle scuole di specializzazione conferma un problema strutturale: nonostante il numero di borse in aumento, molti posti continuano a rimanere vacanti. "A settembre 2025, il tasso di assegnazione è dell'85%7, ma alcune discipline si posizionano molto più in basso per percentuale di contratti assegnati: tra queste ci sono Anestesia e terapia intensiva del dolore (81%), Anatomia patologica (79%), Malattie infettive (74%), Chirurgia generale (64%), Nefrologia (61%), Medicina d'emergenza (56%), Chirurgia toracica (56%), Medicina nucleare (45%), Cure palliative (41%). Le specializzazioni con meno medici sono Radioterapia (35%), Patologia clinica e biochimica clinica (24%), Farmacologia e tossicologia clinica (22%), Microbiologia e virologia (20%)".

"Le cause dei posti vacanti nelle scuole di specializzazione sono principalmente legate a tre fattori - aggiunge Baldi -. Il primo riguarda la qualità della vita lavorativa: turni pesanti, rischio di burn-out e forte pressione rendono poco attrattive discipline come Medicina d'emergenza, Chirurgia o Anestesia. Incidono poi le incertezze occupazionali nel Ssn e la prospettiva economica: le aree con maggior redditività nel privato e possibilità di libera professione si saturano rapidamente, mentre quelle legate quasi esclusivamente al Ssn (Microbiologia, Cure palliative, Meu) restano le meno scelte. Il risultato è un crescente disallineamento tra fabbisogno del Paese e scelte degli specializzandi, con carenze proprio nelle aree dove servirebbero più professionisti".

"Anche i numeri della fuga dal Ssn dall'Italia sono impietosi: si stima che, tra il 2000 e il 2022, quasi 180mila professionisti - di cui circa 131mila medici e 48mila infermieri - abbiano

scelto di migrare all'estero. Secondo i dati di Fnomceco - dettaglia la nota di GapMed - nel 2023 erano circa mille all'anno i medici italiani richiedenti certificati per trasferirsi all'estero. Stati Uniti, Regno Unito e Germania sono tra i paesi Ocse quelli con più professionisti sanitari formati all'estero: in particolare il Regno Unito ha ammesso nel 2023 oltre 18mila medici formati all'estero, il valore annuale più alto mai registrato e tre volte superiore al 2010. Incrementi analoghi si osservano in Irlanda e Israele. Questa migrazione contribuisce a generare incertezza nella programmazione del fabbisogno e può accentuare le carenze nei paesi d'origine".

Per valorizzare il personale sanitario nel Ssn, sono in corso interventi strutturali che riguardano l'organizzazione delle professioni sanitarie e le regole di assunzione. La riforma delle professioni sanitarie, prevista dal Ddl approvato il 4 settembre 2025, introduce misure come la trasformazione del corso di medicina generale in scuola di specializzazione, sistemi premiali legati alle performance, maggiore flessibilità per gli specializzandi, un sistema nazionale di certificazione, il rafforzamento della formazione manageriale e una revisione delle norme sulla colpa professionale. In parallelo, il decreto 'Liste di attesa' prevede l'abolizione del tetto di spesa del personale, subordinata però all'adozione dei decreti attuativi sul fabbisogno, alla compatibilità con il Fsn e ai piani triennali regionali. "Una parte della soluzione passa anche da un utilizzo più esteso della telemedicina. Inoltre, una maggiore integrazione tra medicina territoriale e Pronto soccorso possono contribuire a ridurre la pressione sulle strutture sanitarie e migliorare l'esperienza dei pazienti", conclude Baldi.

Fughe all'estero: numeri in crescita e a migrare sono i professionisti più giovani.

Sempre più giovani medici e personale sanitario migrano all'estero.

I dati raccolti e proiettati sull'intero 2025, sottolineando come l'Italia stia perdendo competenze più velocemente di quanto riesca a formarne.

In Italia nel 2025, si sono registrati numeri altissimi: 6000 infermieri e circa 4000 medici hanno ufficialmente lasciato il nostro Paese per lavorare all'estero (+33% rispetto al 2024).

Questo mentre sempre più medici formati all'estero cercano di entrare nel nostro paese.

Tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2025, l'AMSI (Associazione Medici di Origine Straniera in Italia) ha ricevuto 21.500 richieste di informazioni da parte di professionisti sanitari non italiani per migrare in Italia. Il 54% di tali richieste provenivano da medici (11.600), il 31% da infermieri (6.650) e il 15% da altri operatori sanitari (3.250). Le regioni più colpite dall'esodo medico sono Lazio, Lombardia, Veneto, Piemonte e Campania, ma il fenomeno è ormai nazionale. Il 95% degli esodi avviene verso i Paesi del Golfo (Emirati, Arabia Saudita, Qatar), dove contratti e prospettive di carriera risultano più attrattivi. A seguire Svizzera, Germania e Paesi Bassi.

Le cause principali indicate dai professionisti:

- medicina difensiva (42%),
- aggressioni e insicurezza (32%),
- carichi di lavoro insostenibili
- scarsa valorizzazione, carriere bloccate, soprattutto in chirurgia e specialità ad alta responsabilità.

Fughe all'estero: distribuzione regionale (dati aggiornati a fine 2025)

A fine 2025 (31 dicembre), come detto, le richieste di informazioni per lavorare all'estero provenienti dalle Regioni italiane hanno registrato un'ulteriore crescita, confermando i trend già emersi nei mesi precedenti. Le aree più interessate sono state

quelle con i maggiori carichi assistenziali e organizzativi, dove il malessere professionale si è tradotto più spesso nella scelta di valutare opportunità fuori dall'Italia.

Lazio: circa 2.570 richieste (di cui circa 1.710 medici, 770 infermieri, 130 tecnici)

- Lombardia: circa 1.340 richieste (circa 860 medici, 375 infermieri, 105 tecnici)
- Veneto: circa 1.285 richieste (circa 900 medici, 385 infermieri, 85 tecnici)
- Piemonte: circa 1.070 richieste (circa 750 medici, 290 infermieri, 30 tecnici)
- Campania: circa 815 richieste (circa 515 medici, 290 infermieri, 11 tecnici)

Dietro queste Regioni, con valori comunque significativi, si sono collocate Toscana, Sicilia, Sardegna, Calabria, Umbria e Trentino, a conferma di un fenomeno ormai diffuso su tutto il territorio nazionale e non più concentrato solo nelle grandi aree metropolitane.

Aggressioni agli operatori sanitari

Il fenomeno è in preoccupante aumento.

Negli ultimi dodici mesi si registra un +34% di aggressioni tra verbali e fisiche, per un totale di oltre 26.000 episodi (effettivamente denunciati). Il 60% colpisce infermieri, il 15% medici; crescono le aggressioni fisiche gravi (+18%) e nei pronto soccorso l'aumento supera il 40%. Molti casi restano non denunciati: fino a 120.000 episodi verbali e fisici sugli infermieri e 70.000 sui medici (i dati comprendono quindi il sommerso).

Trend regionali a fine 2025

L'analisi consolidata a fine 2025 conferma che l'aumento delle aggressioni contro operatori sanitari non è stato un picco temporaneo, ma un fenomeno

stabile e diffuso su tutto il territorio nazionale.

Le Regioni con maggiore pressione assistenziale e carenze strutturali hanno registrato crescita più marcate, soprattutto nei pronto soccorso e nei reparti ad alta affluenza. Proiettando sull'intero anno i trend osservati nei primi mesi del 2025, le prime dieci Regioni per incremento percentuale delle aggressioni rispetto al 2024 risultano:

- Lombardia: incremento stimato attorno al +64%, con concentrazione nelle grandi aree urbane;
- Campania: aumento di circa +61%, soprattutto nei pronto soccorso sovraffollati;
- Puglia: crescita intorno al +59%, legata ai tempi di attesa e alla carenza di personale;
- Lazio: incremento stimabile nel +58%, con picchi nelle strutture metropolitane;
- Sicilia: aumento attorno al +57%, diffuso anche nei presidi periferici;
- Veneto: crescita di circa +55%, nonostante una buona organizzazione di rete;
- Piemonte e Liguria: entrambe intorno al +54%, con episodi frequenti nei reparti di emergenza;
- Emilia-Romagna: incremento stimato nel +53%; Toscana: aumento di circa +52%;
- Calabria: crescita attorno al +51%.

Il quadro evidenzia come le aggressioni siano diventate un elemento strutturale di rischio nel lavoro sanitario: il sovraccarico dei servizi, le attese prolungate e la percezione di insicurezza alimentano tensioni che finiscono per scaricarsi sugli operatori. In molte realtà, il clima nei reparti è cambiato: più conflittualità, maggiore stress, crescente difficoltà nel garantire condizioni di lavoro sicure.

Carenze nei pronto soccorso e medicina difensiva

Nel 2025 si registra: -22% di personale medico nei pronto soccorso, carichi di lavoro insostenibili, turni coperti fino al 30% da cooperative o sostituti. Mancano 4.500-5.000 medici di emergenza, mentre la medicina difensiva cresce del 26%, con un impatto stimato di circa 10 miliardi di euro l'anno sul SSN. Un medico su due dichiara di prescrivere esami per tutelarsi.

Iscrizioni in calo nelle scuole sanitarie

Le scuole di Infermieristica segnano -11% di iscrizioni e un abbandono del 20% dopo il primo anno. Le specializzazioni più critiche restano: emergenza-urgenza, anestesia, ginecologia, ortopedia. Un segnale che conferma la perdita di attrattività del lavoro sanitario in Italia.

Cause e criticità

Tra medicina difensiva e scarsa valorizzazione economica Dall'analisi delle testimonianze raccolte emergono criticità ricorrenti. La medicina difensiva si conferma uno dei fattori più pesanti: timori legali, responsabilità mal definite e percezione di scarsa tutela inducono molti professionisti a operare con prudenza eccessiva, riducendo autonomia e fiducia reciproca tra pazienti e medici. Accanto a questo, pesa la mancata valorizzazione economica e professionale: retribuzioni ferme, progressioni di carriera lente, riconoscimenti limitati per competenze specialistiche e turni usuranti che rendono il lavoro poco sostenibile. A ciò si aggiungono procedure amministrative complesse, carenze organizzative e un clima di crescente pressione sociale sui sanitari, che alimenta disaffezione e desiderio di lasciare il sistema.

Strutture pubbliche e private - Richieste pervenute ad AMSI, da parte delle regioni, di professionisti sanitari di origine straniera.

Dati aggiornati a fine 2025 Sulla base delle indagini raccolte da AMSI e delle tendenze di crescita osservate negli ultimi anni, si evidenzia che, a fine 2025, le strutture sanitarie italiane abbiano complessivamente richiesto circa 14.400 professionisti sanitari di origine straniera, di cui circa 7.600

medici, oltre 5.200 infermieri e circa 1.600 professionisti dell'area riabilitativa e tecnica. Il fabbisogno maggiore di medici riguarda il Veneto e il Piemonte, che si collocano entrambi attorno a 860 richieste ciascuno, seguiti dalla Lombardia con circa 780 posizioni. Subito dopo compaiono la Puglia e il Lazio, entrambe attestate intorno a 690 richieste, mentre l'Emilia Romagna si ferma a circa 600 medici. La Toscana e la Campania mostrano un fabbisogno stimabile in circa 520 richieste ciascuna, mentre la Sicilia si colloca intorno alle 260 unità. In Regioni più piccole, il numero assoluto è inferiore ma significativo in proporzione alla popolazione: Umbria e Molise si attestano intorno a 345 richieste ciascuna, Abruzzo, Marche e Liguria viaggiano attorno alle 170, mentre Trentino-Alto Adige, Basilicata e Valle d'Aosta oscillano intorno a 100 richieste ciascuna. In Calabria la stima è di circa 120 medici, mentre Friuli-Venezia Giulia e Sardegna si collocano intorno alle 85 unità.

Le figure più ricercate riguardano soprattutto anestesia e rianimazione, ortopedia, medicina d'urgenza, radiologia, chirurgia, ginecologia, pediatria, cardiologia, geriatria e medicina generale, con un crescente impiego anche nei servizi territoriali e riabilitativi. Questo andamento conferma che il contributo dei professionisti sanitari di origine straniera è diventato un elemento strutturale della programmazione sanitaria regionale, indispensabile per garantire turni, copertura dei reparti e continuità assistenziale.

Valorizzare i professionisti stranieri: la proposta AMSI per snellire la burocrazia e favorire riconoscimento dei titoli

Nel quadro delle proposte, l'Amis richiama la necessità di valorizzare in modo strutturale i professionisti di origine straniera già presenti in Italia, evitando che competenze formate e integrate vengano disperse. «Serve un percorso chiaro, rapido e trasparente per il riconoscimento dei titoli, per l'accesso alle specializzazioni e per l'inserimento stabile nei servizi. Non possiamo permetterci di perdere chi ha scelto l'Italia e lavora ogni giorno nei reparti più difficili.» Snellire la burocrazia, rendere uniformi le procedure tra le Regioni e favorire

programmi di mentoring e integrazione linguistico-professionale sono indicati come strumenti concreti per trasformare la presenza dei professionisti stranieri da risposta emergenziale a pilastro del sistema.

«Quando competenze e dignità vengono riconosciute — conclude il Presidente AMSI, Aodi — crescono qualità delle cure, sicurezza dei pazienti e coesione sociale. Investire sull'integrazione professionale significa investire sul futuro della sanità pubblica.»

Le riflessioni di Aodi: Diagnosi e responsabilità condivisa

Il Prof. Aodi sottolinea che la crisi non nasce solo dai numeri: «Il sistema sta pagando anni di sottofinanziamento, mancanza di ascolto verso i professionisti e gestione emergenziale cronica. La fuga all'estero coinvolge sempre più giovani, e questo è il dato più allarmante: stiamo formando professionisti che altri Paesi valorizzano meglio di noi.» «Le aggressioni non sono "episodi isolati": sono il riflesso di un clima di sfiducia e di scarico di responsabilità sui sanitari. Servono sicurezza, educazione sanitaria e una comunicazione istituzionale che non alimenti ostilità.»

Proposte: sicurezza, incentivi, integrazione e dialogo

Le associazioni avanzano alcune priorità concrete: rafforzare sicurezza e tutela legale per gli operatori, ridurre la medicina difensiva con protocolli chiari e coperture adeguate, stabilizzare i giovani medici e valorizzarne i percorsi, investire in formazione, integrazione professionale e lavoro di squadra, riconoscere il contributo dei professionisti di origine straniera in modo strutturale. «Non chiediamo privilegi — conclude Aodi — ma un sistema che metta al centro competenze, merito, prevenzione e dialogo interculturale. La sanità è un bene comune: perderla significherebbe indebolire socialità, diritti e fiducia nelle istituzioni.» «Il 2025 appare, nei dati della rete Amis-Umem-Uniti Per Unire-Aisc_News, come l'anno con più aggressioni, più dimissioni e più fughe all'estero, a fronte di meno iscrizioni e maggiori carenze nei reparti chiave. Un segnale forte che impone scelte politiche rapide e condivise, prima che il sistema perda definitivamente capacità di risposta».

Friuli Venezia Giulia: equiparate le borse di studio per la medicina generale a quelle per le specializzazioni universitarie

La Regione Friuli Venezia Giulia ha deciso di eliminare la disparità tra le borse di studio per i medici di medicina generale a quelle per le specializzazioni universitarie. **Attualmente un medico specializzando riceve 25 mila euro all'anno, mentre chi sceglie medicina generale ne ottiene solo 12 mila.** Per colmare il divario, l'assessore regionale alla Salute Riccardo Riccardi ha stanziato 4,8 milioni

di euro in tre anni per portare la borsa di studio dei medici di medicina generale al livello di quelle universitarie. Questa **misura, operativa da subito**, punta a valorizzare il percorso regionale e a rendere la medicina generale più attrattiva, contrastando la grave carenza nazionale e regionale di medici di base, con circa **170 posti vacanti solo in Friuli Venezia Giulia e 5.500 in Italia.** La decisione è

stata condivisa con i sindacati medici all'interno di un accordo integrativo regionale.

La delibera andrà in aula la prossima settimana con la legge di stabilità. Già i giovani medici iscritti al corso Cefomed 2025/26, 35 su 40 posti disponibili, beneficeranno della borsa di studio da 25 mila euro.

Gimbe: più risorse alla sanità ma nel 2028 il contributo scende al 5,9% del Pil

SECONDO IL DDL DI BILANCIO 2026, IL FONDO SANITARIO NAZIONALE (FSN) RAGGIUNGERÀ 143,1 MILIARDI NEL 2026 E 145 MILIARDI NEL 2028. MA IN RAPPORTO AL PIL, LA QUOTA DI RICCHEZZA DEL PAESE DESTINATA ALLA SANITÀ, DOPO UN LIEVE AUMENTO NEL 2026, SCENDERÀ SOTTO LA SOGLIA "PSICOLOGICA" DEL 6% NEL 2028

Secondo il disegno di Legge di Bilancio 2026, il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) raggiungerà 143,1 miliardi nel 2026, 144,1 miliardi nel 2027 e 145 miliardi nel 2028. "Va riconosciuto al Governo – afferma Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE – il merito di aver ottenuto un rilevante incremento del FSN dal 2025 al 2026: ben 6,6 miliardi, di cui 4,2 miliardi già stanziati nelle prece-

denti manovre. Complessivamente, la Manovra 2026 assegna alla sanità 7,7 miliardi per il triennio 2026-2028: tuttavia, in rapporto al PIL, la quota di ricchezza del Paese destinata alla sanità, dopo un lieve aumento nel 2026, scenderà sotto la soglia "psicologica" del 6% nel 2028.

Inoltre, la frammentazione di misure e investimenti sembra più orientata a soddisfare i diversi attori che a de-

lineare una strategia di rilancio di un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in grave affanno. Un sistema in cui regnano inaccettabili disegualanze e dove, nel 2024, i cittadini hanno speso di tasca propria oltre 41 miliardi per curarsi e 5,8 milioni di persone hanno rinunciato a prestazioni sanitarie». Per offrire un quadro basato su dati oggettivi e contribuire al dibattito pubblico in vista della discussione

parlamentare sul DdL Bilancio 2026, la Fondazione GIMBE ha condotto sul testo bollinato dalla Ragioneria Generale dello Stato un'analisi indipendente sulle risorse assegnate alla sanità. «L'obiettivo – precisa il presidente – è verificare se, al di là delle cifre assolute, la Manovra 2026 rappresenti davvero un'inversione di tendenza, con un rilancio progressivo e strutturale del FSN, oppure se si tratti dell'ennesima illusione contabile, che abbaglia con numeri altisonanti abilmente combinati».

Il Fondo nazionale

La Manovra 2026 stanziava quindi complessivamente 7,7 miliardi: 2,4 miliardi nel 2026, 2,65 miliardi nel 2027 e 2,65 miliardi nel 2028. Considerando anche gli stanziamenti già previsti dalle precedenti manovre, il FSN raggiungerà 143,1 miliardi nel 2026, 144,1 miliardi nel 2027 e 145 miliardi nel 2028. In particolare, nel 2026 il FSN crescerà di ben 6,6 miliardi (+4,8%)

rispetto al 2025: infatti, ai 4,2 miliardi già previsti (da 136,5 miliardi nel 2025 a 140,7 miliardi nel 2026), la Manovra 2026 aggiunge ulteriori 2,4 miliardi, portando il FSN totale a €143,1 miliardi. «In termini assoluti – commenta il Presidente – l'aumento di risorse per il triennio 2026-2028 risulta sostanzialmente uniforme, senza alcun segnale di rilancio progressivo del FSN. L'auspicata inversione di rotta, ancora una volta, è rimandata alla prossima Legge di Bilancio». Dopo l'incremento del 2026, infatti, il FSN in termini assoluti si stabilizza: cresce di soli 995 milioni (+0,7%) nel 2027 e di 867 milioni (+0,6%) nel 2028. In rapporto al PIL, il FSN la quota destinata alla sanità passa dal 6,04% del 2025 al 6,16% del 2026, per poi ridursi al 6,05% nel 2027 e al 5,93% nel 2028. «In sintesi – spiega Cartabellotta – le cifre assolute per il 2026 appaiono consistenti perché includono risorse già stanziolate dalle precedenti manovre, ma la quota di ricchezza del Paese investita in

sanità, dopo il lieve rialzo del 2026, torna a diminuire».

Le previsioni di spesa

Rimane un netto divario tra l'entità del FSN e le previsioni di spesa sanitaria fissate dal Documento Programmatico di Finanza Pubblica: in rapporto al PIL, le proiezioni di spesa si attestano al 6,4% per gli anni 2025, 2027 e 2028 e al 6,5% per il 2026. In valori assoluti, il gap tra spesa prevista e risorse assegnate ammonta a 6,8 miliardi nel 2026, 7,6 miliardi nel 2027 e € 10,7 miliardi nel 2028. «Questo gap – avverte Cartabellotta – finirà inevitabilmente per pesare sui bilanci delle Regioni che, come recentemente documentato dalla Corte dei Conti, presentano conti sempre più in rosso. Per evitare il Piano di Rientro, le Regioni saranno costrette a scelte dolorose che ricadranno sui cittadini: ridurre i servizi o aumentare le tasse».

Cresce la spesa delle famiglie per la salute ed è boom di privato puro

CRESCE LA SPESA SANITARIA PRIVATA E AUMENTANO I SOGGETTI PRIVATI CHE EROGANO SERVIZI E PRESTAZIONI SANITARIE. GIMBE PROPONE UNA REVISIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E LA DEFINIZIONE DI UN SECONDO PILASTRO DAVVERO INTEGRATIVO DEL SSN

Nel 2024 la spesa sanitaria a carico dei cittadini (out-of-pocket) ammonta in Italia a 41,3 miliardi di euro, pari al 22,3% della spesa sanitaria totale: percentuale che da 12 anni supera il limite del 15% raccomandato dall'Oms come soglia oltre la quale sono a rischio uguaglianza e accessibilità alle cure. Il valore assoluto di questa spesa è cresciuta dai 32,4 mld del 2012, mantenendosi sempre tra il 21,5% e il 24,1% della spesa totale. A dare le cifre è la Fondazione Gimbe: «Con quasi un euro su quattro di spesa sanitaria sborsato dalle famiglie

oggi siamo sostanzialmente di fronte a un servizio sanitario "misto" senza che nessun Governo lo abbia mai esplicitamente previsto o dichiarato. Le rinunce alle prestazioni sanitarie sono passate da 4,1 mln nel 2022 a 5,8 mln nel 2024».

Nel 2024 secondo l'Istat 5,7 milioni di persone vivevano sotto la soglia di povertà assoluta e 8,7 milioni sotto la soglia di povertà relativa. La composizione della spesa privata è desumibile dal Sistema Tessera Sanitaria: nel 2023 (anno più recente a disposizione), i 43 mld di spesa sanitaria privata

vanno per 12,1 mld alle farmacie, per 10,6 mld a professionisti - di cui 5,8 mld odontoiatri e 2,6 mld ai medici -, per 7,6 mld al privato accreditato con il Ssn, per 7,2 mld al privato "puro" e per 2,2 mld al SSN come retribuzione della libera professione.

«Questi numeri - osserva Cartabellotta - dicono che la privatizzazione della spesa sta determinando una progressiva uscita dei cittadini dal perimetro delle tutele pubbliche, con l'acquisto sul mercato delle prestazioni necessarie».

Il boom del privato puro

L'altra faccia della medaglia nell'analisi della spesa sanitaria a carico dei cittadini è la "privatizzazione della produzione": principalmente interessa da un lato le strutture private convenzionate che forniscono servizi e prestazioni per conto del SSN e vengono rimborsate con risorse pubbliche e, dall'altro, il privato non convenzionato. Ed è in quest'ultimo settore composto di strutture sanitarie, prevalentemente di diagnostica ambulatoriale, che erogano prestazioni senza rimborso a carico della spesa pubblica, che si registra un vero e proprio exploit: tra 2016 e 2023 la spesa delle famiglie è aumentata del 137% da 3,05 mld a 7,23 miliardi, con un incremento medio di circa 600 milioni l'anno.

Rallenta il privato convenzionato

Nello stesso periodo la spesa delle famiglie per il privato accreditato è cresciuta solo del 45%; di conseguenza il netto divario tra spesa delle famiglie verso il privato "puro" e verso il privato convenzionato si è praticamente azzerato passando da 2,2 mld nel 2016 a soli 390 mln nel 2023. «Tra i fenomeni di privatizzazione - commenta Cartabellotta - la dinamica più preoccupante è dunque la velocità di crescita del privato "puro". Infatti, mentre il dibattito pubblico continua ad avvitarsi sul ruolo del privato convenzionato, la cui incidenza sulla spesa sanitaria si è addirittura ridotta, i dati documentano la crescita esponenziale della spesa out-of-pocket verso il privato-privato. Non trovando risposte tempestive nel pubblico né nel privato accreditato, chi può pagare cerca altrove ed esce definitivamente dal perimetro delle tutele pubbliche. Questo circuito, insieme all'intramoenia, rappresenta l'unica scappatoia per il cittadino intrappolato nelle liste di attesa».

Gli altri attori in campo

L'intermediazione della spesa sanitaria privata è affidata ai cosiddetti "terzi paganti", che popolano un ecosistema complesso composto da fondi sanitari, casse mutue, compagnie assicurative, imprese, enti del terzo settore e altre realtà non profit. Nel 2024, secondo i dati Istat-Sha, la spesa sostenuta da questi soggetti

ha raggiunto 6,36 miliardi, con un incremento di oltre 2 miliardi nel triennio post-pandemia. «Va ribadito - spiega Cartabellotta - che ai fondi sanitari integrativi e al welfare aziendale viene riconosciuta una defiscalizzazione il cui impatto sulla finanza pubblica non è mai stato reso pubblico, né è calcolabile. Ma che rappresenta, indirettamente, uno strumento di privatizzazione occulta, visto che dirotta risorse pubbliche prevalentemente verso soggetti privati».

Con quasi 12 milioni di iscritti nel 2023, i fondi sanitari devono rimborsare un numero crescente di prestazioni che la sanità pubblica non riesce più a garantire. E questo squilibrio ne compromette la sostenibilità: più il SSN arretra, più aumenta la richiesta di rimborsi e l'intero sistema fatica a reggere. «La sanità integrativa - avverte Cartabellotta - può funzionare solo se integra un sistema pubblico forte. Se invece è chiamata a sostituirne le carenze, rischia di affondare insieme al SSN».

Aumenta anche il numero di fondi di investimento, assicurazioni, gruppi bancari e società che, stimolati da trend di lungo periodo come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle cronicità, vedono nella sanità un settore ad alta redditività. Questi soggetti privati investono risorse nell'ambito dei propri piani aziendali come capitale di rischio, sia acquisendo quote societarie, sia stipulando partenariati pubblico-privato (PPP) con Aziende Sanitarie, Regioni e altri enti. «Se l'ingresso di capitali privati in sanità non può essere criminalizzato - avverte Cartabellotta - senza regole chiare e una governance rigorosa aumenta il rischio di sbilanciamento tra l'obiettivo pubblico della tutela della salute e quello imprenditoriale della legittima generazione di profitti». Particolarmente critica appare la relazione diretta tra investitore privato ed erogatore privato "puro", che dà vita a quel "secondo binario" totalmente sganciato dal SSN e destinato esclusivamente a chi può pagare direttamente o tramite coperture assicurative.

Quale integrazione

«In questo scenario - commenta Car-

tabellotta - caratterizzato dal progressivo arretramento della sanità pubblica e al contempo da una sregolata espansione di innumerevoli soggetti privati che perseguono obiettivi di profitto, parlare di "integrazione pubblico-privato" diventa anacronistico e oltraggioso nei confronti dell'art. 32 della Costituzione e dei principi fondanti del Servizio sanitario nazionale. Se per il nostro Paese salvaguardare un Ssn pubblico, equo e universalistico non è più una priorità, la politica abbia il coraggio di dirlo apertamente ai cittadini e gestisca con rigore i processi di privatizzazione, invece di lasciarli correre a briglia sciolta. In alternativa, si assuma pubblicamente la responsabilità di una "manutenzione ordinaria" di un modello che produce disuguaglianze, impoverisce le famiglie, penalizza il Sud e abbandona anziani e fragili. Perché è sotto gli occhi di tutti che la privatizzazione del Ssn, non programmata e non annunciata e proporzionale all'indebolimento del SSN, sta trasformando i diritti in privilegi».

Le proposte

Per invertire la rotta serve un consistente e stabile rilancio del finanziamento pubblico, un "paniere" di Livelli essenziali di assistenza compatibile con l'entità delle risorse assegnate, un "secondo pilastro" che sia realmente integrativo rispetto al SSN ed eviti di dirottare fondi pubblici verso profitti privati e alimentare derive consumistiche, un rapporto pubblico-privato governato da regole pubbliche chiare sotto il segno di una reale integrazione e non della sterile competizione. «Solo intervenendo su questi assi strategici - conclude Cartabellotta - sarà possibile restituire al Ssn il ruolo che la Costituzione gli assegna: garantire a tutte le persone il diritto alla tutela salute, indipendentemente dal reddito, dal Cap di residenza e dalle condizioni socio-culturali.

Di fronte alla malattia dovremmo essere tutti uguali, ma nella vita di tutti i giorni si moltiplicano inaccettabili disuguaglianze che un Paese civile non dovrebbe accettare».

Gimbe, “Equiparare Lea e Lep scorciatoia per accelerare attuazione autonomia differenziata”

AUDIZIONE CARTABELLOTTA IN SENATO SU DDL 1623 : “CRISTALLIZZA DISUGUAGLIANZE REGIONALI, INDEBOLISCE IL SUD E GENERA EFFETTI BOOMERANG AL NORD PER ECCESSO DI MOBILITÀ”

“I Livelli essenziali delle prestazioni (Lep) non coincidono con i Livelli essenziali di assistenza (Lea), né sul piano normativo né su quello sostanziale. La scelta del governo di equipararli, forzando l'interpretazione di una sentenza della Corte costituzionale, ha il chiaro obiettivo di accelerare l'attuazione dell'autonomia differenziata, destinata ancor più ad essere un moltiplicatore di disuguaglianze. I Lep sanitari devono essere definiti al pari di tutte le altre materie per non cristallizzare per legge differenze regionali già oggi inaccettabili, indebolire ulteriormente le Regioni del Mezzogiorno e gravare quelle del Nord con un eccesso di mobilità sanitaria”.

Cosa sono i Lea e i Lep

Questo il messaggio del presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta, audito in Commissione Affari costituzionali del Senato nell'ambito dell'esame del disegno di legge delega n. 1623 per la determinazione dei Lep. I LEP sono l'insieme delle prestazioni e dei servizi che lo Stato deve garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale per assicurare i diritti civili e sociali fondamentali delle persone, indipendentemente dalla Regione o dal Comune di residenza. I Lep sono previsti dall'articolo 117 della Costituzione, che attribuisce allo Stato la competenza esclusiva nel determinarli, anche se molte funzioni sono svolte da Regioni ed enti locali. I Lep riguardano tutti i diritti civili e sociali, ad esempio servizi sociali, istruzione, tutela della salute, trasporto pubblico locale, politiche abitative, servizi per l'inclusione sociale e lavorativa.

Le disuguaglianze regionali

A oggi i Lep non sono stati definiti, se non in maniera parziale e solo in alcuni ambiti. In sanità - sottolinea la Fondazione - qualsiasi discussione sui Lep non può prescindere da una valutazione delle attuali disuguaglianze regionali nell'erogazione dei Lea, ovvero le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o con il pagamento di un ticket.

8 Regioni inadempienti

Il monitoraggio ufficiale del ministero della Salute tramite gli indicatori del Nuovo sistema di garanzia (Nsg) fotografa profonde differenze tra le Regioni, osserva Gimbe che ricorda i dati del 2023 (ultimo anno disponibile): ben 8 Regioni risultano non adempienti ai Lea, non raggiungendo la soglia minima di 60 punti su 100 in almeno una delle 3 macro-aree (prevenzione, distrettuale e ospedaliera).

Inoltre, sommando i punteggi ottenuti nelle 3 macro-aree, a fronte di un punteggio medio di 226

punti su 300, esistono divari molto marcati: Veneto e Toscana superano i 280 punti, mentre altre Regioni non raggiungono i 200 punti, in particolare nel Mezzogiorno (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Molise, Sicilia) e in Valle d'Aosta. Infine, in ciascuna macro-area il divario tra le Regioni con le migliori performance e quelle in maggiore difficoltà supera i 40 punti, arrivando in alcune aree a scarti

Tabella 1. Punteggio totale adempimenti LEA anno 2023

Regione	Punteggio totale 2023
Veneto	288
Toscana	286
Emilia-Romagna	278
Prov. Aut. Trento	278
Piemonte	270
Lombardia	257
Umbria	257
Marche	248
Friuli Venezia Giulia	235
Puglia	228
Liguria*	219
Lazio	216
Campania	206
Prov. Aut. Bolzano*	202
Molise*	193
Sardegna	192
Basilicata*	189
Abruzzo*	182
Calabria*	177
Sicilia*	173
Valle d'Aosta*	165

Quartili ≤192 >192 e ≤219 >219 e ≤257 >257

*Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

ancora maggiori, con criticità soprattutto sull'assistenza territoriale e sulla prevenzione, concentrate soprattutto al Sud. "Tenendo conto che il Nsg fornisce solo un quadro generale sull'adempimento dei Lea, ma non misura l'effettiva qualità dell'assistenza erogata né tantomeno l'effettiva esigibilità del diritto costituzionale alla tutela della salute, l'entità delle diseguglianze regionali e territoriali è largamente sottostimata", rimarca Cartabellotta.

La sanità e l'autonomia differenziata

"Il Ddl 1623 è uno step fondamentale per l'attuazione dell'autonomia differenziata", sostiene la Fondazione Gimbe che già durante l'iter legislativo della riforma - evidenza Cartabellotta - aveva richiesto di espungere la tutela della salute dall'elenco delle materie trasferibili alle Regioni, perché destinata a legittimare normativamente i divari tra Nord e Sud, concretizzando un'inaccettabile violazione del principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nell'esercitare il diritto alla tutela della salute. Ora - analizza Gimbe - il Ddl 1623 propone di escludere la tutela della salute dalle materie per cui determinare i Lep, sostenendo, sulla base della sentenza n. 192/2024 della Corte costituzionale, che in sanità i Lea assolvano già a tale funzione. Una tesi che per la Fondazione consegue a "una lettura forzata della giurisprudenza costituzionale, funzionale solo ad accelerare l'attuazione dell'autonomia differenziata". Infatti "nella sentenza n. 192/2024 - puntualizza Cartabellotta - il riferimento ai Lea ha natura meramente esemplificativa, ma non equipara formalmente i Lep sanitari ai Lea, né supera la distinzione terminologica tra i due concetti, perché farlo significherebbe confondere il principio sancito dai Lep con lo strumento operativo rappresentato dai Lea". Un altro nodo centrale per Gimbe riguarda il finanziamento.

"Il Fabbisogno sanitario nazionale - rammenta Cartabellotta - viene ripartito alle Regioni in base alla popolazione residente, in parte pesata per età. Per finanziare i Lep sanitari, invece, le risorse pubbliche dovrebbero coprire i costi necessari per garantirli in modo uniforme su tutto il territorio nazionale". Tuttavia, "oggi nessuno è in grado di quantificare in tempi brevi il costo ne-

Tabella 2. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi 2023 per le tre macro-aree

AREA PREVENZIONE		AREA DISTRETTUALE		AREA OSPEDALIERA	
Regione	Punteggio	Regione	Punteggio	Regione	Punteggio
Prov. Aut. Trento	98	Veneto	96	Prov. Aut. Trento	97
Veneto	98	Toscana	95	Toscana	96
Emilia-Romagna	97	Piemonte	90	Veneto	94
Lombardia	95	Emilia-Romagna	89	Emilia-Romagna	92
Toscana	95	Liguria	85	Marche	91
Piemonte	93	Marche	83	Piemonte	87
Umbria	93	Prov. Aut. Trento	83	Lombardia	86
Friuli Venezia Giulia	81	Prov. Aut. Bolzano	82	Lazio	85
Valle d'Aosta	77	Friuli Venezia Giulia	81	Puglia	85
Marche	74	Umbria	80	Umbria	84
Puglia	74	Lombardia	76	Abruzzo	83
Basilicata	68	Molise	73	Liguria	80
Calabria	68	Campania	72	Sicilia	80
Sardegna	65	Puglia	69	Friuli Venezia Giulia	73
Lazio	63	Lazio	68	Campania	72
Campania	62	Sardegna	67	Basilicata	69
Molise	58	Basilicata	52	Calabria	69
Prov. Aut. Bolzano	58	Abruzzo	45	Molise	62
Abruzzo	54	Sicilia	44	Prov. Aut. Bolzano	62
Liguria	54	Calabria	40	Sardegna	60
Sicilia	49	Valle d'Aosta	35	Valle d'Aosta	53

Nota: in grassetto le 8 Regioni del Mezzogiorno



cessario per assicurare in tutto il Paese, ad esempio, pronto soccorso non affollati, tempi di attesa ragionevoli per esami e visite specialistiche o una rete territoriale funzionante", nota la Fondazione. "E allora - afferma Cartabellotta - vista l'impossibilità di finanziare i costi effettivi dei Lep sanitari con l'attuale disponibilità di risorse, l'Esecutivo rinuncia a definirli e imbocca la scorciatoia di equipararli ai Lea, con il solo scopo di accelerare l'autonomia differenziata. Una scorciatoia che renderebbe giuridicamente accettabili le diseguglianze regionali nell'esigibilità del diritto alla tutela della salute".

[Gimbe: più risorse alla sanità ma nel 2028 il contributo scende al 5,9% del Pil](#)

Nuovi diritti ma zero risorse

"In molte aree del Paese - continua il presidente - già oggi i cittadini non riescono a ottenere servizi e prestazioni sanitarie essenziali in tempi adeguati e sono spesso costretti a spostarsi in altre Regioni per curarsi. E senza la definizione dei Lep sanitari - avverte - l'autonomia differenziata non solo non ridurrà questi divari, ma li enfatizzerà,

rendendoli strutturali e legittimati giuridicamente". La Fondazione Gimbe ribadisce "la necessità di definire i Lep sanitari", perché appunto "l'equiparazione tra Lea e Lep non poggia su solide basi giuridiche e tecniche e si fonda su una interpretazione forzata della sentenza della Corte costituzionale n. 192/2024 volta ad accelerare l'attuazione dell'autonomia differenziata". Ammonisce Cartabellotta: "Con questa scorciatoia il rischio concreto è di proclamare nuovi diritti senza le risorse per garantirli. Infatti, qualora definiti, i Lep sanitari dovrebbero essere finanziati, ma con l'attuale livello di sottofinanziamento del Ssn le risorse sarebbero largamente insufficienti per renderli realmente esigibili dai cittadini. Ma soprattutto questa scelta legittimerebbe normativamente la mancata esigibilità del diritto alla tutela della salute, trasformando l'autonomia differenziata in un moltiplicatore di diseguglianze. Con ulteriore indebolimento delle Regioni del Mezzogiorno ed effetti boomerang per le Regioni del Nord, che non potranno più gestire l'ulteriore incremento di mobilità sanitaria".

Ungheria, Finlandia e Danimarca, nuove mete per medici italiani in fuga dal SSN.

L'ANALISI DI MARCO MAFRICI, PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE DEI MEDICI ITALIANI IN EUROPA E NEL MONDO (AREMIEM), 'LE SOLUZIONI PER TRATTENERLI CI SONO E A COSTO ZERO'

Lasciare il proprio Paese e sceglierne un altro per fare il medico. La migrazione del personale sanitario è un fenomeno che non conosce crisi. Secondo l'ultimo rapporto sul tema dell'Oms Europa, tra il 2014 e il 2023 il numero di medici formati all'estero impiegati nei sistemi sanitari europei è cresciuto del 58%, mentre quello degli infermieri è aumentato del 67%. Nello stesso arco di tempo gli arrivi annuali di medici sono quasi triplicati e quelli degli infermieri sono quintuplicati. L'Italia resta al tempo stesso Paese di origine e di destinazione: secondo il report, da un lato continua a formare professionisti che scelgono di emigrare verso mercati più attrattivi, soprattutto nel Nord Europa; dall'altro, negli ultimi anni, è diventata un polo di attrazione per personale proveniente dall'Est Europa, in particolare infermieri.

Per i medici italiani che hanno le valigie pronte quali sono oggi i Paesi più attrattivi e per quali motivi? "Oggi esiste una carenza di medici generale in Europa e fuori dall'Europa. Esiste anche un grave problema sul tema spesa sanitaria in tanti Paesi europei che sono costretti a stringere la cinghia, penso alla Francia, la Spagna, l'Italia, l'Inghilterra. Al contrario esistono Paesi del Nord-Est Europa che cominciano a essere più interessanti da un punto di vista economico, salario/costo della vita, e penso all'Ungheria, la Finlandia, la Danimarca, l'Olanda - spiega all'Adnkronos Salute Marco Mafri, presidente dell'Associazione dei medici italiani in Europa e nel mondo (AreMiem) - Tra i Paesi anglofoni Irlanda, Australia e Usa rappresentano una meta molto gettonata, anche se in questi ultimi due Paesi è necessario un percorso lungo e duro

per ottenere i titoli per esercitare la professione. Negli ultimi anni la meta Emirati Arabi, Dubai, è diventata molto attrattiva, ma bisogna fare i conti con usi, costumi e clima che sono molto diversi dalle abitudini europee e il rischio è sulla capacità di fare un progetto a lungo termine".

Le soluzioni per trattenere i giovani medici in Italia "esistono e sono a costo zero", è convinto l'esperto. "L'Italia ha grandi margini di miglioramento, ma deve iniziare questo processo di cambiamento", avverte. Non c'è una stima precisa dei medici italiani che lavorano in altri Paesi, ma secondo l'Associazione medici di origine straniera in Italia (Amsi), in 5 anni più di 5.000 medici e 1.000 infermieri italiani hanno fatto richiesta di trasferirsi.

I padri veronesi della medicina

RASSEGNA STORICO-ETICA

Luigi Messedaglia: medico, politico, letterato

GIAMPAOLO TRENTINI
NICOLÒ NICOLI ALDINI
TOMMASO ROPELATO
SARA PATUZZO MANZATI

Il cognome Messedaglia occupa da lungo tempo una posizione di rilievo nella memoria storica e culturale veronese, anche in virtù dell'intitolazione a un membro della famiglia del primo Liceo scientifico cittadino in ordine cronologico (1923). Angelo Messedaglia rappresenta una figura di assoluto primo piano: economista di straordinaria autorevolezza, godette di una reputazione che travalicò ampiamente l'ambito locale, affermandosi a livello nazionale e internazionale. Tuttavia, la rilevanza della famiglia Messedaglia non si esaurisce nella sua persona, estendendosi a una costellazione di figure che operarono in ambiti differenti, ma accomunate da una marcata vocazione intellettuale e civile.

Tra queste emerge Giacomo Bartolomeo Messedaglia, noto come Messedaglia Bey, esploratore e militare, la cui biografia si caratterizza per una significativa poliedricità. In qualità di colonnello dell'esercito egiziano, partecipò attivamente alla campagna contro il mahdismo, movimento di natura religiosa e politica che segnò profondamente la storia del Sudan tardo-ottocentesco. Parallelamente all'esperienza militare, Messedaglia Bey coltivò un interesse profondo e sistematico per l'esplorazione geografica e la cartografia: la sua opera più rilevante, dedicata alla mappatura del Sudan, costituì un contributo di primaria importanza alla conoscenza geografica di quella regione, collocandosi pienamente nel quadro delle esplorazioni scientifiche europee in

Africa nel XIX secolo. Un ulteriore rappresentante di rilievo della famiglia fu Paolo Messedaglia, medico specialista in oftalmologia e chirurgo di riconosciuta competenza, che ricoprì l'incarico di primario presso l'ospedale cittadino, inserendosi autorevolmente nel contesto della medicina clinica veronese tra Otto e Novecento.

Suo figlio Luigi Messedaglia si configura tuttavia come la personalità più complessa e articolata dell'intera famiglia. Medico di formazione, si distinse in una pluralità di ambiti scientifici, culturali e civili, sviluppando un percorso intellettuale difficilmente riconducibile a un unico profilo disciplinare. La vastità della sua produzione testimonia tale versatilità: autore estremamente prolifico, Luigi Messedaglia pubblicò circa seicento lavori tra articoli, trattati e opuscoli, successivamente raccolti in una bibliografia da lui stesso curata e data alle stampe nel 1956, due anni prima della morte. La mole e la varietà di questi contributi rendono conto non solo di una intensa attività scientifica, ma anche di un costante impegno nel dibattito culturale e civile del suo tempo.

Non sorprende quindi che la sua figura sia stata oggetto di numerosi contributi biografici e celebrativi. Una prima biografia fu redatta dallo storico Antonio Scolari per il quotidiano *L'Arena*; seguirono quelle di Francesco Pellegrini, storico della medicina, pubblicata negli *Atti dell'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona*, e di Luciano Bonuzzi, anch'egli storico della medicina, che dedicò a Messedaglia ulteriori studi apparsi sia negli *Atti dell'Accademia*⁽¹⁾ sia sulla rivista *Verona Medica*. In tali contributi emerge con costanza il ricono-

scimento della spiccata poliedricità di Luigi Messedaglia, unanimemente considerata il tratto distintivo della sua personalità.

Alla luce di questa convergenza interpretativa e considerando l'analisi complessiva della sua bibliografia, è possibile individuare tre grandi filoni fondamentali della sua opera: quello medico-scientifico, nel quale si colloca il nucleo principale della sua attività; quello politico-civile, espressione di un forte impegno pubblico; e infine quello letterario e saggistico, che testimonia un interesse autentico per le dimensioni culturali e umanistiche del sapere.

Il medico

Laureatosi presso l'Università di Padova nel 1898, Luigi Messedaglia divenne allievo di Achille De Giovanni, riconosciuto caposcuola del cosiddetto "costituzionalismo" medico. Tale orientamento teorico mirava a integrare i risultati della nascente microbiologia e dell'anatomia patologica con la convinzione che la costituzione fisica dell'individuo svolgesse un ruolo non secondario nella genesi e nell'evoluzione delle malattie. Il quesito di fondo cui la medicina costituzionalista intendeva rispondere traeva origine dall'osservazione clinica secondo cui non tutti i soggetti, pur esposti al medesimo agente batterico, sviluppavano la malattia in modo analogo; ne derivava l'ipotesi dell'intervento di ulteriori fattori causali legati alla struttura somatica individuale. Nel tentativo di sistematizzare tali osservazioni, De Giovanni elaborò una classificazione fondata su tre tipi morfologici fondamentali: il primo basato sulla lunghezza degli arti, il secondo

(1) Luciano Bonuzzi, "Cultura sanitaria e promozione umana nell'opera di Luigi Messedaglia", in *Atti e memorie dell'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona*, vol. 172, Grafiche Fiorini, Verona 1998.

sull'ampiezza del torace e il terzo sulle caratteristiche della cavità addominale. In questo quadro, le acquisizioni della microbiologia (in particolare quelle dovute a Louis Pasteur e Robert Koch) potevano essere integrate e meglio correlate all'insorgenza dei quadri morbosi che l'anatomia patologica era in grado di documentare⁽²⁾. Messedaglia aderì convintamente alla dottrina del maestro, che fece propria e contribuì a diffondere, divenendone in breve tempo aiuto e successivamente primo aiuto⁽³⁾. Parallelamente intraprese una rapida carriera accademica, conseguendo dapprima la docenza in Patologia medica e successivamente in Clinica medica, incarichi che gli consentirono di sostituire frequentemente De Giovanni nelle lezioni universitarie. Tra i suoi allievi si annovera Francesco Pellegrini, che ne ricordò la notevole capacità oratoria, la disponibilità umana e le spiccate qualità di maestro e di esercitatore clinico.

Sin dagli anni della formazione, l'interesse clinico di Messedaglia si orientò in modo marcato verso la medicina sociale. Si occupò infatti di pellagra, ancilostomiasi, anemia dei minatori e tubercolosi, ovvero di quelle patologie che colpivano in misura prevalente le classi sociali più povere e marginalizzate⁽⁴⁾. Tale attenzione non rimase confinata all'ambito strettamente clinico, ma si tradusse in un impegno costante, anche sul piano politico, volto al miglioramento delle condizioni di vita e, in particolare, dell'alimentazione delle popolazioni più svantaggiate, nella convinzione che interventi in tal senso potessero ridurre significativamente l'incidenza di tali malattie.

In tale contesto si colloca la sua intensa attività pubblicistica in materia di alimentazione: Messedaglia redasse numerosi trattati e contributi dedicati alle caratteristiche di una dieta equilibrata, analizzando in dettaglio le proprietà dei singoli alimenti, dal gra-

no al mais cui riservò speciale attenzione, consapevole del ruolo centrale di quest'ultimo nel determinismo della pellagra, patologia di grande rilevanza nelle campagne veronesi. Sottolineò più volte come la malattia non fosse imputabile all'uso del cereale in sé, bensì al suo impiego esclusivo e protratto, in assenza di un'adeguata integrazione con altri alimenti tradizionali, quali il baccalà. Analoghe considerazioni furono sviluppate a proposito di altri alimenti, dalle melanzane ai fagioli, fino al vino, del quale riteneva appropriato un consumo quotidiano moderato, ma condannava senza ambiguità l'abuso⁽⁵⁾.

Ambiti di interesse clinico furono l'endocrinologia e, in particolare lo studio dell'acromegalia. La formazione e l'attività medica di Messedaglia si arricchirono inoltre dell'esperienza maturata come colonnello medico della Croce Rossa Italiana, incarico che egli svolse nel corso della Prima guerra mondiale, contribuendo in modo significativo all'assistenza sanitaria in ambito bellico.

Il politico

Nel 1909, in occasione della XXIII legislatura, Luigi Messedaglia fu eletto per la prima volta deputato al Parlamento del Regno. Da questo momento abbandonò progressivamente l'esercizio della professione medica per dedicarsi in larga misura all'attività politica, senza tuttavia interrompere l'interesse per gli studi umanistici, che lo accompagnarono stabilmente per il resto della vita. Nel corso di questa prima esperienza parlamentare, come risulta dalla documentazione disponibile sul sito storico della Camera dei deputati, Messedaglia intervenne ripetutamente su temi di rilevanza sanitaria e sociale, con particolare attenzione alla tutela della salute delle classi più svantaggiate. Sostenne con forza che, «quando lo Stato e i pubblici poteri entrano vigo-

rosamente nella via della lotta, secondando gli sforzi e le iniziative locali, le malattie che vanno soprattutto a danno del proletariato, come appunto la pellagra e la malaria, diminuiscono, e diminuiscono progressivamente ogni anno, parallelamente all'elevarsi delle condizioni dei lavoratori»⁽⁶⁾.

Sempre in ambito sanitario, si fece promotore della necessità di istituire un apposito organismo dedicato allo studio della patologia esotica⁽⁷⁾, nonché di avviare una lotta più efficace contro la diffusione dell'ancilostomiasi. In un ulteriore intervento parlamentare denunciò inoltre l'eccessivo e disordinato proliferare dei prodotti farmaceutici, definendo il settore un vero e proprio *mare magnum*. Accanto a tali temi, non mancarono interventi volti a sostenere lo sviluppo della sua città: Messedaglia sollecitò la costruzione della nuova stazione ferroviaria di Porta Nuova e l'adeguamento del parco dei vagoni ferroviari, giudicato insufficiente rispetto alle esigenze di crescita dell'economia veronese.

L'adozione del cosiddetto Patto Gentiloni nel 1913 (l'accordo che consentì il rientro dei cattolici nella vita politica attiva) determinò tuttavia un mutamento degli equilibri elettorali e impedì la sua rielezione. Allo scoppio della Prima guerra mondiale Messedaglia si collocò tra gli «interventisti intervenuti» e partecipò al conflitto in qualità di colonnello medico della Croce Rossa Italiana; per tale attività fu insignito della Croce di Guerra.

Nel 1924, durante la XXVII legislatura, fu nuovamente eletto deputato. Anche in questa fase risultano suoi interventi a favore della lotta contro la tubercolosi, nonché iniziative legislative e prese di posizione a tutela della maternità e dell'infanzia, in continuità con l'attenzione già manifestata negli anni precedenti verso le tematiche di medicina sociale.

Nel 1929 Messedaglia fu nominato

(2) Giuseppe Silvano, "Medicina a Padova nei secoli. De Giovanni, tra politica e medicina contro rabbia e tubercolosi", <https://ilbolive.unipd.it/news/mondo-salute>, 2019.

(3) Luciano Bonuzzi, "Cultura sanitaria e promozione umana nell'opera di Luigi Messedaglia", op. cit.

(4) Francesco Pellegrini, "Luigi Messedaglia", in Atti e memorie dell'AASL di Verona, vol. 133, Linotipia Veronese Ghidini e Fiorini, Verona 1958.

(5) Luciano Bonuzzi, "Cultura sanitaria e promozione umana nell'opera di Luigi Messedaglia", op.cit.

(6) XXIII Legislatura del Regno d'Italia, Atti parlamentari, p. 7907 (www.senato.it).

(7) XXIII Legislatura, del Regno d'Italia, Atti parlamentari, p. 17208 (www.senato.it).

senatore del Regno. All'epoca era in vigore lo Statuto Albertino, che prevedeva la natura vitalizia e non elettiva della carica senatoriale, conferita per nomina regia su relazione motivata di un patrocinatore, in base a una delle ventuno categorie previste dalla normativa. Messedaglia rientrò nella categoria n. 3, riservata ai deputati con almeno tre legislature o sei anni di servizio; la relazione a suo favore fu redatta dal giurista Lodovico Mortara. In Senato egli fu membro della Commissione per il giudizio dell'Alta Corte di Giustizia, della Commissione per l'esame dei disegni di legge di conversione dei decreti-legge e della Commissione per l'Agricoltura.

Il rapporto di Messedaglia con il regime fascista si configurò come complesso e problematico. Di ispirazione liberale e monarchica, egli non può essere annoverato tra i fascisti propriamente detti, pur avendo ottenuto la tessera del Partito Nazionale Fascista nel 1925, con retrodatazione al 1923. È documentata, in particolare, la sua contrarietà alla politica delle leggi razziali; per tale ragione, nel 1943, la tessera gli fu ritirata. Lo stesso Messedaglia ricostruì l'episodio in una nota in calce al lavoro n. 503 del proprio catalogo bibliografico, riferendo che l'«alto e graditissimo onore del ritiro», come egli ironicamente lo definì, sarebbe stato conseguente alla prefazione da lui redatta a un codice erbario del patrizio veneto del XVI secolo Piero Antonio Michiel. L'opera fu pubblicata anche grazie all'impegno del naturalista veronese di religione ebraica Achille Forti, al quale Messedaglia rivolgeva un «saluto commosso e riconoscente». A seguito di una segnalazione anonima indirizzata al capo del Governo, al segretario del Partito Fascista, al Ministero dell'Educazione Nazionale e al prefetto di Venezia, il provvedimento disciplinare fu reso noto tramite la stampa e la radio, con l'accusa di aver manifestato pubblicamente «sentimenti di pernicioso filosemitismo», in quanto presidente di un importante istituto di cultura. Nella medesima nota Messedaglia

ricorda inoltre un episodio singolare: nel 1934 fu rimosso dall'incarico di capo dell'Amministrazione provinciale di Verona a causa del suo stato civile di celibe; fu tuttavia reintegrato nello stesso ruolo dal prefetto di Verona nel 1943.

È infine significativo ricordare che, come egli stesso annota, «il 31 gennaio 1946 l'Alta Corte di Giustizia per le sanzioni contro il fascismo, presa in esame tutta la mia vita pubblica, mi dichiarò solennemente degno di continuare ad appartenere al Senato del Regno»⁽⁸⁾.

Il letterato

Come già evidenziato, Luigi Messedaglia fu autore di una produzione estremamente vasta e articolata, che comprende opere di indubbio valore scientifico, storico e letterario. Nell'ambito medico pubblicò studi di rilievo, tra i quali si segnalano *Forme cliniche della cirrosi epatica* (1908), *L'acromegalia* (1909), *Contributo anatomico allo studio delle individualità e Misure esterne del corpo umano, sviluppo viscerale e quadri morbosi*, questi ultimi chiaramente riconducibili all'elaborazione e alla diffusione della dottrina costituzionalista. A tali lavori si affiancano numerosi saggi dedicati all'alimentazione e, in stretta connessione con essa, testi sulle caratteristiche dei cereali e sulle pratiche agricole, come *Il mais e la vita rurale italiana* (1927) e *Per la storia dell'agricoltura e dell'alimentazione* (1932).

Dal punto di vista letterario in senso stretto, Messedaglia si configurò tuttavia principalmente come storico della medicina. In tale ambito si colloca la monografia *Gianbattista Morgagni e l'Università di Padova*, pubblicata nel 1911 in occasione del secondo centenario della nomina di Morgagni a professore di medicina teorica presso l'ateneo patavino. L'opera intendeva celebrare, come lo stesso autore affermava, «la figura dell'uomo singolarissimo che fu non solo uno dei più illustri scienziati del secolo XVIII, ma un precursore ed un riformatore, fra i maggiori che oggi saluti l'umanità

riconoscente»⁽⁹⁾.

Un'altra figura cui Messedaglia riservò particolare attenzione fu Luigi Carlo Farini, medico, patriota e successivamente protagonista della vita politica nazionale, ricoprendo gli incarichi di governatore delle Regie Province dell'Emilia, ministro dell'Interno e, per breve tempo, presidente del Consiglio dei ministri. Farini, che aveva esercitato come medico condotto a Russi, nel Forlivese, distinguendosi per l'impegno nella medicina sociale, fu oggetto dello studio *Luigi Carlo Farini medico nel suo carteggio e la medicina italiana dei suoi tempi*. Messedaglia tornò inoltre più volte su questa figura attraverso articoli pubblicati sul periodico *Il Dittatore*, testata di opinione frequentemente legata a protagonisti della politica e del giornalismo dell'epoca⁽¹⁰⁾.

Sempre nell'ambito della storia della medicina si colloca il lavoro *Note manzoniane sul gran contagio di Verona del 1630 e Francesco Pona*, nel quale Messedaglia sostenne che Alessandro Manzoni, nella descrizione della peste, si fosse avvalso in misura significativa delle osservazioni e delle narrazioni del medico veronese Francesco Pona, autore di una *Storia del gran contagio di Verona*. Lo studio si inserisce in una più ampia riflessione sul rapporto tra letteratura, storiografia e sapere medico⁽¹¹⁾.

Accanto a questi interessi, Messedaglia si dedicò anche a studi di carattere risorgimentale, alla redazione di numerose biografie, a contributi sulla campagna veronese e a scritti dedicati a poeti e pittori del territorio, confermando ancora una volta l'ampiezza e la varietà dei suoi interessi culturali. Per l'attività scientifica e letteraria svolta, egli fu socio dell'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona, della quale ricoprì la carica di presidente dal 1923 al 1927 e nuovamente dal 1937 al 1942. Fu inoltre a lungo membro dell'Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, che presiedette dal 1934 al 1945.

Nel corso della sua carriera gli furono conferite numerose e significative

(8) Luigi Messedaglia, *Bibliografia degli scritti di Luigi Messedaglia*, vol. II, 1935-1953, La Tipografica Veronese, Verona 1953.

(9) Luigi Messedaglia, «Gianbattista Morgagni e l'Università di Padova», *Nuova Antologia*, Roma 1911.

(10) Francesco Pellegrini, «Luigi Messedaglia», op.cit.

(11) Idem

onorificenze: fu nominato Cavaliere, quindi Commendatore e infine Grand'Ufficiale dell'Ordine della Corona d'Italia; fu inoltre insignito del titolo di Cavaliere e successivamente di Cavaliere Ufficiale dell'Ordine dei Santi Maurizio e Lazzaro.

Conclusione

La figura di Luigi Messedaglia si impone, nel panorama veronese e nazionale tra la fine dell'Ottocento e la prima metà del Novecento, come esempio emblematico di intellettuale "totale", capace di attraversare ambiti disciplinari diversi senza mai perdere coerenza di metodo e di intenti. L'analisi dei tre principali filoni della sua attività (medico, politico e letterario) mostra infatti come tali dimensioni non costituiscano compartimenti stagni, ma si intreccino in modo organico all'interno di un unico progetto culturale e civile.

La formazione clinica e l'adesione alla dottrina costituzionalista fornirono a Messedaglia una chiave di lettura complessa del rapporto tra individuo, malattia e ambiente sociale, orientandolo precocemente verso una

concezione della medicina attenta ai determinanti economici, alimentari e culturali della salute. Questo sguardo, maturato nell'esperienza scientifica e clinica, trovò naturale prosecuzione nell'impegno politico, dove le battaglie per la tutela delle classi più deboli, per il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e per una legislazione attenta alla prevenzione rappresentarono la traduzione istituzionale di convinzioni già radicate nella pratica medica.

Parallelamente, l'attività letteraria e storiografica non va intesa come un semplice complemento erudito, bensì come uno spazio di riflessione critica sul sapere medico e sul suo ruolo nella storia e nella società. Gli studi di storia della medicina, le biografie di medici e patrioti, l'interesse per il rapporto tra letteratura, scienza e memoria storica testimoniano una concezione umanistica del sapere, nella quale la medicina si configura come pratica scientifica ma anche come fenomeno culturale e morale.

Anche il complesso e talora problematico rapporto con il potere politico del suo tempo, in particolare con il

regime fascista, conferma la difficoltà di ricondurre Messedaglia a categorie ideologiche univoche. La sua traiettoria personale e pubblica restituisce piuttosto il profilo di un intellettuale di formazione liberale, legato alle istituzioni monarchiche e accademiche, ma capace di mantenere spazi di autonomia critica, come dimostrano le vicende legate alla sua opposizione alle politiche razziali e il successivo giudizio assolutorio espresso dall'Alta Corte di Giustizia nel secondo dopoguerra.

Nel complesso, Luigi Messedaglia appare come una figura rappresentativa di una generazione di medici-intellettuali per i quali la scienza, la politica e la cultura non erano ambiti separati, ma strumenti complementari di intervento sulla realtà. La sua opera, ampia e multiforme, consente non solo di ricostruire un percorso biografico di notevole spessore, ma anche di interrogare criticamente il ruolo della medicina e degli intellettuali nella società italiana tra Ottocento e Novecento.



La tormentata nascita dell'anestesia (parte seconda)

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

DI GIOVANNI FATTOVICH E GIUSEPPE
FERRARI - (NEUROLOGIA DI B. TRENTO)

Seconda parte

3 JAMES YOUNG SIMPSON E IL
CLOROFORMIO

4 LA DISPUTA PER IL PRIMATO E
IL DANARO
L'EPILOGO

3. JAMES YOUNG SIMPSON E IL CLOROFORMIO

Con la scoperta dell'anestesia si scatenò la ricerca di altre alternative all'etere. Il merito della scoperta di una ulteriore sostanza in grado di eliminare il dolore va a James Young Simpson (7 giugno 1811- 6 maggio 1870). Nato in Scozia da una famiglia modesta



James Young Simpson

perse la madre a soli 9 anni e fu mantenuto agli studi dal lavoro del padre e dei sei fratelli. A 14 anni, nel 1825 si iscrisse all'Università di Edimburgo e due anni dopo entrò nella facoltà di Medicina⁽¹⁾ dove seguì le lezioni del celebre chirurgo Robert Liston. Terminò gli studi nel 1830 ma avendo solo 18 anni dovette attendere il compimento del 20° anni per iniziare la professione di medico. Grazie alla sua tesi di laurea sull'infiammazione gli venne dato il posto di assistente del professore di patologia John Thompson. Nel 1835, dopo aver frequentato alcuni ospedali di Parigi, ottenne un incarico all'Edinburgh City Lying-In Hospital e venne eletto Presidente del Royal College of Physicians of Edimburgh⁽²⁾. Nel 1839 a soli 29 anni ottenne la Cattedra di Ostetricia della Scuola di Medicina di Edimburgo⁽³⁾. Nel 1846 avendo saputo che Liston a Londra aveva usato con successo l'etere come anestetico utilizzò, utilmente, la stessa sostanza in campo ostetrico ma arrivò alla conclusione che sarebbe stato opportuno disporre di un altro prodotto con minori effetti collaterali. Fu così che la sera del 4 novembre del 1847 decise di provare il Cloroformio che gli era stato suggerito dal chimico David Waldie di Liverpool. Secondo la testimonianza di James Miller, dopo cena, nella sua residenza di Queen Street insieme ai collaboratori Matthews Duncan e George Keith inalò i vapori di questa sostanza. Tutti, dopo una fase transitoria di gaiezza ed euforia seguita da un marcato rumore auricolare caddero nella più completa immobilità. Il risveglio fu lento e Keith ebbe una

furiosa agitazione. Successivamente effettuarono una nuova inalazione, più prudente, e avvertirono solo sensazioni piacevoli senza perdere conoscenza.

Secondo altri invece si trattò di un evento involontario dovuto alla rottura accidentale di un bottiglione contenente del cloroformio⁽⁴⁾. Comunque siano andate le cose Simpson ne trasse il convincimento che il nuovo farmaco fosse preferibile all'etere.

Il CLOROFORMIO venne prodotto alla fine del 1831 contemporaneamente da Soubraïn in Francia, von Liebig in Germania e da Samuel Guthrie in Nuova Inghilterra. Quest'ultimo lo ottenne mescolando e facendo bollire 2 galloni di whisky a 3 pounds di cloruro di calce e lo chiamò: "Guthrie swet whiskey". Nel 1834 Jean Baptiste Dumas lo ottenne in forma pura e lo battezzò "Cloroformio". Guthrie, dopo averne studiato gli effetti sul gatto e sul marito della sua governante che soffriva di cefalea, lo impiegò per immobilizzare la frattura di un braccio di un ragazzo e per amputare una gamba e ne diede notizia il 31 ottobre del 1831 nel The American Journal of Science and Arts con una comunicazione su: "New mode of preparing a spiritous of cloric ether".

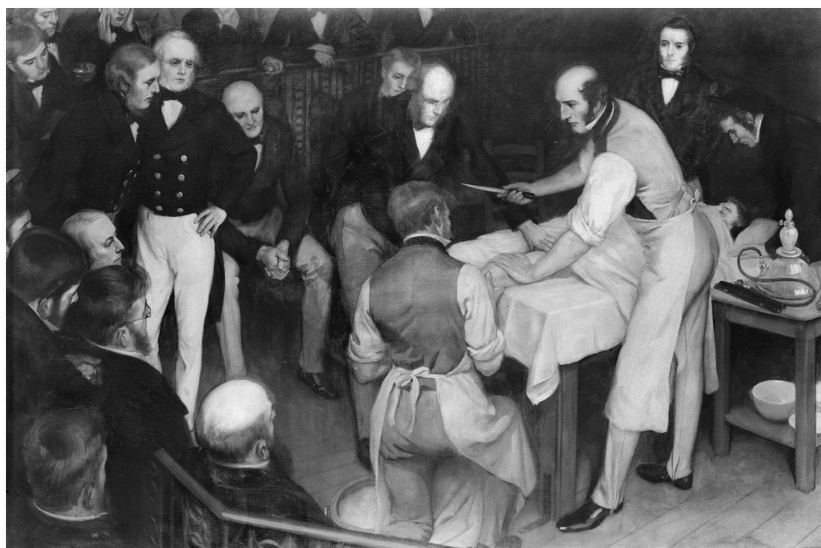
A partire dal 1831 Eli Ives a Newhaven lo utilizzò nelle affezioni dell'apparato respiratorio. Nel 1838 Formly lo usò nel trattamento dell'isterismo. Sembra che l'effetto anestetico sull'animale sia stato rilevato da M.Glover nel 1842 a Edimburgo e che J. Bell lo abbia impiegato per estrazioni dentarie nel febbraio del 1847. il 22 febbraio del 1847 M. J. P.Flourens comunicò

(1) Myrtle Simpson: The Obstetrician pag. 37

(2) W.F.& Helen Bynum: Dictionary of Medical Biography

(3) idem pag.1154

(4) Bellucci pag.184



Robert Liston - Londra, 21 dicembre 1846

l'esito delle sue sperimentazioni all'Académie des Sciences de Paris affermando che: *“se l'etere solforico è un agente meraviglioso e terribile il cloroformio è ancora più meraviglioso e terribile”*. Nel 1848 Edward W. Tuson lo impiegò nel trattamento delle nevralgie e Natalis Guillot a Parigi lo raccomandò come antiasmatico.

Anche il cloroformio, come il protossido e l'etere venne usato per diletto ma con minore diffusione. Lo stesso Simpson nel 1847 fece provare allo scrittore Hans C. Andersen le sensazioni dell'inalazione del cloroformio.

Il 10 novembre del 1847 Simpson decise di provare il cloroformio nell'anestesia ostetrica dopo che nel gennaio dello stesso anno aveva utilizzato l'etere per lo stesso scopo. Lo somministrò, con successo ad una paziente usando un *“corner of a towel”* (angolo di un tovagliolo) e ne diede comunicazione alla Edimburg Medical Surgical Society.

Il 15 pubblicò: *“Account of New Anaesthetic Agent as a Substitute for Sulphuric Ether in Surgery and Midwifery”* e inviò una nota informativa al Lancet. Il 15 novembre James Miller lo usò, per asportare una parte del rene. Il 19 dicembre del 1848 William T.G. Morton pubblicò: *“Results of experiments in Boston with Chloroform”* in cui sosten-

ne che gli effetti del cloroformio erano assai simili a quelli dell'etere.

L'uso del cloroformio in chirurgia generale iniziò a Londra il 18 novembre del 1847 con una anestesia per una exeresi mammaria eseguita da Thomas Tatum, seguita dopo 2 giorni da altri interventi.

In Italia pare che la prima anestesia cloroformica sia stata effettuata all'Ospizio di S.Orsola dal Dr. Enrico Torri il 22 dicembre del 47.

L'impiego del cloroformio per ottenere il parto senza dolore incontrò inizialmente la opposizione nell'opinione pubblica perché infrangeva la maledizione biblica secondo cui la donna doveva *“partorire con dolore”*. Questa remora venne superata qualche anno dopo, quando nel 1853 la Regina Vittoria seguì il consiglio del suo ginecologo Snow e in occasione della nascita dell'ottavo figlio, il Principe Leopoldo, e la Principessa Beatrice, nel 1853 si fece anestetizzare con il cloroformio e partorì felicemente per cui nel 1857 quando doveva partorire la Principessa Beatrice sua nona ed ultima figlia, ne richiese nuovamente l'uso⁽⁵⁾. In questa occasione scrisse nel suo diario privato: *“il Dr. Snow mi fece inalare il suo cloroformio che ebbe un effetto calmante, tranquillizzante e delizioso oltre misura”*. Questo successo

contribuì a sdoganare l'uso del cloroformio durante il parto.⁽⁶⁾

L'etere e il cloroformio si contesero il primato di quella che venne definita ANESTESIA GENERALE per circa un secolo.

Nel 1885 Il chirurgo William Halsted (1852-1922) noto per aver proposto la mastectomia radicale per la cura del tumore del seno e fortemente interessato a tutte le sostanze psicotrope, tanto da diventare tossicodipendente, scoprì l'anestesia locale che si otteneva iniettando nei tessuti una soluzione contenente i derivati della cocaina.

Il protossido cadde nell'oblio messo in sottordine fino alla fine della II guerra mondiale. Viene riesumato quando l'anestesia divenne più complessa: un barbiturico serviva per indurre il sonno, un derivato del curaro per ottenere il rilasciamento muscolare e l'anestesia veniva mantenuta da una miscela di protossido mescolato ad ossigeno.

4. LA DISPUTA PER IL PRIMATO E IL DANARO

Con la nascita dell'anestesia cominciò una disputa serrata che coinvolse tutti gli attori e non si concluse praticamente mai. Inutile dire che la ragione di questo contenzioso erano gli interessi economici e in secondo luogo l'ambizione di venire riconosciuto come il padre dell'anestesia. Abbiamo già visto come gli ambigui ed intricati rapporti tra Morton e Jackson portarono ad un accordo economico, poco gradito a quest'ultimo, per il brevetto sull'etere e come entrambi mantennero un comportamento poco chiaro circa la vera natura della composizione del Letheon.

Morton, desiderando far fruttare economicamente la sua scoperta organizzò in pochi giorni una vasta rete di rappresentanti in tutti gli USA che offrivano delle licenze di sfruttamento alle seguenti condizioni: validità 5 anni: - cinquanta dollari per i dentisti esercitanti in centri da 5000 a 10.000 abitanti. - duecento dollari per quelli

(5) Leonardo Petrillo: molecole narcotizzanti: cloroformio ed etere su Scienza e musica su Facebook. 17 gennaio 2022

(6) Bellucci op cit.



1. Dr. Henry J. Bigelow. 2. Dr. A. A. Coult. 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

attivi nei centri di 150.000 abitanti. - ai chirurghi una tangente del 25% sugli onorari.

In ottobre del 1846, solo tre giorni dopo l'Ether Day (16.10.1846), in preda a questa ansia organizzativa, Morton fece una mossa sconsiderata. Scrisse una lettera a Horace Wells, che la ricevette alla fine del mese, in cui scriveva: *"Amico Wells, Egregio Signore, Le scrivo per comunicarle di aver scoperto un preparato che, se inalato, provoca un sonno profondo. Il tempo per indurre il sonno è di pochi minuti, e il periodo in cui la persona rimane addormentata può essere regolato a piacere. Quando il paziente è in questo stato, si possono eseguire su di lui operazioni anche molto dolorose o estrazioni dentarie senza che egli provi il minimo dolore. Io l'ho perfezionato e adesso manderò in giro degli agenti per vendere i diritti d'uso. Venderò il diritto d'uso a un singolo individuo per l'impiego nella professione privata o pubblica, per la città, la provincia o lo stato. Le scrivo allo scopo di sapere se non la interessi visitare New York e le altre città per cedere i diritti in partecipazione. Io ho impiegato la sostanza in oltre 160 casi di estrazione dentaria e sono sta-*

to invitato a somministrarla a pazienti del Massachusset General Hospital, sempre con ottimi risultati.

Poco dopo, Wells venne a conoscenza dell'articolo scritto da Bigelow comparso sul Boston Medical and Surgical Journal il 18 novembre in cui venne annunciato il trionfo di Morton. Il 7 dicembre la notizia del successo di Morton venne riportata anche sull'Hartford Courrent. Il 9 dicembre Wells scrisse una lettera al giornale in cui con molta onestà raccontò quanto era accaduto nel gennaio de 1845: *"Gli studenti si riuniscono numerosi, insieme a parecchi medici, per assistere all'operazione, in cui uno di loro avrebbe fatto da paziente. Purtroppo per l'esperienza, il flacone del gas fu erroneamente tolto troppo presto, per cui il paziente era solo parzialmente sotto il suo influsso quando gli fu tolto il dente. Egli affermò di aver sentito un po' di dolore, ma non quanto si sente di solito in una operazione del genere. Poiché non era disponibile nessun altro paziente per ripetere l'esperienza, e dato che molti espressero l'opinione che si trattasse di un impostura, di conseguenza il mattino dopo ripartii per tornarmene a casa"* E conclude. *"lascio al pubblico stabi-*

lire a chi appartenga l'onore di questa scoperta".

Ma già dal novembre del 1846 inizia una fase concitata di iniziative che vede ognuno dei tre contendenti attribuirsi il merito della scoperta dell'anestesia:

- Wells cerca di ottenere in patria un chiarimento ma non ottiene una risposta tempestiva. Il campo di battaglia si sposta in Francia.

- Jackson, che probabilmente aveva convinto Morton a rinviare la pubblicazione dei suoi esperimenti, spedisce una lettera all'Accademia Francese delle Scienze. Nel plico spedito da Jackson il 13 novembre del 1846, e letto all'Accademia francese delle Scienze il 18 gennaio del 1847 questi si proclamava lo scopritore dell'anestesia la cui utilità era stata ampiamente dimostrata il 16 ottobre 1846 al M.G.H. di Boston quando un dentista di quella città, da lui delegato, (ma non fa il nome di Morton), aveva addormentato un malato.

Perrin riferisce in maniera particolareggiata i termini del contenuto della lettera relativo alla scoperta americana⁽⁷⁾:

Vi chiedo il permesso di comunicare, attraverso voi, con l'Accademia delle Scienza, una scoperta fatta da me e che credo importante per il sollievo dell'umanità sofferente e di grande valore per la chirurgia.

Cinque o sei anni fa io venni a conoscenza dello stato di particolare insensibilità in cui il sistema nervoso era piombato a seguito dell'inalazione del vapore di etere solforico da me respirato in grande abbondanza dapprima per fare un'esperienza poi quando avevo un forte raffreddore causato dall'inalazione di cloro. Ho avuto conferma di questo convincendo un dentista di questa città a somministrare il vapore di etere a delle persone alle quali doveva togliere dei denti. Si osservò che queste persone non provarono alcun dolore durante l'operazione e che dalla somministrazione dei vapori di etere non si ebbe alcun inconveniente.

Io chiesi in seguito a questo dentista di andare all'Ospedale Generale del

(7) Perrin op cit pag 59

Massachussets e di somministrare il vapore d'etere ad un malato che doveva subire una operazione dolorosa. Il risultato fu che il malato non provò il minimo dolore e successivamente stette bene. Una operazione alla mascella, una amputazione della gambe e la dissezione di un tumore vennero fatte in seguito su malati diversi sempre con successo e senza dolore. I malati ebbero una convalescenza notevolmente facile e senza sequele nervose.

Vorrei che l'Accademia delle Scienze nominasse una Commissione incaricata di fare i passi necessari per constatare l'esattezza delle affermazioni che vi ho indirizzato sugli effetti meravigliosi dell'inalazione del vapore d'etere.

Si può aspirare comodamente questo vapore inzuppando una grande spugna con l'etere, mettendola in un tubo conico corto o in un imbuto e facendo inspirare l'aria atmosferica fatta passare attraverso la spugna imbevuta di etere. L'aria può essere espirata attraverso le narici mettendo delle valvole nel tubo o chiudendolo in modo che l'aria espirata non passi attraverso la spugna perché il vapore acqueo che contiene indebolirebbe l'etere.

In capo a qualche minuto il malato cade in uno stato di sonno molto particolare e può essere sottoposto a qualsiasi intervento chirurgico senza provare alcun dolore; il suo polso diventa un po' più rapido e gli occhi brillano come per l'effetto di uno stato singolare di eccitazione. Ritornando in se dopo qualche minuto vi dirà che ha dormito o sognato.

Se l'etere è insufficiente non produrrà il suo effetto. Il malato sarà solo inebriato e proverà un mal di testa sordo. Bisogna dunque usare dell'etere il più puro possibile.

Se un dentista estrae dei denti la sera sarà opportuno usare una lampada di

sicurezza di Davy per evitare il rischio di una esplosione causata dall'etere che si incendierebbe se una fiamma nuda venisse avvicinata alla bocca.

Per la somministrazione del vapore d'etere è importante averne un gran volume in modo che possa essere respirato liberamente e produrre quindi prontamente il proprio effetto per evitare così ogni sensazione sgradevole e non si deve temere anche nel caso di inalazione prolungata di vapore d'etere a patto che venga data dell'aria atmosferica. Nelle operazioni di maggior durata si potrebbe somministrare l'etere in più riprese ad intervalli convenienti così da tenere il malato addormentato.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XXIV, p. 74. ⁽⁸⁾

Nel frattempo anche Horace Wells decise di trovare udienza in Francia e a gennaio del 1847 si imbarcò per andare a Parigi dove, fortunatamente, conobbe un dentista compatriota, Starr Brewster, che lo aiutò nella sua petizione all'Académie nationale de médecine di Parigi e all'Accademia delle Scienze di Francia. Ambedue le Accademie pubblicano nei loro Atti gli estratti della sua domanda. Gli venne offerto anche un posto di ricercatore ch'egli rifiutò. Nel Marzo del 1847 Wells tornò negli USA per raccogliere ulteriori prove sotto forma di testimonianze scritte⁽⁹⁾. Sempre nel marzo del 1847 una settimana dopo il suo ritorno Wells pubblicò il suo unico studio specifico sull'anestesia intitolato: "History of the Applications of Nitrous Oxide Gas, Ether and Other Vapors" e ne spedì copia a Parigi. In questa occasione Morton e Jackson si coalizzarono contro di lui affermando che il protossido non aveva potere anestetico. Verranno smentiti dai fatti perché Gardner Colton, il chimico ambulante, in occasione di un suo

ritorno ad Hartford, si lamentò perché gli esperimenti con il protossido non avevano avuto seguito. Il dentista Smith raccolse la sfida e dopo una favorevole esperienza, creò con il collega Allen il "Colton Dental Institute" a New York dove tra il 1864 e il 1894 vennero praticate ben 186.000 estrazioni in anestesia⁽¹⁰⁾.

Jackson, ritenuto lo scopritore dell'anestesia nel 1847 ottenne la Legion d'Onore e dall'Accademia di scienze il premio "Montyon" che dovette dividere con Morton, considerato lo scopritore alla sua stessa stregua⁽¹¹⁾. Nel 1847 in una nota all'"American Academy of Arts and Sciences", Jackson non citò neppure il nome di Morton.⁽¹²⁾

Anche a Boston vennero prese delle iniziative. Edward Everett, Rettore dell'Università di Harvard e J.C. Warren, spinti dal desiderio di dare una solida base scientifica alla nuova scoperta e, senza sapere dei suoi rapporti con Morton, incaricarono Jackson di preparare una relazione per l'American Academy of Arts and Sciences di cui Everett era Vicepresidente (1847).

Jackson scrisse la relazione in modo da presentarsi come l'inventore dell'anestesia.

La sua versione venne avallata in modo per altro poco convincente da Maurice Perrin⁽¹³⁾. In questa relazione si narra che Morton, nel 1846 dovendo estrarre un dente ad un suo paziente pensò di ingannarlo facendogli respirare della semplice aria; per questo si recò da Jackson per prelevare dal suo laboratorio una borsa di gomma⁽¹⁴⁾.

Scrivete Perrin:

M. Morton lasciò il Dr. Jackson e la stanza dove c'erano gli apparecchi e nella quale era avvenuta l'ultima parte di questa conversazione; si diresse

(8) Perrin ibidem

(9) Nuland p.302

(10) Bellucci pag.166 e pag 156

(11) Bellucci pag 166

(12) M e J Faille pag 114

(13) A defence of Dr. Charles T. Jackson's claims to the discovery of etherization : containing testimony disproving the claims set up in favor of Mr. W.T.G. Morton, in the report of the trustees of the Massachusetts General Hospital, and in no. 201 of Littell's Living Age; Joseph L. Lord & Henry C. Lord. Boston 1848

(14) Bellucci pag.157

verso la camera antistante verso la porta che dava sulla strada tenendo con le sue mani un sacco di gomma elastica. Il Dr. Jackson lo seguì, prese il sacco dalle sue mani e lo gettò per terra. Gli disse: "Ora, Morton vi posso indicare qualche cosa che produrrà un effetto reale. Andate dal farmacista Burnett e acquistate dell'etere solforico molto forte. Più sarà forte Tanto meglio sarà. Versatelo sul vostro fazzoletto e fate bene attenzione che essa respiri sufficientemente. In uno o due minuti voi produrrete una perfetta insensibilità." - Dell'etere solforico? Disse Morton. Cos'è? Un gas? Ne avete un poco? Mostratelo. Il Dr. Jackson andò verso l'apparecchio e riempì un bottiglia con etere solforico. M. Morton lo esaminò, lo annusò come se non lo avesse mai visto e disse: "Ha un odore singolare. Siete sicuro che produrrà l'effetto desiderato?" "Sì," rispose il Dr. Jackson, "ne sono persuaso." Morton, poco convinto interrogò gli allievi del laboratorio per sapere se l'impiego di questo nuovo agente fosse realmente senza pericolo. "Questo non farà male ai malati?" egli disse. Il Dr. Jackson allora riferì sommariamente le proprie esperienze e gli effetti che avevano prodotto; i malati, egli disse, dopo aver respirato dell'etere una dozzina di volte si accasciarono, insensibili, sulla loro sedia.

Voi potrete allora, disse Jackson, fare di loro quello che vorrete, essi non si accorgeranno di nulla e non soffriranno per niente; voi estrarrete loro i denti con comodo. L'etere non farà alcun male ve lo assicuro.

Il Dr. Jackson, prendendosi la responsabilità consigliò a M. Morton di provare l'etere su se stesso dicendo che era il mezzo più sicuro per convincersi della sua efficacia. Morton promise di farlo. Nel momento in cui stava per partire Jackson gli consegnò un apparecchio da poter usare e composto, disse Morton, di una bottiglia e di un tubo. Il dentista partì. Gli studenti che erano nel laboratorio discussero lungamente

su questa sperimentazione e uno di questi chiese se Morton sarebbe riuscito: "certamente, rispose Jackson, con molta sicurezza, se egli seguirà le mie istruzioni."

Munito dell'apparecchio consegnategli da Jackson, Morton si procurò da Burnett dell'etere purificato, si chiuse nel suo studio, si sedette in una grande poltrona e tentò l'esperimento. Il risultato gli parve soddisfacente; decise di tentare con il primo paziente che si fosse presentato nel suo studio.

(15)

Jackson dunque rivendicò a sé il merito di questa scoperta vantandosi dell'appoggio di Everett e di Warren e inviò copie della relazione a Parigi e al giornale "Boston Daily Advertiser" che ne pubblicò il testo il 1 marzo del 1847. Questo passo lo mise in una luce migliore in Francia ma a Boston si ritorse contro di lui. Risentita per essere stata strumentalizzata in quel modo, l'American Academy of Arts and Sciences smentì la dichiarazione, mai letta in una delle sue riunioni, e rifiutò di pubblicarla nelle sue "Transactions". La figura di Jackson, fino a quel momento ritenuto un valido e stimato scienziato venne fortemente ridimensionata perché vennero riportati alla luce alcuni suoi strani comportamenti da mitomane.

Mentre nel 1832 mentre veleggiava dalla Francia all'America nel viaggio di ritorno dall'Europa Jackson strinse amicizia con Samuel Morse, con il quale discusse sulla possibilità che l'elettricità potesse essere il mezzo per trasmettere notizie su lunghe distanze utilizzando un elettromagnete. Quando Morse esibì il suo telegrafo al Congresso, nel 1837, dovette difendere il suo diritto all'invenzione contro Jackson che pretendeva fosse suo. A Morse servirono sette anni per dimostrare la validità della sua scoperta.

La seconda controversia riguarda i suoi rapporti con il capitano William Beaumont. Questi che era chirurgo militare venne chiamato nel giugno

1822 sull'isola di Mackinac, nel lago Huron, in Michigan, perché un guardiacaccia franco-canadese Alexis F. Martin era stato colpito accidentalmente da una fucilata all'addome. Il Dr. Beaumont dichiarò che non sarebbe arrivato a sera. Inutile dire che il cacciatore sopravvisse ma con una fistola tra lo stomaco e la cute. Il Capitano medico, che coltivava un'opinione per la fisiologia vide l'opportunità di studiare la secrezione gastrica e chiese nel 1834 a Jackson di eseguire l'analisi delle secrezioni del liquido che usciva dalla fistola.

Quando Beaumont venne trasferito nell'Ovest del paese pensò di portare con sé Martin per proseguire i suoi studi, ma Jackson si oppose strenuamente volendo continuare gli esperimenti per proprio conto e per questo si fece firmare una petizione da 200 Membri del Congresso in cui veniva dichiarata l'importanza della sua ricerca per l'America e per tutta l'umanità. Il Ministro della Guerra però respinse la petizione e stabilì che Martin doveva seguire l'Ufficiale Medico. In realtà chi risolve la questione fu lo stesso Martin che stanco di fare da cavia fuggì e non si fece più trovare. Infine, nell'anno 1836 Jackson aprì un ennesimo contenzioso legale che avrebbe ancora una volta perso: tentò di attribuirsi l'invenzione del fulmicotone fatta dal chimico tedesco Christian Schoenbein. (16)

Morton, a sua volta reagì e nel settembre del 1847 pubblicò un opuscolo misurato e lucido con le istruzioni complete per la somministrazione dell'etere e il 2 novembre presentò una relazione all'Académie des sciences in Parigi. (17)

Perrin nel suo trattato⁽¹⁸⁾ continua, riferendosi a Morton:

I suoi tentativi non finirono qui.

Servendosi dell'idea più filantropica dei tempi moderni e utilizzandola per un indegno sfruttamento commerciale Morton restava nella legalità. Egli non rimaneva giudicabile che dai posteri.

(15) Perrin op cit. pp59 segg

(16) Nuland p.298-9

(17) Nuland p.303

(18) Perrin op cit pag 60

Nel mese di febbraio del 1847 egli pensò di rubare a Jackson l'onore della sua scoperta. Non passò molto tempo che tra i due soci nacque una disputa.

Morton scrisse una voluminosa memoria, accompagnata da pezzi giustificative, e rivolta all'Accademia delle Scienze di Parigi per legittimare il suo diritto di inventore. La sua linea di difesa consistente nel dimostrare, con l'aiuto di testimonianze ambigue, l'esistenza di sperimentazioni personali e anteriori a quel famoso e condizionante incontro riferito più sopra.

Noi abbiamo letto attentamente e meditato a lungo gli atti del processo. Resta in noi la convinzione che Morton non sospettasse l'esistenza né dell'etere né delle sue proprietà prima di apprendere da Jackson.

Jackson per primo, dimostrò al di fuori di ogni dubbio che una insensibilità generale è uno degli effetti abituali dell'etere sull'organismo; egli riconobbe anche che questa insensibilità si otteneva in tempi molto brevi e che spariva molto velocemente e che questa condizione non faceva correre alcun dei pericoli citati in precedenza.

Ma questi rilievi fondamentali più intravisti che dimostrati dall'esperienza avevano bisogno di essere fatti fruttare da un attore docile e intraprendente, capace di eseguirli in modo tanto più azzardato in quanto meno consapevole del problema. A Jackson l'idea, a Morton la sua realizzazione. Senza il primo l'uso dell'etere non avrebbe avuto ragione di esistere, senza il secondo il suo avvento avrebbe potuto essere ritardato di parecchi anni. Entrambe, in modo diverso, dotando la chirurgia di un mezzo eroico per abolire il dolore fisico hanno ottenuto la riconoscenza dell'umanità. Ma se i posteri

dedicheranno statue a Jackson essi esiteranno, forse a riconoscere in uno dei due benefattori un volgare mercante di Lèthèon.⁽¹⁹⁾

Sempre a Boston, le autorità del Massachusetts General Hospital, spinte dal suicidio di Wells, avvenuto il 24 gennaio del 1848, chiesero a Richard Henry Dana jr. di redigere un rapporto per fare chiarezza sulle rivendicazioni di Morton e Jackson. Basandosi sulle sue conclusioni il Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale considerò William Morton il vero scopritore dell'anestesia a base di etere. Queste conclusioni, con allegata la relazione di Morton all'Académie des sciences vennero pubblicate il 18 marzo del 1848 nel periodico "Littel's Living Age"

Nel 1850 la stessa Accademia francese attribuirà sia a Morton che a Jackson un premio di 2500 franchi.

Ma ormai la contesa aveva assunto negli USA una importanza nazionale e quindi il Senato nel 1854 varò un provvedimento per stanziare una borsa di 100.000 \$ per colui che sarebbe stato riconosciuto come il primo autore della scoperta. I concorrenti erano: gli eredi di Wells, Morton e Jackson. L'importanza di questa cifra spinse gli amici a indurre CRAWFORD LONG⁽²⁰⁾ un chirurgo della North Carolina, (uno degli stati che sarebbero passati alla Confederazione)⁽²¹⁾, a partecipare alla competizione. Long stesso nel 1849 aveva pubblicato un articolo sulle sue esperienze nel "Souther Medical and Surgical Journal"⁽²²⁾ e scrisse al Senatore della Georgia W.C.Dawson e al membro del Congresso J.Hillyer descrivendo il proprio lavoro. Dawson, deciso a sostenere le rivendicazioni del suo concittadino, affidò l'indagine al solito inaffidabile C.T.Jackson. Questi, che nel 1851 aveva scritto un libro

con la propria versione sulla scoperta dell'anestesia: "Etherisation of animals and of man" (?), arrivò a Athens l'8 marzo del 1854. Dopo aver esaminato i documenti propose a Long di inoltrare al Congresso una richiesta di riconoscimento congiunto in cui a Jackson sarebbe andato il merito della scoperta e a Long quello del primo impiego. Long però, da uomo integerrimo quale era non accettò. Quando il 5 aprile del 1854 in Senato si annunciò che nella corsa al premio andava incluso anche Long, che non era previsto nel bando originale, la legge, pur approvata al Senato, venne affossata alla Camera.

Morton, sentendosi privato del compenso ricorse contro il Governo accusandolo di aver usato illecitamente il suo brevetto senza riconoscergli i diritti. Egli però non poteva far valere i propri diritti legali perché aveva già rivelato la natura del Letheon ai medici del MGH cosicché, dietro la loro insistenza, poteva essere usato da quell'Istituto e da altre strutture filantropiche; inoltre il Governo degli USA aveva esso stesso violato il brevetto facendo l'uso dell'etere durante la guerra contro il Messico (1846-48)

In seguito Morton fece un ulteriore tentativo perché durante le battaglie di Frederiksburg (1862), Chansellorsville (1863) e del Wilderness (1864) combattute in Virginia nel corso della Guerra di Secessione⁽²³⁾ aveva partecipato come medico volontario ed aveva usato l'etere in più di 2000 feriti. Questo per dimostrare che egli si era sempre considerato in possesso del brevetto e quindi l'inventore dell'anestesia.⁽²⁴⁾ Il suo caso fu però chiuso ed il brevetto fu dichiarato decaduto⁽²⁵⁾. Economicamente rovinato per i mancati introiti del brevetto e per la richiesta di un indennizzo dei suoi agenti che gli contestavano un mancato

(19) Era il nome con il quale la preparazione mantenuta segreta da Morton era designata dal commesso viaggiatore incaricato di vendere i diritti per il libero uso dell'etere.

(20) Per la biografia di Crawford Long vedi sopra a pag 12

(21) Nel 1860 era nata la Confederazione degli Stati secessionisti. La guerra di Secessione americana durò dal 1861 al 1865.

(22) Long, CW (1849). «An account of the first use of Sulphuric Ether by Inhalation as an Anaesthetic in Surgical Operations». Southern Medical and Surgical Journal. **5**: 705-713.

(23) Biographical sketch of W.T.G.Morton: US National Library of Medicine. Concord. N.H. 1896

(24) Renè Fulop-Miller: Come fu vinto il dolore Ed. Ulrico Hoepli, Milano 1939 pag 329

(25) Dictionary of Medical Biogrepy vol.4 Ed.Bynum pag.905-6

guadagno e abbandonata la professione di dentista fece ulteriori petizioni al Congresso per ottenere un risarcimento. Deluso per il risultato delle sue suppliche al Governo decise nel 1863 di intentare una causa per violazione del brevetto ad una istituzione benefica, il New York Eye Infirmary ma il verdetto gli fu sfavorevole. L'ambiente medico non sopportava più la sua litigiosità ed egli fu ufficialmente biasimato dall'American Medical Association il 24 giugno del 1864. A questo si aggiunse anche il crollo della sua popolarità, dopo che egli aveva ammesso il suo inganno.

L'EPILOGO

HORACE WELLS, tornato nel 1847 dalla Francia, nel gennaio del 1848 si trasferì a New York continuando i suoi esperimenti con il protossido ma anche con l'etere e il cloroformio. Il 17 gennaio nel "New York Evening Post" comparve il seguente annuncio: "H.Wells, chirurgo dentista, presterà consulenza gratuita sull'uso del cloroformio, del gas protossido d'azoto e del Letheon nel corso di estrazioni dentarie, dalle 10 alle 15 presso la Residence 120 Chambers st, West of Broadway". Ormai l'uso personale sconsigliato di queste sostanze lo portarono alla loro dipendenza. Il 21 gennaio, del 1848, data del suo 33° compleanno, in preda al delirio gettò dell'acido contro due prostitute corrodendo fortunatamente solo gli abiti di queste. La polizia lo arrestò e lo trasferì nel carcere municipale (Tombs Prison). Il giorno seguente comparve davanti ad un giudice che ne convalidò l'arresto. Due giorni dopo secondo Fiole⁽²⁶⁾ un altro giudice lo liberò con il pagamento di una cauzione irrisoria mentre per Patrizia Biancucci⁽²⁷⁾ venne scortato a casa per prendere il rasoio. Quale sia stata la sede in cui questo accadde, usando il cloroformio si recise, l'arteria femorale sinistra e morì il 24 gennaio. Nella sua cella fu

rinvenuta una lunga lettera, che venne pubblicata nel New York Journal of Commerce, in cui rivendicava la scoperta dell'anestesia. Dodici giorni dopo il suicidio arrivò alla vedova Wells una lettera spedita da Parigi dal Dr. Brewster circa tre settimane prima. Pare che il piroscalo che portava il messaggio avesse avuto un ritardo a causa di una burrasca al largo delle coste del Nord America. Il contenuto della missiva era il seguente:

Mio caro Wells, ritorno ora da una seduta della Società di Medicina di Parigi, durante la quale è stato proclamato che ad Orazio Wells di Hartford, Stati Uniti d'America è dovuto tutto l'onore della felice scoperta e applicazione dell'uso di vapori e gas, grazie alle quali le operazioni chirurgiche possono venire eseguite senza dolore. Hanno fatto anzi di più: vi hanno eletto Membro Onorario della Società. Era la terza riunione durante la quale la Società deliberava intorno a questo argomento. Nelle due precedenti era presente un Signor Warren (da non confondere con il chirurgo di Boston), rappresentante del Dott. Morton; egli fece tutti gli sforzi possibili per dimostrare che l'onore spettava al suo cliente; avendo completamente fallito, non assistette alla terza seduta. L'etere aveva preso il posto del gas esilarante; ma il cloroformio li aveva soppiantati entrambe. Tuttavia la prima persona che scoprì e applicò il principio dell'operazione senza dolore rimane Horace Wells. «Fino alla fine dei tempi l'umanità dolorante deve benedire il suo nome. Il vostro diploma e la decisione della Società Medica di Parigi vi saranno mandati. Nell'attesa servitevi di questa lettera come meglio credete. Credetemi sinceramente e sempre vostro Starr Brewster.»⁽²⁸⁾

Pochi giorni dopo comparve la risposta della Signora Wells: "Il grande dono che mio marito ha fatto all'umanità si è mutato nella più grande maledizione per la famiglia." Il corpo fu

consegnato ai famigliari che lo fecero seppellire al cimitero di Hols North Burying Ground ad Hartford, ma nel 1908 il figlio Charles fece trasferire la salma al Cedar Hill Cemetery e fece scrivere sulla lapide: "Horace Wells, scopritore dell'anestesia". "The American Dental Association honored Wells posthumously in 1864 as the discoverer of modern anesthesia, and the American Medical Association recognized his achievement in 1870". Nel 1868 venne eretto nel Public Garden di Boston un monumento per celebrare l'introduzione della tecnica anestetica in chirurgia. Nel luglio 1874 venne commissionata la statua che ora si trova nel Bushnell Park di Hartford e nel marzo del 1910 gli fu dedicato un monumento nella Place des Etats Units a Parigi.⁽²⁹⁾

W.T.G.MORTON

Nel 1852 ricevette la laurea ad honorem dalla Facoltà di Medicina dell'Università di Baltimora riuscendo così a mantenere l'impegno preso con il suocero; ma subito dopo iniziarono le traversie anche economiche perché nel 1854 si era conclusa nel nulla l'iniziativa del Governo sull'attribuzione di un premio in moneta allo scopritore dell'anestesia e aveva visto crollare la sua popolarità, dopo che aveva dovuto ammettere il suo inganno.

"Accludiamo anche il libro con le firme in uno scrigno che accompagna la presente nota. Tra le firme troverà i nomi dei più illustri di noi per valore e intelligenza; inoltre vale la pena di sottolineare che è firmata da tutti i Membri del Consiglio di Amministrazione. Siamo certi che apprezzerà pienamente questa prima testimonianza, per quanto piccola, della gratitudine dei suoi concittadini. Che lei possa avere in seguito un adeguato riconoscimento nazionale è il sincero augurio dei suoi ubbidienti servitori."

Nel giugno del 1868, precocemente invecchiato forse anche a causa dell'uso degli anestetici maneggiati,

(26) Fiole pag. 126

(27) Patrizia Biancucci Horace Wells, il dentista impostore. Torinomedica 2 gennaio 2019

(28) J.e M. Fiole pag 127-8

(29) P. Biancucci pag. 9-10

e dopo aver letto un articolo nella rivista Atlantic Monthly in cui si sostenevano le posizioni di Jackson, di ritorno a New York da un ennesimo viaggio a Washington, il 15 luglio del 1869 andò a fare un giro in calesse al Central Park. Inspiegabilmente arrestò il cavallo e immerse la testa nel lago. Risalito in carrozza, poco dopo scese nuovamente e si accasciò ai piedi di una staccionata e morì forse per emorragia cerebrale⁽³⁰⁾. Venne sepolto nel Mont Auburn Cemetery in Watertown and Cambridge⁽³¹⁾.

Nella primavera del 1857, Amos Lowrence, un bostoniano benestante, assieme a dei professionisti medici e non, e cittadini influenti di Boston, sviluppò un progetto per raccogliere 100.000 dollari come testimonianza a Morton ricevendo contributi sia da enti pubblici che da cittadini privati. Nel 1872 un comitato di persone pubblicò: *"The Historical Memoranda Relative to the Discovery of Etherization"*

per individuare Morton come l'inventore dell'inalazione anestetica e giustificare una ricompensa pecuniaria per la spaventosa responsabilità morale e legale che ha assunto nella ricerca della scoperta.⁽³²⁾

Il suo nome figura nel Monumento dell'Etere dove si ricorda il primo uso dell'etere come anestetico. Nella sua tomba di c'è una epigrafe dettata da Bigelow: *"W.T.G. Morton inventore dell'anestesia per inalazione che prima di lui i chirurghi avevano agognato. Grazie a lui il dolore in chirurgia è stato annullato."*

Charles T. JACKSON che probabilmente non aveva mai avuto una psiche salda, ad un certo punto pensò di usare l'etere per trattare le malattie mentali e intraprese una serie di esperimenti al Manicomio di Boston. Nel 1853, Jackson le cui condizioni mentali erano nettamente peggiorate, venne ricoverato nel Mc Lean Asylum

di Sommerville dove morì il 28 agosto del 1880 all'età di 65 anni ormai ignorato da tutti. Venne sepolto nello stesso cimitero dove era stato sepolto il suo rivale Morton quasi che la sorte li avesse voluto tenere uniti.

C. W. LONG fu l'unico a non essere distrutto dalla disputa sull'anestesia; anzi, gli ultimi anni della sua vita, resa penosa dalla devastazione della guerra civile, vennero rallegrati da un contributo che un ginecologo del South Carolina, J. Marion Sims pubblicò nel 1877 sul Virginia Medical Monthly⁽³³⁾, in cui veniva rivalutato il suo contributo alla nascita dell'anestesia. Long morì il 16 giugno del 1878 all'età di 62 anni mentre assisteva ad un parto. Ebbe numerosi riconoscimenti postumi: Targhe, statue, ritratti, il più noto è il monumento che si erge nella Statuary Hall nel Campidoglio degli USA.

(30) Nuland pag. 397-8

(31) Arthur Ervin Smith. Block Anesthesia and Allied Subjects Kimpton 1921

(32) Historical memoranda relative to the discovery of etherization and to the connection with it of the late Dr. William T. G. Morton / prepared by the committee of citizens of Boston chosen to raise a Morton testimonial fund. Printed by Rand, Avery, & Frye, Boston 1871
Sims, J. Marion (May 1877). "The Discovery of Anaesthesia". Virginia Medical Monthly.

(33) Nuland pag. 397-8

Arthur Ervin Smith. Block Anesthesia and Allied Subjects Kimpton 1921

Historical memoranda relative to the discovery of etherization and to the connection with it of the late Dr. William T. G. Morton / prepared by the committee of citizens of Boston chosen to raise a Morton testimonial fund. Printed by Rand, Avery, & Frye, Boston 1871
Sims, J. Marion (May 1877). "The Discovery of Anaesthesia". Virginia Medical Monthly.

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.

Ferrari Giuseppe - Curriculum Vitae

Oriundo del Polesine, dove nacque l'11 giugno 1935, in un piccolo paese bagnato dal Po della provincia di Rovigo, dove il padre, figlio di medico, esercitava a sua volta come medico condotto

Frequentò le scuole tra Rovigo e Padova fino alla laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita nel corso dell'Anno Accademico 1958-59.

Frequentando la Clinica delle malattie nervose e mentali diretta dal prof. G.B. Belloni, acquisì la specializzazione in Neurologia. Fu in seguito assistente ed aiuto universitario a Padova, Cagliari e Verona, a seguito del Prof. Terzian, dove si è trasferito nel 1970, quando fu istituito il triennio clinico di Medicina nella Sede staccata dell'Università di Padova. Nel periodo trascorso tra Padova e Cagliari frequentò per quattro anni consecutivi, per un mese, l'Istituto Bruggman a Bruxelles, sotto la guida del professore Ch.Coers, al fine di perfezionare lo studio delle malattie neuro-muscolari.

Ha conseguito l'abilitazione alla Libera Docenza in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali nel 1971 e nel 1985 fu nominato professore associato, ma rinunciò all'inquadramento universitario per continuare la carriera ospedaliera. Svolse opera di docente presso diverse Scuole di Specialità fino all'anno accademico 1998-99.

Primario della Divisione di Neurologia dell'ospedale di Trento dal 1976 al 1989, per alcuni anni ebbe l'incarico di primario neurologo all'ospedale di Legnago, passò in seguito a Verona nell'Ospedale Maggiore dove prestò la propria opera fino al 2002, quando fu messo in quiescenza per raggiunti limiti di età, con il riconoscimento del titolo di Primario Emerito.

Ha prodotto più di cento pubblicazioni a stampa, un terzo delle quali su argomenti inerenti malattie del siste-

ma nervoso periferico e dell'apparato muscolare. Si è interessato della patologia del sistema nervoso centrale e periferico prodotta nel corso dell'attività lavorativa (collanti, piombo tetra-etile e anti-parassitari), producendo, con collaboratori, una decina di lavori. Altre quindici pubblicazioni riguardano i disturbi della circolazione cerebrale e 21 vertono su indagini epidemiologiche.

Di questi lavori, un decina fu ospitata su importanti riviste straniere, in particolare le ricerche sulla distribuzione dei Tumori cerebrali e della Miastenia nella Provincia di Trento. Se ne trova menzione sul "Manuale di epidemiologia" di Rosati e Granieri (NIS 1990) e su "Neuroepidemiology: a tribute to B.Schoenberg" di D.A. Anderson (CRC Press 1991).

Le rimanenti pubblicazioni contengono descrizione di casi clinici e discussioni su argomenti estemporanei.

Nel 1963 sposò Maria Angela Furlan da cui ebbe la figlia Nicoletta.

Non ha mai svolto attività politica, ma fin dalla giovinezza ha sviluppato una certa sensibilità verso i problemi sociali e quindi la sinistra risultò l'ambito naturale che indirizzò le scelte fatte nel corso dell'attività lavorativa e quelle personali. Per anni, a Trento, nominato dalla minoranza, fece parte del Comitato provinciale di Sanità, organo dell'Assessorato delle attività sociali e di sanità.

Nel periodo della Direzione della Divisione di Neurologia, a Verona, ha promosso varie iniziative con importanti risvolti socio-sanitari: il Servizio di Alcolologia; il Servizio per l'assistenza domiciliare dei malati neurologici con gravi disturbi respiratori, che necessitano di ventilazione assistita; l'appoggio sanitario ai malati con m. di Alzheimer ed ai loro famigliari, nei programmi di assistenza e di trattamento. In ogni campo fu costante l'impegno nel raccordare tra loro sul

territorio le competenze dell'Ospedale, dell'ASL e del Comune al fine di garantire una continuità di attenzione tra ricovero e domicilio del paziente.

A Verona fu incaricato di dirigere la Scuola ospedaliera nel biennio 1992 - 1994. Attualmente è consigliere della Fondazione per lo Studio della Fibrosi cistica, che sostiene l'attività del Centro regionale per la Mucoviscidosi dell'Azienda ospedaliera di Verona.

Componente del Comitato tecnico per la Sperimentazione dal 1990, ricoprì la carica di presidente del Comitato etico aziendale dal 1998 al 2006. Nel 2003 partecipò al "Corso di formazione per i membri dei Comitati etici per la sperimentazione clinica" svolto dalla Fondazione Lanza di Padova per incarico dell'Assessorato alle politiche sanitarie della Regione Veneto.

Fu membro dell'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere e assessore reggente per il triennio 2006-2009. Per questa istituzione ha curato recentemente un Convegno per ricordare i 250 dalla nascita di W.A.Mozart. Fu presente nel Comitato di redazione della rivista dell'Azienda ospedaliera "l'Ospedale e la Città" (ora "La Salute e la Città") dove sono stati pubblicati alcuni articoli di carattere storico locale. È stato parte attiva nell'organizzazione della mostra "I luoghi della salute" (Verona l'Arsenale 2000)

Fece parte inoltre del Comitato della rivista "Dialogo sui farmaci".

Fu un appassionato cultore, oltre che della neurologia anche della musica (fu amico di Luigi Dala Piccola e Nicolò Castiglioni e visse nel mito di Luigi Nono e Claudio Abbado) della storia della medicina, in particolare dei quella veronese di cui ricordò i maggiori protagonisti e non dimenticò mai il suo paese: Villanova Marchesana.

GIOVANNI FATTOVICH

Le stampe propagandistiche dei laboratori farmaceutici Maestretti (Com'era difficile curare i pazienti sessant'anni fa...)

Terza parte

Siamo all'ultima parte della lettura delle 74 tavole pubblicitarie della Maestretti, provenienti anche dall'archivio di un collega di mio papà di allora, il dott. Giuseppe Zambelli, che fu medico condotto ad Arcole dagli anni '50 al 1970.

Alcune tavole descrivono farmaci per l'apparato digerente. Il retro del "Tucano del Parà" (fig.1) evidenzia la Citrosodina (fig.2), terapia contro l'iperacidità gastrica, l'iperemesi ed addirittura utile nei disturbi circolatori.

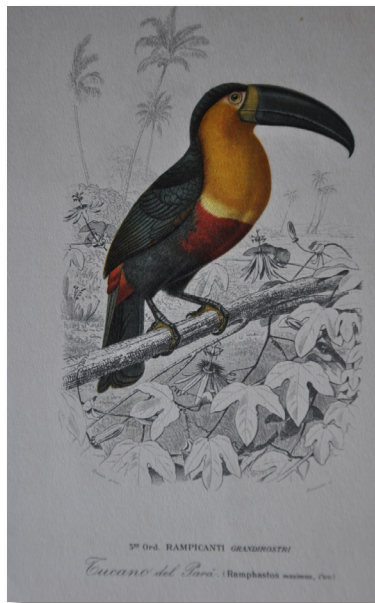


Figura 1

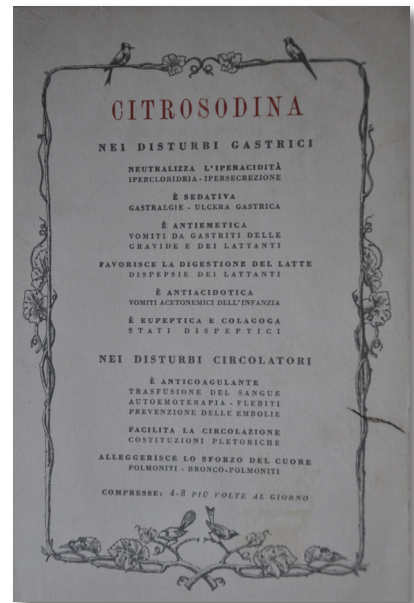


Figura 2

La Sedopeptina (fig.3), proposta dal Beccofrusone di Boemia e dal Sericulo principe reggente (fig.4) è gastroprotettore ed antiulcera.

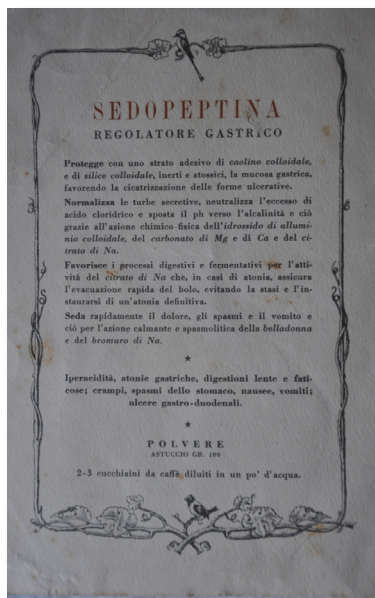


Figura 3



Figura 4

Il Dromedario (**fig.5**) ha nel retro il Lactobil (**fig.6**), indicato nella stipsi e nelle colonpatie. Erano queste le poche possibilità terapeutiche negli anni '50 per la cura di queste patologie, con gli antiacidi che tamponavano ma non inibivano l'acidità gastrica, solo sintomatici che non proteggevano dalla gastrectomia, destino frequente delle persone ulcerose.

Nel 1974 per fortuna l'epica cavalcata del progresso della farmacologia portava alla Cimetidina, che bloccava

la secrezione acida legandosi al recettore H2 dello stomaco. Nel 1981 veniva sintetizzata la Ranitidina, con una miglior tollerabilità, un tempo d'azione più prolungato ed un'attività dieci volte maggiore per una più elevata affinità col recettore H2 rispetto alla capostipite. Nel 1988 nacquero gli inibitori della pompa protonica, che riducevano ancor più la secrezione acida in continuum, sia basale che dopo stimolo. Un'altra scoperta fondamentale era stata fatta alcuni

anni prima, nel 1983, quando ricercatori australiani evidenziarono come lo stomaco non sempre fosse sterile, perché in esso poteva albergare un germe, l'*Helicobacter Pylori*, responsabile della patologia e del possibile sviluppo dell'adenocarcinoma gastrico. L'eradicazione del batterio, con un'associazione di antibiotici ed inibitori della secrezione gastrica, portava a guarigione dell'ulcera.

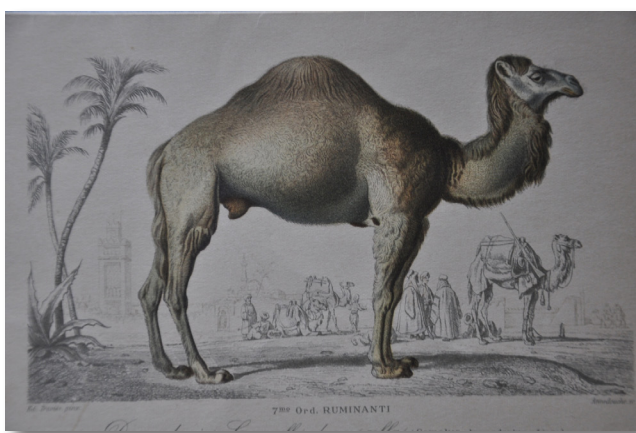


Figura 5

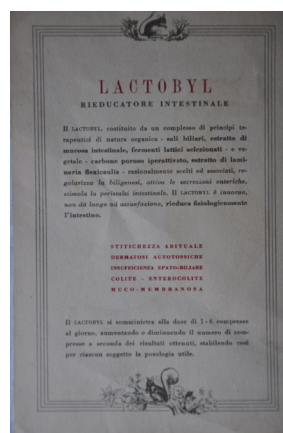


Figura 6

Scorrendo le tavole, leggiamo l'ampia disponibilità negli anni '50 di prodotti ormonali, come il testosterone (Testoxyl) (**fig.7**), retro dell'immagine del Pangolino dalla grossa coda (**fig.8**), farmaco proposto anche in flaconcini, sospensione ritardo e compresse per innesto (**fig.9**), propagandato dalle immagini del Tessitore col ciuffo e dello Zigolo capinero (**fig.10**). Era prescritto con grande facilità nell'uomo nei ritardi di pubertà, nell'andropausa e nella patologia prostatica, e nella donna nelle meno- metrorragie, nelle dismenorree, nelle endometriosi e frigidità. I laboratori di un'altra casa farmaceutica, la Vister (Vismara terapeutici) producevano ormoni come Testovis, Surrenovis, Pan-cortivis (terapia corticosurrenale sostitutiva), 17-Chetovis (terapia ormonale indicata nella depressione), Pausavis (androgeni-estrogeni nei disturbi della menopausa) che venivano quindi prescritti con indicazioni fin banali, come l'astenia. La ridotta secrezione di estrogeni in

menopausa induceva a proporre fino a pochi anni fa la TOS (Terapia ormonale sostitutiva), con conseguente maggior incidenza di tumori alla mammella; la loro indicazione oggi è perciò limitata a casi selezionati, come la menopausa precoce e il rischio di osteoporosi.

La terapia ormonale per fortuna è oggi ben raramente prescritta, indicata solo dopo una corretta diagnosi endocrinologica. La legislazione è tuttora molto restrittiva in medicina dello sport, e va a colpire l'abuso di anabolizzanti per portare ad un aumento artificioso di prestazioni sportive.

I bei disegni di Edouard Traviès ci hanno introdotto alle terapie di cui disponevano i medici degli anni '50 per la cura dei loro pazienti. Anno dopo anno, l'impegno e le felici intuizioni di grandi scienziati italiani e stranieri hanno contribuito, limitandoci a quanto trattato, alla sconfitta delle malattie infettive batteriche, a prevenire e curare in maniera efficace le malattie

cardiovascolari e le pneumopatie, a guarire l'ulcera peptica, a servirci razionalmente dei preparati ormonali.

Il risultato è che l'aspettativa di vita in Italia è ad oggi di 84,01 anni, la quinta del mondo dopo Hong Kong, Giappone, Svizzera e Singapore. La qualità del nostro Servizio Sanitario Nazionale, nato nel 1978, ha senz'altro contribuito a questo esito, ed è per questo che tutti noi, medici e cittadini, dobbiamo continuare a promuoverlo e a difenderlo strenuamente.

(Fine)

GIUSEPPE CALZAVARA

Bibliografia

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



Figura 7



Figura 8



Figura 9



Figura 10

Enpam, preconsuntivo 2025: saldo positivo di oltre 150 milioni di euro

L'Assemblea nazionale dell'Enpam, l'Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri, ha approvato all'unanimità il bilancio preconsuntivo per il 2025.

Le stime per i primi nove mesi dell'anno indicano un avanzo finale di 154 milioni di euro, un dato decisamente positivo se paragonato alla previsione iniziale che contemplava un disavanzo negativo per 252 milioni di euro.

Con questo risultato il patrimonio dell'Enpam va verso i 30 miliardi di euro a valore di mercato.

Gestione patrimoniale: +700 milioni

Al risultato positivo registrato per quest'anno contribuisce il buon andamento della gestione patrimoniale, che

genererà un avanzo di almeno 732 milioni di euro.

“La gestione patrimoniale si conferma un pilastro fondamentale per contribuire a colmare il gap della gestione previdenziale – ha dichiarato il presidente dell'Enpam Alberto Oliveti -. Come previsto, infatti, continueremo ad avere per alcuni anni una spesa pensionistica importante per far fronte alla quale abbiamo ripartito il nostro patrimonio in due portafogli: uno a bassissimo rischio per la copertura delle passività e l'altro più legato a obiettivi di performance, nel corretto bilanciamento tra rischio, rendimento e durata”.

Via libera alla previsione per il 2026

L'Assemblea, sempre all'unanimità, ha approvato anche il bilancio di previsione

per l'anno 2026. Le stime preliminari per il prossimo anno evidenziano un disavanzo di circa 430 milioni di euro.

Come sempre, la proiezione è stata realizzata adottando il principio della massima prudenza, considerata la pressione esercitata dalla “gobba previdenziale”, cioè dal picco del numero dei pensionati. Il bilancio per il 2026 evidenzia, infatti, una spesa per pensioni e assistenza ancora in crescita raggiungendo la cifra di 4,7 miliardi di euro, a fronte di entrate contributive stimate per circa 3,7 miliardi, con un disavanzo pari circa a un miliardo. Anche il prossimo anno la gestione patrimoniale interverrà a mitigare il saldo negativo della gestione previdenziale.

Enpam: conti migliori del previsto. Bilancio positivo per 752 milioni.

OLIVETI: «CONTRIBUTI E PATRIMONIO PIÙ CHE SUFFICIENTI PER PAGARE LE PENSIONI FUTURE»

Conti di 400 milioni di euro migliori del previsto per l'Enpam, l'ente previdenziale non statale più grande d'Italia. La Cassa dei medici e degli odontoiatri si appresta a chiudere il 2025 in positivo nonostante stia sostenendo una spesa pensionistica record. Lo scrive "Il Messaggero", in un articolo in cui spiega che il patrimonio dell'Enpam, che la scorsa settimana la Covip ha certificato attestarsi a quota 29,5 miliardi di euro (dato a fine 2024), crescerà di almeno altri 154 milioni di euro entro la fine di quest'anno. La stima provvisoria, spiega il quotidiano, è conte-

nuta nel bilancio preconsuntivo approvato all'unanimità dall'Assemblea nazionale dell'ente di previdenza dei camici bianchi che si è tenuta ieri all'Hotel Villa Pamphili Roma.

A contribuire all'andamento migliore del previsto c'è la gestione del patrimonio, che al momento ha portato a un **saldo positivo degli investimenti per 732 milioni di euro**, spiega il Messaggero. La redditività degli investimenti finanziari per il 2025, calcolata a mercato, è stimata provvisoriamente attorno al 10 per cento. Il parlamentino della fondazione ha anche

approvato il bilancio di previsione per il 2026. L'ente prevede di distribuire 4,7 miliardi di euro di pensioni a medici, dentisti, vedove e orfani, un importo che supererà di circa 1 miliardo i contributi incassati. Nonostante per un certo numero di anni, come previsto dai bilanci tecnici, l'Enpam avrà un saldo previdenziale negativo, a causa dell'alto numero dei pensionati e di un numero di professionisti attivi più limitato, la sostenibilità sarà assicurata. Sul modello bancario, l'ente dei medici ha cominciato a calcolare il suo livello di solvibilità in termini di funding ratio.

«Se l'indice di funding ratio è superiore a 1, vuol dire che le nostre attività saranno più

che sufficienti a coprire le passività future, mentre un valore sotto l'uno esporrebbe un evidente sottofinanziamento», spiega il presidente Alberto Oliveti. A oggi l'indice dell'Enpam è pari a 1,21, un valore nettamente superiore al funding ratio di partenza: secondo i dati del bilancio tecnico al 1997, appena dopo la privatizzazione, l'indice corrispondeva a un insufficiente 0,68.

«Essere liquidi quando serve è la filosofia della nostra politica degli investimenti che prevede la ripartizione del nostro pa-

trimonio in due portafogli - spiega Oliveti, secondo quanto riporta Il Messaggero. Un portafoglio serve a coprire le passività prevedibili attraverso investimenti che abbiano il rischio più basso possibile. In parallelo c'è un portafoglio di performance, dove altre risorse vengono investite sempre con una logica di protezione del capitale ma mettendo sul piatto della bilancia sia i rischi sia i rendimenti attesi sia la durata dell'impegno».

L'anno prossimo, spiega ancora il quotidiano, la Cassa muoverà comunque una mole notevole di nuovi investimenti: oltre mezzo miliardi (533 milioni) saranno a disposizione per operazioni nel settore

finanziario mentre ci saranno quasi 280 milioni di euro di nuovi investimenti nel settore immobiliare e dei beni reali, che include le infrastrutture.

L'Enpam ha fra i propri iscritti circa 365mila fra medici e dentisti in attività, 7.700 studenti di medicina e odontoiatria e 180mila pensionati, un quarto dei quali sono familiari superstiti di medici. L'ente finanzia anche una copertura a tappeto contro il rischio non autosufficienza, con 488mila medici attivi e pensionati che oggi godono di una polizza automatica per long term care, conclude il Messaggero.

Ricongiungere contributi dalla gestione separata Inps: ora è possibile

Dopo anni di appelli e battaglie legali, non servirà più andare in tribunale per vedere rispettato il diritto alla ricongiunzione dei contributi versati alla gestione separata Inps. **Ad esempio, quelli che hanno versato tutti i medici che dall'anno accademico 2006/2007 hanno frequentato una scuola di specializzazione.**

La svolta è arrivata con una nota amministrativa, nella quale il ministero del Lavoro ha annunciato una semplificazione in materia di ricongiunzione. Per medici e dentisti significa, finalmente, il via libera alla possibilità di ricomporre la propria storia contributiva trasferendo all'Enpam quanto versato alla gestione separata Inps.

La ricongiunzione è lo strumento fondamentale per mettere in ordine i contributi, far valere al meglio gli anni di anzianità previdenziale e, nello specifico, avere la pensione più alta possibile, da un unico ente. È utile a tutti i medici che nel corso della carriera lavorativa hanno seminato contributi in più enti.

Nonostante la legge (n. 45/1990, articolo 1, commi 1 e 2) sancisse già il diritto ad avere una sola pensione e quello

a decidere come valorizzare la propria storia contributiva, negli anni molti medici e dentisti si sono visti bloccare la strada da un diniego dell'INPS dovendo ingaggiare estenuanti contenziosi per vedersi riconosciuto questo diritto. La domanda di ricongiunzione si può comunque già fare dal tramite il sito dell'Enpam.

Sono più di 160mila i medici entrati in una scuola di specializzazione dall'anno accademico 2006/2007 che hanno avuto le loro borse di studio sottoposte a contribuzione a favore dell'INPS.

Per tutti questi colleghi trasferire tutti i contributi in Enpam conviene?

Per scoprirlo basta fare domanda di ricongiunzione all'Enpam.

CHI PUÒ FARLA

I medici che con maggiore probabilità possono trarre vantaggio dalla ricongiunzione sono i **convenzionati** (come **medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali**): la ricongiunzione avverrebbe presso la gestione previdenziale Enpam specifica della categoria di

appartenenza.

I **liberi professionisti** possono fare domanda di ricongiunzione sulla Quota A (e in quel caso l'anzianità varrebbe sulla quota B).

La domanda è di carattere "esplorativo". L'Enpam risponde con un'ipotesi, che mette in chiaro di **quanto aumenterebbe la pensione futura**, l'eventuale **effetto positivo sull'anzianità contributiva** (anche su altre gestioni), e **quanto costerebbe** l'operazione, ammesso che sia previsto un esborso.

La ricongiunzione permette di riunire tutti i contributi sotto un unico tetto, trasportando quelli relativi a posizioni cessate, cioè maturati presso gestioni previdenziali sulle quali non si versa più. Il risultato principale è quello di avere un'unica pensione, erogata da un unico ente, con le regole e le valorizzazioni di quest'ultimo. Conviene, quindi, trasferire i contributi all'ente che garantisce il maggior beneficio.

Si può fare domanda, in qualsiasi momento della carriera lavorativa, a patto di non essere già titolare di una pensione. I contributi si possono ricongiunge-

re solo su una gestione sulla quale si è contribuenti attivi.

La ricongiunzione, come previsto dalla legge, è “onerosa”, ma per il professionista può risultare a “costo zero” se coperta dai contributi e dalle altre somme che un ente previdenziale trasferisce all'altro.

Il costo per la ricongiunzione aumenta con l'avvicinarsi dell'età pensionabile, quindi in genere è meglio fare domanda il prima possibile.

Avvertenza valida per tutti: non è possibile dire a priori e in via generale a chi

conviene fare una ricongiunzione. La valutazione va fatta caso per caso e, soprattutto, conti alla mano.

Come si fa la domanda di ricongiunzione

La domanda per trasferire i contributi Inps in Enpam si fa direttamente dall'area riservata del sito web Enpam.it, nella sezione “Modulistica online”, oppure attraverso l'Ordine dove si è iscritti. L'Enpam, una volta ricevuta la domanda, chiederà all'Inps (e/o agli altri eventuali enti indicati dall'iscritto) il pro-

spetto dei contribuenti: i tempi di questa risposta, nei fatti, purtroppo non sono prevedibili.

La domanda è di carattere “esplorativo” e può essere presentata per una gestione o anche per più gestioni Enpam alle quali si versano contributi. L'Enpam risponderà con un'ipotesi, che mette in chiaro costi dell'operazione, benefici economici sulla pensione futura ed effetto di anzianità sulle altre gestioni. A valle di questo processo, l'Enpam invia all'iscritto una proposta che può essere accettata o meno entro 60 giorni.

Andare in pensione con l'Enpam nel 2026

Anno nuovo, requisiti vecchi. Sono quelli di età e di anzianità contributiva che servono a medici e odontoiatri per andare in pensione con l'Enpam nel 2026.

Per il 2026 i requisiti sono rimasti gli stessi del 2025. Ma per chi sta progettando di ritirarsi dall'attività professionale nei prossimi 12 mesi, può essere utili ribadirli.

Innanzitutto, è bene ricordare che la pensione Enpam è composta da una base, di Quota A, che si matura con la contribuzione che versano tutti i medici e dentisti e che spetta quindi a tutti gli iscritti all'Ordine.

A questa, si aggiunge un'ulteriore quota eventuale calcolata sui contributi versati alla gestione di appartenenza, determinata dall'attività professionale specifica svolta: medicina generale, specialistica ambulatoriale, specialistica esterna o libera professione.

PER TUTTI – QUOTA A

È bene premettere che per fare domanda per il trattamento legato alla **Quota A** è necessario **essere in regola con il versamento dei contributi** e aver maturato i requisiti per la pensione di vecchiaia o per quella anticipata.

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

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

PER I CONVENZIONATI

Oltre che alla Quota A, i medici convenzionati sono contribuenti del Fondo Enpam della medicina convenzionata e accreditata.

Una volta cessata l'attività in convenzione, medici di famiglia, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali o esterni, medici della medicina dei servizi, guardie mediche, medici fiscali o medici convenzionati esterni Inps, hanno a disposizione tre modalità.

- La prima prevede di andare in **pensione di vecchiaia a 68 anni**.
- **La seconda**, prevede di andare in **pensione anticipata a partire dai 62 anni**. Per questa opzione è necessario avere maturato almeno 35 anni di contribuzione effettiva, riscattata o ricongiunta e 30 anni di anzianità laurea.
- Infine, come terza opzione, è possibile **andare in quiescenza** indipendentemente dall'età, con **42 anni di contribuzione effettiva**,

riscattata e ricongiunta, e **30 anni di anzianità laurea**.

Per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali c'è una quarta opzione che prevede di andare in pensione con il sistema dell'App, l'Anticipo della prestazione previdenziale dell'Enpam.

PER I LIBERI PROFESSIONISTI

I medici e i dentisti che nella loro carriera hanno svolto libera professione hanno versato i contributi derivanti dalla loro attività alla **Quota B**, hanno anche loro tre modalità per andare in pensione.

- La prima prevede di andare in **pensione di vecchiaia a 68 anni**, purché si abbiano almeno 5 anni di anzianità contributiva sulla Quota A.
- La seconda prevede, a **62 anni**, di andare in **pensione anticipata** di Quota B. Anche in questo caso sono necessari almeno 35 anni di contribuzione effettiva, riscattata o ricongiunta, e 30 anni di anzianità laurea.
- Infine, come terza opzione, è possibile **andare in quiescenza** indipendentemente dall'età, con **42 anni di contribuzione effettiva**, riscattata e ricongiunta, e **30 anni di anzianità laurea**

L'App Enpam si rinnova, più servizi per gli iscritti

Compilare e trasmettere la dichiarazione dei redditi libero professionali direttamente dal tuo smartphone, delegare una o più persone di fiducia (o il tuo commercialista), presentare domanda per versare una contribuzione ridotta.

Sono alcune delle funzioni della nuova App Enpam, da oggi disponibile gratuitamente su Google Play Store e Apple App Store per gli iscritti all'ente di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri.

L'ENPAM SEMPRE IN TASCA

Lo strumento, lanciato nel 2019, è stato aggiornato e arricchito di funzioni, rinnovato sotto il profilo dell'interfaccia, dell'esperienza d'uso e dell'integrazione con i servizi dell'Area Riservata, con cui interagiscono oltre 590mila tra medici e odontoiatri, attivi e pensionati.

Con il semplice tocco di un dito, l'app Enpam permette di navigare nella area riservata e scaricare i documenti di cui hai bisogno, verificare le tue informazioni, e da oggi, come detto, anche compilare e trasmettere documenti o richiedere modifiche alla propria posizione previdenziale. Soprattutto, tramite la nuova applicazione, oggi l'iscritto può conferire la delega direttamente a commercialisti, consulenti del lavoro, o a una persona di fiducia, che potranno poi operare sulla posizione previdenziale tramite l'Area riservata del sito www.enpam.it.

NUOVI SERVIZI PER I LIBERI PROFESSIONISTI

Ad esempio, un libero professionista può ora compilare e trasmettere il modello D, quello per intenderci che serve a dichiarare i redditi da attività lavorativa, con il suo smartphone. E se non ha tempo per farlo, può conferire la delega a qualcuno di sua fiducia o al suo commercialista. O chiedere



di versare i contributi beneficiando dell'aliquota ridotta.

Tra le altre novità, ci sono la possibilità di verificare la regolarità contributiva e di visualizzare l'estratto conto contributivo integrato, quindi anche i contributi nelle gestioni Inps, oltre a tutte le funzioni già disponibili nella versione originale.

PER TUTTI

Servizi che si vanno ad aggiungere a quelli già disponibili e che servono tanto ai pensionati che desiderano consultare e scaricare le certificazioni fiscali in vista della dichiarazione dei redditi, quanto alle dottoresse che hanno percepito l'indennità per una gravidanza o agli iscritti che hanno ricevuto sussidi soggetti a tassazione o che vogliono conoscere l'ammontare dei contributi previdenziali da indicare nella dichiarazione dei redditi per ottenere uno sconto fiscale.

Sempre per i pensionati, grazie all'app è possibile visualizzare l'importo esatto della pensione e la data in cui viene accreditata.

E tra i servizi disponibili non bisogna dimenticare la cosiddetta "busta arancione", attivo per la Quota A, la Quota B, la gestione della Medici-

na generale, specialisti ambulatoriali e per gli ex convenzionati transitati a rapporto di dipendenza, che consente di ottenere la propria ipotesi di pensione.

Ci sono anche una sezione per restare aggiornati sulle scadenze e un'altra sulle ultime notizie.

L'applicazione, infine, permette di conoscere anche tutte le convenzioni stipulate da Enpam per ottenere sconti e promozioni.

DOVE SCARICARLA

La app, che è stata interamente sviluppata dalla struttura dei Sistemi informativi di Enpam, è scaricabile gratuitamente sia dall'App Store disponibile su iPhone e iPad sia su Google Play, per chi ha un telefono o un tablet Android.

COME ACCEDERE

L'applicazione consente l'accesso con identità digitale tramite SPID, CIE secondo le linee guida di sicurezza. Per qualsiasi problema di accesso è possibile consultare la pagina web www.enpam.it/app-enpam-iscritti/

NOI NON CI OCCUPIAMO DI
MEDICINA:

ASSICURIAMO I MEDICI!

- RC Professionale e Colpa Grave per tutte le specialità
- Tutela Giudiziaria con libera scelta del legale
- Polizze infortuni anche per i rischi epatite e HIV

**SIAMO AL VOSTRO FIANCO DA
OLTRE 20 ANNI**

CONTATTI

telefono **045 84 03 520**

whatsapp **335 155 23 79**

mail **infomedici@aemme-servizi.it**

sito **www.nonsoloassicurazioni.it**



**POLIZZE PER
POLIAMBULATORI
RSA
STUDI ODONTOIATRICI**

Aemme Servizi Assicurativi e
Finanziari Società Cooperativa
C.F e P.IVA 04551810239
Via Fiumicello 5 - 37131 - Verona
Iscrizione RUI Ivass B000604006
del 15/06/2018

