

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

Fine vita. La Consulta dice no all'allargamento: il requisito del sostegno vitale resta obbligatorio. pag. 22

**MASLD e Diabete Mellito Di Tipo 2 (T2DM):
Implicazioni Cliniche E Terapeutiche pag. 24**

Il quinto emendamento..... pag. 46

GIUSEPPE GAZOLA Verona 1661-1715 pag. 55

Il medico condotto nell'arte e nella letteratura..... pag. 59

3

**SETTEMBRE
2026**

VERONA MEDICA

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

Anno LXI n. 3 SETTEMBRE 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 Cordoli, 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, Rino 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 *Differite!*

NOTIZIE DALL'ORDINE

7 *Verbalì del Consiglio e delle Commissioni*

ALBO ODONTOIATRI

18 *Verbalì della Commissione Odontoiatri*

LETTERE

20 *Medici: la vita e la morte*

21 *Sanatoria, perlomeno, irrispettosa!*

BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

22 *Fine vita. La Consulta dice no all'allargamento: il requisito del sostegno vitale resta obbligatorio*

AGGIORNAMENTO

24 *Malattia Epatica Steatosica associata a Disfunzione Metabolica (MASLD) E Diabete Mellito Di Tipo 2 (T2DM): Implicazioni Cliniche E Terapeutiche*

31 *In Veneto uno studio sullo stato del ferro per tutelare la salute dei donatori di sangue*

32 *Progetto "CAMBIAMO ARIA:"*

34 *Un semplice ed economico liquido applicato sui denti arresta la carie*

35 *Vista ripristinata grazie a un farmaco attivato dalla luce.*

36 *Un nuovo farmaco mutaforma sferza un doppio colpo ai tumori*

36 *Il farmaco per la disfunzione erettile potrebbe contrastare le metastasi del cancro*

37 *Virus sinciziale, esperti: Profilassi universale con monoclonale svolta per famiglie e ospedali*

PROFESSIONE E LEGGE

38 *Riforma delle professioni sanitarie*

39 *SANITÀ INTEGRATIVA: Nuova regolamentazione per i fondi che integrano il SSN*

41 *Liste d'attesa. Il nuovo Piano nazionale: tutte le agende nel Cup, disdetta obbligatoria e percorsi di tutela per i pazienti*

42 *Case della comunità: ecco cosa prevede l'accordo.*

43 *Italiani all'estero e cure in Italia*

44 *L'Igienista dentale non può aprire uno studio autonomo*

44 *Aggiornamento della Nota AIFA 99.*

ATTUALITÀ

46 *Il quinto emendamento*

47 *Pillole di saggezza*

48 *SANITÀ INTEGRATIVA: Nuova regolamentazione per i fondi che integrano il SSN*

50 *La carica dei gettonisti, tra deroghe e necessità di controlli*

51 *La Commissione Ue ammonisce l'Italia: da voi l'accesso alle cure è in peggioramento*

52 *Autonomia, Gimbe: Fermare iter, senza LEP sanitari il rischio è legittimare le disuguaglianze*

53 *Tra le vittime di Pompei c'era un medico con gli 'strumenti' del mestiere*

STORIA DELLA MEDICINA

55 *GIUSEPPE GAZOLA Verona 1661-1715*

59 *Il medico condotto nell'arte e nella letteratura*

FNOMCEO

63 *Indagine Fnomceo: l'81% italiani ha fiducia nel medico di famiglia*

ENPAM

65 *Sei ore nelle Case di comunità, chi dovrà farle e chi ci guadagna*

66 *Ospedalieri nelle Case di comunità, ecco a chi conviene*

67 *Enpam: oltre 600 borse per figli e orfani di medici e odontoiatri*

SINDACATI MEDICI

68 *FIMMG e Regione Veneto: firmato l'accordo per le Case di Comunità*

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.

Difterite!

In questi giorni, a Palermo, una bimba di 4 anni è morta di difterite.

Quello che poteva finire sui giornali come l'ennesimo caso di malasanità, ha svelato una verità più tragica.

La bimba non era stata vaccinata.

I genitori nel timore che la vaccinazione favorisse l'insorgenza dell'autismo, non l'avevano fatto.

Si trattava, se di malasanità si vuol parlare, di una delle vittime del Dott. Andrew Wakefield, il medico inglese che nel 1988 aveva pubblicato sul Lancet un articolo basato su un campione di 12 bambini in cui sosteneva che il vaccino trivalente MPR (Morillo, parotite, Rosolia) favoriva l'insorgenza dell'autismo. Notizia falsa, come confermarono le ricerche scattate subito dopo la segnalazione del Lancet, che smentirono l'associazione e permisero di scoprire che il medico nel suo lavoro aveva anche falsificato i dati.

Per questo nel 2010 il General Council lo radiò dalla professione per frode e disonestà.

Un paio di giorni dopo il primo, il secondo caso.

Questa volta la vittima era il cuginetto della bimba morta, anche lui di 4 anni, risultato positivo al test per il batterio.

Nel suo caso però, essendo regolarmente vaccinato, manifestava sintomi più lievi e in pochi giorni migliorava e guariva.

Le ricerche epidemiologiche scattate dopo i casi hanno svelato che a Palermo ci sono circa 800 bambini non vaccinati.

In quella città, come nel resto d'Italia, un bimbo non vaccinato non può frequentare gli asili nido e le scuole dell'infanzia per bambini sotto i 6 anni (lo prevede il Decreto Legge n. 73/2017, Legge Lorenzin).

Per quelle strutture la regolarità vaccinale è un requisito d'accesso.

Ma i genitori che non volevano vaccinare i bambini avevano trovato il sistema di aggirarlo.

Al posto del certificato vaccinale pre-



sentavano la prenotazione all'ASL per la vaccinazione e con quella il bimbo non vaccinato entrava lo stesso.

Ora a Palermo c'è la corsa alla vaccinazione.

Gli eventi hanno generato un forte impatto emotivo che ha prodotto un incremento dell'80% delle vaccinazioni esavalenti (difterite, tetano, pertosse, epatite B, Poliomielite ed Haemophilus influenzae).

Pensare che la difterite è una malattia che in Italia è quasi del tutto scomparsa.

L'ultimo caso mortale documentato risaliva al 1991 e l'ultimo caso di contagio (non letale) al 1996.

Questo perché la copertura vaccinale per la malattia ha raggiunto, da noi, quasi il 95%, cifra che ci consente l'immunità di gregge (le stime epidemiologiche stimano, per la Diffrite, l'immunità di gregge a percentuali dell'83-86% di popolazione vaccinata).

Ma un tempo la malattia era anche mortale.

Da piccolo l'ho contratta anch'io e per uscirne doveti essere sottoposto ad una tracheostomia e alle cure del pediatra Dr. Fabio Saccomanni.

A quel tempo (era il 1956) il vaccino non c'era.

Lo aveva inventato il veterinario e biologo francese Gaston Ramon dell'Istituto Pasteur nel 1923, disattivando l'anatossina tetanica con la formalina, ma il vaccino aveva cominciato ad essere disponibile solo nel 1939 e in Italia la vaccinazione antidifterica associata a quella antitetanica si rese disponibile nel 1966, è fu resa obbligatoria solo nel 1968 (legge del 20 marzo 1968, n. 419).

Ma per tornare alla nostra storia e alle vaccinazioni obbligatorie nelle scuole pubbliche.

Se per le strutture dedicate alla prima infanzia la regolarità vaccinale è un requisito per l'ammissione, le cose non stanno così nelle scuole elementari e medie.

Per quelle la mancata vaccinazione non impedisce l'accesso, ma comporta solo sanzioni pecuniarie per i genitori "renitenti".

Così il ragazzo che il vaccino non l'ha fatto, non perché i genitori sono no-vax, ma perché malato e/o immunodepresso, dovrebbe scegliere tra il diritto all'istruzione e quello alla salute.

Un paese che aspira ad essere civi-

le, dovrebbe garantire la possibilità di frequentare le scuole in sicurezza anche a lui e a quelli che sono fragili e malati.

E pretendere, per questo, che chi vuole frequentare una scuola pubblica, sia disposto a vaccinarsi, per consentire la frequenza in classe anche ai compagni meno fortunati. Se non altro per solidarietà.

Come per le tasse: chi ha di più, paga qualcosa a favore di chi ha meno.

Un principio questo che costituisce il collante sociale che attenua le disparità e frena le conflittualità.

Ma per evitare argomenti politici e

limitare il nostro discorso agli argomenti scientifici....

A quei genitori che invocano la libertà di cura e la democrazia per far valere il loro diritto a non vaccinare i figli vorrei ricordare che la malattia se ne infischia delle loro idee.

L'unica difesa che abbiamo per contrastarla è la scienza.

E questa non è democratica.

Se una malattia sia o no infettiva e pericolosa non lo si decide per alzata di mano.

Nella scienza, possono dire la loro solo quelli che hanno sudato sui libri per anni, che hanno accettato di per-

correre le vie con dedizione, assiduità e sacrificio, accettando di sottoporre ogni loro ipotesi alla verifica del metodo sperimentale, in modo da distinguere la verità dalla bugia.

Certo, la scienza non è perfetta!

È imperfetta, fatta da uomini ancora più imperfetti; le verità che ci offre sono sempre parziali e mai del tutto sicure.

Vale però la pena di fidarsi!

Perché l'alternativa è costituita dal buio oppure dal morire di diffe-

ROBERTO MORA

IN RICORDO DI PAOLO PEDERZOLI



Caro Paolo, caro Maestro, hai lasciato questo mondo confuso e disorientato, ma la tua figura è stata portatrice di umanità sincera e profonda oltre che di maestria professionale. Ti ricordiamo in corsia nella neonata Clinica Chirurgica quando ci trasmettevi non solo nozioni tecniche ma soprattutto la gentilezza ed il rispetto dei Pazienti, cosa fondamentale per essere veramente Medici e non semplici appendici di terminali sempre più sofisticati ed inumani.

Ti ricordiamo così: luminoso e gentile, sapiente e saggio. Ci mancherai!

Alberto Peroni, Lorenzo Tessari, Alessandro Masotti

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

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 6 MAGGIO 2026

Addì **06 maggio 2026**, alle ore **20:00** previa convocazione avvenuta con e-mail della Segreteria dell'Ordine del giorno 29 aprile 2026, si riunisce in presenza il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Verona. Presiede Presidente Prof. Guglielmi. Esercita le funzioni di Segretario Dott. Rigon. Partecipa alla seduta anche la Responsabile della segreteria dell'Ordine, la Dott.ssa Elisabetta Fantoni, per dare supporto nella gestione della seduta del Consiglio Direttivo.

Sono convenuti i sottoelencati componenti il Consiglio Direttivo:

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

Assenti giustificati: A.M. Musso, F. Moretti, S. Bortoletti

Il Presidente Prof. Guglielmi, coadiuvato dal Segretario Dott. Rigon, verificata la presenza del numero legale di partecipanti, alle ore 20:00 apre la seduta del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Verona esclusivamente in presenza per esporre e trattare i punti

del seguente ordine del giorno:

ORDINE DEL GIORNO:

- 1- COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE
- 2- APPROVAZIONE VERBALE SEDUTA DEL 08/04/2026-ONLINE
- 3- ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI
- 4- APPROVAZIONE REGOLAMENTO DI CONTABILITÀ
- 5- VARIE ED EVENTUALI

1) Comunicazioni del Presidente

1.a) LETTERA DA INVIARE A TUTTI GLI ISCRITTI

Il Presidente ricorda ai Consiglieri che la Commissione "Ospedale-Territorio" aveva già comunicato a tutti gli interessati le indicazioni normative relative alla corretta modalità di invio telematico dei certificati di malattia, rilasciati dai medici dipendenti del SSN, dai medici convenzionati con il Servizio (medici di medicina generale, specialisti e pediatri di libera scelta), nonché dai medici liberi professionisti. Poiché pervengono numerose segnalazioni alla Segreteria da parte dei Medici di Medicina Generale in merito alla mancata emissione dei certificati di malattia da parte delle suddette categorie, l'Ordine, al fine di sensibilizzare i colleghi a una corretta gestione degli stessi, intende trasmettere la seguente nota:

[...] omissis...

Il Consiglio approva la proposta di inviare la lettera a tutti gli iscritti all'Ordine.

1.c) PROPOSTA DI INCONTRO CON SIGLE SINDACALI

Il Presidente informa il Consiglio che si stanno prendendo accordi con le sigle sindacali per un incontro con il Consiglio Direttivo, potrebbe rappresentare una interessante occasione per discutere della professione dei vari comparti, aggiornarci sulla situazione attuale e sui prossimi sviluppi futuri.

Il Presidente propone il giorno mercoledì 3 giugno p.v. alle ore 20:30 presso la sede dell'Ordine nella Sala del Consiglio.

Il Consiglio prende atto.

2) Approvazione verbale seduta del 08/04/2026

Il Presidente ricorda al Consiglio che il verbale della seduta di mercoledì 8 aprile 2026 è stato anticipato via email a tutti i componenti il Consiglio.

Il Presidente, non essendo pervenuta alcuna osservazione in merito al verbale della seduta in oggetto, comunica al Consiglio che lo stesso deve intendersi approvato.

Il Consiglio approva all'unanimità

3) Iscrizioni e cancellazioni

Il Presidente informa i Consiglieri che dall'ultima seduta ad oggi, sono pervenute alla Segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri le richieste di nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni; pertanto, si ravvisa la necessità di aggiornare l'Albo dei Medici Chirurghi e l'Albo degli Odontoiatri:

- **visto** il D.Lgs. del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dalla Legge 11 gennaio 2018, n. 3, recante "Riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie";
- **visto** il D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, recante "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233";
- **richiamati**, in particolare, gli artt. 3 e seguenti del D.Lgs.C.P.S. n. 233/1946 e gli artt. 4, 10, 11 e 12 del D.P.R. n. 221/1950, concernenti la tenuta degli Albi, nonché i procedimenti di iscrizione, cancellazione e trasferimento;
- **preso atto** delle istanze pervenute agli uffici dell'Ordine, corredate dalla documentazione prevista dalla normativa vigente;
- **verificata** la sussistenza dei requisiti di legge in capo ai richiedenti;

Il Presidente dà la parola al Dott. Lucio Cordioli che elenca la situazione delle iscrizioni, trasferimenti e cancellazione degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott.ssa ANSELMI Rachele
Dott.ssa DAL MAGRO TESSER Paola
Dott. PAVARANA Lorenzo

Reiscrizione:

Dott. REGNOTTO Stefano

Iscrizione per trasferimento:

Dott. BRIGHINA Rocco da Omceo Catania
Dott. CIOFFI Arcangelo da Omceo Napoli
Dott. FRACASSO Piero da Omceo Rovigo
Dott. LICATA Antonino da Omceo Agrigento
Dott. MARCHI Giacomo da Omceo Mantova
Dott.ssa POLETTI Giulia da Omceo Bolzano

Cancellazioni per trasferimento:

Dott. CASANO Alessandro Vs Omceo Mantova
Dott.ssa D'INNOCENZIO Maria Carmela Vs Omceo Bologna
Dott. DI VICO Augusto Vs Omceo Roma

Cancellazioni per decesso:

Dott. ALBERTI CERMISON Alvise
Prof. EDERLE Andrea
Dott. VENTURI Francesco

Iscrizione STP:

GRELUD STP SRL
MDN STP SRL

Variazione generalità e variazione codice fiscale:

Dott.ssa CAVAZZANA Eleonora Sole

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Iscrizione per trasferimento:

Dott. SALVATO Matteo da Omceo Treviso

Cancellazione per trasferimento:

Dott. CHIESA Francesco Vs Omceo Brescia
Dott. CORI Francesco Vs Omceo Mantova

Iscrizione STP:

MEC DENTAL S.T.P.- S.R.L.

Il Consiglio all'unanimità

- di accogliere le domande di iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri dei professionisti indicati nell'elenco su riportato;
- di disporre la cancellazione dall'Albo dei professionisti indicati nell'elenco su riportato, per le motivazioni ivi specificate, ai sensi della normativa vigente;
- di autorizzare i trasferimenti di iscrizione da e verso altri Ordini provinciali dei professionisti indicati nell'elenco su riportato, secondo le procedure previste dal D.P.R. n. 221/1950;
- di dare mandato agli uffici competenti di provvedere agli adempimenti conseguenti, ivi comprese le comunicazioni agli interessati e agli enti preposti.

4) Approvazione del regolamento di contabilità

Il Presidente informa i Consiglieri che Regolamento di Contabilità dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Verona è già stato approvato nella seduta del 26/02/2025 con delibera n. 62,...

[...] omissis...

5) Varie ed eventuali

5.a) APPROVAZIONE PARERE DI CONGRUITÀ

[...] omissis...

5.b) INCARICO DOTT.SSA FANTONI ELISABETTA

[...] omissis...

Nomina e attribuzione di funzioni

La Dott.ssa Fantoni ricoprirà il ruolo di **Responsabile della Segreteria** dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Verona.

Alla stessa sono attribuite le seguenti funzioni:

- **Assunzione del ruolo di Responsabile Unico di Progetto (RUP)** per tutte le procedure di acquisto, ai sensi del D.Lgs. 36/2023 (Codice dei contratti pubblici);
- **Coordinamento del personale di segreteria**, con gestione delle attività nei diversi ambiti operativi, tra cui:

- o protocollo;
- o gestione degli Albi;
- o flussi informatici ENPAM;
- o pratiche contabili;
- o rilascio di certificazioni di "good standing";
- o gestione dei patrocini;
- o gestione delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari;
- o accreditamenti ECM;
- o gestione dei pareri di congruità;
- o corrispondenza con enti esterni;
- o gestione di accesso agli atti;
- o gestione del sito dell'ente;

• Svolgimento delle funzioni di Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. i), del D.Lgs. 81/2008, quale soggetto designato a rappresentare i lavoratori per gli aspetti inerenti alla salute e sicurezza sul lavoro;

• **Supporto al Segretario e al Presidente** nella gestione degli organi collegiali dell'Ente, tra cui:

- o Consiglio Direttivo;
- o Commissione Albo Medici;
- o Assemblea degli Iscritti;
- o Predisposizione di delibere amministrative;

• Sostituzione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), in caso di assenza o temporaneo impedimento, nonché nei procedimenti che determinino un conflitto di interessi, anche potenziale, in capo al RPCT, con riferimento agli obblighi di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità, ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

• Tutto quanto non esplicitamente definito e che potrebbe essere attribuito alla Dott.ssa Fantoni dal Consiglio Direttivo, compatibilmente con le esigenze dell'Ordine.

[...] omissis...

[...] omissis...

Non essendovi null'altro da discutere o deliberare, alle ore 20:25 la seduta del consiglio viene dichiarata chiusa.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 27 MAGGIO 2026

Addì **27 maggio 2026**, alle ore **20:00** previa convocazione avvenuta con e-mail della Segreteria dell'Ordine del giorno 20 maggio 2026, si riunisce in presenza il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Verona. Presiede La Vice Presidente Dott.ssa Anna Tomezzoli. Esercita le funzioni di Segretario Dott. Rigon. Partecipa alla seduta anche la Responsabile della segreteria dell'Ordine, la Dott.ssa Elisabetta Fantoni, per dare supporto nella gestione della seduta del Consiglio Direttivo.

Sono convenuti i sotto elencati componenti il Consiglio Direttivo:

Presenti: A. Tomezzoli, G. Rigon, G. Accordini, L. Buono, G. Carrara, R. Castellani, P. Cirillo, M. Corbellini, F. Orcalli, M. Perina, G. Petrilli, F. Moretti.

Assenti giustificati: A. Guglielmi, C. Pastori, D. Brunelli, L. Cordioli, I. Dal Dosso, AM. Musso, V. Braga, S. Bortoletti

La Vice Presidente Dott.ssa Anna Tomezzoli, coadiuvata dal Segretario Dott. Rigon, verificata la presenza del numero legale di partecipanti, alle ore 20:00 apre la seduta del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Verona esclusivamente in presenza per esporre e trattare i punti del seguente ordine del giorno:

ORDINE DEL GIORNO:

- 1- COMUNICAZIONI
- 2- APPROVAZIONE VERBALE SEDUTA DEL 06/05/2026
- 3- ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI
- 4- VARIE ED EVENTUALI

1.a) COSTITUZIONE DELLA FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DEL VENETO

La Vice Presidente riferisce in merito all'incontro svoltosi tra i Presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del Veneto, convocato al fine di valutare la ricostituzione della Federazione Regionale degli Ordini del Veneto.

Nel corso della riunione sono state approfondite le finalità e le modalità organizzative della Federazione, riconosciuta quale importante strumento di coordinamento e confronto tra gli Ordini provinciali della regione. Tuttavia, nonostante l'ampio dibattito e il confronto tra le diverse posizioni emerse, non è stato possibile raggiungere un accordo condiviso in merito alla sua ricostituzione.

Pertanto, allo stato attuale, il progetto di ricostituzione della Federazione Regionale non avrà seguito.

Rimane comunque l'auspicio che il dialogo tra gli Ordini possa proseguire e che, in futuro, si possano creare le condizioni per pervenire a una soluzione condivisa. La ricostituzione della Federazione rappresenterebbe infatti un importante elemento di coesione e collaborazione istituzionale, consentendo agli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del Veneto di presentarsi in modo unitario e compatto sulle tematiche di interesse comune.

Il Consiglio prende atto.

1.b) PIANO FORMATIVO FINALIZZATO AL RAFFORZAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE PER IL CONTRASTO ALLA VIOLENZA SULLE DONNE – COMUNE DI VERONA

La Vice Presidente informa il Consiglio che il Comune di Verona ha trasmesso il calendario degli incontri previsti nell'ambito del percorso formativo finalizzato al rafforzamento della rete territoriale per il contrasto alla violenza sulle donne.

Al primo incontro ha partecipato, in rappresentanza dell'OMCeO di Verona, la Dott.ssa Vania Braga.

Viene precisato che, per ciascun ente aderente al "Protocollo d'Intesa per l'adozione di strategie e prassi condivise per il contrasto della violenza di genere", è consentita la partecipazione di un massimo di tre operatori.

I Consiglieri eventualmente interessa-

ti a partecipare agli incontri potranno procedere autonomamente all'iscrizione contattando i seguenti riferimenti:

- Servizi Antiviolenza del Comune di Verona – Tel. 045 8078330;
- Dott.ssa Maria Luisa Costantino, Referente "Il Ponte" Cooperativa Sociale – Cell. 328 4909659;
- E-mail: area.serviziallapersona@comune.verona.it;
- E-mail: mlc@ilpontecoop.org.

Il Consiglio prende atto.

1.c) INVITO Fondazione ENPAM - PRESIDENTE ENPAM

La Vice Presidente informa il Consiglio che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Verona, di concerto con la Commissione Libera Professione, ha invitato il Presidente della Fondazione ENPAM, Dott. Alberto Olivetti, unitamente ad eventuali suoi collaboratori, a partecipare a un incontro di approfondimento dedicato alle principali tematiche e criticità attualmente riguardanti l'ENPAM.

A seguito dell'invito formulato, la Fondazione ENPAM ha proposto le seguenti date per lo svolgimento dell'incontro:

- 14 novembre 2026;
- 5 dicembre 2026.

Dopo breve discussione, il Consiglio individua quale data per l'incontro il giorno **14 novembre 2026**.

Ulteriori dettagli organizzativi e programmatici saranno comunicati nei prossimi mesi.

Il Consiglio prende atto.

2) Approvazione verbale seduta del 06/05/26

La Vice-Presidente ricorda al Consiglio che il verbale della seduta di mercoledì 6 maggio 2026 è stato anticipato via email a tutti i componenti il Consiglio.

La Vice - Presidente, chiede al Consiglio di approvare il verbale.

Il Consiglio approva all'unanimità.

3) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

La Vice Presidente informa i Consiglieri che dall'ultima seduta ad oggi, sono pervenute alla Segrete-

ria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri le richieste di nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni; pertanto, si ravvisa la necessità di aggiornare l'Albo dei Medici Chirurghi e l'Albo degli Odontoiatri:

- **visto** il D.Lgs. del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dalla Legge 11 gennaio 2018, n. 3, recante "Riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie";
- **visto** il D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, recante "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233";
- **richiamati**, in particolare, gli artt. 3 e seguenti del D.Lgs.C.P.S. n. 233/1946 e gli artt. 4, 10, 11 e 12 del D.P.R. n. 221/1950, concernenti la tenuta degli Albi, nonché i procedimenti di iscrizione, cancellazione e trasferimento;
- **preso atto** delle istanze pervenute agli uffici dell'Ordine, corredate dalla documentazione prevista dalla normativa vigente;
- **verificata** la sussistenza dei requisiti di legge in capo ai richiedenti;

La Vice-Presidente dà la parola al Dott. Giulio Rigon che elenca la situazione delle iscrizioni, trasferimenti e cancellazione degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott.ssa AMBROSO Lucrezia

Cancellazione per trasferimento:

Dott.ssa BERTO Maria Luisa Vs Omceo Pordenone
Dott. LORA Ferruccio Vs Omceo Vicenza

Cancellazione per decesso:

Dott.ssa RAVAZZOLO Maria Pia

Cancellazione su richiesta:

Dott.ssa MARIOTTO Arianna

Iscrizione STP:

PPR S.R.L. STP

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Cancellazione per trasferimento:

Dott. LORA Ferruccio Vs Omceo Vicenza

Il Consiglio all'unanimità

- **di accogliere le domande di iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri dei professionisti indicati nell'elenco su riportato;**
- **di disporre la cancellazione dall'Albo dei professionisti indicati nell'elenco su riportato, per le motivazioni ivi specificate, ai sensi della normativa vigente;**
- **di autorizzare i trasferimenti di iscrizione da e verso altri Ordini provinciali dei professionisti indicati nell'elenco su riportato, secondo le procedure previste dal D.P.R. n. 221/1950;**
- **di dare mandato agli uffici competenti di provvedere agli adempimenti conseguenti, ivi comprese le comunicazioni agli interessati e agli enti preposti.**

4) Varie ed eventuali

4.a) NOMINA "RESPONSABILE DELLA GESTIONE DOCUMENTALE" - D.Lgs. 7 marzo 2005 n. 82, Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) e delle Linee Guida AgID

La Vice Presidente informa i Consiglieri in merito alla necessità di nominare il "Responsabile della Gestione Documentale" così come richiesto a tutte le Pubbliche Amministrazioni nel rispetto del D.Lgs. 7 marzo 2005 n. 82, Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) e delle Linee Guida AgID. Premesso che:

- l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Verona, in qualità di ente pubblico non economico sussidiario dello Stato, è tenuto ad assicurare la corretta formazione, gestione, protocollazione, archiviazione e conservazione della documentazione amministrativa prodotta e ricevuta nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali;
- il processo di digitalizzazione dell'azione amministrativa impone alle

pubbliche amministrazioni e agli enti pubblici l'adozione di modelli organizzativi e strumenti idonei a garantire l'efficace gestione dei documenti informatici e dei flussi documentali, nel rispetto dei principi di trasparenza, efficienza, integrità, autenticità, affidabilità e reperibilità dei documenti;

- il Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'Amministrazione Digitale" disciplina la formazione, gestione, trasmissione, conservazione e accessibilità dei documenti informatici e demanda alle Linee Guida dell'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) la definizione delle relative regole tecniche;
- il D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 prevede l'istituzione del servizio per la gestione informatica dei documenti, dei flussi documentali e degli archivi e stabilisce che lo stesso sia affidato a un responsabile in possesso di adeguate competenze professionali;
- le Linee Guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, adottate ai sensi dell'art. 71 del CAD, prevedono che ciascuna amministrazione individui il Responsabile della Gestione Documentale attribuendo specifiche funzioni di organizzazione, coordinamento e controllo dei processi documentali;
- il Responsabile della Gestione Documentale assicura il corretto funzionamento del sistema di gestione documentale, la definizione e l'aggiornamento del Manuale di Gestione Documentale, la corretta tenuta del protocollo informatico, nonché il presidio dei processi documentali dell'Ente;
- risulta pertanto necessario procedere alla formale individuazione del Responsabile della Gestione Documentale, al fine di garantire il pieno adempimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente e il corretto funzionamento del sistema documentale dell'Ordine;

considerato che:

- il Responsabile della Gestione Documentale digitale costituisce funzione essenziale ai fini della validità giuridica, amministrativa e probatoria dei documenti informatici;

- la mancata individuazione del Responsabile della Gestione Documentale può determinare criticità sotto il profilo organizzativo, documentale, archivistico e della conformità normativa;
- si rende pertanto necessario individuare formalmente il soggetto responsabile della conservazione digitale dell'Ente;

si prende atto che il **Responsabile della Gestione Documentale:**

Ruolo

È la figura incaricata di presidiare l'intero sistema di gestione dei documenti informatici dell'Ente, garantendo che il processo avvenga nel rispetto della normativa vigente e delle Linee Guida AgID, assicurando autenticità, integrità, affidabilità, leggibilità e reperibilità dei documenti nel tempo.

Requisiti

Il Responsabile della Gestione Documentale deve:

- essere individuato formalmente dall'Ente;
- appartenere all'organizzazione dell'Amministrazione oppure operare nell'ambito di rapporti formalmente disciplinati;
- possedere adeguata competenza giuridico-amministrativa, informatica e archivistica;

Competenze

Il Responsabile della Gestione Documentale deve possedere:

- competenze in materia di gestione documentale e archivi digitali;
- conoscenza del Codice dell'Amministrazione Digitale e delle Linee Guida AgID;
- capacità organizzative e di coordinamento dei processi documentali;
- conoscenze relative ai sistemi informativi, sicurezza informatica e continuità operativa;
- competenze in materia di protezione dei dati personali e conservazione a lungo termine dei documenti.

Compiti

Al Responsabile della Gestione Documentale sono attribuite le funzioni di organizzazione, coordinamento e controllo del sistema di gestione documentale dell'Ente e, in particolare:

- garantire la corretta formazione, registrazione, classificazione, fascicolazione, assegnazione, archiviazione e conservazione dei docu-

menti amministrativi, sia analogici sia informatici;

- assicurare il corretto funzionamento del sistema di protocollo informatico e dei flussi documentali dell'Ente, nel rispetto della normativa vigente;
- predisporre, aggiornare e proporre l'adozione del Manuale di Gestione Documentale, curandone la diffusione e l'attuazione all'interno dell'Ente;
- definire e monitorare le procedure organizzative relative alla gestione dei documenti e dei fascicoli amministrativi;
- garantire l'applicazione del piano di classificazione (titolario) e delle regole di fascicolazione e archiviazione dei documenti;
- assicurare la corretta gestione degli accessi, delle abilitazioni e delle misure di sicurezza del sistema documentale, in raccordo con il Responsabile della Transizione Digitale, il Responsabile della Conservazione e gli altri soggetti competenti;
- vigilare sul rispetto delle disposizioni normative e regolamentari in materia di gestione documentale, protocollo informatico e conservazione dei documenti;
- promuovere iniziative di formazione e supporto al personale coinvolto nei processi documentali;
- curare i rapporti con il conservatore accreditato o con il soggetto incaricato della conservazione dei documenti informatici, per gli aspetti di competenza;
- svolgere ogni altra attività prevista dal D.P.R. n. 445/2000, dal D.Lgs. n. 82/2005 (CAD) e dalle Linee Guida AgID in materia di formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici.

IL CONSIGLIO DIRETTIVO

VISTI

- il **D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82** "Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD)", con particolare riferimento agli articoli 40, 41, 44 e 71;
- il **D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445** "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", ed in particolare:
o art. 50 (Aree Organizzative Omo-

genee);

o art. 61 (Servizio per la gestione informatica dei documenti, dei flussi documentali e degli archivi);

o artt. 62 e seguenti (compiti e responsabilità del servizio);

- le **Linee Guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici**, adottate con Determinazione AgID n. 407/2020 e aggiornate con Determinazione n. 371/2021, efficaci dal 1° gennaio 2022;
- in particolare, il paragrafo **3.1.2 delle Linee Guida AgID**, che prevede la nomina del Responsabile della Gestione Documentale per ciascuna Area Organizzativa Omogenea (AOO), nonché del relativo vicario;
- il paragrafo **3.5 delle Linee Guida AgID**, che prevede l'adozione e la pubblicazione del Manuale di Gestione Documentale da parte dell'ente;

CONSIDERATO

- che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è tenuto a garantire la corretta gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali e degli archivi, in conformità alla normativa vigente;
- che il Responsabile della Gestione Documentale deve essere individuato tra soggetti dotati di adeguata professionalità e competenza in materia archivistica e documentale, ai sensi dell'art. 61 del DPR 445/2000;

RICHIAMATI

- il D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'Amministrazione Digitale" e successive modificazioni e integrazioni;
- il D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa";
- le Linee Guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, adottate con Determinazione n. 407/2020 e aggiornate con Determinazione n. 371/2021;
- il D.Lgs. C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 e successive modificazioni - Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e disciplina dell'esercizio delle professioni stesse;
- il D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221 - Ap-

provazione del regolamento per l'esecuzione del D.Lgs. C.P.S. n. 233/1946;

- la Legge 11 gennaio 2018, n. 3 - Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute" (cd. Legge Lorenzin);

RITENUTO

Tutto ciò premesso e considerato, si ritiene necessario procedere alla formale nomina del Responsabile della Conservazione dell'Ente, in conformità alla normativa vigente e alle Linee Guida AgID, individuato nella persona della Sig.ra Iones Masiero che risulta essere persona di comprovata esperienza nel gestire il protocollo informatizzato dell'Ordine di Medici Chirurghi di Verona.

all'unanimità dei presenti

DELIBERA

1. di nominare la Sig.ra IONES MASIERO, in servizio presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Verona, quale Responsabile della Gestione Documentale dell'Ente, ai sensi dell'art. 61 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle Linee Guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici;
2. di attribuire al Responsabile della Gestione Documentale tutte le funzioni e i compiti previsti dalla normativa vigente, con particolare riferimento alla gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali, degli archivi e alla predisposizione, aggiornamento e attuazione del Manuale di Gestione Documentale dell'Ente;
3. di dare atto che il Responsabile della Gestione Documentale opererà in raccordo con il Responsabile della Conservazione, il Responsabile della Transizione Digitale e gli altri soggetti competenti per gli adempimenti previsti dalla normativa in materia di gestione documentale e digitalizzazione;
4. di demandare al Responsabile della Gestione Documentale l'a-

dozione degli atti e delle misure organizzative necessarie per garantire la corretta gestione dei documenti e dei flussi documentali dell'Ente, nel rispetto della normativa vigente;

5. di pubblicare il presente provvedimento sul sito istituzionale dell'Ordine, nella sezione "Amministrazione Trasparente", nonché di darne comunicazione ai soggetti interessati e agli uffici competenti;
6. di dichiarare la presente deliberazione immediatamente esecutiva.

Non essendovi null'altro da discutere o deliberare, alle ore 20:26 la seduta del Consiglio viene dichiarata chiusa.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 24 GIUGNO 2026

Addì **24 giugno 2026**, alle ore **20:08** previa convocazione avvenuta con e-mail della Segreteria dell'Ordine del giorno 18 giugno 2026, si riunisce in presenza il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Verona. Presiede il Presidente Prof. Alfredo Guglielmi. Esercita le funzioni di Segretario Dott. Rigon. Partecipa alla seduta anche la Responsabile della segreteria dell'Ordine, la Dott.ssa Elisabetta Fantoni, per dare supporto nella gestione della seduta del Consiglio Direttivo.

Sono convenuti i sottoelencati componenti il Consiglio Direttivo:

Presenti: A. Guglielmi, A. Tomezzoli, G. Rigon, G. Accordini, L. Buono, G. Carrara, R. Castellani, P. Cirillo, M. Corbellini, L. Cordioli, I. Dal Dosso, A.M. Musso, M. Perina, G. Petrilli, V. Braga

Assenti giustificati: C. Pastori, D. Brunelli, F. Orcalli, S. Bortoletti, F. Moretti.

Il Presidente Prof. Alfredo Guglielmi, coadiuvato dal Segretario Dott. Rigon, verificata la presenza del numero legale di partecipanti, alle ore 20:00 apre la seduta del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Verona esclusivamente in presenza per esporre e trattare i punti del seguente ordine del giorno:

ORDINE DEL GIORNO:

- 1- COMUNICAZIONI
- 2- APPROVAZIONE VERBALE SEDUTA DEL 27/05/2026
- 3- ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI
- 4- COMUNICAZIONI DEL TESO-RIERE
- 5- VARIE ED EVENTUALI

1.a) INVITO FONDAZIONE ENPAM - AGGIORNAMENTI

Il Presidente informa il Consiglio Direttivo che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Verona, d'intesa con la Commissione Libera Professione, aveva invitato il Presidente della Fondazione ENPAM, dott. Alberto Oliveti, unitamente ad eventuali collaboratori, a partecipare a un incontro di approfondimento dedicato alle principali tematiche e criticità di interesse per gli iscritti riguardanti l'Ente previdenziale. Ricorda che, nella seduta del Consiglio Direttivo del 27 maggio u.s., tra le date proposte dalla Fondazione ENPAM era stata individuata la giornata di sabato 14 novembre 2026 per lo svolgimento dell'incontro. Tuttavia, a causa di sopravvenuti impegni istituzionali del Presidente della Fondazione ENPAM, non sarà possibile confermare tale appuntamento.

La Fondazione ha pertanto richiesto all'Ordine di indicare nuove. Dopo breve discussione, il Consiglio Direttivo chiede alla segreteria dell'Ordine, di concordare con la Fondazione ENPAM altre possibili date, al fine di verificarne la compatibilità con gli impegni del Presidente Oliveti.

Il Consiglio prende atto.

[...] omissis...

- 1.d) TENSIONI PRESSO L'ULSS 8 BERICA - ARTICOLO PUBBLICATO SU "IL GAZZETTINO" DEL 17 GIUGNO 2026

Il Presidente porta all'attenzione il Consiglio Direttivo in merito ad un articolo pubblicato nel quotidiano *// Gazzettino* del 17 giugno 2026 (All. 1.d) dedicato alle tensioni emerse all'interno dell'ULSS 8 Berica, con particolare riferimento ai rapporti tra la Direzione Generale e il personale medico.

Nell'articolo si riferisce dell'intervento del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Vicenza, dott. Michele Valente, che avrebbe richiesto l'interessamento della Regione Veneto a tutela della serenità lavorativa e del rispetto istituzionale nelle strutture sanitarie dell'ULSS 8 Berica, a seguito di alcune dichiarazioni attribuite al Direttore Generale dell'Azienda. La notizia evidenzia altresì il clima di preoccupazione manifestato dalla dirigenza medica e dalle organizzazioni sindacali, che hanno promosso un'assemblea unitaria per discutere le criticità emerse nell'organizzazione dei servizi sanitari e nei rapporti tra la Direzione aziendale e il personale medico.

Tra le questioni sollevate figurano il ricorso alle cosiddette "liste d'attesa", l'organizzazione dei servizi ospedalieri e l'ipotesi di impiego dei medici ospedalieri nelle Case di Comunità. Il Presidente porta pertanto la notizia all'attenzione del Consiglio Direttivo per opportuna conoscenza e per eventuali valutazioni di competenza.

Il Consiglio prende atto.

2) Approvazione verbale seduta del 27/05/2026

Il Presidente ricorda al Consiglio che il verbale della seduta di mercoledì 27 maggio 2026 è stato anticipato via email a tutti i componenti il Consiglio. Il Presidente chiede al Consiglio di approvare il verbale.

Il Consiglio approva all'unanimità.

3) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Il Presidente informa i Consiglieri che dall'ultima seduta ad oggi, sono pervenute alla Segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri le richieste di nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni; pertanto, si

ravvisa la necessità di aggiornare l'Albo dei Medici Chirurghi e l'Albo degli Odontoiatri:

- **visto** il D.Lgs. del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dalla Legge 11 gennaio 2018, n. 3, recante "Riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie";
- **visto** il D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, recante "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233";
- **richiamati**, in particolare, gli artt. 3 e seguenti del D.Lgs.C.P.S. n. 233/1946 e gli artt. 4, 10, 11 e 12 del D.P.R. n. 221/1950, concernenti la tenuta degli Albi, nonché i procedimenti di iscrizione, cancellazione e trasferimento;
- **preso atto** delle istanze pervenute agli uffici dell'Ordine, corredate dalla documentazione prevista dalla normativa vigente;
- **verificata** la sussistenza dei requisiti di legge in capo ai richiedenti;

Il Presidente dà la parola al Dott. Lucio Cordioli che elenca la situazione delle iscrizioni, trasferimenti e cancellazione degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott. AMBROS JOHN Aaron
Dott.ssa ANTONIOLI Elena
Dott.ssa BERTOLINI Alice
Dott.ssa BIENIAK Magdalena Barbara
Dott. BOLLÀ Angela
Dott. BOTTOLI Pietro
Dott.ssa CANTON Chiara
Dott. DE VILLA Manuel
Dott.ssa GUGLIELMI Sara
Dott.ssa MELLA Giorgia
Dott. MONTRESOR Riccardo
Dott.ssa PAVONI Isabella
Dott. RIGO Giovanni
Dott.ssa SABETTA Elena
Dott.ssa SHALAMKOVA Yulia
Dott.ssa SHHADA MAROCCO Layla
Dott.ssa STEVANELLA Ilenia
Dott. TARALLO Francesco
Dott.ssa TINTO Elena
Dott. TURATTI Alessandro
Dott.ssa VALDINOCI Astrid Costanza

Dott. VENTURI Edoardo
Dott.ssa ZANARDI Jessica
Dott.ssa ZANTONELLO Elena

Iscrizione per trasferimento:

Dott. PECILE Damiano da Omceo Udine
Dott. VERNILE Bruno da Omceo Caserta

Cancellazione per decesso:

Dott.ssa DAL MASO Gina Paola

Cancellazione su richiesta:

Dott. FASDELLI Aldo Riccardo

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Cancellazione per decesso:

Dott.ssa DAL MASO Gina Paola

Cancellazione su richiesta:

Dott.ssa PIRES PIMENTA DE OLIVEIRA Andreia Sofia

Il Consiglio all'unanimità

- **di accogliere le domande di iscrizione** all'Albo dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri dei professionisti indicati nell'elenco su riportato;
- **di disporre la cancellazione** dall'Albo dei professionisti indicati nell'elenco su riportato, per le motivazioni ivi specificate, ai sensi della normativa vigente;
- **di autorizzare i trasferimenti di iscrizione** da e verso altri Ordini provinciali dei professionisti indicati nell'elenco su riportato, secondo le procedure previste dal D.P.R. n. 221/1950;
- **di dare mandato agli uffici competenti di provvedere agli adempimenti conseguenti, ivi comprese le comunicazioni agli interessati e agli enti preposti.**

4) Comunicazioni del Tesoriere

4.a) DELIBERE AMMINISTRATIVE

Il Presidente cede la parola al Segretario, dott. Giulio Rigon, il quale, in sostituzione del Tesoriere, dott.ssa Caterina Pastori, assente alla seduta, illustra le delibere amministrative sottoposte all'esame del Consiglio Direttivo, soffermandosi in particolare sulle

spese di maggiore rilevanza.

Al termine dell'esposizione e della relativa disamina, il Segretario invita il Consiglio Direttivo a procedere alla ratifica delle delibere amministrative, ai sensi degli articoli 19 e 21 del Regolamento di Contabilità dell'OMCeO di Verona.
[...] omissis...

5) Varie ed eventuali

5.a) NOMINA RESPONSABILE DELLA TRANSIZIONE DIGITALE (RTD) AI SENSI DEL D.Lgs. 7 MARZO 2005, N. 82 (Codice dell'amministrazione Digitale)

5.b) NOMINA DEL RESPONSABILE DELLA CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI INFORMATICI AI SENSI DEL D.Lgs. 7 MARZO 2005, N. 82 (Codice dell'amministrazione Digitale)

5.c) APPROVAZIONE DEL MANUALE DI CONSERVAZIONE

Adeguamento dell'assetto organizzativo dell'Ente alle disposizioni in materia di amministrazione digitale, gestione documentale, conservazione digitale e sicurezza informatica

Il Presidente informa il Consiglio Direttivo che negli ultimi anni il legislatore ha introdotto numerose disposizioni finalizzate alla digitalizzazione della Pubblica Amministrazione, imponendo agli enti pubblici l'adozione di specifici modelli organizzativi e l'individuazione di figure responsabili per la gestione dei processi di innovazione tecnologica, della documentazione informatica, della conservazione digitale e della sicurezza informatica. In particolare, il Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'Amministrazione Digitale - CAD), le Linee Guida emanate dall'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID), il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), il Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione e la normativa nazionale ed europea in materia di cybersicurezza impongono anche agli Ordini professionali, quali enti pubblici non economici, l'adozione di misure organizzative idonee a garantire la corretta gestione dei documenti informatici, la conservazione digitale a norma, la sicurezza dei sistemi informativi e la progressiva trasformazione digitale dell'Ente.

Il Presidente evidenzia che tali adempimenti non rappresentano una mera attività formale, ma costituiscono strumenti indispensabili per garantire la validità giuridica dei documenti informatici, la continuità operativa dei servizi, la tutela dei dati personali, la sicurezza delle informazioni e la piena conformità dell'Ordine alla normativa vigente.

A tal fine si rende necessario individuare formalmente le figure organizzative previste dalla normativa di settore e, in particolare:

- **il Responsabile per la Transizione Digitale (RTD)**, previsto dall'art. 17 del Codice dell'Amministrazione Digitale, cui compete il coordinamento dei processi di innovazione e digitalizzazione dell'Ente;
- **il Responsabile della Gestione Documentale**, previsto dalle Linee Guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, cui compete il presidio dell'intero sistema documentale dell'Ente;
- **il Responsabile della Conservazione dei documenti informatici**, previsto dall'art. 44 del Codice dell'Amministrazione Digitale e dalle Linee Guida AgID, cui compete garantire nel tempo autenticità, integrità, affidabilità, leggibilità e reperibilità dei documenti digitali;
- **il Responsabile della Sicurezza Informatica (CISO - Chief Information Security Officer)**, figura prevista dai moderni modelli organizzativi di cybersecurity e raccomandata dalla normativa nazionale ed europea in materia di sicurezza delle reti, dei sistemi informativi e dei dati trattati dalle pubbliche amministrazioni.

Il Presidente ricorda che la stessa FNOMCeO e numerosi Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri hanno già provveduto all'individuazione delle predette figure organizzative al fine di assicurare la piena conformità alle disposizioni normative vigenti e garantire un efficace presidio dei processi di digitalizzazione e sicurezza informatica.

Il Presidente ricorda altresì che, nella seduta del Consiglio Direttivo del 27 maggio 2026, l'Ente ha già provveduto a nominare la sig.ra **Iones Masiero**

quale **Responsabile della Gestione Documentale**, in conformità a quanto previsto dalle Linee Guida AgID.

Al fine di completare l'assetto organizzativo richiesto dalla normativa vigente e garantire una corretta gestione dei processi di digitalizzazione dell'Ordine, si rende ora necessario procedere all'individuazione delle ulteriori figure previste dall'ordinamento.

Il Presidente propone pertanto la nomina della sig.ra **Elisabetta Costerman** quale **Responsabile per la Transizione Digitale (RTD)**, ai sensi dell'art. 17 del Codice dell'Amministrazione Digitale, figura cui competono il coordinamento e l'attuazione dei processi di innovazione tecnologica e trasformazione digitale dell'Ente.

Propone inoltre la nomina della dott.ssa **Elisabetta Fantoni** quale **Responsabile della Conservazione dei documenti informatici**, ai sensi degli articoli 43 e 44 del Codice dell'Amministrazione Digitale e delle Linee Guida AgID, con il compito di garantire la corretta conservazione nel tempo del patrimonio documentale digitale dell'Ordine, assicurandone autenticità, integrità, affidabilità, leggibilità e reperibilità.

Le suddette nomine consentono all'Ordine di completare il proprio sistema organizzativo in materia di amministrazione digitale, in linea con gli adempimenti previsti dalla normativa vigente e con quanto già adottato dalla FNOMCeO e da numerosi Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Alla luce di quanto sopra, il Consiglio Direttivo è chiamato a procedere alle nomine necessarie per completare l'assetto organizzativo dell'Ordine in materia di amministrazione digitale e sicurezza delle informazioni.

5.a) NOMINA DEL RESPONSABILE PER LA TRANSIZIONE DIGITALE (RTD) AI SENSI DELL'ART. 17 DEL D.Lgs. 7 MARZO 2005, N. 82 (Codice dell'amministrazione Digitale)

Il Presidente informa il Consiglio Direttivo che il Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante il "Codice dell'Amministrazione Digitale" (CAD), prevede all'art. 17 l'obbligo per le Pubbliche Amministrazioni di individuare il Responsabile per la Transi-

zione Digitale (RTD), figura cui sono attribuiti compiti di coordinamento e attuazione dei processi di innovazione tecnologica, digitalizzazione dei procedimenti amministrativi e sviluppo dei servizi digitali dell'Ente.

Ricorda che gli Ordini professionali, in quanto enti pubblici non economici, sono tenuti all'applicazione delle disposizioni previste dal Codice dell'Amministrazione Digitale e devono pertanto individuare formalmente il soggetto responsabile della trasformazione digitale dell'Ente, dotato delle competenze necessarie per assicurare il raggiungimento degli obiettivi di innovazione e modernizzazione dell'attività amministrativa.

Il Presidente evidenzia inoltre che la stessa FNOMCeO ha provveduto a nominare il proprio Responsabile per la Transizione Digitale, riconoscendo la natura strategica e trasversale di tale funzione rispetto all'intera organizzazione dell'Ente e procedendo successivamente ad aggiornarne l'attribuzione in relazione al proprio assetto organizzativo.

Alla luce di quanto sopra, e considerata la necessità di garantire il pieno rispetto degli obblighi normativi in materia di digitalizzazione della Pubblica Amministrazione, si rende necessario procedere alla nomina del Responsabile per la Transizione Digitale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Verona.

Visto e premesso quanto sopra riportato

IL CONSIGLIO DIRETTIVO

VISTO il Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni e integrazioni, recante il "Codice dell'Amministrazione Digitale" (CAD);

VISTO, in particolare, l'art. 17 del citato Decreto Legislativo, che prevede per le Pubbliche Amministrazioni l'individuazione dell'Ufficio per la Transizione Digitale e del relativo Responsabile, cui sono attribuiti compiti di coordinamento strategico dei processi di digitalizzazione, innovazione tecnologica e reingegnerizzazione dei procedimenti amministrativi;

CONSIDERATO che gli Ordini professionali, quali enti pubblici non economici, rientrano tra i soggetti tenuti all'applicazione delle disposizioni del

Codice dell'Amministrazione Digitale; **CONSIDERATO** che il Responsabile per la Transizione Digitale costituisce il punto di raccordo tra gli organi di indirizzo politico-amministrativo e la struttura operativa dell'Ente per l'attuazione degli obiettivi di digitalizzazione previsti dalla normativa vigente e dal Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione;

PRESO ATTO che la Sig.ra ELISABETTA COSTERMAN, funzionario dipendente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Verona, possiede le competenze professionali e l'esperienza necessarie per lo svolgimento delle funzioni attribuite al Responsabile per la Transizione Digitale;

RITENUTO pertanto di procedere alla relativa nomina;

DELIBERA

All'unanimità

1. di nominare la Sig.ra ELISABETTA COSTERMAN, funzionario dipendente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Verona, quale Responsabile per la Transizione Digitale (RTD) dell'Ente, ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. 82/2005 e successive modificazioni e integrazioni;

2. di attribuire al Responsabile per la Transizione Digitale tutte le funzioni e i compiti previsti dall'art. 17 del Codice dell'Amministrazione Digitale e dalla normativa vigente in materia;

- coordinamento strategico dei sistemi informativi, delle telecomunicazioni e della telefonia;
- indirizzo e coordinamento dello sviluppo dei servizi digitali interni ed esterni;
- pianificazione, coordinamento e monitoraggio della sicurezza informatica;
- promozione dell'accessibilità e dell'utilizzo degli strumenti informatici da parte delle persone con disabilità;
- verifica della coerenza tra organizzazione dell'ente e utilizzo delle tecnologie digitali;
- supporto ai processi di riorganizzazione e semplificazione

amministrativa;

- pianificazione e coordinamento della diffusione di SPID, CIE, domicilio digitale, firma elettronica, protocollo informatico e altri strumenti digitali;
- promozione dell'interoperabilità tra i sistemi informatici;
- coordinamento degli acquisti ICT e della loro conformità agli obiettivi dell'Agenda Digitale e del Piano Triennale per l'Informatica nella PA.

3. di demandare agli uffici competenti gli adempimenti conseguenti alla presente deliberazione, compresa la comunicazione e l'aggiornamento dei dati presso l'Indice delle Pubbliche Amministrazioni (IPA);

4. di dare atto che l'incarico viene svolto nell'ambito delle funzioni istituzionali già attribuite al dipendente, per il momento senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dell'Ente; tuttavia, in considerazione delle responsabilità connesse all'incarico e della complessità delle attività da svolgere, il Consiglio Direttivo potrebbe valutare con successo provvedimento l'eventuale riconoscimento di un trattamento accessorio o di una specifica indennità, nel rispetto della normativa vigente, del CCNL applicabile e delle disponibilità di bilancio dell'Ente.

5. di dichiarare la presente deliberazione immediatamente esecutiva.

6. di incaricare il Responsabile della Transizione digitale per provvedere all'inserimento dei dati sull'indice delle P.A.

L'incarico è conferito a decorrere dalla data della presente deliberazione e rimarrà efficace fino a diversa determinazione del Consiglio Direttivo, ovvero fino alla cessazione del rapporto di lavoro o alla modifica dell'assetto organizzativo dell'Ente.

5.b) NOMINA DEL RESPONSABILE DELLA CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI INFORMATICI AI SENSI DEL D.Lgs. 7 MARZO 2005, N. 82 CODICE DELL'AMMINISTRAZIONE DIGITALE.

Il Presidente informa il Consiglio Direttivo che il Codice dell'Amministrazione Digitale (D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni e integrazioni) e le Linee Guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici prevedono che ogni Pubblica Amministrazione organizzi un sistema di conservazione digitale idoneo a garantire nel tempo autenticità, integrità, affidabilità, leggibilità e reperibilità dei documenti informatici prodotti e ricevuti dall'Ente.

A tal fine la normativa prevede l'individuazione del Responsabile della Conservazione dei documenti informatici, figura distinta dal Responsabile della Gestione Documentale e chiamata a presidiare il sistema di conservazione dei documenti informatici, nonché a garantire la corretta tenuta del Manuale della Conservazione e il rispetto delle disposizioni normative vigenti.

Il Presidente ricorda che l'Ordine ha già provveduto alla nomina del Responsabile della Gestione Documentale, alla nomina del Responsabile per la Transazione Digitale e che risulta ora necessario individuare formalmente il Responsabile della Conservazione, al fine di completare l'assetto organizzativo richiesto dalla normativa in materia di amministrazione digitale.

Considerate le competenze professionali e l'esperienza maturata nell'ambito dell'organizzazione amministrativa dell'Ente, viene proposta la nomina della dott.ssa Elisabetta Fantoni quale Responsabile della Conservazione dei documenti informatici dell'Ordine.

IL CONSIGLIO DIRETTIVO

VISTO il Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni e integrazioni, recante il "Codice dell'Amministrazione Digitale" (CAD);

VISTI gli articoli 43 e 44 del citato Decreto Legislativo, che disciplinano la conservazione dei documenti informatici e prevedono che il sistema di conservazione assicuri caratteristiche di autenticità, integrità, affidabilità, leggibilità e reperibilità dei documenti

nel tempo;

VISTO, in particolare, l'art. 44, comma 1-bis, del D.Lgs. n. 82/2005, che prevede l'organizzazione del sistema di conservazione dei documenti informatici sotto la responsabilità di un soggetto appositamente individuato;

VISTE le "Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici" emanate dall'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID), adottate con Determinazione n. 407 del 9 settembre 2020 e successive modificazioni e integrazioni, che individuano il ruolo, le funzioni e le responsabilità del Responsabile della Conservazione dei documenti informatici;

CONSIDERATO che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Verona, in qualità di Ente pubblico non economico, è tenuto ad applicare le disposizioni previste dal Codice dell'Amministrazione Digitale e dalla normativa vigente in materia di gestione e conservazione dei documenti informatici;

CONSIDERATO che il sistema di conservazione costituisce parte integrante del sistema documentale dell'Ente e che risulta necessario individuare formalmente il Responsabile della Conservazione dei documenti informatici, quale figura deputata a garantire la corretta conservazione nel tempo del patrimonio documentale digitale dell'Ordine;

PRESO ATTO che l'Ordine ha già provveduto alla nomina del Responsabile della Gestione Documentale e che si rende pertanto necessario completare l'assetto organizzativo previsto dalla normativa in materia di amministrazione digitale;

VALUTATE le competenze professionali, amministrative e organizzative possedute dalla dott.ssa Elisabetta Fantoni, dipendente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Verona;

RITENUTO di individuare nella medesima la figura idonea a ricoprire l'incarico di Responsabile della Conservazione dei documenti informatici;

DELIBERA

All'unanimità

1. di nominare la Dott.ssa Elisabetta Fantoni, dipendente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli

Odontoiatri della Provincia di Verona, quale Responsabile della Conservazione dei documenti informatici dell'Ente;

2. di attribuire alla Responsabile della Conservazione dei documenti informatici le funzioni previste dal D.Lgs. n. 82/2005 e dalle Linee Guida AgID, ed in particolare il compito di:

- o definire, attuare e presidiare il sistema di conservazione dei documenti informatici dell'Ente;**
- o garantire nel tempo autenticità, integrità, affidabilità, leggibilità e reperibilità dei documenti conservati;**
- o predisporre, aggiornare e mantenere il Manuale della Conservazione;**
- o vigilare sul corretto funzionamento del processo di conservazione e sul rispetto delle disposizioni normative vigenti;**
- o verificare la corretta acquisizione, conservazione ed esibizione dei documenti informatici e dei relativi metadati;**
- o coordinare i rapporti con l'eventuale conservatore esterno e con i soggetti coinvolti nel sistema documentale dell'Ente;**
- o operare in raccordo con il Responsabile della Gestione Documentale, il Responsabile per la Transizione Digitale, il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) e gli altri soggetti competenti in materia;**

3. di demandare agli uffici competenti l'adozione di tutti gli atti e gli adempimenti conseguenti alla presente deliberazione;

4. di dare atto che l'incarico viene svolto nell'ambito delle funzioni istituzionali già attribuite al dipendente, per il momento senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dell'Ente; tuttavia, in considerazione delle responsabilità connesse all'incarico e della complessità delle attività da svolgere, il Consiglio Direttivo potrebbe valutare con successivo provvedimento l'eventuale riconoscimento di un trattamento accessorio o di una specifica indennità, nel rispetto della normativa vigente, del CCNL appli-

cabile e delle disponibilità di bilancio dell'Ente.

5. di dichiarare la presente deliberazione immediatamente esecutiva.

L'incarico è conferito a decorrere dalla data della presente deliberazione e rimarrà efficace fino a diversa determinazione del Consiglio Direttivo, ovvero fino alla cessazione del rapporto di lavoro o alla modifica dell'assetto organizzativo dell'Ente.

5.c) APPROVAZIONE DEL MANUALE DI CONSERVAZIONE

Il Presidente introduce l'argomento ricordando che la normativa vigente in materia di amministrazione digitale impone alle pubbliche amministrazioni di garantire la corretta formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, al fine di assicurarne nel tempo autenticità, integrità, affidabilità, leggibilità e reperibilità. Ricorda che il Consiglio Direttivo, con deliberazione n. 442 del 17 dicembre 2025, ha affidato alla società **Namirial S.p.A.**, società convenzionata con la FNOMCeO, il servizio di gestione della Posta Elettronica Certificata (PEC) e il servizio di conservazione dei documenti informatici dell'Ente.

Evidenzia che, ai sensi del **D.Lgs. n. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale)** e delle **Linee Guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici**, il sistema di conservazione deve essere disciplinato da un apposito **Manuale di Conservazione**, documento che descrive l'organizzazione del servizio, i soggetti coinvolti, le responsabilità, i processi e le modalità operative adottate per la conservazione a norma dei documenti informatici.

Invita pertanto il Consiglio Direttivo a procedere alla sua approvazione, quale parte integrante del sistema di gestione documentale dell'Ente, al fine di assicurare la piena conformità dell'attività amministrativa alle disposizioni del Codice dell'Amministrazione Digitale e delle Linee Guida AgID in materia di conservazione dei documenti informatici.

Il Consiglio Direttivo

VISTO

- il D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'Amministrazione Digitale" e successive modificazioni ed integrazioni, con particolare riferimento agli articoli 20, 22, 23-ter, 40, 43, 44, 44-bis e 71, che disciplinano la formazione, la gestione e la conservazione dei documenti informatici;
- il D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", concernente la gestione documentale e il sistema di protocollo informatico;
- il D.Lgs. 22 gennaio 2004, n. 42 "Codice dei beni culturali e del paesaggio", con particolare riferimento alle disposizioni in materia di tutela e conservazione degli archivi pubblici;
- le **Linee Guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici**, adottate con Determinazione AgID n. 407 del 9 settembre 2020 e successive modificazioni, efficaci dal 1° gennaio 2022, emanate ai sensi dell'art. 71 del Codice dell'Amministrazione Digitale;

RICHIAMATA

- la deliberazione del Consiglio Direttivo n. 442 del 17 dicembre 2025 con la quale è stato affidato alla società **Namirial S.p.A.**, società convenzionata con FNOMCeO, il servizio di gestione della Posta Elettronica Certificata (PEC) e il servizio di conservazione dei documenti informatici;

CONSIDERATO CHE

- il sistema di conservazione dei documenti informatici costituisce parte integrante del sistema di gestione documentale dell'Ente e deve garantire autenticità, integrità, affidabilità, leggibilità e reperibilità dei documenti nel tempo;
- le Linee Guida AgID prevedono che ogni Ente definisca e adotti il **Manuale di Conservazione**, documento che descrive l'organizzazione, i soggetti coinvolti, i processi, le responsabilità e le modalità operative del sistema di conservazione;
- a seguito dell'affidamento del servizio di conservazione digitale alla società **Namirial S.p.A.** si rende necessario formalizzare e approvare

il Manuale di Conservazione, adeguandolo all'attuale organizzazione dell'Ente e al modello di conservazione adottato;

ESAMINATO

il testo del **Manuale di Conservazione** dei documenti informatici, predisposto in conformità alla normativa vigente e allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

RITENUTO

di procedere alla sua approvazione al fine di garantire la piena conformità del sistema documentale dell'Ente alle disposizioni normative vigenti;

DELIBERA

all'unanimità

1. di approvare il **Manuale di Conservazione dei documenti informatici**, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che il Manuale disciplina il sistema di conservazione dei documenti informatici dell'Ente, definendone l'organizzazione, i ruoli, le responsabilità, i processi e le modalità operative, nel rispetto della normativa vigente;
3. di dare atto che il servizio di conservazione è affidato alla società **Namirial S.p.A.**, secondo quanto stabilito con deliberazione del Consiglio Direttivo n. 442 del 17 dicembre 2025;
4. di demandare al Responsabile della gestione documentale e al Responsabile della conservazione, per quanto di rispettiva competenza, l'attuazione delle disposizioni contenute nel Manuale e il suo periodico aggiornamento in caso di modifiche normative, organizzative o tecnologiche;
5. di disporre la pubblicazione del Manuale di Conservazione sul sito istituzionale dell'Ente, nella sezione **Amministrazione Trasparente**, ove previsto dalla normativa vigente, nonché la sua diffusione ai soggetti interessati.

Non essendoci altro da discutere, la seduta si conclude alle ore 21.00

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 6 MAGGIO 2026

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

La seduta ha inizio alle ore 19.00.

Lettura e approvazione del verbale precedente

Il verbale della seduta del mese di marzo 2026 viene approvato all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente informa i presenti in merito alla richiesta avanzata dalla sig.ra xxxxxxxx, trasmessa all'Ordine per ottenere chiarimenti relativamente a una questione ritenuta di interesse professionale e ordinistico, nello specifico il riconoscimento del titolo abilitante all'esercizio di odontoiatra in Italia conseguito in paese extra UE. Dopo ampia discussione, considerata la delicatezza e la rilevanza interpretativa della problematica esposta, la Commissione delibera di inoltrare richiesta di parere alla FNOMCeO, al fine di acquisire un orientamento ufficiale da parte della Federazione Nazionale.
- Il Presidente comunica che il dott. Marchetti è stato nominato commissario per lo svolgimento degli esami ASO organizzati dalla società Agorà.
- Il Presidente informa inoltre che l'invito al convegno di endodonzia previsto per il giorno 30 giugno verrà esteso anche agli studenti del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, al fine di favorire la partecipazione dei futuri professionisti alle attività culturali e formative promosse dalla Commissione.
- Il Presidente relaziona infine in merito alla domanda presentata per l'ot-

tenimento dei contributi FNOMCeO destinati anche ai convegni organizzati dalla CAO, illustrando ai presenti le modalità di accesso ai contributi e le prospettive di sostegno economico per le future iniziative scientifiche e culturali promosse dalla Commissione.

- Il Presidente relaziona i presenti sul quesito relativo all'attività di tatuatore svolta da un medico odontoiatra. Riferisce che, a seguito della richiesta avanzata dalla CAO, la Federazione ha inviato una risposta di merito. La Federazione ritiene che l'attività di tatuatore possa essere svolta, purché venga posta particolare attenzione alla componente igienico-sanitaria, al rispetto dei principi del Codice di Deontologia Medica e al mantenimento di una netta distinzione tra i ruoli esercitati e i relativi contesti operativi.
- Il Presidente riferisce di aver ricevuto da parte di un'iscritta un quesito riguardante le procedure operative da effettuare, secondo normativa, per i piccoli sterilizzatori, con particolare riferimento alla verifica periodica della penetrazione del vapore. Viene risposto che, ai fini dell'autorizzazione sanitaria, può essere dichiarato che non vengono sterilizzati tessuti e che pertanto il Bowie-Dick test può essere omesso; in alternativa, può essere dichiarato che i test vengono effettuati al bisogno.
- Il Presidente riferisce che è pervenuta a questa CAO una segnalazione da parte del sig. A.C., il quale lamenta che il dott. xxxxxxxx abbia fatturato una otturazione a seguito della mancata presentazione a un appuntamento. Il dott. xxxxxx, contattato telefonicamente dal Presidente, riferisce che prenderà accordi con il paziente per modificare la fattura.
- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta una richiesta da parte del dott. xxxxxxxx riguardante la RC professionale, in quanto, essendo pensionato, la propria compagnia

assicurativa gli ha comunicato la necessità di mantenere attiva la polizza RC professionale. È stato risposto che non deve più provvedere al pagamento annuale della polizza professionale per un'attività non più esercitata, in quanto la legge prevede una clausola di ultrattività postuma valida anche per i familiari.

Relazioni istruttorie:

- **Dott.ssa xxxxxxxx** – Il Presidente informa i presenti che è pervenuta alla CAO una segnalazione da parte del dott. xxxxxxxx nei confronti della dott.ssa xxxxxxxx, direttore sanitario del xxxxxxxx, in merito a presunte irregolarità autorizzative dello studio; in una successiva segnalazione vengono inoltre riferiti possibili comportamenti deontologicamente scorretti da parte della stessa.

Il Presidente dà lettura del verbale di audizione e la Commissione ritiene il non luogo a procedere nei confronti della dott. xxxxxxxx.

Varie ed eventuali

Non vi sono ulteriori argomenti da trattare.

Alle ore 20.00 si dichiara chiusa la seduta.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 24 GIUGNO 2026

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

Lettura e approvazione verbale precedente: Il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente

- Il Presidente sottopone all'attenzione dei componenti della CAO un documento che sarà pubblicato sul sito dell'Ordine e riguarderà il "Progetto Giovani". Sul sito sarà inoltre predisposta una pagina dedicata all'iniziativa e verrà attivata la funzione "Sondaggi" per raccogliere le manifestazioni di interesse e la disponibilità ad aderire al progetto.
- Il Presidente informa che è pervenuta la richiesta da parte di una laureanda in Osteopatia, impegna-

ta nella redazione di una tesi sui disturbi osteo-mandibolari, di poter inviare agli iscritti all'Albo degli Odontoiatri un link per la compilazione di un questionario anonimo. La CAO si riserva di acquisire un parere di merito dall'Avv. Boschello, DPO dell'Ordine, prima di esprimersi sulla richiesta.

- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta una segnalazione da parte del dott. xxxxxxxx, il quale lamenta che, pur non essendo più Direttore Sanitario di uno studio dentistico di Verona, il suo nominativo compaia ancora sulla pagina Facebook della struttura. Il Presidente ha contattato lo studio chiedendo di provvedere alla rimozione del nominativo dell'ex Direttore Sanitario dai propri canali social.
- Il Presidente comunica che sono stati nominati i componenti della Commissione per gli Esami di Stato in Odontoiatria per l'anno 2026. I componenti effettivi sono il dott. Frech e il dott. Buono; i componenti supplenti sono il dott. Guglielmi e la dott.ssa Perina.

- Il Presidente, su espressa richiesta del dott. Buono, informa i presenti in merito alla segnalazione della dott.ssa xxxxxxxx, la quale ha presentato un'istanza di accesso civico generalizzato (FOIA) riguardante l'elenco della Regione Veneto nel quale risulterebbero iscritti medici stranieri che potrebbero esercitare in Italia senza iscrizione all'Ordine. Il dott. Buono si impegna a predisporre un documento che costituirà parte integrante del presente verbale.
- Il Presidente informa che il dott. xxxxx, autore della segnalazione nei confronti della dott.ssa xxxxxxx, per la quale la CAO ha deliberato il non luogo a procedere, ha presentato istanza di accesso agli atti. La Commissione delibera di chiedere al dott. xxxxxx di specificare meglio l'oggetto della richiesta.

Alle ore 20.00 il Presidente dichiara chiusa la seduta.



Medici: la vita e la morte

Gentile Direttore,

da bambino, ammiravo le bellissime gambe delle gemelle Kessler, il sabato sera e non sapevo perché, avendo solo 8 anni. Oggi, da medico, so benissimo perché si decide di morire a 89 anni con un suicidio assistito. La notizia ripropone il dibattito sul tema spinoso del "fine vita", ma sempre con gli stessi limiti e fraintendimenti etici. La cosa sa tanto di omicidio volontario, tanto da smuovere inutilmente la magistratura e le coscienze religiose, ma il punto cruciale è la legittima rivendicazione della proprietà della vita.

Sgombro il campo dagli equivoci: la vita di una persona, non appartiene allo Stato e non appartiene a dio. Lo Stato può regolamentare e assistere una comunità di persone, ma non è depositario del senso e del destino di una persona, anche perché possiamo solo indirizzare il nostro destino con le nostre azioni, ma la vita non ha un senso, perché biologicamente appartiene a se stessa e non ha un indirizzo né statale, né religioso. Un cattolico potrebbe affermare che la vita appartiene a dio, perché da dio

proviene, ma è un discorso di fede, non filosofico, in questo caso, il senso di una vita sarà il regno dei cieli, una scelta comprensibile ma non valida per tutti. Un ateo ha solo un regno terreno e solo qui conclude il suo destino. La vita appartiene a se stessa, è un fenomeno fine a se stesso e si alimenta con i propri meccanismi, fino ad un certo punto.

Con la vecchiaia e le malattie, il meccanismo si inceppa e prima di fermarsi può diventare un calvario dove il dolore diventa totalizzante e disumanizzante. Da medico, ho visto tante, troppe volte, malattie devastanti con notti e giorni di sofferenza indicibili e la perdita assoluta di autonomia e dignità. Al malato terminale viene tolto tutto, dalle autonomie più elementari e basilari della vita, fino alla quotidiana assenza di senso e futuro del proprio esistere. Non possono, lo Stato e qualsiasi credo religioso, togliere anche l'ultima scelta libera di una persona: scegliere come morire, dopo aver scelto come vivere.

Altro pernicioso fraintendimento è l'etica medica che discende dal nostro Giuramento di Ippocrate: "non darò

mai un medicamento mortale, anche se richiesto" diceva il medico greco di Cos, escludendo a priori ogni tipo di eutanasia dalla pratica medica. Storicamente, ai tempi di Ippocrate, pochi superavano i 50 anni di vita, la scienza medica era così limitata da poter incidere molto poco sulla storia naturale di una malattia. Oggi, abbiamo cronicizzato tante malattie con tecniche inimmaginabili nella Grecia antica, fino a poter sostenere anche flebili spiragli di vita, ma il compito di un medico, non è un lavoro etico, non è giudizio morale, ma patto terapeutico con il paziente, fino a rispettare anche la volontà di mettere fine ad un dolore incoercibile e senza senso.

Un medico non dà la morte, può solo interrompere un crudele calvario, che porta via un pezzo di vita ogni giorno, fino al boccone finale di una morte che ti seppellisce un pezzo per volta. Ma è necessaria una legge sul fine-vita, laica, responsabile, umana e che tuteli ogni libertà.

ENZO BOZZA

MEDICO MMG A VODO E
BORCA DI CADORE (BL)

PENSIONATI E CREDITI ECM

I medici in pensione che, seppur iscritti all'Albo professionale, non svolgano più l'attività non sono tenuti ad assolvere gli obblighi ECM. Laddove il medico, ancorché in pensione, svolga attività libero professionale, l'obbligo di aggiornarsi rimane sia dal punto di vista deontologico, sia sotto il profilo di legge.

Sanatoria, perlomeno, irrispettosa!

Caro Direttore,

nel pomeriggio afoso di martedì 14 luglio, dominato dallo scontro sulla legge elettorale e dalle giravolte di Trump sullo stretto di Hormuz, alla Commissione Affari Sociali della Camera è stato approvato un emendamento alla legge delega di riforma delle professioni sanitarie che permetterebbe a chi è stato radiato dall'ordine professionale "per fatti non dolosi connessi alla pandemia" di presentare domanda di reinscrizione all'Ordine, qualora il loro ricorso alla Commissione giudicante (CCEPS) sia ancora pendente. In pratica, coloro che durante la pandemia hanno diffuso teorie antiscientifiche e consigliato cure non sostenute da evidenze scientifiche potranno presentare domanda

di reinscrizione all'Ordine, anche se radiati. Il provvedimento somiglia molto ad una di quelle sanatorie di cui usufruiscono gli evasori fiscali, un bel colpo di spugna e si ricomincia daccapo. Tuttavia, ci sono alcuni aspetti peculiari da considerare: la radiazione è una decisione presa dall'Ordine dei medici e odontoiatri in casi rarissimi, profondamente meditata e motivata da un'apposita commissione, dopo adeguata istruttoria, a tutela dei cittadini e della dignità della classe medica. L'Ordine, giova ricordarlo, non è un sindacato, né una corporazione, ma un organo Sussidiario dello Stato (nella decisione di giovedì scorso delegittimato dallo Stato stesso!). Ed infine, la cosa che mi sta più a cuore: questa decisione, se venisse confermata, è un affronto alle vittime del

Covid, ai 383 medici e odontoiatri e a tutti i professionisti della salute che hanno sacrificato la loro vita svolgendo la loro professione. Chi scrive ha vissuto in prima linea quei momenti terribili, ha assistito e ha visto morire Colleghi e Pazienti a causa della pandemia. Anche per questo, ritengo indispensabile che la decisione approvata in Commissione l'altro ieri venga rivista: non si deve continuare ad utilizzare la pandemia per fini politici, arrivando a legittimare i no vax per fini elettorali: ce lo chiede la memoria di chi non ce l'ha fatta.

Cordiali saluti

CARLO RUGIU

SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VERONA

OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

CONSULENZA MEDICO LEGALE (Dott.ssa Federica BORTOLOTTI)

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

CONSULENZA E.N.P.A.M. (Segreteria OMCeO VR - Dott.ssa Daniela BERTOL)

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

CONSULENZA FISCALE (Dott.ssa Monica NARLINI)

Previo appuntamento telefonico richiesto al n. tel. 045 8006112

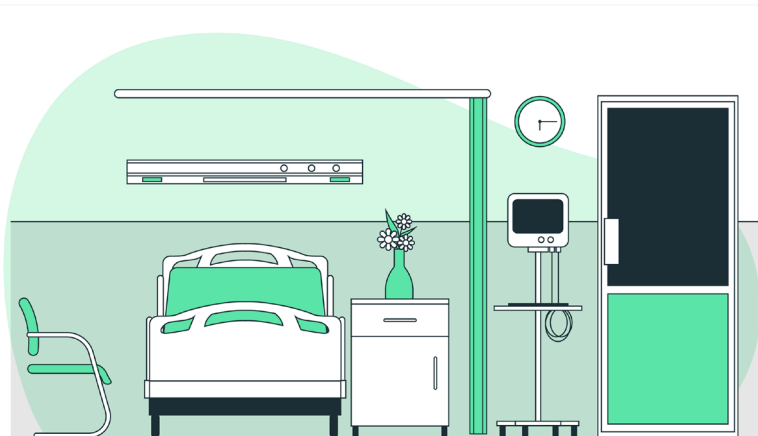
Fine vita. La Consulta dice no all'allargamento: il requisito del sostegno vitale resta obbligatorio

LA CORTE COSTITUZIONALE HA CONFERMATO CHE IL REQUISITO DEL SOSTEGNO VITALE PER IL SUICIDIO ASSISTITO RESTA OBBLIGATORIO, RESPINGENDO IL TENTATIVO DI ALLARGARLO. SPETTA AL PARLAMENTO, NON AI GIUDICI, DECIDERE EVENTUALI MODIFICHE.

La Corte Costituzionale ha respinto il tentativo di ampliare l'accesso al suicidio medicalmente assistito alle persone malate che non dipendono da trattamenti di sostegno vitale. Con la sentenza numero 152 del 2026, depositata ieri, i giudici della Consulta hanno dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale sollevate dal Giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Bologna, confermando per la terza volta — dopo le sentenze 135 del 2024 e 66 del 2025 — che il requisito introdotto dalla storica sentenza 242 del 2019 rimane un pilastro irrinunciabile dell'attuale assetto normativo.

Il caso

Al centro della vicenda c'è la storia di P. R., una donna affetta da una forma avanzata di parkinsonismo da paralisi sopranucleare progressiva, malattia irreversibile comparsa nel 2012 che l'aveva resa completamente dipendente dall'assistenza di terzi per ogni necessità quotidiana — dall'alimentazione all'igiene personale agli spostamenti. Nonostante questo, ella non era tecnicamente tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale nel senso clinico del termine. La sua capacità di autodeterminarsi era stata certificata da medici del Servizio sanitario nazionale: pochi giorni prima del decesso, lo psichiatra aveva attestato che la donna manteneva una capacità critica piena, era orientata nel tempo e nello spazio e persisteva in modo lucido e coerente nella propria volizione di fine vita.



L'8 febbraio 2023, P. R. si è recata in Svizzera accompagnata da tre persone — M. C., F. M. e V. F. — legate all'associazione Coscioni, e lì ha autosomministrato un farmaco letale attivando una pompa a infusione. I tre si sono autodenunciati il giorno successivo alla Procura di Bologna, che ha poi chiesto l'archiviazione del procedimento per concorso nell'aiuto al suicidio. Il GIP ha sollevato la questione di costituzionalità ritenendo che il requisito del sostegno vitale creasse una discriminazione ingiustificabile tra malati in condizioni analoghe.

La questione giuridica

Il cuore del giudizio riguardava quelle parole — “tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale” — che la sentenza 242 del 2019 aveva inserito come uno dei requisiti necessari perché l'aiuto al suicidio non sia punibile. Secondo quella sentenza, l'agevolazione del

suicidio è lecita solo quando ricorrono cumulativamente quattro condizioni: che la persona sia affetta da una patologia irreversibile, che questa le causi sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che mantenga piena capacità decisionale e che sia tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale. Il GIP di Bologna sosteneva che questo quarto requisito fosse irragionevole e discriminatorio, perché esclude dall'area di non punibilità persone che soffrono quanto — o più di — chi invece dipende da un ventilatore o da una dialisi.

La risposta della Corte

La Consulta non ha condiviso questa impostazione. I giudici hanno ribadito con chiarezza che la sentenza del 2019 non aveva riconosciuto un diritto generale a morire in ogni situazione di sofferenza intollerabile derivante da malattia irreversibile. Aveva fatto qual-

cosa di più circoscritto: aveva ritenuto irragionevole vietare l'accesso al suicidio assistito a chi già avesse il diritto, riconosciuto dalla legge 219 del 2017, di lasciarsi morire rifiutando le cure necessarie alla propria sopravvivenza. Chi non dipende da trattamenti di sostegno vitale non ha questa possibilità alternativa, e dunque si trova in una situazione giuridicamente diversa. Le due situazioni non sono quindi assimilabili ai fini del principio di uguaglianza.

La Corte ha anche affrontato e respinto l'argomento secondo cui il malato che non dipende dal sostegno vitale sarebbe costretto, paradossalmente, a sottoporsi prima a un trattamento per poi rinunciarvi, come condizione per accedere al suicidio assistito. I giudici hanno chiarito che il diritto fondamentale all'autodeterminazione terapeutica comprende anche quello di rifiutare ab origine l'attivazione di tali trattamenti: chi, secondo valutazione medica, necessiterebbe di un sostegno vitale per sopravvivere ma lo rifiuta, si trova costituzionalmente nella stessa posizione di chi già lo riceve e ne chiede l'interruzione.

Sul fronte della libertà di autodeterminazione, la Corte ha ribadito che essa non può prevalere incondizionatamente sul dovere dello Stato di

tutelare la vita, che occupa una posizione apicale tra i diritti fondamentali. Ampliare l'accesso al suicidio assistito senza le necessarie garanzie creerebbe il rischio di una pressione sociale indiretta su persone malate, anziane o sole, che potrebbero convincersi di essere diventate un peso per la famiglia e la società.

La palla al legislatore

La sentenza non chiude definitivamente ogni porta. La Corte ha precisato che l'eventuale scelta di consentire l'accesso al suicidio assistito anche a chi non dipende da trattamenti di sostegno vitale non è costituzionalmente vietata al legislatore, purché questi appresti le necessarie garanzie contro i rischi di abuso. È una distinzione importante: la Consulta non dice che la soluzione attuale sia l'unica possibile, ma che in assenza di una legge del Parlamento che ridisegni i confini con adeguate salvaguardie, non spetta ai giudici costituzionali farlo.

Nel frattempo, i giudici hanno richiamato il dovere della Repubblica di garantire una presa in carico continuativa del malato e di sviluppare adeguatamente le reti di cure palliative, per evitare che il suicidio assistito diventi un'alternativa impropria alla mancanza di assistenza.

Le voci dal procedimento

Numerosi malati erano intervenuti nel giudizio, chiedendo l'accoglimento delle questioni. I due fratelli C. G. e M. G., affetti da una rarissima forma di sclerosi laterale amiotrofica ad esordio infantile, avevano sottolineato l'assurdità di una distinzione che seleziona chi può accedere alla procedura non in base al grado di vulnerabilità della persona, ma in base allo strumento attraverso cui la vulnerabilità viene gestita: dipendere da altri esseri umani – per alimentazione, igiene, somministrazione di farmaci e spostamenti – anziché da una macchina non dovrebbe fare differenza costituzionale. R. F., affetto da glioma diffuso, aveva invece evidenziato la centralità del fattore tempo: l'attesa imposta dall'attuale configurazione del requisito costringe il paziente a sopportare ulteriori e gravi sofferenze mentre la malattia progredisce, rischiando di compromettere definitivamente le residue capacità cognitive ed esecutive prima ancora di poter accedere alla procedura.

24 Luglio 2026

Malattia Epatica Steatosica associata a Disfunzione Metabolica (MASLD) E Diabete Mellito Di Tipo 2 (T2DM): Implicazioni Cliniche E Terapeutiche

INTRODUZIONE

La malattia epatica steatosica associata a disfunzione metabolica (MASLD) è diventata la più comune malattia epatica cronica a livello mondiale, rappresentando una significativa sfida globale di sanità pubblica. I dati epidemiologici indicano che la MASLD colpisce fino a un terzo degli adulti nel mondo, con tassi di prevalenza in costante aumento parallelamente alle epidemie globali di obesità e diabete mellito di tipo 2 (T2DM) (doi:10.1056/NEJMra2412865).

La MASLD viene diagnosticata quando la steatosi epatica si manifesta in associazione a fattori di rischio cardiometabolico, quali sovrappeso/obesità, aumento della pressione arteriosa, dislipidemia aterogena, prediabete o T2DM (doi:10.1056/NEJMra2412865). Tra questi, il T2DM rappresenta la comorbidità clinicamente più rilevante (doi:10.1056/NEJMra2412865). I dati epidemiologici mostrano costantemente che oltre il 60% degli individui con T2DM presenta MASLD, sottolineando il forte legame metabolico tra queste due condizioni (doi:10.1056/NEJMra2412865).

Tradizionalmente, il T2DM è stato considerato un importante fattore responsabile della progressione della MASLD (doi:10.1056/NEJMra2412865). Gli individui con T2DM presentano un rischio più elevato di sviluppare steatoepatite associata a disfunzione metabolica (MASH), fibrosi avanzata, cirrosi e carcinoma epatocellulare rispetto ai soggetti senza diabete (doi:10.1056/NEJMra2412865). Tuttavia, crescenti evidenze suggeriscono che la relazione tra MASLD e T2DM sia più complessa e soprattutto non

unidirezionale. Infatti, la MASLD stessa può aumentare il rischio di sviluppare T2DM, probabilmente attraverso meccanismi che coinvolgono insulino-resistenza, infiammazione cronica di basso grado, lipotossicità e alterazioni del metabolismo lipidico (doi:10.1056/NEJMra2412865). È stato inoltre osservato che, nei soggetti con MASLD, il rischio di sviluppare T2DM aumenta progressivamente con la gravità della fibrosi epatica (doi:10.1056/NEJMra2412865).

Oltre alle complicanze epatiche, la coesistenza di MASLD e T2DM è fortemente associata a un maggiore rischio di sviluppare complicanze extraepatiche, quali eventi cardiovascolari, malattia renale cronica e alcuni tumori extraepatici (doi:10.1056/NEJMra2412865). Pertanto, la MASLD viene sempre più riconosciuta come una malattia metabolica multisistemica piuttosto che come una condizione limitata esclusivamente al fegato (doi:10.1056/NEJMra2412865). In linea con questa visione, le terapie basate sulle incretine, inclusi gli agonisti del recettore del GLP-1 e i più recenti agonisti doppi diretti contro GLP-1/GIP, stanno diventando un'opzione terapeutica importante e promettente per la MASLD/MASH, soprattutto negli individui con T2DM e/o obesità.

In questa rassegna narrativa, riassumeremo e discuteremo le attuali evidenze sulla relazione bidirezionale tra MASLD e T2DM, focalizzandoci sui dati epidemiologici, sulle implicazioni cliniche nonché sui trattamenti farmacologici. I meccanismi fisiopatologici, invece, non saranno oggetto di questa rassegna.

Il T2DM aumenta il rischio di sviluppo e progressione della MASLD

I pazienti con T2DM presentano una prevalenza più elevata di MASLD e delle sue forme più avanzate rispetto ai soggetti senza T2DM, oltre a un aumentato rischio di complicanze epatiche ed extraepatiche. In una meta-analisi di 123 studi osservazionali di coorte comprendenti circa 2,2 milioni di individui con T2DM, è stato riportato che la prevalenza globale combinata della MASLD (diagnosticata mediante imaging epatico o biopsia) era del 65,3% (intervallo di confidenza al 95%: 62,3%-68,2%) (doi:10.1016/j.cgh.2024.03.006). Tra i pazienti con T2DM e dati biotipici epatici, la prevalenza globale combinata di MASH, fibrosi significativa e fibrosi avanzata era rispettivamente del 66,4%, 40,8% e 15,5% (doi:10.1016/j.cgh.2024.03.006). Nei soggetti con T2DM, il sesso maschile, un BMI più elevato, una maggiore circonferenza vita e trigliceridi plasmatici aumentati rappresentano i principali fattori indipendenti associati alla MASLD (doi:10.1111/liv.70514). Al contrario, età avanzata, BMI elevato e aumento dei livelli sierici delle transaminasi costituiscono i più forti predittori di fibrosi epatica (doi:10.1111/liv.70514). Le evidenze mostrano inoltre che gli individui con T2DM presentano un rischio maggiore di sviluppare complicanze epatiche, incluso il cosiddetto "at-risk MASH" (termine utilizzato per descrivere pazienti con MASH e fibrosi significativa di stadio ≥ 2) (10.1016/j.lanepe.2025.101320), cirrosi, scompenso epatico e carcinoma epatocellulare (doi:10.1016/j.jhep.2025.09.013). In uno studio pro-

spettico su 530 individui con T2DM, è stato documentato che la prevalenza di “at-risk MASH” e cirrosi (valutate mediante risonanza magnetica) era rispettivamente del 13,6% e del 6,8% (doi:10.1111/apt.17997). In una meta-analisi con dati individuali di 2.016 partecipanti adulti (736 con T2DM e 1.280 senza T2DM), è stato dimostrato che, nei soggetti con MASLD, la presenza di T2DM era associata ad un rischio significativamente maggiore di scompenso epatico (hazard ratio 3,29; intervallo di confidenza al 95%: 2,21-4,90) e di carcinoma epatocellulare (hazard ratio 7,72; intervallo di confidenza al 95%: 2,61-22,87) durante un follow-up mediano di 2,8 anni (doi:10.1016/S2468-1253(23)00157-7). La coesistenza di MASLD e T2DM aumenta ulteriormente il rischio di eventi cardiovascolari (CVD) e di mortalità per tutte le cause. In una coorte di 636.520 individui con T2DM seguiti per una mediana di 6,2 anni, la MASLD aumentava il rischio di sviluppare insufficienza cardiaca (hazard ratio 1,28; intervallo di confidenza al 95%: 1,25-1,32), infarto miocardico (hazard ratio 1,15; intervallo di confidenza al 95%: 1,10-1,20), ictus ischemico (hazard ratio 1,14; intervallo di confidenza al 95%: 1,09-1,19) e mortalità per tutte le cause (hazard ratio 1,11; intervallo di confidenza al 95%: 1,09-1,14) (doi:10.1186/s12933-025-02824-3). In un altro studio prospettico di coorte su 134.368 persone con T2DM, comprendente 1.707 soggetti con epatopatia alcolica e 1.452 con MASLD, seguiti per una mediana di 4,3 anni, la presenza di MASLD (identificata tramite codici ICD-9 e ICD-10) era significativamente associata ad un rischio maggiore di eventi cardiovascolari (hazard ratio 1,70; intervallo di confidenza al 95%: 1,52-1,90) e mortalità per tutte le cause (hazard ratio 1,60; intervallo di confidenza al 95%: 1,40-1,83) (doi:10.2337/dc17-1590). La coesistenza di MASLD nei soggetti con T2DM è stata inoltre associata a un peggior controllo glicemico a lungo termine e a un'aumentata insulino-resistenza epatica e periferica. Ad esempio, in un campione di 61 donne in postmenopausa con T2DM e MASLD, con dati basali di ecografia epatica ed elastografia transiente controllata da vibrazione (VCTE) nel 2017 e

follow-up nel 2022, il nostro gruppo di ricerca ha riscontrato che la presenza di MASLD e di fibrosi clinicamente significativa era associata a un rischio circa 4,5 volte maggiore di sviluppare un peggior controllo glicemico al follow-up (definito come aumento dell'HbA1c $\geq 0,5\%$ rispetto al basale), anche dopo aggiustamento per età, BMI, HbA1c basale (o insulino-resistenza stimata mediante HOMA) e uso di farmaci ipoglicemizzanti quali pioglitazone, agonisti recettoriali del GLP-1 o inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2i) (doi:10.3390/ijms232012481). Viceversa, nei pazienti con T2DM, uno scarso controllo glicemico è stato associato a un rischio maggiore di progressione della stiffness epatica rispetto a un buon controllo glicemico (doi:10.1016/j.cgh.2025.10.003). Nel complesso, questi risultati sottolineano l'importanza che i clinici riconoscano la coesistenza della MASLD nei soggetti con T2DM. Inoltre, una volta diagnosticata la MASLD, i clinici dovrebbero valutare attentamente la presenza di stadi avanzati di malattia, in particolare la gravità della fibrosi epatica.

La MASLD aumenta il rischio di sviluppare T2DM

Gli individui con MASLD presentano un aumentato rischio di sviluppare T2DM nel tempo. In una meta-analisi di 33 studi osservazionali di coorte, comprendenti 501.022 soggetti di mezza età (30,8% con MASLD) e 27.953 nuovi casi di T2DM, il nostro Gruppo di ricerca ha dimostrato che gli individui con MASLD avevano un rischio di T2DM incidente circa 2,2 volte superiore rispetto a quelli senza MASLD durante un follow-up mediano di 5 anni (hazard ratio 2,19; intervallo di confidenza al 95%: 1,93-2,48). Questo aumento del rischio era indipendente da età, sesso, misure di adiposità e altri comuni fattori di rischio metabolico. È importante sottolineare che gli individui con forme più severe di MASLD, in particolare quelli con maggiore fibrosi epatica, presentavano una probabilità ancora più elevata di sviluppare T2DM (hazard ratio 3,42; intervallo di confidenza al 95%: 2,29-5,11) (doi:10.1136/gutjnl-2020-322572).

La MASLD predice anche la progressione verso il T2DM nei soggetti con prediabete al basale (doi:10.1136/bmjopen-2020-045498).

Alcuni studi osservazionali hanno inoltre esaminato il rischio di sviluppare T2DM in relazione alle variazioni dello stato di MASLD nel tempo. In uno studio di coorte comprendente 4.604 partecipanti giapponesi sottoposti ad almeno due controlli di salute a distanza di almeno 10 anni, è stato dimostrato che il miglioramento della MASLD (valutato mediante ecografia) era significativamente associato a una minore incidenza di T2DM (odds ratio 0,27; intervallo di confidenza al 95%: 0,12-0,61), anche dopo aggiustamento per età, sesso, familiarità per diabete, BMI, alterata glicemia a digiuno, dislipidemia, ipertensione e attività fisica (doi:10.2337/dc15-0140).

Nel complesso, questi risultati indicano che il maggiore rischio di T2DM incidente è una caratteristica comune a tutti i pazienti con MASLD, con un incremento progressivo del rischio in base alla gravità della fibrosi epatica. Questo sottolinea l'importanza di effettuare uno screening metabolico routinario e una valutazione del rischio nei pazienti con MASLD, soprattutto in quelli con fibrosi epatica avanzata, al fine di consentire una diagnosi più precoce e interventi preventivi mirati.

Screening della MASLD nei pazienti con T2DM

Nei pazienti con T2DM, l'obiettivo principale dello screening per la MASLD è identificare i soggetti con fibrosi epatica avanzata al fine di prevenire la progressione verso cirrosi, carcinoma epatocellulare, trapianto di fegato e un aumento della mortalità generale e correlata al fegato. Come riportato dalla **Figura 1**, le attuali linee guida delle società europee e americane di epatologia e dell'American Diabetes Association (ADA) raccomandano fortemente un approccio diagnostico in due fasi per lo screening della fibrosi epatica avanzata negli individui con T2DM (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). Il primo step di questo approccio consiste nel calcolo dell'indice FIB-4, generalmente eseguito dai medici di medicina generale o dagli specialisti diabetolo-

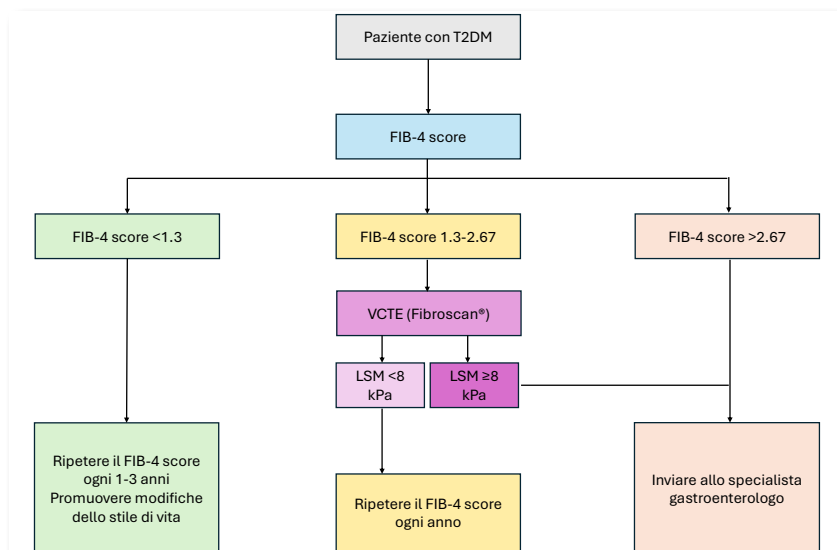


Figura 1. Algoritmo per la valutazione della fibrosi epatica significativa/avanzata nei pazienti con diabete mellito tipo 2 (T2DM) in accordo alle più recenti linee guida internazionali (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004) (vedi il testo per i dettagli). Abbreviazioni: LSM, liver stiffness measurement; T2DM, diabete mellito tipo 2; VCTE, elastografia transiente controllata da vibrazione.

gi (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). Il FIB-4 è uno score non invasivo validato, con elevato valore predittivo negativo per escludere la fibrosi epatica avanzata, basato su età, aspartato aminotransferasi sierica (AST), alanina aminotransferasi sierica (ALT) e conta piastrinica (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). I pazienti con uno score FIB-4 inferiore a 1,3 sono considerati a basso rischio di fibrosi epatica avanzata e possono essere gestiti nell'ambito delle cure primarie o degli ambulatori diabetologici, con rivalutazioni periodiche (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). I pazienti con valori di FIB-4 superiori a 1,3 necessitano invece di una ulteriore stratificazione del rischio mediante test non invasivi di secondo livello, come il VCTE (Fibroscan®) (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). I pazienti con liver stiffness measurement (LSM) >8,0 kPa dovrebbero essere inviati a valutazione epatologica specialistica (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). Analogamente, i soggetti con valori di FIB-4 >2,67 sono considerati ad alto rischio di fibrosi avanzata e devono essere riferiti all'epatologo per ulteriori approfondimenti (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). Tuttavia, nei pazienti con T2DM, un

valore di FIB-4 <1,30 potrebbe non essere sufficiente, poiché l'indice da solo può non identificare forme avanzate di malattia epatica, specialmente nei soggetti con obesità concomitante ed elevati livelli sierici di ALT. In uno studio su 1.203 pazienti ambulatoriali italiani con T2DM sottoposti a VCTE, il nostro Gruppo di ricerca ha riportato che il FIB-4 presentava una sensibilità del 50,4%, una specificità del 66,3%, un valore predittivo negativo (NPV) dell'83,3% e un valore predittivo positivo (PPV) del 28,6% per l'identificazione della fibrosi epatica significativa (LSM ≥8 kPa) (doi:10.1111/dom.70245). Sebbene la maggior parte dei pazienti con T2DM e basso FIB-4 presentasse un LSM <8 kPa (83,3%), il 16,7% mostrava comunque una fibrosi epatica significativa al VCTE (LSM ≥8 kPa) (doi:10.1111/dom.70245). Nei gruppi a rischio intermedio (1,3–2,67) e alto rischio di FIB-4, rispettivamente il 25,7% e il 37,3% dei pazienti con T2DM presentavano valori di LSM ≥8 kPa (doi:10.1111/dom.70245). Nel complesso, questi risultati suggeriscono che, nei pazienti con T2DM, l'interpretazione di un valore di FIB-4 <1,30 potrebbe differire rispetto ai soggetti senza diabete, sottolineando la necessità di migliorare i percorsi di riferimento specialistico quando il FIB-4 viene utilizzato come test non

invasivo di primo livello nei soggetti con T2DM.

Screening del T2DM nei pazienti con MASLD

Sulla base delle evidenze discusse sopra, lo screening per il T2DM nei pazienti con MASLD è clinicamente essenziale (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). La diagnosi precoce delle alterazioni glicemiche consente infatti interventi tempestivi per prevenire sia le complicanze epatiche sia quelle extraepatiche. Tutti i pazienti con MASLD dovrebbero essere sottoposti a screening sistematico per il T2DM al momento della diagnosi e successivamente a intervalli periodici. I test laboratoristici raccomandati includono glicemia plasmatica a digiuno, emoglobina glicata (HbA1c) e, quando appropriato, un test standard da carico orale di glucosio, che può migliorare l'identificazione precoce delle alterazioni del metabolismo glucidico (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). Particolare attenzione dovrebbe essere rivolta agli individui con multipli fattori di rischio cardiometabolico, quali sovrappeso/obesità, ipertensione arteriosa, dislipidemia aterogena o prediabete. Considerata la natura progressiva sia della MASLD sia del T2DM, è necessaria una rivalutazione regolare dei parametri glicemici. Una diagnosi precoce e un buon controllo glicemico possono inoltre contribuire a rallentare la progressione della malattia epatica e a ridurre il rischio cardiovascolare complessivo.

Trattamento

La gestione efficace della MASLD nei pazienti con T2DM richiede di affrontare non solo la steatosi epatica, l'infiammazione e la fibrosi, ma anche il più ampio profilo di rischio cardiometabolico che guida la progressione della malattia e le complicanze epatiche ed extraepatiche a lungo termine (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). In questo contesto, le modifiche dello stile di vita e alcune emergenti opzioni terapeutiche basate sul metabolismo rappresentano pilastri fondamentali della gestione della MASLD.

Interventi sullo stile di vita

La modifica dello stile di vita costituisce il fondamento del trattamento della MASLD negli individui con T2DM (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). Il raggiungimento di una perdita di peso mediante la combinazione di una dieta ipocalorica e un incremento dell'attività fisica rappresenta l'approccio non farmacologico più efficace per migliorare gli outcome epatici (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). Una perdita di peso sostenuta $\geq 5\%$ determina miglioramenti della steatosi epatica, mentre una perdita maggiore ($\geq 7-10\%$ oppure $>10\%$) è generalmente necessaria per ottenere la risoluzione istologica della MASH e il miglioramento della fibrosi epatica (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004).

La restrizione calorica, in particolare attraverso una dieta mediterranea o regimi ipocalorici, è raccomandata per i suoi effetti benefici sull'insulino-resistenza, sul profilo lipidico e sul rischio cardiovascolare (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). Ridurre l'assunzione di grassi saturi, carboidrati raffinati e fruttosio è particolarmente importante nei pazienti con T2DM (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). L'attività fisica regolare, comprendente sia esercizio aerobico sia allenamento contro resistenza, migliora ulteriormente l'insulino-resistenza e riduce il contenuto di grasso epatico, anche in assenza di una significativa perdita di peso (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004).

Oltre alla gestione del peso corporeo, gli interventi sullo stile di vita dovrebbero affrontare i più ampi fattori di rischio cardiometabolico, inclusi disglucemia, dislipidemia e ipertensione arteriosa (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). È inoltre raccomandato evitare il consumo di alcol e limitare l'assunzione alimentare di fruttosio (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). Il supporto comportamentale e i programmi strutturati possono migliorare l'aderenza e favorire la sostenibilità a lungo termine. Nel complesso, le modifiche dello stile di vita non solo migliora-

no gli outcome epatici, ma riducono anche il rischio cardiovascolare, che rappresenta ancora la principale causa di morbidità e mortalità nei pazienti con MASLD e T2DM (doi:10.1056/NEJMra2412865).

Terapie basate sulle incretine

Gli agonisti del recettore del GLP-1 (GLP-1RAs), noti anche come incretino-mimetici, hanno profondamente modificato la gestione del T2DM a livello mondiale (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). Questi farmaci sono ampiamente riconosciuti come trattamenti sicuri ed efficaci per la riduzione della glicemia, con diverse molecole che hanno inoltre dimostrato significativi benefici cardiovascolari e renali (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004).

Recentemente è emersa una nuova generazione di terapie incretiniche, comprendente agonisti doppi diretti contro GLP-1/GIP (ad esempio tirzepatide) oppure GLP-1/glucagone (ad esempio cotadutide e survodutide), oltre ad agonisti tripli attivi sui recettori GLP-1, GIP e glucagone (ad esempio retatrutide). Questi agenti mostrano grande potenziale nel migliorare il controllo glicemico e ridurre il peso corporeo.

Considerati gli effetti metabolici favorevoli dei GLP-1RAs, gli studi clinici randomizzati controllati (RCT) nei soggetti con MASLD o MASH, indipendentemente dalla presenza di T2DM, si sono progressivamente concentrati sulla valutazione degli effetti epatoprotettivi di questi farmaci (doi:10.1136/gutjnl-2024-334023). Ad oggi, la semaglutide sottocutanea 2,4 mg/settimana rappresenta l'unico GLP-1RA approvato, nell'agosto 2025, dalla Food and Drug Administration (FDA) statunitense per il trattamento degli adulti con MASH non cirrotica e fibrosi epatica moderata-avanzata (stadi F2-F3).

Nel trial ESSENCE di fase 3 controllato con placebo, che ha arruolato 1.197 pazienti obesi con MASH confermata biotticamente e fibrosi F2-F3 (56% con T2DM), i partecipanti sono stati randomizzati a ricevere semaglutide sottocutanea 2,4 mg una volta alla settimana oppure placebo per 72 settimane (doi:10.1056/

NEJMoa2413258). La risoluzione istologica della MASH senza peggioramento della fibrosi epatica si è verificata nel 62,9% dei pazienti trattati con semaglutide rispetto al 34,3% del gruppo placebo ($P<0,001$) (doi:10.1056/NEJMoa2413258). Inoltre, un miglioramento significativo della fibrosi epatica senza peggioramento della MASH è stato osservato nel 36,8% dei pazienti trattati con semaglutide rispetto al 22,4% dei pazienti trattati con placebo ($P<0,001$) (doi:10.1056/NEJMoa2413258). Le analisi per sottogruppi hanno confermato l'efficacia della semaglutide 2,4 mg/settimana nel migliorare MASH e fibrosi epatica indipendentemente dalla presenza di T2DM (doi:10.1056/NEJMoa2413258).

Coerentemente con questi risultati, una recente meta-analisi di tredici RCT di fase 2 e fase 3 ($n=1.811$ partecipanti) ha mostrato che i GLP-1RAs, in particolare la semaglutide 2,4 mg/settimana, riducono significativamente il contenuto di grasso epatico, favoriscono la risoluzione della MASH e migliorano la fibrosi epatica nei pazienti con MASH, indipendentemente dalla presenza di T2DM (doi:10.1111/liv.70256). Inoltre, una meta-analisi di 11 studi retrospettivi di coorte "active-comparator new-user", basata su dati aggregati di circa 1,5 milioni di individui con T2DM (647.903 nuovi utilizzatori di GLP-1RA e 819.317 non utilizzatori), ha rilevato che l'uso dei GLP-1RA era associato a un rischio significativamente inferiore di outcome epatici avversi maggiori e di eventi di scompenso epatico (doi:10.1136/gutjnl-2024-334591). Coerentemente, le recenti linee guida internazionali raccomandano fortemente l'impiego dei GLP-1RAs, in particolare della semaglutide 2,4 mg/settimana, come opzione terapeutica preferenziale negli adulti con T2DM e MASH, o in quelli ad alto rischio di fibrosi epatica avanzata.

Studi RCT di fase 2b hanno inoltre valutato altre terapie incretiniche nella MASH a differenti stadi di fibrosi. Tirzepatide, agonista duale dei recettori GIP e GLP-1, ha dimostrato di ridurre la steatosi epatica nella MASLD. Nel trial SYNERGY-NASH di fase 2b, randomizzato, controllato con placebo, comprendente 190 partecipanti

obesi con MASH confermata biotticamente e fibrosi F2–F3, la somministrazione settimanale sottocutanea di tirzepatide (5, 10 o 15 mg) per 52 settimane ha determinato la risoluzione della MASH senza peggioramento della fibrosi epatica rispettivamente nel 44%, 56% e 62% dei partecipanti, rispetto al 10% del gruppo placebo ($P < 0,001$ per tutti i confronti) (doi:10.1056/NEJMoa2401943). Un miglioramento di almeno uno stadio di fibrosi senza peggioramento della MASH è stato osservato nel 55%, 51% e 51% dei partecipanti trattati con tirzepatide rispetto al 30% del placebo (doi:10.1056/NEJMoa2401943). Questi risultati richiedono ulteriori conferme in studi clinici di fase 3.

Pioglitazone

Il pioglitazone, agonista del recettore γ attivato dai proliferatori dei perossisomi (PPAR- γ), è stato ampiamente studiato come trattamento della MASH, soprattutto nei soggetti con T2DM (doi:10.1016/S2468-1253(21)00261-2). Migliorando la sensibilità insulinica nel tessuto adiposo, nel fegato e nel muscolo scheletrico, il pioglitazone riduce lipotossicità epatica, infiammazione e segnali fibrogenici downstream, elementi chiave nello sviluppo della MASH (doi:10.1016/S2468-1253(21)00261-2).

Gli RCT di fase 2 hanno costantemente dimostrato che il pioglitazone migliora le caratteristiche istologiche della MASH (74). Nel trial PIVENS di fase 3 controllato con placebo e negli studi successivi comprendenti pazienti con e senza T2DM, il pioglitazone ha ottenuto la risoluzione della MASH in una quota significativa di soggetti trattati (doi:10.1056/NEJMoa0907929). Una meta-analisi di cinque trial di fase 2b controllati con placebo ha mostrato che il trattamento con pioglitazone (fino a 45 mg/die) per 6–24 mesi determina la risoluzione della MASH e può migliorare la fibrosi epatica avanzata (doi:10.1001/jamainternmed.2016.9607).

Alcune linee guida cliniche raccomandano il pioglitazone in pazienti selezionati con T2DM e MASH confermata alla biopsia (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). La terapia combinata di pioglitazone e GLP-1RA è risultata sicura

ed efficace nel trattamento dell'iperglicemia cronica, nella riduzione della mortalità generale e degli outcome cardiovascolari, oltre che nel miglioramento della MASLD e della fibrosi negli adulti con T2DM (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004). Tuttavia, nonostante l'efficacia del pioglitazone, le preoccupazioni legate a moderato aumento ponderale (soprattutto a carico del grasso sottocutaneo più che viscerale), ritenzione idrica e potenziali problemi di sicurezza a lungo termine richiedono un'attenta selezione e monitoraggio dei pazienti (doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031; doi:10.2337/dc26-S004).

Inibitori di SGLT2 e altri farmaci ipoglicemizzanti

Gli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2-inibitori) hanno dimostrato di ridurre la steatosi epatica (doi:10.3390/metabo11010022), probabilmente attraverso perdita di peso, miglioramento dell'insulino-resistenza e modulazione del bilancio energetico. Tuttavia, gli effetti di questi farmaci sulla MASH rimangono incerti, poiché mancano solide evidenze provenienti da trial clinici con endpoint istologici epatici (doi:10.3390/metabo11010022). Una recente meta-analisi di otto studi di coorte "active-comparator new-user" comprendenti 626.104 pazienti con T2DM (397.806 nuovi utilizzatori di SGLT2-inibitori e 228.298 nuovi utilizzatori di altri ipoglicemizzanti) ha riportato che l'uso degli SGLT2-inibitori era associato a un rischio significativamente inferiore di outcome epatici avversi maggiori e di mortalità correlata al fegato durante un follow-up mediano di 2,7 anni (doi:10.2337/dc25-0282).

Nei soggetti con T2DM e MASLD, altri farmaci ipoglicemizzanti oltre ai GLP-1RA o al pioglitazone — quali sulfaniluree, inibitori della dipeptidil peptidasi-4, acarbose e insulina — possono essere utilizzati per il controllo glicemico quando clinicamente indicato (doi:10.2337/dc26-S004). Tuttavia, poiché questi farmaci non sono stati valutati in trial randomizzati con endpoint istologici epatici, il loro impatto a lungo termine sulla MASH e sulla fibrosi epatica rimane indefinito.

Resmetirom

Resmetirom è un agonista selettivo del recettore β dell'ormone tiroideo (THR- β), somministrato per via orale e diretto specificamente al fegato, efficace nel trattamento della MASH e della fibrosi epatica. Attraverso il targeting selettivo del THR- β negli epatociti, resmetirom potenzia il metabolismo lipidico epatico minimizzando gli effetti off-target tipicamente associati all'attività degli ormoni tiroidei, come tossicità cardiovascolare e ossea mediate dall'attivazione del THR- α . I suoi meccanismi d'azione comprendono aumento della β -ossidazione degli acidi grassi, riduzione della lipogenesi epatica de novo e incremento della clearance delle lipoproteine aterogene, intervenendo così sui principali pathway coinvolti nello sviluppo della MASH (doi:10.1111/liv.15930).

Il trial MAESTRO-NASH di fase 3 controllato con placebo ha valutato efficacia e sicurezza di resmetirom in 966 pazienti obesi con MASH confermata biotticamente e fibrosi F2–F3 (doi:10.1056/NEJMoa2309000). In questo studio, sia la dose di 80 mg sia quella di 100 mg di resmetirom per 52 settimane si sono dimostrate superiori al placebo rispetto alla risoluzione della MASH (25,9% nel gruppo 80 mg, 29,9% nel gruppo 100 mg vs. 9,7% nel placebo; $P < 0,001$) e al miglioramento della fibrosi epatica di almeno uno stadio (24,2% nel gruppo 80 mg vs. 25,9% nel gruppo 100 mg vs. 14,2% nel placebo; $P < 0,001$) (doi:10.1056/NEJMoa2309000). Le analisi per sottogruppi hanno confermato l'efficacia di resmetirom nel migliorare MASH e fibrosi indipendentemente dalla presenza di T2DM (doi:10.1056/NEJMoa2309000).

Oltre ai benefici istologici epatici, resmetirom ha mostrato effetti favorevoli sui fattori di rischio cardiometabolico (83,84). Il trattamento era associato a riduzioni significative di lipidi aterogeni, inclusi colesterolo LDL, apolipoproteina B, trigliceridi e lipoproteina(a), aspetto particolarmente rilevante considerato l'aumentato rischio cardiovascolare nei pazienti con MASLD. Dal punto di vista della sicurezza, resmetirom è generalmente ben tollerato (doi:10.1056/NEJMoa2309000). Gli eventi avversi più comuni comprendono sintomi gastrointestinali tran-

sitori di entità lieve-moderata, quali diarrea e nausea, soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento (doi:10.1056/NEJMoa2309000). È importante sottolineare che finora non sono emersi segnali significativi di tossicità relativi ad alterazioni dell'asse tiroideo, aritmie cardiache o metabolismo osseo, supportando il suo profilo di selettività epatica.

Sulla base dei risultati del trial MAE-STRO-NASH, resmetirom ha ottenuto l'approvazione condizionata da parte della FDA (marzo 2024) e dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) (agosto 2025) per il trattamento degli adulti con MASH non cirrotica e fibrosi moderata-avanzata, rappresentando una tappa significativa nel settore. I candidati al trattamento con resmetirom sono i soggetti con MASH e fibrosi epatica, ma senza cirrosi o altre epatopatie attive, indipendentemente dalla presenza di T2DM (doi:10.1111/liv.15930).

Nonostante questi progressi, rimangono ancora diversi interrogativi aperti, inclusi la durata a lungo termine della risposta istologica, gli effetti nei pazienti con cirrosi e i potenziali benefici della terapia combinata con altri agenti, quali semaglutide e altre terapie incretiniche. Studi in corso e futuri contribuiranno a chiarire il posizionamento ottimale di resmetirom nel panorama terapeutico della MASH.

CONCLUSIONI

La relazione tra MASLD e T2DM è complessa, bidirezionale e clinicamente rilevante, riflettendo un comune milieu metabolico caratterizzato da disfunzione del tessuto adiposo, insulino-resistenza, infiammazione cronica di basso grado, alterato metabolismo lipidico e disbiosi intestinale. Piuttosto che essere considerate condizioni separate, MASLD e T2DM dovrebbero essere viste come componenti interconnesse di un più ampio disordine metabolico multisistemico, ciascuna capace di innescare e aggravare l'altra.

Le evidenze accumulate dimostrano che il T2DM aumenta significativamente la prevalenza e la gravità della MASLD, accelerando la progressione verso fibrosi avanzata, cirrosi e carcinoma epatocellulare (HCC). Allo stesso tempo, la MASLD aumenta il rischio di sviluppare T2DM, in par-

ticolare nei soggetti con malattia epatica più avanzata. Questa stretta interrelazione crea un circolo vizioso autoalimentato che amplifica sia le complicanze epatiche sia quelle extraepatiche, inclusi gli eventi cardiovascolari (CVD) e la malattia renale cronica, che rappresentano importanti cause di morbidità e mortalità.

Dal punto di vista clinico, questi risultati sottolineano l'importanza di un approccio integrato e proattivo allo screening e alla gestione di MASLD e T2DM. La valutazione sistematica della fibrosi epatica nei pazienti con T2DM (Figura 1) e la valutazione routinaria del metabolismo glucidico nei soggetti con MASLD sono fondamentali per una diagnosi precoce e un'adeguata stratificazione del rischio. Sebbene gli attuali strumenti non invasivi per la valutazione della fibrosi epatica siano utili, essi necessitano di ulteriori miglioramenti per aumentare l'accuratezza diagnostica nelle popolazioni ad alto rischio, come i soggetti con T2DM.

Dal punto di vista terapeutico, le modifiche dello stile di vita rimangono il cardine del trattamento, con perdita di peso e attività fisica che offrono benefici significativi sia per la malattia epatica sia per il controllo glicemico. Ad oggi, la semaglutide sottocutanea 2,4 mg/settimana e resmetirom (80 mg o 100 mg per via orale una volta al giorno) rappresentano gli unici due farmaci approvati in modo condizionato dalla FDA per il trattamento degli adulti con MASH non cirrotica e fibrosi epatica moderata-avanzata.

Bibliografia

- Targher G, Valenti L, Byrne CD. Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease. *N Engl J Med*. 2025 Aug 14;393(7):683-698. doi: 10.1056/NEJMra2412865. PMID: 40802944.
- Younossi ZM, Golabi P, Price JK, Owran-gi S, Gundu-Rao N, Satchi R, Paik JM. The Global Epidemiology of Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Nonalcoholic Steatohepatitis Among Patients With Type 2 Diabetes. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024 Oct;22(10):1999-2010.e8. doi: 10.1016/j.cgh.2024.03.006. Epub 2024 Mar 21. PMID: 38521116.
- Mantovani A, Scoccia E, Morandin R, Lando MG, Florio V, Taverna A, Milani I, Chinucci M, Parrotta ME, Colangeli L, Pal-

leschi S, Sbraccia P, Leonetti F, Valenti L, Capoccia D, Targher G, Guglielmi V. MASLD in Adults With Type 1 Diabetes and Type 2 Diabetes Undergoing Vibration-Controlled Transient Elastography. *Liver Int*. 2026 Feb;46(2):e70514. doi: 10.1111/liv.70514. PMID: 41549806.

- Lazarus JV, Brennan PN, Mark HE, Alazawi W, Allen AM, Byrne CD, Castera L, Caussy C, Cusi K, Grajower MM, Kopka CJ, Massoels J, Roden M, Spearman CW, Tacke F, Wong VW, Nouredin M. A call for doubling the diagnostic rate of at-risk metabolic dysfunction-associated steatohepatitis. *Lancet Reg Health Eur*. 2025 Jun 4;54:101320. doi: 10.1016/j.lanepe.2025.101320. PMID: 40672054; PMCID: PMC12266185.
- Vilar-Gomez E, Yates KP, Kleiner DE, Behling C, Cummings OW, Wilson LA, Liang T, Jarasvaraparn C, Loomba R, Schwimmer JB, Sanyal AJ, Hoofnagle J, Chalasani N. Genetic and non-genetic drivers of histological progression and regression in MASLD. *J Hepatol*. 2026 Mar;84(3):502-516. doi: 10.1016/j.jhep.2025.09.013. Epub 2025 Sep 24. PMID: 40998180; PMCID: PMC12495455.
- Mittal N, Siddiqi H, Madamba E, Richards L, Bettencourt R, Ajmera V, Loomba R. A prospective study on the prevalence of at-risk MASH in patients with type 2 diabetes mellitus in the United States. *Aliment Pharmacol Ther*. 2024 Jun;59(12):1571-1578. doi: 10.1111/apt.17997. Epub 2024 Apr 8. PMID: 38586922; PMCID: PMC12425555.
- Huang DQ, Nouredin N, Ajmera V, Amangurbanova M, Bettencourt R, Truong E, Gidener T, Siddiqi H, Majzoub AM, Nayfeh T, Tamaki N, Izumi N, Yoneda M, Nakajima A, Idilman R, Gumussoy M, Oz DK, Erden A, Allen AM, Nouredin M, Loomba R. Type 2 diabetes, hepatic decompensation, and hepatocellular carcinoma in patients with non-alcoholic fatty liver disease: an individual participant-level data meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023 Sep;8(9):829-836. doi: 10.1016/S2468-1253(23)00157-7. Epub 2023 Jul 4. Erratum in: *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023 Sep;8(9):e7. doi: 10.1016/S2468-1253(23)00234-0. PMID: 37419133; PMCID: PMC10812844.
- Han E, Han KD, Lee YH, Kim KS, Hong S, Park JH, Park CY; Fatty Liver Research Group of the Korean Diabetes Association. Association of temporal MASLD with type 2 diabetes, cardiovascular disease and mortality. *Cardiovasc Diabetol*. 2025 Jul 15;24(1):289. doi: 10.1186/s12933-

- 025-02824-3. PMID: 40665356; PMCID: PMC12261669.
- Wild SH, Walker JJ, Morling JR, McAllister DA, Colhoun HM, Farran B, McGurnaghan S, McCrimmon R, Read SH, Sattar N, Byrne CD; Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group. Cardiovascular Disease, Cancer, and Mortality Among People With Type 2 Diabetes and Alcohol or Nonalcoholic Fatty Liver Disease Hospital Admission. *Diabetes Care*. 2018 Feb;41(2):341-347. doi: 10.2337/dc17-1590. Epub 2017 Nov 22. PMID: 29167212.
- Mantovani A, Taverna A, Cappelli D, Beatrice G, Csermely A, Sani E, Byrne CD, Targher G. Long-Term Adverse Effect of Liver Stiffness on Glycaemic Control in Type 2 Diabetic Patients with Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A Pilot Study. *Int J Mol Sci*. 2022 Oct 18;23(20):12481. doi: 10.3390/ijms232012481. PMID: 36293337; PMCID: PMC9604384.
- Zhou XD, Chen QF, Kim SU, Cheuk-Fung Yip T, Petta S, Nakajima A, Tsochatzis E, Boursier J, Bugianesi E, Hagström H, Chan WK, Romero-Gomez M, Calleja JL, de Lédinghen V, Castéra L, Sanyal AJ, Goh GB, Newsome PN, Fan JG, Lai M, Fournier-Pozat C, Lee HW, Lai-Hung Wong G, Armandi A, Shang Y, Pennisi G, Llop E, Yoneda M, Zoncapé M, de Saint-Loup M, Canivet CM, Lara-Romero C, Gallego-Durán R, Carrillo-Fernández P, Asgharpour A, Kim-Jun Teh K, Sau-Wai Chan M, Lin H, Liu WY, Targher G, Byrne CD, Wai-Sun Wong V, Zheng MH. Long-Term Glycemic Control and the Risk of Liver Stiffness Progression and Liver-Related Events in MASLD. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2026 May;24(5):1332-1343. doi: 10.1016/j.cgh.2025.10.003. Epub 2025 Nov 4. PMID: 41076043.
- Mantovani A, Petracca G, Beatrice G, Tilg H, Byrne CD, Targher G. Non-alcoholic fatty liver disease and risk of incident diabetes mellitus: an updated meta-analysis of 501 022 adult individuals. *Gut*. 2021 May;70(5):962-969. doi: 10.1136/gutjnl-2020-322572. Epub 2020 Sep 16. PMID: 32938692.
- Busquets-Cortés C, Bennasar-Veny M, López-González AA, Fresneda S, Aguiló A, Yanez A. Fatty liver index and progression to type 2 diabetes: a 5-year longitudinal study in Spanish workers with pre-diabetes. *BMJ Open*. 2021 Aug 25;11(8):e045498. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045498. PMID: 34433590; PMCID: PMC8388308.
- Yamazaki H, Tsuboya T, Tsuji K, Dohke M, Maguchi H. Independent Association Between Improvement of Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Reduced Incidence of Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2015 Sep;38(9):1673-9. doi: 10.2337/dc15-0140. Epub 2015 Jul 8. PMID: 26156527.
- European Association for the Study of the Liver (EASL); European Association for the Study of Diabetes (EASD); European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *J Hepatol*. 2024 Sep;81(3):492-542. doi: 10.1016/j.jhep.2024.04.031. Epub 2024 Jun 7. PMID: 38851997.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes*. 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes-2026. *Diabetes Care*. 2026 Jan 1;49(Supplement_1):S61-S88. doi: 10.2337/dc26-S004. PMID: 41358897; PMCID: PMC12690184.
- Targher G, Mantovani A, Byrne CD, Tilg H. Recent advances in incretin-based therapy for MASLD: from single to dual or triple incretin receptor agonists. *Gut*. 2025 Feb 6;74(3):487-497. doi: 10.1136/gutjnl-2024-334023. PMID: 39592207.
- Sanyal AJ, Newsome PN, Kliens I, Østergaard LH, Long MT, Kjær MS, Cali AMG, Bugianesi E, Rinella ME, Roden M, Ratzliff V; ESSENCE Study Group. Phase 3 Trial of Semaglutide in Metabolic Dysfunction-Associated Steatohepatitis. *N Engl J Med*. 2025 Jun 5;392(21):2089-2099. doi: 10.1056/NEJMoa2413258. Epub 2025 Apr 30. PMID: 40305708.
- Mantovani A, Morandini R, Fiorio V, Lando MG, Stefan N, Tilg H, Byrne CD, Targher G. Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists Improve MASH and Liver Fibrosis: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Liver Int*. 2025 Sep;45(9):e70256. doi: 10.1111/liv.70256. PMID: 40736113; PMCID: PMC12309150.
- Celsa C, Pennisi G, Tulone A, Ciancimino G, Vaccaro M, Infantino G, Di Maria G, Pinato DJ, Cabibbo G, Enea M, Mantovani A, Tilg H, Targher G, Cammà C, Petta S. Glucagon-like peptide-1 receptor agonist use is associated with a lower risk of major adverse liver-related outcomes: a meta-analysis of observational cohort studies. *Gut*. 2025 Apr 7;74(5):815-824. doi: 10.1136/gutjnl-2024-334591. PMID: 40015951.
- Loomba R, Hartman ML, Lawitz EJ, Vuppalanchi R, Boursier J, Bugianesi E, Yoneda M, Behling C, Cummings OW, Tang Y, Brouwers B, Robins DA, Nikoobie A, Bunck MC, Haupt A, Sanyal AJ; SYNERGY-NASH Investigators. Tirzepatide for Metabolic Dysfunction-Associated Steatohepatitis with Liver Fibrosis. *N Engl J Med*. 2024 Jul 25;391(4):299-310. doi: 10.1056/NEJMoa2401943. Epub 2024 Jun 8. Erratum in: *N Engl J Med*. 2026 Mar 26;394(12):1248. doi: 10.1056/NEJMx250014. PMID: 38856224.
- Mantovani A, Byrne CD, Targher G. Efficacy of peroxisome proliferator-activated receptor agonists, glucagon-like peptide-1 receptor agonists, or sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors for treatment of non-alcoholic fatty liver disease: a systematic review. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2022 Apr;7(4):367-378. doi: 10.1016/S2468-1253(21)00261-2. Epub 2022 Jan 12. PMID: 35030323.
- Sanyal AJ, Chalasani N, Kowdley KV, McCullough A, Diehl AM, Bass NM, Neuschwander-Tetri BA, Lavine JE, Tonascia J, Unalp A, Van Natta M, Clark J, Brunt EM, Kleiner DE, Hoofnagle JH, Robuck PR; NASH CRN. Pioglitazone, vitamin E, or placebo for nonalcoholic steatohepatitis. *N Engl J Med*. 2010 May 6;362(18):1675-85. doi: 10.1056/NEJMoa0907929. Epub 2010 Apr 28. PMID: 20427778; PMCID: PMC2928471.
- Musso G, Cassader M, Paschetta E, Gambino R. Thiazolidinediones and Advanced Liver Fibrosis in Nonalcoholic Steatohepatitis: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017 May 1;177(5):633-640. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.9607. Erratum in: *JAMA Intern Med*. 2017 May 1;177(5):747. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.0967. PMID: 28241279; PMCID: PMC5470366.
- Mantovani A, Petracca G, Csermely A, Beatrice G, Targher G. Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors for Treatment of Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Metabolites*. 2020 Dec 30;11(1):22. doi: 10.3390/metabo11010022. PMID: 33396949; PMCID: PMC7823667.
- Lin J, Huang Y, Xu B, Gu X, Huang J, Sun J, Jia L, He J, Huang C, Wei X, Chen J, Chen X, Zhou J, Wu L, Zhang P, Zhu Y, Xia H, Wen G, Liu Y, Liu S, Zeng Y, Zhou L, Jia H, He H, Xue Y, Wu F, Zhang H. Effect of dapagliflozin on metabolic dysfunction-associated steatohepatitis: multicentre, double blind, randomised, placebo controlled trial. *BMJ*. 2025 Jun 4;389:e083735. doi: 10.1136/bmj-2024-083735. PMID: 40467095; PMCID: PMC12135075.

- Mantovani A, Morandin R, Lando MG, Florio V, Pennisi G, Petta S, Stefan N, Tilg H, Byrne CD, Targher G. Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitor Use and Risk of Liver-Related Events in Patients With Type 2 Diabetes: A Meta-analysis of Observational Cohort Studies. *Diabetes Care*. 2025 Jun 1;48(6):1042-1052. doi: 10.2337/dc25-0282. PMID: 40392994.
- Petta S, Targher G, Romeo S, Pajvani UB, Zheng MH, Aghemo A, Valenti LVC. The first MASH drug therapy on the horizon: Current perspectives of resmetirom. *Liver Int*. 2024 Jul;44(7):1526-1536. doi: 10.1111/liv.15930. Epub 2024 Apr 5. PMID: 38578141.
- Harrison SA, Bedossa P, Guy CD, Schattnerberg JM, Loomba R, Taub R, Labriola

D, Moussa SE, Neff GW, Rinella ME, Anstee QM, Abdelmalek MF, Younossi Z, Baum SJ, Francque S, Charlton MR, Newsome PN, Lanthier N, Schiefke I, Mangia A, Pericàs JM, Patil R, Sanyal AJ, Noureddin M, Bansal MB, Alkhouri N, Castera L, Rudraraju M, Ratzliff V; MAESTRO-NASH Investigators. A Phase 3, Randomized, Controlled Trial of Resmetirom in NASH with Liver Fibrosis. *N Engl J Med*. 2024 Feb 8;390(6):497-509. doi: 10.1056/NEJMoa2309000. PMID: 38324483.

ALESSANDRO MANTOVANI, MD, PHD^{1,2}

¹ Department of Medicine, University of Verona, Verona, Italy

² Metabolic Diseases Research Unit,

IRCCS Sacro Cuore - Don Calabria Hospital, Negrar di Valpolicella, Italy

Corresponding author:

Prof. Alessandro Mantovani, MD, PhD
Metabolic Diseases Research Unit
IRCCS Sacro Cuore - Don Calabria Hospital
Viale Luigi Rizzardi, 4
37024 Negrar di Valpolicella, Italy
Email: alessandro.mantovani@univr.it

Questa rassegna si basa sulla Review pubblicata dallo stesso autore: Mantovani A, et al. *EXCLI J*. 2026 Jun 12;25:803-821. doi: 10.17179/excli2026-9462

In Veneto uno studio sullo stato del ferro per tutelare la salute dei donatori di sangue

FABIANA BUSTI, BENEDETTA ROBATTO, MONICA RIZZI, GIORGIO GANDINI E DOMENICO GIRELLI

La donazione di sangue è un gesto volontario e gratuito, in grado di salvare la vita di chi la riceve. Proprio per questo, alla tutela del ricevente si è sempre accompagnata un'attenzione altrettanto rigorosa alla salute di chi dona. In Italia questa attenzione è parte integrante dell'attività trasfusionale: il Decreto Ministeriale del 2 Novembre 2015 disciplina i controlli previsti ad ogni donazione e quelli annuali finalizzati alla tutela della salute del donatore, che comprendono anche la valutazione della ferritina.

È proprio a partire da dati già regolarmente raccolti nei Centri Trasfusionali che ha preso vita lo studio DONAFER, uno studio osservazionale multicentrico dedicato alla valutazione delle alterazioni dello stato del ferro nei donatori di sangue e dei fattori ad esse associati.

Lo studio coinvolge tre Aziende sanitarie del Veneto: l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona, promotrice dello studio, l'Azienda ULSS 8 Berica e l'Azienda ULSS 9 Scaligera. Avviato a Verona nel dicembre 2025 e successivamente esteso agli altri centri, lo studio DONAFER prevede complessivamente l'arruolamento di circa 40.000 donatori.

Come è noto, ogni donazione di sangue intero comporta

Generated by ChatGPT 4.0

**AIUTACI A CONOSCERE MEGLIO
IL FERRO
NEL SANGUE!**

Fe

I donatori delle province di Verona e Vicenza possono partecipare a uno studio dedicato allo stato del ferro, un elemento prezioso per il sangue.

Nessun esame in più!
Ci basta il tuo consenso all'utilizzo dei dati raccolti durante la donazione.

Un semplice "Sì" può fare la differenza per la ricerca.

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona
REGIONE DEL VENETO
ULSS9
REGIONE DEL VENETO
ULSS8

una perdita di circa 200-250 mg di ferro. Nei donatori periodici di sangue intero, il ripetersi delle donazioni può quindi contribuire a una progressiva riduzione delle riserve marziali. La plasmaferesi, invece, essenziale per ottenere diversi farmaci plasmaderivati (come immunoglobuline, albumina o fibrinogeno), non determina sostanziali perdite di ferro.

Sia le donazioni di sangue che di plasma sono fondamentali per garantire a tutti gli ammalati gli emocomponenti e i plasmaderivati di cui hanno bisogno. Da tempo la medicina trasfusionale adotta pertanto un approccio personalizzato, orientando tipologia e frequenza della donazione in funzione delle caratteristiche del donatore e delle necessità cliniche emergenti. Particolare attenzione è rivolta alle donatrici in età fertile, che possono presentare riserve di ferro ridotte indipendentemente dalla donazione e vengono quindi generalmente indirizzate alla donazione prevalente di plasma.

I primi risultati dello studio, relativi a 1.780 donatori, sembrano confermare quanto atteso. Utilizzando come criterio di siderocarenza una ferritina inferiore a 30 µg/L, la prevalenza osservata è stata del 20,5%, con una marcata differenza tra i sessi: 36,7% nelle donne e 13,7% negli uomini. A fronte di questa prevalenza, soltanto l'1% dei donatori risultava anemico secondo i criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e il 4,3% presentava valori di emoglobina inferiori alle soglie previste per l'idoneità trasfusionale. Tali risultati preliminari confermano un concetto noto in letteratura, ovvero che la carenza di ferro può precedere la comparsa dell'anemia.

Il valore aggiunto dello studio DONAFER è quello di superare la valutazione individuale del singolo donatore, già parte della pratica trasfusionale, per analizzare sistematicamente, su una popolazione molto ampia, la relazione tra riserve marziali e fattori quali sesso, età, ferritinemia iniziale, tipolo-

gia e frequenza di donazione.

La prospettiva è insieme clinica ed etica. La siderocarenza, infatti, può avere conseguenze anche in assenza di anemia, associandosi ad affaticamento e a una riduzione della qualità di vita. Diventa quindi cruciale l'alleanza tra medico trasfusionista e donatore: un donatore informato e consapevole e un medico capace di interpretarne nel tempo la risposta clinica e laboratoristica possono individuare precocemente eventuali esigenze specifiche e orientare verso la modalità di donazione più appropriata.

In un sistema che deve confrontarsi con il progressivo invecchiamento della popolazione dei donatori e con la necessità di preservare nel tempo questa preziosa risorsa, prendersi cura di chi dona è fondamentale. Lo studio DONAFER potrà fornire dati utili per tradurre questo principio in modelli di prevenzione e percorsi di donazione sempre più personalizzati e basati sulle evidenze.

Progetto “CAMBIAMO ARIA:”

Nelle città italiane l'inquinamento resta una grave minaccia per la salute. I dati dei primi sei mesi del 2026 confermano le criticità già emerse nel 2025.

«Non possiamo aspettare il 2030. Servono subito politiche strutturali per ridurre le emissioni e l'esposizione della popolazione»

Agosto 2026 – Nelle città italiane, polveri sottili, biossido di azoto e ozono continuano a raggiungere concentrazioni incompatibili con un'adeguata tutela della salute.

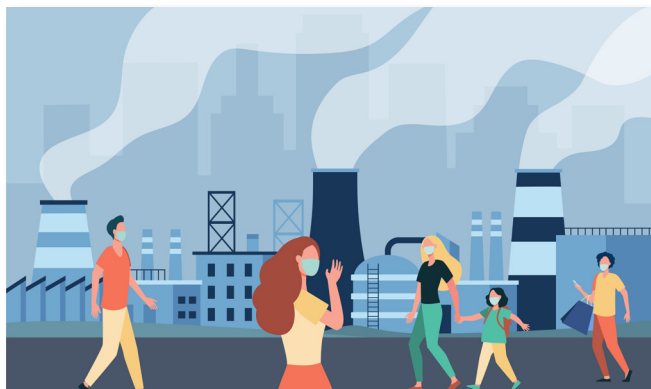
I dati aggiornati alla fine di giugno 2026 del progetto nazionale “CAMBIAMO ARIA, salute e inquinamento atmosferico nelle città italiane” confermano e rafforzano il quadro preoccupante già documentato nel corso del 2025.

Il progetto, promosso da ISDE Italia – Associazione Medici per l'Ambiente in collaborazione con l'Osservatorio Mobilità Urbana Sostenibile di Kyoto Club e la Clean Cities Cam-

paign, raccoglie i dati ufficiali delle reti regionali ARPA e APPA e confronta le concentrazioni degli inquinanti con tre livelli di riferimento:

1. la normativa italiana attualmente vigente;
2. i limiti più restrittivi stabiliti dalla

www.magnific.com > Fonte dell'immagine: 12291235 > Immagine di pch.vector on Magnific



Direttiva europea 2024/2881, applicabili dal 2030;

3. i valori raccomandati dalle Linee guida 2021 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il monitoraggio riguarda stazioni di traffico e di fondo collocate in 27 cit-

tà italiane e consente di valutare non soltanto il rispetto formale delle norme vigenti, ma soprattutto la distanza che ancora separa le città italiane dai livelli raccomandati per proteggere la salute.

PM10:

Alla fine di giugno 2026, alcune stazioni, a Milano, Verona, Vicenza e Modena, avevano già raggiunto o superato il numero massimo di giornate con concentrazioni di PM10 superiori a 50 microgrammi per metro cubo consentito dalla normativa vigente per l'intero anno.

PM2,5:

Nessuna città rispetta pienamente i valori indicati dall'OMS.

La situazione più diffusa e preoccupante riguarda il PM2,5, il particolato fine capace di penetrare profondamente nell'apparato respiratorio e di raggiungere il sistema cardiovascolare.

La soglia giornaliera di 25 microgrammi per metro cubo, che la nuova Direttiva europea consentirà di superare per non più di 18 giorni all'anno dal 2030, è stata oltrepassata 52 volte nella stazione Padova-Mandria, 50 volte a Milano-Marche, 49 a Milano-Pascal Città Studi e 48 nelle stazioni Torino-Rebaudengo e Torino-Rubino. Rispetto alla più cautelativa soglia giornaliera dell'OMS, pari a 15 microgrammi per metro cubo, Torino-Rebaudengo aveva già registrato 104 giornate di superamento, Verona-Giarol Grande 98, Padova-Mandria 90 e Milano-Marche 87.

Nel quadro riepilogativo del progetto, nessuna città risulta pienamente conforme alle raccomandazioni sanitarie dell'OMS per il PM2,5.

Biossido di azoto e Ozono: Verona, pur con valori alti, non è fra le città più esposte.

Le criticità del 2026 confermano l'emergenza rilevata nel 2025.

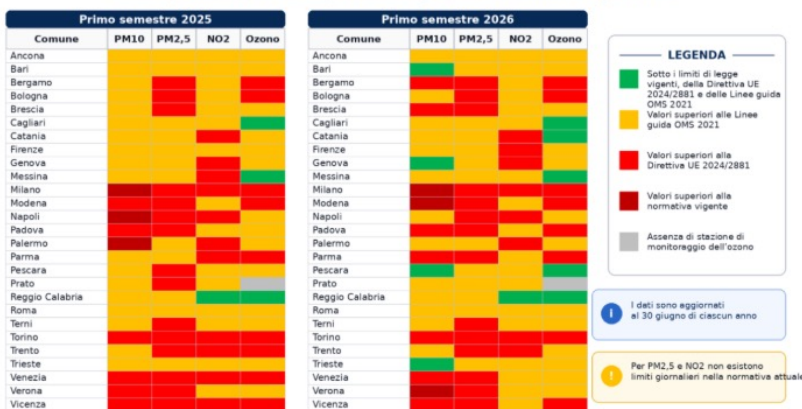
I risultati dei primi sei mesi del 2026 confermano la situazione già fortemente critica emersa dai dati definitivi del 2025.

L'esposizione cronica della popolazione urbana era risultata ancora elevata e largamente distante sia dai nuovi limiti europei sia dalle indicazioni dell'OMS.

Cambiamo Aria

Qualità dell'aria nelle città italiane: confronto fra il primo semestre 2026 e il corrispondente periodo del 2025

Valutazione per PM10, PM2,5, NO2 e ozono rispetto a normativa vigente, Direttiva UE 2024/2881 e Linee guida OMS 2021



Fonte: ISDE Italia, Osservatorio Kyoto Club e Clean Cities Campaign - Progetto Cambiamo Aria

Nella tabella che segue si evidenzia il confronto fra la situazione registrata nei primi sei mesi del 2025 e lo stesso periodo del 2026.

L'inquinamento atmosferico è un problema sanitario, non soltanto ambientale

ISDE Italia ricorda che l'inquinamento atmosferico rappresenta uno dei principali fattori di rischio ambientale per la popolazione.

La letteratura scientifica internazionale documenta l'associazione tra l'esposizione agli inquinanti atmosferici e l'aumento della mortalità prematura, delle malattie cardiovascolari, respiratorie, oncologiche, metaboliche e neurologiche. Sono inoltre documentati effetti negativi sulla salute, riproduttiva, sullo sviluppo cerebrale e cognitivo dei bambini e, più in generale, sulla salute di tutti gli organi e apparati.

Il PM2,5 è particolarmente pericoloso perché, grazie alle ridotte dimensioni delle particelle, può raggiungere le zone più profonde dei polmoni, entrare nel circolo sanguigno e superare anche la barriera emato-encefalica.

Le stime elaborate nell'ambito del progetto "Cambiamo Aria", utilizzando dati ambientali delle ARPA, dati demografici e di mortalità ISTAT e metodologie coerenti con le Linee guida dell'OMS e dell'Istituto Superiore di Sanità, mostrano con chiarezza la dimensione sanitaria del problema. Considerando i livelli di inquinamento registrati nel 2025 e una popolazione di oltre 8 milioni di residenti con alme-

no 30 anni nelle 27 città monitorate, sono stati stimati 6.731 decessi per malattie attribuibili all'esposizione al PM2,5, con un intervallo di incertezza compreso tra 5.048 e 7.572 decessi. Questo carico rappresenta circa l'8% di tutta la mortalità per cause non traumatiche nella popolazione adulta delle città considerate.

L'impatto non è uniforme sul territorio. La quota di mortalità attribuibile al PM2,5 è stata stimata pari al 14% a Milano, al 12% a Torino e Padova, all'11% a Vicenza e Brescia e al 10% a Venezia, Verona, Parma e Modena. Anche nelle città con un'incidenza percentuale più bassa, il numero assoluto dei decessi attribuibili resta rilevante: in molte realtà si contano centinaia di morti premature e, nel caso di Roma, oltre mille. Al carico di mortalità, si aggiungono infatti nuovi casi di malattia, aggravamenti di patologie croniche, ricoveri ospedalieri, disabilità, perdita di qualità della vita e rilevanti costi sanitari e sociali.

Le conseguenze sono particolarmente gravi per i soggetti più vulnerabili: bambini, anziani, donne in gravidanza, persone affette da patologie croniche e popolazioni che vivono in condizioni sociali ed economiche svantaggiate o in prossimità delle principali sorgenti emissive.

Non aspettare il 2030. L'adozione della Direttiva europea 2024/2881 conferma quanto la comunità scientifica sostiene da tempo: gli attuali limiti normativi non garan-

tiscono ancora un livello adeguato di protezione della salute.

Entro il 2030 dovranno essere raggiunte concentrazioni significativamente inferiori di PM10,

PM2,5 e biossido di azoto. Tuttavia, considerare il 2030 soltanto come una scadenza amministrativa significherebbe rinviare ancora la tutela delle persone che oggi vivono, lavorano e studiano nelle città italiane.

I cittadini di oggi hanno lo stesso diritto dei cittadini del 2030 a respirare un'aria che non li faccia ammalare.

Per questo ISDE Italia chiede che ogni aggiornamento dei Piani regionali e locali per la qualità dell'aria sia valutato non soltanto rispetto agli obblighi attualmente vigenti, ma anche rispetto alla sua concreta capacità di accompagnare i territori verso i nuovi obiettivi europei e, progressivamente, verso i valori raccomandati dall'OMS.

«I dati del progetto Cambiamo Aria dimostrano che nessuna delle città monitorate può considerarsi completamente al riparo dai rischi sanitari connessi all'inquinamento atmosferico. In numerosi territori, e a Verona in particolare, già nei primi sei mesi del 2026, sono stati raggiunti o superati livelli che la normativa europea consen-

tirà nell'intero anno a partire dal 2030, anzi a Verona la situazione è addirittura peggiorata rispetto al 2025.

Non è più sufficiente intervenire soltanto durante le fasi emergenziali o affidarsi a misure temporanee. Sono necessarie politiche strutturali, coordinate e verificabili, capaci di ridurre stabilmente le emissioni alla fonte e l'esposizione della popolazione.

Inquinamento atmosferico, crisi climatica e ondate di calore non sono emergenze separate, ma manifestazioni della stessa crisi ambientale. La riduzione dell'uso dei combustibili fossili rappresenta quindi una misura capace di produrre contemporaneamente benefici per la qualità dell'aria, per il clima e per la salute pubblica.

Proteggere la qualità dell'aria significa prevenire malattie e morti premature, ridurre le disuguaglianze sanitarie e migliorare la qualità della vita nelle città.

La tutela della salute deve diventare il criterio guida di ogni scelta pubblica». E cerchiamo di evitare di ricorrere a chiedere deroghe e postdatazioni delle linee guida, non farebbe altro che ritardare e peggiorare la situazione.

Le amministrazioni locali possono intervenire su traffico, trasporto pubblico, logistica urbana, riscaldamento

degli edifici pubblici, pianificazione, verde e distribuzione dello spazio stradale. Condividiamo profondamente la scelta di favorire la realizzazione di piste ciclabili ma bisogna evitare strenuamente il consumo di suolo

Le amministrazioni locali non dispongono però da sole degli strumenti necessari per controllare tutte le fonti. Agricoltura, produzione energetica, industria, standard dei veicoli e politiche fiscali dipendono in larga parte da decisioni regionali, nazionali ed europee. A tutti questi livelli deve arrivare questo messaggio!

I dati completi sono consultabili in questi link, e saranno aggiornati mese per mese per tutto il 2026

Cfr 25-26 <https://www.datawrapper.de/ /EAmSS/>

Pm10 <https://datawrapper.dwcdn.net/Jlbar/2/>

Pm2,5 <https://datawrapper.dwcdn.net/J8VVn/2/>

No2 <https://www.datawrapper.de/ /OgxQt/>

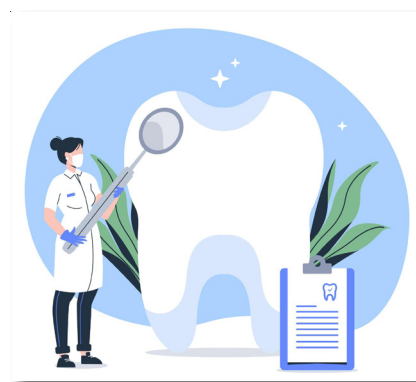
Ozono <https://www.datawrapper.de/ /MOVuP/>

Un semplice ed economico liquido applicato sui denti arresta la carie

Un semplice ed economico liquido chiamato fluoruro d'argento, somministrato con un minuscolo applicatore con punta in spugna in pochi secondi per dente, arresta la carie senza bisogno di trapano, iniezioni o sedazione. Lo rivela uno studio clinico condotto dall'Università del Michigan ha fornito queste prove. Pubblicato su Jama Pediatrics, lo studio ha coinvolto 830 bambini di età inferiore ai 6 anni, reclutati tramite studi dentistici, ambulatori pediatrici e programmi Head Start

e Early Head Start in Michigan, New York e Iowa. Il fluoruro d'argento è approvato negli Usa come dispositivo medico per il trattamento della sensibilità dentale. In Italia è usato a questo scopo, ma in modo off label, spiegano gli esperti della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SidP). I ricercatori hanno scoperto che ha arrestato la carie in oltre la metà dei denti da latte colpiti, se trattati a intervalli di 6 mesi. A differenza del trattamento convenzionale, che

www.magnific.com > Fonte dell'immagine: 15184256 > Immagine di pikisuperstar on Magnific



prevede la rimozione di parte del dente prima dell'otturazione, il fluoruro d'argento viene semplicemente applicato sulla carie. "Si tratta di un trattamento efficace e sicuro, anche per bambini di appena un anno", afferma Margherita Fontana dell'Università del Michigan, responsabile dello studio. La carie è la malattia cronica più comune dell'infanzia e colpisce oltre il 40% dei bambini negli Stati Uniti; in Italia, la carie riguarda il 22% dei bambini di 4 anni e il 43% di quelli di 12 anni. Se non trattate, le carie possono causare dolore intenso, infezioni, dif-

ficoltà a mangiare e dormire, assenze scolastiche e visite mediche ripetute. L'argento fluorurato potrebbe essere utile per i bambini molto piccoli, gli anziani, le persone con disabilità dello sviluppo o fisiche, i pazienti con grave ansia dentale e altri che non tollerano o non possono accedere facilmente alle cure dentistiche convenzionali, spiega Fontana. Il suo principale svantaggio è estetico, precisa, perché l'argento scurisce in modo permanente la parte cariata. Lo studio fornisce i dati clinici necessari al produttore per presentare la domanda di

autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco contro la carie dentale. "I nostri risultati supportano l'approvazione da parte della Fda del fluoruro per il trattamento della carie nei bambini piccoli. Rimuoverlo dallo status di terapia off-label rappresenterebbe un'importante innovazione che potrebbe portare a un maggiore utilizzo da parte degli odontoiatri e a rimborsi più elevati da parte delle compagnie assicurative", concludono gli autori.

Vista ripristinata grazie a un farmaco attivato dalla luce.

TESTATO NEI TOPI, FUNZIONA DA 'PROTESI MOLECOLARE' CHE SOSTITUISCE I SENSORI DELLA RETINA

Un farmaco attivato dalla luce ha ripristinato la vista nei topi: funziona come una sorta di 'protesi molecolare' che sostituisce i sensori della retina ormai degenerati a causa della malattia, riattivando il circuito che trasporta i segnali al cervello. Il risultato, pubblicato sulla rivista Journal of the American Chemical Society, è stato ottenuto da un gruppo di ricercatori guidato dall'Istituto di Bioingegneria della Catalogna (Ibec). Se si dimostrerà sicuro ed efficace anche nell'uomo, il nuovo farmaco potrebbe restituire la vista alle persone affette da disturbi dovuti alla degenerazione dei fotorecettori, come la degenerazione maculare legata all'età e la retinite pigmentosa, che colpiscono 200 milioni di persone in tutto il mondo.

In molte delle malattie che coinvolgono le cellule della retina deputate alla

rilevazione della luce, i circuiti situati a valle che trasmettono le informazioni visive al cervello rimangono in gran parte intatti, anche se inattivi. I ricercatori coordinati da Pau Gorostiza hanno quindi pensato di sfruttare questa caratteristica, aggirando le terapie geniche, che sono efficaci solo per i pazienti che possiedono particolari mutazioni, e le protesi retiniche elettroniche, che sono invasive, costose e richiedono addestramento. "Le molecole che abbiamo messo a punto non curano la cecità - sottolinea Gorostiza - poiché non agiscono sulla causa della degenerazione dei fotorecettori. Tuttavia, sono straordinariamente efficaci nel ripristinare la vista e lo fanno attraverso un approccio molto semplice".

Questa nuova famiglia di farmaci, chiamata prosthe6, può essere

iniettata direttamente nell'occhio ma anche somministrata attraverso gocce oculari. Le molecole prendono il posto dei fotorecettori mancanti: quando la luce entra nell'occhio, reagiscono modificando la propria forma e innescando segnali all'interno della retina in modo molto simile alla visione naturale.

Un nuovo farmaco mutaforma sferra un doppio colpo ai tumori

Un nuovo farmaco in grado di cambiare forma e assemblarsi in maniera diversa all'interno del corpo sferra un doppio colpo ai tumori: può legarsi in due modi diversi a un singolo recettore presente sulle cellule cancerose, raddoppiando la forza dell'attacco, oppure può colpire simultaneamente due recettori presenti su cellule diverse, potenziando l'efficacia del trattamento. Lo dimostra lo studio pubblicato sulla rivista *Nature* e guidato dalla Washington University di St. Louis, che ha condotto esperimenti su topi affetti da tumori del pancreas, dello stomaco e della mammel-

la. I cosiddetti coniugati anticorpo-farmaco combinano proteine che li guidano in maniera specifica contro le cellule maligne con farmaci capaci di ucciderle. A unire le due parti c'è una molecola di collegamento, che però permette di legare ogni farmaco a un solo anticorpo. Ciò significa che questa terapia è molto precisa, ma può colpire un solo bersaglio alla volta e ha, dunque, un'efficacia limitata. I ricercatori coordinati da Patrícia Ribeiro Pereira hanno dimostrato che è possibile aumentare l'efficacia dei coniugati anticorpo-farmaco, modificandoli in modo che si auto-assemblino

all'interno del corpo. Gli autori dello studio si sono basati sulla cosiddetta 'click chemistry', un metodo che permette di unire molecole come fossero mattoncini Lego, i cui inventori hanno ricevuto il Nobel per la Chimica nel 2022. In pratica, grazie a molecole di connessione intercambiabili, i farmaci somministrati possono legarsi a più di anticorpo per volta, raddoppiando i bersagli da colpire. Il 90% dei topi così trattati è sopravvissuto per 120 giorni, a fronte di una sopravvivenza media inferiore agli 80 giorni riscontrata negli animali curati con metodi standard.

Il farmaco per la disfunzione erettile potrebbe contrastare le metastasi del cancro

Il farmaco più conosciuto al mondo per la disfunzione erettile potrebbe frenare le metastasi del cancro. Emerge da uno studio pubblicato su *Cancer Research* e condotto da Ayelet Erez presso il Weizmann Institute of Science. Gli scienziati hanno scoperto che il **sildenafil**, il principio attivo del Viagra, potrebbe limitare le metastasi tumorali attraverso un meccanismo complesso: il sildenafil limita la capacità delle cellule tumorali di utilizzare il colesterolo, un componente essenziale delle membrane cellulari. Il colesterolo è particolarmente importante per le cellule tumorali che cercano di staccarsi dal tumore primario, migrare in tutto il corpo e invadere organi distanti. Quando il loro accesso al colesterolo viene interrotto, queste

cellule hanno maggiori difficoltà a formare metastasi.

Il sildenafil agisce bloccando un enzima chiamato fosfodiesterasi di tipo 5, o PDE5, aumentando così i livelli di una molecola di segnalazione nota come cGMP. Il team di Erez ha scoperto che il cGMP si lega a una proteina responsabile del trasporto del colesterolo all'interno delle cellule. Di conseguenza, meno colesterolo è disponibile per le esigenze della cellula e, a quanto pare, le cellule tumorali sono particolarmente vulnerabili a questa riduzione dell'apporto di colesterolo.

I ricercatori hanno anche scoperto che la combinazione di farmaci della famiglia del Viagra con le statine - un'altra classe di farmaci ampiamente

utilizzata che riduce la produzione di colesterolo nell'organismo - potrebbe essere ancora più efficace nel limitare le metastasi. La combinazione potrebbe non solo limitare l'accesso delle cellule tumorali al colesterolo già presente, ma anche impedire loro di produrlo di nuovo, potenzialmente potenziando l'effetto antimetastatico. I ricercatori hanno confermato le potenzialità del sildenafil contro le metastasi sia in esperimenti di laboratorio, sia nei dati delle cartelle cliniche di pazienti oncologici in cui si evidenzia un miglioramento significativo della sopravvivenza tra quelli che assumevano sildenafil con altre indicazioni mediche, in particolare quando questo veniva combinato con le statine.

Virus sinciziale, esperti: Profilassi universale con monoclonale svolta per famiglie e ospedali

"Il virus respiratorio sinciziale (Rsv) ha rappresentato per anni una delle principali emergenze stagionali per la pediatria. Ogni anno, tra novembre e marzo, l'arrivo dell'epidemia causava un'impennata di visite pediatriche, ricoveri ospedalieri e accessi alle terapie intensive, mettendo sotto pressione l'intero sistema sanitario. La vera svolta è arrivata grazie alla profilassi universale con un anticorpo monoclonale. Questo si legano a una proteina presente sulla superficie del virus, impedendogli di entrare nelle cellule dell'apparato respiratorio e di avviare l'infezione". Lo ha detto Eugenio Baraldi, professore ordinario in Pediatria, Università di Padova, direttore Dipartimento Salute Donna e Bambino, direttore scientifico Istituto di Ricerca Pediatrica 'Città della Speranza' e membro fondatore di Resvinet, fondazione internazionale di riferimento per la ricerca sull' Rsv, commentando i contenuti del congresso della European Society for Paediatric Infectious Diseases (Espid) 2026 che si è svolto recentemente a Bologna. "Non sono vaccini - precisa l'esper-

to - perché il vaccino stimola l'organismo a produrre autonomamente gli anticorpi e per questo richiede circa due settimane per diventare efficace. L'anticorpo monoclonale, invece, è un anticorpo già pronto che viene somministrato direttamente e agisce immediatamente" e con "una sola somministrazione c'è la possibilità di dare copertura per tutti i mesi in cui c'è il picco dell'Rsv". Si tratta di una "profilassi perché deve essere effettuata prima dell'esposizione al virus - avverte Baraldi - Una volta che il virus è già entrato nelle cellule, l'anticorpo monoclonale non può più bloccarlo. Per questo motivo la somministrazione viene effettuata prima dell'inizio della stagione epidemica, nel primo anno di vita o anche alla nascita, se avviene tra l'autunno e la primavera, spesso già dal secondo giorno di vita". I dati di sicurezza raccolti finora sono molto rassicuranti. "Nel mondo - aggiunge - sono stati immunizzati circa 11 milioni di bambini e non sono emersi effetti collaterali significativi". Per gli ospedali pediatrici, l'infezione da virus respiratorio sinciziale (Rsv) "è

stato un vero incubo per anni - rimarca l'esperto - Nei periodi di picco si arrivava a rinviare interventi chirurgici perché i posti in terapia intensiva erano occupati dai bambini con bronchiolite, la manifestazione più grave dell'infezione da Rsv nei primi mesi di vita. I bambini più vulnerabili sono infatti quelli sotto i 5-6 mesi di età, nei quali la malattia può provocare insufficienza respiratoria e richiedere il ricovero". Quando si sviluppa la bronchiolite, "l'unico trattamento che ha dimostrato di essere utile è il supporto respiratorio con ossigeno - sottolinea Baraldi - Cortisone, broncodilatatori e antibiotici non modificano significativamente l'evoluzione della malattia". Le linee guida nazionali italiane pubblicate negli ultimi anni hanno infatti ribadito che "questi trattamenti non sono raccomandati di routine nella bronchiolite, nonostante continuino talvolta a essere utilizzati nella pratica clinica".

Riforma delle professioni sanitarie.

Dalla formazione sull'IA al rientro dei medici radiati: ecco le novità approvate in Commissione - Tra le novità approvate ieri in Affari Sociali, corsi sulla sanità digitale e sull'intelligenza artificiale, un linguaggio infermieristico standardizzato, più integrazione tra professionisti e una procedura straordinaria per la reiscrizione di alcuni sanitari radiati durante la pandemia.

Via libera della Commissione Affari Sociali della Camera a una serie di emendamenti al disegno di legge delega sulla riforma delle professioni sanitarie e sulla responsabilità professionale degli operatori sanitari. Le modifiche approvate intervengono su diverse materie: dalla formazione digitale all'organizzazione delle professioni, fino a una norma destinata ad alimentare il dibattito politico, quella che – come anticipavamo ieri – consente, in determinati casi, la richiesta di reiscrizione all'albo da parte di sanitari radiati durante la pandemia.

Una delle novità riguarda la formazione del personale sanitario. Il Governo viene infatti delegato a promuovere l'attivazione di **corsi regionali dedicati alla digitalizzazione della sanità pubblica**, con l'obiettivo di far acquisire agli operatori competenze anche sull'utilizzo degli strumenti di intelligenza artificiale. La misura si inserisce nel più ampio processo di trasformazione digitale del Servizio sanitario nazionale e punta a preparare medici, infermieri e altri professionisti all'impiego delle nuove tecnologie nella pratica clinica e organizzativa.

Un secondo emendamento introduce il principio di un **linguaggio infermieristico standardizzato**. In termini pratici, significa definire una terminologia comune per documentare l'attività assistenziale, così da rendere le informazioni prodotte dagli infermieri uniformi e pienamente integrabili nel Fascicolo sanitario elettronico. L'obiettivo è migliorare la condivisione dei dati tra i diversi professionisti e rendere più efficace la continuità delle cure.

Le modifiche approvate rafforzano anche l'integrazione tra le diverse figure sanitarie nella promozione dell'attività fisica. Il Governo dovrà individuare criteri per costruire un sistema di collaborazione tra specialisti in medicina dello sport, medici di medicina generale, pediatri e fisioterapisti, riconoscendo l'esercizio fisico strutturato come uno strumento di prevenzione e di tutela della salute. I percorsi dovranno essere definiti attraverso protocolli basati sulle linee guida della Federazione medico sportiva italiana e validati dall'Istituto superiore di sanità.

Sul fronte ordinistico, viene esteso al Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi il sistema del voto ponderato già previsto per altri ordini professionali. In sostanza, nelle deliberazioni del Consiglio nazionale il peso del voto dei singoli rappresentanti sarà proporzionato alla consistenza numerica degli iscritti agli ordini territoriali che rappresentano, con l'obiettivo di rendere la rappresentanza più aderente alla reale distribuzione della professione sul territorio.

L'intervento più rilevante riguarda però l'introduzione di un nuovo articolo 42-bis nel regolamento degli Ordini delle professioni sanitarie. La norma prevede una procedura straordinaria che consente ad alcuni sanitari radiati dall'albo di chiedere la reiscrizione.

La possibilità è riservata ai **professionisti radiati per fatti non dolosi commessi durante il periodo di applicazione della disciplina emergenziale** introdotta con il decreto-legge n. 44 del 2021 e che, secondo il testo approvato, siano stati la diretta conseguenza delle limitate conoscenze scientifiche disponibili sul **Sars-CoV-2** e sulle relative terapie, della carenza di personale e di risorse durante l'emergenza e dell'impiego di personale non specializzato chiamato a fronteggiare una situazione eccezionale.

La domanda dovrà essere presenta-

ta entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge. Se la radiazione è stata disposta in conseguenza di una condanna penale, la reiscrizione sarà possibile solo dopo l'intervenuta riabilitazione, da richiedere anch'essa entro sessanta giorni. Il testo precisa, inoltre, che l'eventuale reiscrizione non darà diritto ad alcun risarcimento o indennizzo per il periodo in cui il professionista è rimasto radiato.

Medici no-vax reintegrati. L'opposizione insorge: "Vergogna, offesa ai 383 camici bianchi morti"

L'emendamento di FdI che apre al reintegro dei sanitari radiati durante il Covid solleva la protesta di PD, M5S, AVS, Italia Viva e Azione che chiedono un'informativa urgente di Schillaci, accusando la maggioranza di fare propaganda elettorale a scapito dei 383 camici bianchi morti in pandemia.

È un emendamento gravissimo", ha attaccato **Ilenia Malavasi** del PD, che ha chiesto formalmente un'informativa urgente al ministro Schillaci. "Viene a rompere la fiducia che ci deve essere tra il personale sanitario, i cittadini, i professionisti e le istituzioni. Una ferita profonda, vergognosa, che riabilita chi ha diffuso teorie antiscientifiche". Malavasi ha ricordato i numeri della pandemia con parole nette: "È un'offesa gravissima fatta ai morti, a quelle migliaia di morti che abbiamo pianto, e ai 383 medici e professionisti sanitari che sono morti per offrire cure ai cittadini italiani". L'accusa politica è diretta: "Questo Governo continua, per fini elettorali, a strizzare l'occhio alla categoria dei no-vax".

Sulla stessa lunghezza d'onda **Gilda Sportiello** del M5S, che ha puntato il dito sulla gestazione dell'emendamento: "Per settimane questa maggioranza ha tenuto accantonato, senza avere il coraggio di uscire allo scoperto, un testo che permette il reintegro del personale medico radiato per le condotte assunte durante la pandemia". E ancora: "C'è un'inva-

denza propagandistica della politica intollerabile, che invade il ruolo degli Ordini professionali e vuole decidere per legge di reintegrare quei medici a cui fanno l'occhiolino per la loro propaganda elettorale".

Luana Zanella di AVS ha spostato il fuoco su un aspetto istituzionale spesso trascurato nel dibattito pubblico: l'autonomia degli Ordini professionali. "C'è un regime di autogoverno che viene infranto – ha spiegato -. L'Ordine dei medici giudica il medico che ha infranto il codice deontologico e voi avete presentato un emendamento che ferisce questa forma di autogoverno tutelata dalla legge. Questo è un precedente pazzesco". Zanella ha anche ridimensionato la presunta convenienza elettorale della mossa: "Non sono tanto d'accordo sul fatto che sia una manovra molto coerente", ha osservato, ricordando come la Fnomceo abbia già reagito con durezza.

Da Italia Viva, **Maria Chiara Gadda** ha sottolineato la contraddizione di fondo: "Questi medici si sono posti al

di fuori della comunità scientifica e al di fuori del codice deontologico che tutto il personale sanitario rispetta, e lo rispetta perché è legato alla tutela della salute collettiva". L'appello al ministro è esplicito: "Vogliamo sapere se intendiamo procedere in questo modo, se intendiamo sollecitare il movimento no-vax perché siamo vicini al voto".

L'intervento più duro sul piano simbolico è arrivato da **Matteo Richetti** di Azione: "È un Paese strano quello che chiama eroi i medici che si sono battuti rischiando la vita e poi premia i disertori, dandogli la medaglia della riammissione". Richetti ha ricordato come trasversalmente, sia dall'attuale maggioranza che dall'opposizione, tutti si fossero battuti durante la pandemia per sostenere il messaggio rassicurante della comunità scientifica sui vaccini.

Al centro delle polemiche c'è anche la figura del sottosegretario Gemmato, che ha difeso l'emendamento in Commissione. L'opposizione chiede ora che sia il titolare del dicastero,

Schillaci, medico di professione, a presentarsi in Aula per assumersi la responsabilità politica di una scelta che, secondo i gruppi di minoranza, rischia di minare alle fondamenta il rapporto di fiducia tra cittadini e professioni sanitarie, proprio nel momento in cui quel rapporto fatica ancora a rimarginarsi dopo gli anni della pandemia.

Sconcerto e delusione Fnomceo per l'emendamento su medici radiati

Critico il presidente dell'Ordine dei medici, Filippo Anelli: "Siamo sconcertati, amareggiati e delusi. Aprire una finestra per la reinscrizione immediata dei medici e degli operatori sanitari che hanno diffuso terapie antiscientifiche durante il Covid è una delegittimazione del ruolo degli Ordini professionali. Ed è un affronto alle vittime e a tutti i professionisti della salute che hanno sacrificato la loro vita per continuare a curare".

SANITÀ INTEGRATIVA: Nuova regolamentazione per i fondi che integrano il SSN

Dopo oltre 15 anni di attesa, con l'articolo 29 del decreto-legge sul Pnrr è stato finalmente realizzato un importante passo avanti verso una maggiore regolamentazione dei fondi sanitari integrativi.

Alla luce del consolidamento che ne conseguirà, appare necessario chiarire cosa sottendono i vari interventi proposti a favore o integrazione della sanità pubblica universalistica, caratterizzata dal Servizio sanitario nazionale.

SANITÀ INTEGRATIVA O SOSTITUTIVA

Nel tempo si è generata una grande

confusione nell'utilizzo degli aggettivi integrativo (prestazioni extra-Lea o extra Sistema di protezione sociale), sostitutivo (stesse prestazioni di entrambi i sistemi), sociosanitario (che eroga prestazioni sociali a valenza sanitaria, sanitarie a valenza sociale, sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria).

La sanità integrativa è una forma di assistenza sanitaria privata:

- alla quale lo Stato ricorre per garantire ai cittadini gratuitamente le coperture sanitarie dovute per legge (Lea);

- essa in genere è regolata per mezzo delle convenzioni;
- le convenzioni sono subordinate al rispetto di criteri definiti di accreditamento, per mezzo dei quali il cittadino è curato come se fosse curato sostanzialmente in un servizio pubblico.

La sanità sostitutiva è anch'essa una forma di assistenza privata:

- alla quale però il cittadino ricorre a pagamento in alternativa al servizio pubblico,
- e per mezzo della quale sempre il cittadino sostituisce la tutela ga-

rantita dalla sanità pubblica con l'assistenza sanitaria garantita dal privato.

La sanità sostitutiva, a sua volta, si avvale di intermediari finanziari quali le mutue, i fondi sanitari, le assicurazioni sanitarie, il terzo settore.

Essa, alla fine, funziona come quel sistema che una volta si chiamava "assistenza indiretta", dove il cittadino riceve dei rimborsi dal proprio intermediario finanziario per le prestazioni di cui fruisce o riceve da esso direttamente le prestazioni per mezzo di propri servizi.

FONDI SANITARI SENZA CONTROLLO

Nonostante gli iscritti siano ormai più di 17 milioni e i fondi sanitari oltre 324 (un numero enorme), da noi non esiste alcun controllo. I fondi non hanno alcun obbligo di trasparenza nei confronti degli iscritti. Non pubblicano i bilanci. I siti web, quando ci sono, risultano carenti.

Non si conoscono i costi di gestione che, in alcuni casi, potrebbero essere addirittura superiori al 30 per cento di tutte le contribuzioni e gli amministratori non hanno obblighi di professionalità e onorabilità.

L'unica fonte di informazione pubblica è, ed è stata, l'Anagrafe dei fondi sanitari operativa presso il Ministero della Salute, i cui ultimi dati risalgono però all'anno fiscale 2022. Anagrafe che ovviamente non svolge alcun controllo né preventivo né consuntivo, limitandosi a iscrivere i fondi sanitari che ne fanno richiesta.

LA NUOVA REGOLAMENTAZIONE

Finalmente, dopo oltre 15 anni di attesa, con l'articolo 29 del decreto-legge sul Pnrr viene finalmente realizzato un importante passo avanti verso una maggiore regolamentazione dei fondi sanitari integrativi: si introduce la vigilanza sui fondi sanitari assegnata alla Covip che, vigilando già in modo mol-

to positivo sui fondi pensione, diverrà l'autorità del welfare complementare e integrativo.

Altra novità è rappresentata dalla definizione di una serie di attività a tutela degli aderenti come l'obbligo di informare gli iscritti su tutte le attività attraverso la pubblicazione dei bilanci, le comunicazioni e le notizie riguardanti entrate contributive, su di uscite per prestazioni, saldi di gestione e patrimonio.

UN SECONDO PILASTRO IN SANITÀ

Questo "secondo pilastro" dovrà fornire una copertura integrativa per una serie di prestazioni che oggi risultano particolarmente critiche, in termini di accesso e continuità. Si tratta quindi di un procedimento che mirerebbe a rafforzare l'integrazione tra pubblico e privato, potenziando la tutela delle fasce più fragili della popolazione attraverso un modello sostenibile, costruito su base mutualistica e previdenziale.

La direzione è chiara: una sanità integrativa più inclusiva, capace di affiancare il Servizio sanitario nazionale senza sostituirlo, con un'attenzione particolare a quelle esigenze che emergono con l'invecchiamento e la cronicizzazione delle condizioni di salute.

Basti pensare che nel 2024 gli italiani hanno speso direttamente di tasca propria (la cosiddetta spesa out of pocket) 45,4 miliardi di euro per visite, esami e ricoveri. Cifra che si somma ai 6,8 miliardi di contributi versati ai fondi sanitari per un totale di spesa privata di oltre 52 miliardi, cui vanno sommati i 138,5 miliardi di spesa per la sanità pubblica.

In totale, fanno 190 miliardi che, inevitabilmente, sono destinati a crescere perché l'Italia è il Paese europeo con la maggiore percentuale di ultra65enni e ultra80enni sul totale della popolazione. Le persone con più di 65 anni sono ormai il 25 per cento della popolazione italiana, pari a oltre 14 milioni, mentre gli over 80 sono il 7,7

per cento pari a 4,54 milioni; di questi ben 22.652 sono ultracentenari e in continuo aumento.

SPESA OUT-OF-POCKET ELEVATA

In un quadro internazionale in cui la media Ocse e Ue della spesa out-of-pocket si attesta sui 906 dollari pro capite, l'Italia è a quota 1.115 con una differenza di 209 dollari.

Secondo i dati Istat-Sha, le principali voci di spesa sanitaria delle famiglie italiane includono l'assistenza sanitaria per cura (comprese le prestazioni odontoiatriche) e riabilitazione, che rappresenta il 44,6 per cento del totale (18,1 miliardi). Seguono i prodotti farmaceutici e apparecchi terapeutici (36,9 per cento, pari a 15 miliardi) e l'assistenza a lungo termine (Ltc) che assorbe il 10,9 per cento della spesa complessiva, per un totale di 4,4 miliardi.

AUMENTA LA DOMANDA

Un altro elemento importante emerso da tenere in considerazione è che con l'indebolimento del Servizio sanitario nazionale molti cittadini stanno spostando la domanda di prestazioni verso i fondi sanitari integrativi, che ovviamente però non possono aumentare le quote di iscrizione dei propri iscritti.

Si dovrà, pertanto, garantire, a tutti gli iscritti, la stessa deducibilità dei contributi versati, superando l'attuale e poco costituzionale sistema che prevede la deducibilità fino a 3.615,20 euro l'anno, in gran parte non utilizzata, per i fondi contrattuali e la detraibilità pari al 19 per cento di 1.300 euro l'anno per le altre categorie di lavoratori non contrattualizzati, autonomi e liberi professionisti.

CLAUDIO TESTUZZA

Liste d'attesa. Il nuovo Piano nazionale: tutte le agende nel Cup, disdetta obbligatoria e percorsi di tutela per i pazienti

La nuova versione del documento trasmessa alle Regioni. Tra le novità: monitoraggio delle agende pubbliche, private accreditate e intramoenia, percorsi di tutela per i cittadini, obbligo di quesito diagnostico e classe di priorità, RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea) anche per i ricoveri programmati. Per chi non si presenta senza disdetta prevista la quota ordinaria di partecipazione al costo.

Il nuovo Piano nazionale di governo delle liste d'attesa archivia il precedente PNGLA del 2019-2021 e punta a superare un modello troppo centrato sull'offerta, introducendo un approccio più strutturato al governo della domanda, all'appropriatezza prescrittiva, alla trasparenza delle agende e alla presa in carico del cittadino. Il documento, che dovrà essere approvato in Conferenza Stato-Regioni, chiarisce che dall'attuazione del Piano non dovranno derivare nuovi o maggiori oneri.

Uno dei cardini della nuova governance è l'obbligo per Regioni e Province autonome di far confluire nei sistemi Cup tutte le agende di prenotazione, comprese quelle della libera professione intramoenia, con l'obiettivo di costruire un sistema unico di lettura e governo dell'offerta, in grado di includere attività pubblica, privato accreditato e intramoenia, rendendo tracciabile la disponibilità delle prestazioni e i tempi effettivi di accesso.

Il Piano assegna un ruolo centrale alla PNLA (Piattaforma nazionale delle liste d'attesa), istituita presso Agenas e utilizzata dal Ministero della Salute. La PNLA dovrà interoperare con le piattaforme regionali e con i Cup, con l'obiettivo di produrre un cruscotto

nazionale per la governance delle liste d'attesa attraverso dati tempestivi. Attraverso la piattaforma sarà possibile monitorare la disponibilità delle agende prenotabili, distinguendo tra SSN, ALPI e privato accreditato, e seguire gli indicatori relativi ai tempi di attesa per classe di priorità.

Entro 120 giorni dall'entrata in vigore del decreto di adozione del PNGLA, le Regioni e le Province autonome dovranno adottare i propri Piani regionali di governo delle liste d'attesa, con aggiornamento annuale. Nei Piani regionali dovranno essere indicati gli ambiti territoriali di garanzia, le modalità di organizzazione dei CUP, l'interoperabilità con la PNLA, la dematerializzazione delle prescrizioni, la gestione dei percorsi di tutela e le azioni di monitoraggio.

Il nuovo PNGLA conferma l'obbligatorietà, nelle prescrizioni e prenotazioni di specialistica ambulatoriale, di tre elementi: la **distinzione tra primo accesso e accesso successivo**, la **classe di priorità per le prestazioni di primo accesso** e il **quesito diagnostico**. Le classi di priorità restano quattro: U, da eseguire entro 72 ore; B, entro 10 giorni; D, entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; P, entro 120 giorni. Il documento prevede che le prestazioni urgenti abbiano percorsi semplificati di accesso per garantire il rispetto del tempo massimo.

Il quesito diagnostico diventa una leva decisiva non solo per la prenotabilità della prestazione, ma anche per la valutazione dell'appropriatezza e per la programmazione dell'offerta. Il medico prescrittore dovrà indicarlo sempre, sia per i primi accessi sia

per gli accessi successivi. **Il Piano prevede inoltre che si vada verso un sistema nazionale di codifica e classificazione dei quesiti diagnostici, univoco e vincolante per tutti i prescrittori.**

Sul versante dell'appropriatezza, il Piano valorizza linee guida, buone pratiche clinico-assistenziali e metodo RAO. Presso Agenas dovrà essere istituito, entro 60 giorni dall'approvazione del PNGLA, il Tavolo permanente dei RAO, con rappresentanti di Ministero, Istituto superiore di sanità, Regioni, Province autonome e associazioni dei cittadini. Il Tavolo avrà anche il compito di coordinare la definizione dei quesiti diagnostici secondo standard nazionali.

Il documento interviene anche sui percorsi di tutela. Se una prestazione di primo accesso non può essere garantita nei tempi massimi previsti dalla classe di priorità, l'Azienda sanitaria di appartenenza del paziente dovrà attivare un percorso di presa in carico per soddisfare la richiesta. Il cittadino ha diritto alla prestazione nei tempi massimi e la ricerca di soluzioni alternative non deve ricadere su di lui. Tra gli strumenti previsti vi sono la ridefinizione dei volumi di attività delle strutture pubbliche e private accreditate, la riprogrammazione delle ore di specialistica ambulatoriale interna, il ricorso a prestazioni aggiuntive e l'incremento delle ore degli specialisti ambulatoriali. Il Piano contempla anche l'uso di preliste o liste di tutela, ma ne disciplina i tempi: il cittadino dovrà essere richiamato entro massimo 5 giorni per le priorità B, 10 giorni per le visite D, 15 giorni per la diagnostica D e 30 giorni per le priorità P. Le

preliste non potranno essere utilizzate per le urgenze.

Un capitolo specifico riguarda il CUP. Il sistema dovrà gestire l'intera offerta, comprendendo SSN, regime convenzionato e intramoenia, e dovrà supportare la programmazione dell'offerta e la comunicazione ai cittadini. **Viene ribadito il divieto inderogabile di chiusura o indisponibilità delle agende di prenotazione** presso tutte le strutture pubbliche e private accreditate. Il controllo sarà affidato ad Agenas nell'ambito della PNLA, con possibilità di audit nei confronti delle Regioni e delle Province autonome in caso di inefficienze o anomalie.

Il Piano introduce inoltre un sistema di recall e disdetta delle prenotazioni. Il Cup dovrà ricordare all'assistito la data della prestazione e chiedere conferma o cancellazione almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione, anche da remoto. In caso di mancata presentazione senza giustificata disdetta, salvo forza maggiore o impossibilità sopravvenuta, l'assistito, anche se esente, sarà tenuto al pagamento della quota ordinaria di partecipazione al costo della prestazione prenotata e non usufruita. Le Regioni dovranno disciplinare con propri atti le modalità operative, le cause di giustificazione, l'applicazione della sanzione e l'utilizzo delle somme riscosse.

Il PNGLA dedica ampio spazio anche ai ricoveri programmati.

L'inserimento in lista dovrà avvenire dopo la valutazione dello specialista e previa informativa al paziente, con una "accettazione consapevole" delle condizioni di offerta. Da quella data decorrerà il calcolo del tempo di attesa. Le liste dovranno essere gestite in modo trasparente, con indicazione dell'intervento monitorato e della classe di priorità.

Per i ricoveri programmati viene introdotto il modello dei Raggruppamenti di attesa omogenei, i RAO ricoveri, con l'obiettivo di uniformare a livello nazionale l'attribuzione delle classi di priorità sulla base di criteri clinici espliciti. La valutazione dovrà considerare tipologia di intervento, diagnosi, età, genere, comorbidità rilevanti ed eventuali caratteristiche sociali particolarmente impattanti. Entro 60 giorni dall'emanazione del Piano dovrà essere attivato un tavolo tecnico per lo sviluppo della procedura.

Il Piano valorizza inoltre il ruolo delle strutture territoriali previste dal DM 77, dalle Case della comunità agli Ospedali di comunità, dalla rete delle cure palliative all'assistenza domiciliare integrata, fino alla farmacia dei servizi. Le Case della comunità dovranno contribuire all'erogazione di prestazioni diagnostiche di base, servizi specialistici per patologie ad alta prevalenza e servizi infermieristici per la gestione delle cronicità, con un impatto atteso sulla riduzione delle liste d'attesa presso gli erogatori tradizionali.

La telemedicina entra tra gli strumenti per migliorare l'accesso e l'appropriatezza. Televisite e teleconsulti vengono indicati come modalità utili per ridurre gli spostamenti, facilitare il follow up, ottimizzare gli accessi e supportare le decisioni cliniche tra professionisti, soprattutto per le prestazioni più critiche.

Infine, il PNGLA prevede un capitolo sulla comunicazione ai cittadini. Saranno rivisti i glossari tecnici e quelli rivolti agli utenti, con indicazioni su diritti e doveri. Il Piano prevede una campagna di comunicazione istituzionale, iniziative social, diffusione tramite portali istituzionali e materiale informativo da distribuire nei luoghi di erogazione delle prestazioni, negli studi dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e nelle farmacie.

Il nuovo Piano prova dunque a costruire una filiera più integrata: dalla prescrizione alla prenotazione, dal monitoraggio delle agende alla presa in carico, dai percorsi di tutela alla comunicazione al cittadino. La sfida, come sempre, sarà la sua concreta attuazione nei sistemi regionali, chiamati ora a tradurre le nuove regole in Piani operativi entro quattro mesi dall'adozione del decreto.

LUCIANO FASSARI

(FONTE QUOTIDIANO SANITÀ GIUGNO 2026)

Case della comunità: ecco cosa prevede l'accordo.

Trentotto euro l'ora, più oneri, circa 40 euro. È questo il valore economico previsto dal nuovo atto d'indirizzo approvato ieri dal Comitato di Settore Regioni-Sanità per remunerare la presenza dei medici di famiglia nelle Case della comunità.

Con un'accelerazione della trattativa, è arrivata la firma dell'ipotesi di accordo sul contratto che regola il lavoro dei medici di medicina generale nelle Case di Comunità. A sottoscriverlo SISAC, in rappresentanza delle Regioni, e le Organizzazioni sindacali

FIMMG e FMT.

Il contratto prevede l'introduzione di un obbligo per i medici di medicina generale fino a 6 ore settimanali per 48 settimane annue nelle Case della Comunità tra le 8:00 e le 20:00, con un turno di almeno 3 ore continuative.

Per ciascuna ora di attività nelle Case della Comunità, ai medici è garantito un compenso pari a 38,72 euro, oltre oneri, secondo un principio di tariffazione unica su tutto il territorio nazionale. Per garantire la continuità dell'attività, sarà compito della singola Azienda sanitaria definire il fabbisogno orario della struttura, dopo aver impiegato il personale già assegnato ad attività orarie e consultato il referente dell'AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale), ove presente, e quindi di distribuire le ore residue tra i medici operanti nel territorio della Casa della Comunità.

Il documento punta a disciplinare l'attività oraria dei medici del ruolo unico

di assistenza primaria all'interno delle strutture territoriali. Un passaggio considerato decisivo per rendere effettivamente operative le circa 1000 Case della comunità Hub, evitando che restino contenitori privi di una reale presenza medica.

L'intervento si somma in via residuale all'obbligo per i medici già a rapporto orario di coprire i turni notturni, festivi e del sabato, se richiesto dall'Azienda sanitaria.

Saranno infatti le singole Aziende sanitarie a determinare il proprio fabbisogno e a distribuirlo in modo equo tra i medici, garantendo comunque una presenza minima di almeno un medico in ogni casa di comunità.

Il capitolo coperture resta vincolato alle risorse già disponibili. L'intervento dovrà infatti muoversi a legislazione vigente, facendo leva sugli stanziamenti esistenti: circa 1 miliardo di euro previsto dalla legge di Bilancio n.234 del 2021 a valere sul Fondo sanitario in deroga al tetto di spesa sul personale. Inoltre potrebbero essere usati anche altri 350 milioni (236 mln solo per le Case di Comunità) vincolati dalla legge di Bilancio n.213 del 2023 proprio per il personale delle strutture territoriali finanziate dal Pnrr. Non sono quindi indicate nuove risorse aggiuntive, ma l'utilizzo dei fondi già previsti per il rafforzamento dell'assistenza territoriale.

Italiani all'estero e cure in Italia

SE VOGLIONO CURARSI CON IL SSN E AVERE IL MEDICO DI FAMIGLIA DOVRANNO VERSARE 2MILA EURO ALL'ANNO

Il Senato ha approvato definitivamente la legge che permette ai cittadini italiani residenti all'estero (fuori dall'Unione Europea e dai Paesi Efta) di mantenere l'assistenza sanitaria in Italia pagando un contributo di 2.000 euro all'anno.

Il pagamento garantisce la tessera sanitaria, il medico di famiglia, l'accesso ai farmaci e i ricoveri ospedalieri durante i periodi di

permanenza in Italia.

Il provvedimento si rivolge potenzialmente a circa 3 milioni di italiani iscritti all'Aire che vivono fuori dall'Europa (es. USA, America Latina, Tunisia, Albania) e che finora, iscrivendosi all'AIRE, perdevano il diritto al Servizio Sanitario Nazionale (salvo per le urgenze di pronto soccorso).

I minori non pagano se almeno un genitore ha la tessera. Sono esenti dai 2

mila euro anche i pensionati all'estero che pagano le tasse alla fonte in Italia. Chi interrompe il pagamento annuale verrà sospeso dal servizio e per riattivarlo dovrà versare gli arretrati con gli interessi.

La misura non è ancora operativa: entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge, un decreto ministeriale stabilirà le modalità pratiche e le procedure per fare domanda presso le Asl.

L'Igienista dentale non può aprire uno studio autonomo:

IL TAR MARCHE ACCOGLIE LA LINEA DELLA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI NAZIONALE.

Le prestazioni dell'Igienista dentale devono essere rese su indicazione e con la compresenza dell'Odontoiatra. A ribadirlo, confermando quindi che gli Igienisti non possono aprire studi professionali autonomi, è il Tar **Marche**, con la sentenza n° 752 del 1° giugno scorso, emessa a seguito del ricorso proposto dalla **Federazione nazionale degli Ordini dei TSRM e PSTRP** contro la Regione **Marche** e nei confronti della **FNOMCeO**, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e degli **Ordini dei Medici delle Marche**, che si sono costituiti in giudizio. Il ricorso è stato dichiarato improcedibile e comunque infondato.

“Il giudizio – commenta il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri (CAO) nazionale, Andrea **Senna** – si è concluso con il pieno accoglimento della linea consolidata della FNOMCeO e della CAO nazionale e ha stabilito principi importanti. In primo luogo, il Collegio non ha ravvisato ragioni per discostarsi dalla sentenza del Consiglio di Stato n. 1703 del 9

marzo 2020, che ha ben chiarito che è la stessa disciplina nazionale a prevedere la necessaria compresenza tra la figura dell'Igienista dentale e quella del Medico Odontoiatra. Come riportato nel testo della Sentenza stessa: ‘Ciò a tutela della salute del paziente, potendo il Medico, qualora presente, prontamente intervenire in casi di urgenza o di necessità, senza che ciò si traduca in una compromissione dell'autonomia tra le due figure, che restano non più legate da un rapporto gerarchico ma di collaborazione professionale, dove ciascuna è responsabile per la prestazione posta in essere’”.

“In seconda istanza – continua **Senna** – i giudici hanno precisato che non si concretizza il paventato assorbimento delle competenze professionali dell'Igienista dentale da parte degli Odontoiatri o dei Medici chirurghi abilitati all'esercizio dell'Odontoiatria con la prevista possibilità che anche questi ultimi possano effettuare le prestazioni d'igiene dentale. E questo dal momento che tale previsione,

oltre a rispondere al principio del più contiene il meno, nel senso che sarebbe incomprensibile e paradossale escludere la possibilità al medico di svolgere anche prestazioni di igiene dentale ove necessario, è sostanzialmente volta a fronteggiare situazioni particolari, in cui anche sedute di igiene orale possano necessitare di anestesia o di diagnosi di patologia' esorbitando dalle competenze dell'igienista e richiedendo il necessario coinvolgimento della figura medica”.

In allegato la comunicazione inviata dal Presidente della Commissione Albo Odontoiatri nazionale, Andrea **Senna**, e dal Presidente della FNOMCeO, Filippo **Anelli** a tutti i Presidenti degli Ordini dei Medici territoriali, ai Presidenti delle Commissioni Albo Medici e ai Presidenti delle Commissioni Albo Odontoiatri.

UFFICIO STAMPA FNOMCEO
INFORMAZIONE@FNOMCEO.IT
3 GIUGNO 2026

Aggiornamento della Nota AIFA 99.

NUOVE INDICAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA INALATORIA CON LABA, LAMA, ICS E LE RELATIVE ASSOCIAZIONI INALATORIE PRECOSTITUITE NEI PAZIENTI CON BPCO

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha pubblicato l'aggiornamento della **Nota 99**, che andrà in vigore dal 9 luglio 2026. L'aggiornamento recepisce le più recenti Linee Guida GOLD

2026 relativamente alla valutazione della gravità clinica e all'indirizzo terapeutico dei pazienti con BPCO. Due sono gli aspetti procedurali di grande novità della Nota 99: 1) il passaggio

della prescrizione della formulazione triplice, costituita da LABA + LABA + ICS (unico erogatore) su ricetta RR, cioè prescrivibilità concessa sia al medico specialista che al MMG; 2) eli-

minazione della Scheda di Valutazione e Prescrizione. Lo fa sapere Walter Marrocco, responsabile scientifico della Fimmg e componente Cse Aifa. I principali principi attivi inclusi nella nota sono:

LABA - beta2-agonista a lunga durata d'azione: formoterolo indacaterolo olodaterolo salmeterolo

LAMA - anticolinergico a lunga durata d'azione: aclidinio glicopirronio tiotropio umeclidinio

LABA + ICS (steroidi inalatori): formoterolo/beclometasone formoterolo/budesonide salmeterolo/fluticasone propionato vilanterolo/fluticasone furoato

LABA + LAMA: indacaterolo/glicopirronio vilanterolo/umeclidinio olodaterolo/tiotropio formoterolo/aclidinio formoterolo/glicopirronio

LAMA + LABA + ICS (unico erogatore): Beclometasone dipropionato/formoterolo fumarato diidrato/ glicopirronio bromuro Fluticasone furoato/ umeclidinio bromuro/ vilanterolo trifrenato Budesonide/glicopirronio bromuro/ formoterolo fumarato diidrato

Il trattamento farmacologico può avvenire dopo diagnosi certa di BPCO confermata da spirometria post-broncodilatatore FEV1/FVC <0,70 (70%). Nei pazienti con FEV1 ≥50% il MMG può prescrivere direttamente la terapia inalatoria secondo le raccomandazioni GOLD; nei pazienti con FEV1 <50% (superata la eventuale fase acuta che potrà essere gestita dal

MMG) è indicata la valutazione specialistica con approfondimenti funzionali di secondo livello.

Particolari indicazioni

- In particolare, coerentemente con le GOLD, la triplice terapia inalatoria, in prima prescrizione, è riservata al nuovo gruppo identificato "E" in caso di eosinofili >300/ul, tale gruppo di fatto ha sostituito i precedenti gruppi "C" e "D". Inoltre, nuove raccomandazioni terapeutiche, quali le associazioni LAMA+LABA, sono state introdotte anche per il gruppo "B".

È indicata una strategia terapeutica "a gradini" correlata alla gravità, con l'aggiunta progressiva di farmaci o l'uso di loro associazioni.

Le principali variabili da considerare nella scelta della terapia inalatoria iniziale, in presenza di un quadro clinico stabile, sono le seguenti: grado di ostruzione al flusso, frequenza di riacutizzazioni, sintomatologia (dispnea, capacità di svolgere esercizio fisico).

Come procedere con i pazienti attualmente in trattamento con LABA + ICS ?

1. continuare il trattamento in caso di non recenti riacutizzazioni; se la sintomatologia persiste, si raccomanda il passaggio a LABA+LAMA+ICS
2. considerare il passaggio a LABA+LAMA in caso di assenza di rilevante storia di esacerbazioni
3. in caso di recenti e/o attuali riacu-

tizzazioni, si raccomanda il passaggio a:

- LABA+LAMA (se eosinofili plasmatici <100 cell/μL)
- LABA+LAMA+ICS (se eosinofili plasmatici ≥100 cell/μL).

Attenzione: Considerare una de-escalation (riduzione) della terapia con ICS o una modifica del trattamento in caso di polmonite o di altri effetti collaterali significativi, di indicazione iniziale inappropriata o in assenza di risposta a ICS.

Considerazioni finali

L'aggiornamento della Nota 99, particolarmente atteso sia dai medici prescrittori che dai pazienti, è il risultato di un approfondito lavoro tecnico-scientifico sviluppato nell'ambito della Commissione Scientifica ed Economica (CSE) di AIFA, per un rinnovato approccio alle Note, attualmente in corso, che si basa su un maggior riconoscimento del ruolo che la MG svolge e ancor di più potrà svolgere nel prossimo futuro, prova ne è anche con il coinvolgimento delle Sigle di rappresentanza della MG, inclusa F.I.M.M.G., nel Tavolo Tecnico per la revisione delle Note AIFA e dei Piani Terapeutici (PT).

La Nota completa è consultabile sul portale ufficiale dell'AIFA: www.aifa.gov.it/documents/20142/1728122/nota-99.pdf

Il quinto emendamento

In questi giorni ha fatto notizia l'incriminazione di Anthony Fauci per "oltraggio al Congresso" americano.

La vicenda nasce da un'indagine avviata dal Partito Repubblicano, guidata dal Senatore Rand Paul (Medico Oftalmologo) che oltre che dirigere l'audizione di Fauci al Congresso, era riuscito ad entrare in possesso dei suoi diari personali.

Il motivo ufficiale dell'audizione era quello di fare chiarezza su alcuni aspetti della pandemia COVID: la sua origine in Cina, i finanziamenti concessi dal NIH (National Institute of Health) a scienziati cinesi e la gestione del contenimento virale nei mesi di diffusione pandemica.

La prima accusa rivolta a Fauci era quella di avere deliberatamente insabbiato la verità sull'origine del virus. Per una buona parte dell'opinione pubblica americana, infatti, l'epidemia sarebbe il frutto di una fuga del virus dai laboratori dell'Istituto di Virologia di Wuhan dove gli scienziati erano impegnati in esperimenti di "gain of function" (potenziamento funzionale) su virus Covid provenienti da pipistrelli con l'intento di creare un'arma biologica.

Fauci avrebbe favorito le ricerche di questi scienziati in quanto, come responsabile di una branca del NHI (National Health Institute) destinata a finanziare progetti di ricerca, avrebbe erogato a questi scienziati parte delle tasse pagate dai cittadini USA a scopo di ricerca per la salute, supportandoli quindi in ricerche di tutt'altra natura e scopo.

A supporto di questo uso improprio, secondo i senatori repubblicani, ci sarebbe un articolo pubblicato su Nature Medicine nell'aprile 2020 a titolo "The Proximal Origin of SARS-CoV-2", favorito da Fauci in cui gli autori avvalorano l'origine naturale del virus contro quella della fuga dal laboratorio.

In buona sostanza, Fauci avrebbe stornato finanziamenti statunitensi destinati alla ricerca per la salute a favore di ricerche cinesi finalizzate allo

sviluppo di armi biologiche.

Per evitare che i dettagli di questa distrazione di fondi a favore dei ricercatori di Wuhan potessero esser tracciati, Fauci avrebbe distrutto comunicazioni ufficiali ed usato personalmente e/o concesso ai suoi collaboratori l'uso di canali di comunicazione privati al posto di quelli ufficiali.

Fauci era inoltre chiamato a chiarire la gestione della pandemia al suo esordio negli States, periodo in cui aveva suggerito le linee guida adottate poi dal Governo che portarono all'adozione di misure di contenimento come il distanziamento sociale (i famosi 2 metri di distanziamento interpersonale) e l'uso delle mascherine, senza che vi fossero prove scientifiche che tali provvedimenti potessero realmente contenere la diffusione pandemica.

Parte delicata della vicenda era quella dei diari privati di Fauci.

Su quelli Fauci annotava, durante la pandemia, riflessioni e appunti con nomi e storie mediche reali di privati cittadini.

Contenevano quindi dati di natura sensibile e riservata.

Il Senatore Rand Paul era riuscito ad entrarne in possesso tramite il Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani (HHS) guidato da Robert F. Kennedy (il Ministro della salute americano noto per le sue posizioni No-Vax).

In quei diari erano raccolte oltre che storie cliniche, le perplessità e le domande di uno scienziato



Anthony Fauci davanti al Congresso Americano

alle prese con un virus ed una malattia per i quali non erano disponibili studi, esperienze, linee guida.

Vi si trovavano annotate anche le interviste in cui si era trovato costretto ad opporsi pubblicamente alle affermazioni di Trump su terapie alternative non supportate da dati scientifici, come per esempio l'uso di disinfettanti e cloroquina per curare la malattia.

Sospettando che la sua audizione avesse fini diversi da quelli espressi formalmente, che la convocazione fosse una mossa per metterlo formalmente in stato di accusa, Fauci aveva chiesto ai suoi legali di assisterlo.

In aula però il Senatore Rand Paul aveva espulso il suo legale, l'avvocato David Scherfler, perché gli avvocati in quella sede "non hanno il permesso di parlare o di intervenire attivamente durante l'audizione".



Il senatore Rand Paul

Così Fauci, nel timore, come ha poi candidamente confessato, che le sue parole potessero in qualche modo essere usate contro di lui, ha deciso di non rispondere a nessuna delle domande rivoltegli, neppure a quella sul colore della sua cravatta, appellandosi, come gli avevano consigliato gli avvocati, al quinto emendamento della Costituzione degli Stati Uniti d'America.

Di qui l'accusa nei suoi confronti di "oltraggio al Congresso Americano". Sulla vicenda, la comunità scientifica internazionale, sebbene con qualche distinguo, si sta mobilitando.

La maggior parte dei virologi e degli infettivologi ritiene che l'operato di Fauci sia stato sempre corretto, esprimendo, in un momento in cui mancavano certezze scientifiche, indicazioni condivisibili ed improntate al principio di cautela. Oltre 150 esperti di malattie infettive e scienziati di primo piano hanno firmato lettere pubbliche in cui definiscono le accuse repubblicane assurde e prive di fondamento, esprimendo il timore che queste "guerre politiche" finiscano per terrorizzare i ricercatori diventando un ostacolo per la ricerca scientifica.

Anche da noi, in Italia, c'è una Commissione Parlamentare che indaga sulla gestione dell'emergenza sanitaria Covid ed in questi giorni ha chiamato Giuseppe Conte, ex Presidente del Consiglio agli inizi della pandemia, a rispondere sulle sue scelte in quei momenti.



L'imputato ha definito l'audizione un atto politico e gli inquirenti un "plotone d'esecuzione". Ha dichiarato che l'inchiesta era un atto orchestrato contro di lui e l'opposizione, passando al contrattacco depositando un documento (ricevuto in forma anonima) relativo ad una transazione di 100 milioni di euro per l'acquisto di mascherine non conformi alle specifiche richieste nell'ordine.

Rispetto agli USA, da noi, le guerre politiche sembrerebbero consumarsi tra politici senza coinvolgere ricercatori e scienziati.

Non mi risultano, infatti, finora "indagati" i vari Bassetti, Ricciardi, Crisanti, Rezza, Ippolito, Galli, Magrini..., etc.

Negli Stati Uniti, la quota di popolazione adulta che rifiuta categoricamente qualsiasi vaccino (i "no-vax" in senso stretto) si attesta intorno al 21%, quindi circa 50-70 milioni di persone. Se si

considera il rifiuto della vaccinazione pediatrica i sondaggi registrano percentuali più ampie che oscillano tra il 28% e il 34%, circa 70-100 milioni di persone.

In Italia i cosiddetti "no-vax" duri e puri, ovvero coloro che rifiutano categoricamente qualsiasi tipo di vaccinazione, rappresentano una minoranza della popolazione che si aggira tra il 5% e il 12%, quindi 3-8 milioni di persone.

Aprire un'indagine sulla gestione dell'emergenza Covid potrebbe essere anche una manovra elettorale.

Che ci sia questo dietro a questa assurda caccia alle streghe?

Lascio ai lettori la risposta.

Da parte mia mi appello al quinto emendamento.

ROBERTO MORA

Pillole di saggezza

Motori di ricerca europei (e non solo quelli degli USA)

Ormai dobbiamo essere consapevoli che il mettere tutti i dati nostri, delle nostre famiglie (o peggio dei nostri pazienti) in siti o cloud che spesso appartengono agli USA è doppiamente pericoloso:

1) andiamo contro il regolamento europeo (GDPR)

2) e rafforziamo macro-aziende tecno-feudali che hanno in pugno non solo l'inaffidabile Trump ma buona parte delle nazioni che usano i loro sistemi, la loro IA non solo in modo utile (ad es. utile in vari campi della medicina, ma non in tutti) ma anche per spionaggio e per combattere guerre da vigliacchi: nelle guerre precedenti si batteva sul campo e le vittime era-

no soprattutto militari. Oggi, con i droni dotati di IA, vigliaccamente si bombarda dall'alto e le vittime sono soprattutto i civili. Sto andando off-topic? No, se pensiamo che il nostro ruolo medico è quello di difendere la salute e prevenire le morti evitabili, le morti "stupide". La maggior stupidità non è ovviamente delle povere vittime ed è infrequentemente dovuta ai difetti

(da migliorare) del sistema medico-sanitario. Oggi la quota maggiore di stupidità sta nei governanti e tecno-oligarchi globali che causano morti (del tutto evitabili) usando la "stupidità artificiale" che chiamano "intelligenza"(artificiale).

Bisogna tornare ad Ippocrate e a Kant. Aiutato dalla gratuita IA svizzera LUMO (che valuto sino ad ora etica) ricordo che Kant sosteneva che *"l'intelligenza vera non è separabile dalla moralità. Un'azione che viola imperativamente il rispetto per gli esseri umani (come colpire civili, anche se "per errore" o per calcolo collaterale) fallisce nel suo scopo morale più alto. In questo senso, un sistema IA che sceglie di bombardare aree civili manca di quella comprensione etica che è parte costitutiva dell'intelligenza umana completa"*.

Insomma noi medici dobbiamo ricordare ai governanti e ai tecno-baroni globali che è ora di finirla con il tradire le lezioni ippocratiche e Kantiane.

Ma torniamo ai motori di ricerca. Io ho usato per anni un motore di ricerca non profilante (ben diverso da Google), ma sempre con la proprietà negli USA.

Allora ho chiesto alla già citata Intelligenza Artificiale europea gratuita (LUMO), del tutto criptata, di indicarmi

motori di ricerca europei. LUMO mi ha fornito un elenco di 4 motori di ricerca europei. Ho scelto di usare, almeno alcune volte, il francese QWANT. Il bello è giunto pochi giorni dopo: la direzione del parlamento europeo ha suggerito ai parlamentari di usare, come motore di ricerca, guarda caso proprio QWANT al posto di Google <https://www.geopop.it/addio-google-al-parlamento-europeo-perche-e-stato-sostituito-con-il-motore-di-ricerca-francese-qwant/>

Insomma, l'Europa va più piano ma forse su Internet e Intelligenza Artificiale chi va piano va più lontano ed evita più incidenti

Zip-lampo e Zip(file) tartaruga

La Zip-lampo è un'invenzione del 1800 che prometteva ciò che realmente faceva e fa ancora: chiusura rapida di una cerniera; ben più veloce di abbottonare i vari bottoni. Invece i file zip (zippati) tradiscono l'effetto lampo delle zip sui vestiti. L'altro giorno un paziente è andato da uno specialista in visita privata in una città a 150 chilometri dal suo domicilio, con la pennetta-USB. Nella pennetta vi era il file "zip" creato in un grande ospedale: zip in cui vi erano le immagini di una risonanza. Lo specialista ha alzato le spalle: *"non posso aspettare l'apertura del file zip in genere molto molto lenta"*. Ergo: lo specialista non ha visto la risonanza. Il paziente è tornato a casa

e su un suo computer discretamente potente ha provato ad aprire il file zip. Il PC ha impiegato una-due decine di minuti per "aprirsi". Ma la doccia fredda è venuta dopo. Il PC non riconosceva il formato delle immagini.

Nella Rete potrete constatare che questi problemi (lentezza e difficoltà con la visualizzazione delle immagini) sono ben noti; hanno varie cause e si possono risolvere con vari software o "trucchi". Ma tutto ciò è dis-ergonomico e crea grossi problemi al paziente e al medico.

In attesa di standardizzazioni, sarebbe più onesto da parte degli ospedali fornire ai pazienti dei totem da cui nei giorni successivi all'esame i pazienti possano scaricare un normale CD, in genere ben visibile in tutti i PC. Tra l'altro è una soluzione che è già adottata in vari ambienti privati e pubblici.

La fregola di fare tutto online produce questi mostri chimerici, queste sfingi senza risposte. Se invece si conservano alcune azioni in loco come i totem ospedalieri sforna-cd, si crea qualche disagio al paziente (breve-recarsi al proprio ospedale), ma poi gli si permetterà di avere un serio e utile CD da mostrare ovunque, anche per specialisti dopo un viaggio a media o grande distanza.

FRANCO DEL ZOTTI

SANITÀ INTEGRATIVA: Nuova regolamentazione per i fondi che integrano il SSN

Dopo oltre 15 anni di attesa, con l'articolo 29 del decreto-legge sul Pnrr è stato finalmente realizzato un importante passo avanti verso una maggiore regolamentazione dei fondi sanitari integrativi.

Alla luce del consolidamento che ne conseguirà, appare necessario chiarire cosa sottendono i vari interventi proposti a favore o integrazione della sanità pubblica universalistica, caratterizzata dal Servizio sanitario nazionale.

SANITÀ INTEGRATIVA O SOSTITUTIVA

Nel tempo si è generata una grande confusione nell'utilizzo degli aggettivi integrativo (prestazioni extra-Lea o extra Sistema di protezione sociale),

sostitutivo (stesse prestazioni di entrambi i sistemi), sociosanitario (che eroga prestazioni sociali a valenza sanitaria, sanitarie a valenza sociale, sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria).

La sanità integrativa è una forma di assistenza sanitaria privata:

- alla quale lo Stato ricorre per garantire ai cittadini gratuitamente le coperture sanitarie dovute per legge (Lea);
- essa in genere è regolata per mezzo delle convenzioni;
- le convenzioni sono subordinate al rispetto di criteri definiti di accreditamento, per mezzo dei quali il cittadino è curato come se fosse curato sostanzialmente in un servizio pubblico.

La sanità sostitutiva è anch'essa una forma di assistenza privata:

- alla quale però il cittadino ricorre a pagamento in alternativa al servizio pubblico,
- e per mezzo della quale sempre il cittadino sostituisce la tutela garantita dalla sanità pubblica con l'assistenza sanitaria garantita dal privato.

La sanità sostitutiva, a sua volta, si avvale di intermediari finanziari quali le mutue, i fondi sanitari, le assicurazioni sanitarie, il terzo settore.

Essa, alla fine, funziona come quel sistema che una volta si chiamava "assistenza indiretta", dove il cittadino riceve dei rimborsi dal proprio intermediario finanziario per le prestazioni di cui fruisce o riceve da esso direttamente le prestazioni per mezzo di propri servizi.

FONDI SANITARI SENZA CONTROLLO

Nonostante gli iscritti siano ormai più di 17 milioni e i fondi sanitari oltre 324 (un numero enorme), da noi non esiste alcun controllo. I fondi non hanno alcun obbligo di trasparenza nei confronti degli iscritti. Non pubblicano i bilanci. I siti web, quando ci sono, risultano carenti.

Non si conoscono i costi di gestione che, in alcuni casi, potrebbero essere addirittura superiori al 30 per cento di tutte le contribuzioni e gli amministratori non hanno obblighi di professionalità e onorabilità.

L'unica fonte di informazione pubblica è, ed è stata, l'Anagrafe dei fondi

sanitari operativa presso il Ministero della Salute, i cui ultimi dati risalgono però all'anno fiscale 2022. Anagrafe che ovviamente non svolge alcun controllo né preventivo né consuntivo, limitandosi a iscrivere i fondi sanitari che ne fanno richiesta.

LA NUOVA REGOLAMENTAZIONE

Finalmente, dopo oltre 15 anni di attesa, con l'articolo 29 del decreto-legge sul Pnrr viene finalmente realizzato un importante passo avanti verso una maggiore regolamentazione dei fondi sanitari integrativi: si introduce la vigilanza sui fondi sanitari assegnata alla Covip che, vigilando già in modo molto positivo sui fondi pensione, diverrà l'authority del welfare complementare e integrativo.

Altra novità è rappresentata dalla definizione di una serie di attività a tutela degli aderenti come l'obbligo di informare gli iscritti su tutte le attività attraverso la pubblicazione dei bilanci, le comunicazioni e le notizie riguardanti entrate contributive, su di uscite per prestazioni, saldi di gestione e patrimonio.

UN SECONDO PILASTRO IN SANITÀ

Questo "secondo pilastro" dovrà fornire una copertura integrativa per una serie di prestazioni che oggi risultano particolarmente critiche, in termini di accesso e continuità. Si tratta quindi di un procedimento che mirerebbe a rafforzare l'integrazione tra pubblico e privato, potenziando la tutela delle fasce più fragili della popolazione attraverso un modello sostenibile, costruito su base mutualistica e previdenziale.

La direzione è chiara: una sanità integrativa più inclusiva, capace di affiancare il Servizio sanitario nazionale senza sostituirlo, con un'attenzione particolare a quelle esigenze che emergono con l'invecchiamento e la cronicizzazione delle condizioni di salute.

Basti pensare che nel 2024 gli italiani hanno speso direttamente di tasca propria (la cosiddetta spesa out of pocket) 45,4 miliardi di euro per visite, esami e ricoveri. Cifra che si somma ai 6,8 miliardi di contributi versati ai fondi sanitari per un totale di spesa privata di oltre 52 miliardi, cui vanno sommati i 138,5 miliardi di spesa per la sanità pubblica.

In totale, fanno 190 miliardi che, inevi-

tabilmente, sono destinati a crescere perché l'Italia è il Paese europeo con la maggiore percentuale di ultra65enni e ultra80enni sul totale della popolazione. Le persone con più di 65 anni sono ormai il 25 per cento della popolazione italiana, pari a oltre 14 milioni, mentre gli over 80 sono il 7,7 per cento pari a 4,54 milioni; di questi ben 22.652 sono ultracentenari e in continuo aumento.

SPESA OUT-OF-POCKET ELEVATA

In un quadro internazionale in cui la media Ocse e Ue della spesa out-of-pocket si attesta sui 906 dollari pro capite, l'Italia è a quota 1.115 con una differenza di 209 dollari.

Secondo i dati Istat-Sha, le principali voci di spesa sanitaria delle famiglie italiane includono l'assistenza sanitaria per cura (comprese le prestazioni odontoiatriche) e riabilitazione, che rappresenta il 44,6 per cento del totale (18,1 miliardi). Seguono i prodotti farmaceutici e apparecchi terapeutici (36,9 per cento, pari a 15 miliardi) e l'assistenza a lungo termine (Ltc) che assorbe il 10,9 per cento della spesa complessiva, per un totale di 4,4 miliardi.

AUMENTA LA DOMANDA

Un altro elemento importante emerso da tenere in considerazione è che con l'indebolimento del Servizio sanitario nazionale molti cittadini stanno spostando la domanda di prestazioni verso i fondi sanitari integrativi, che ovviamente però non possono aumentare le quote di iscrizione dei propri iscritti.

Si dovrà, pertanto, garantire, a tutti gli iscritti, la stessa deducibilità dei contributi versati, superando l'attuale e poco costituzionale sistema che prevede la deducibilità fino a 3.615,20 euro l'anno, in gran parte non utilizzata, per i fondi contrattuali e la detraibilità pari al 19 per cento di 1.300 euro l'anno per le altre categorie di lavoratori non contrattualizzati, autonomi e liberi professionisti.

CLAUDIO TESTUZZA

La carica dei gettonisti, tra deroghe e necessità di controlli

NONOSTANTE LE STRETTE NORMATIVE E GLI ANNUNCI GOVERNATIVI DEL MINISTRO DELLA SALUTE, ORAZIO SCHILLACI, CHE NE PREVEDEVANO LA GRADUALE ELIMINAZIONE (SOPRATTUTTO NEI PRONTO SOCCORSO), GLI OSPEDALI CONTINUANO A DIPENDERE DA COOPERATIVE E SOCIETÀ DI SERVIZI PER COPRIRE I TURNI E GARANTIRE L'APERTURA DEI REPARTI.

GETTONISTI, LIMITI NON RISPETTATI

Il decreto legge 34 del 2023 aveva limitato il ricorso ai gettonisti, consentendolo solo in casi eccezionali e prevedendo il progressivo stop ai contratti con cooperative esterne.

Nel testo di legge è scritto: "Le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, per fronteggiare lo stato di grave carenza di organico del personale sanitario, possono affidare a terzi i servizi medici ed infermieristici solo in caso di necessità e urgenza, in un'unica occasione e senza possibilità di proroga, solo dopo aver verificato l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio, sia dipendente sia in regime di convenzione con il Servizio sanitario".

Ma a tre anni dal decreto, che ne annunciava il superamento, i medici gettonisti sono ancora una presenza stabile, specie **nei pronto soccorso italiani**. Qui **le esternalizzazioni riguardano il 54,8 per cento delle strutture, spesso con professionisti privi di specializzazione specifica**. Questo quanto emerge dall'indagine della Federazione dei medici internisti ospedalieri (Fadoi).

IL NODO DELLA VERIFICA DEI TITOLI

Se, come sembra, il problema quantitativo della richiesta di gettonisti è rimasto insoluto, rimane fortemente preoccupante la condizione della verifica ed idoneità dei titoli posseduti da questi liberi professionisti.

La verifica dei titoli dei medici gettonisti (esterni e a chiamata) dovrebbe spettare principalmente all'azienda sanitaria locale o all'ospedale pub-

blico che li assume. Le strutture sanitarie sarebbero, dunque, tenute a controllare i requisiti prima dell'affidamento degli incarichi. Quando, poi, gli ospedali si affidano a fornitori esterni, sono i contratti di appalto stipulati con queste ultime a richiedere (e garantire) che il personale inviato rispetti tutti i parametri di legge e abbia l'idoneità clinica.

Nonostante i controlli formali, il sistema dei gettonisti è stato, comunque, oggetto di forti critiche ed inchieste, che hanno evidenziato come, in alcuni casi, **le verifiche sulla reale esperienza clinica specifica** (come ad esempio in pronto soccorso) **siano state aggirate o poco approfondite**.

IL RUOLO DEGLI ORDINI DEI MEDICI

Ma se spetta alla Fnomceo mantenere e aggiornare l'albo professionale ufficiale, tramite cui chiunque può verificare l'effettiva iscrizione del professionista, appare necessario prevedere che i singoli Ordini provinciali, investiti localmente dalla assunzione di un gettonista, debbano poter attivare strumenti di verifica dello stato professionale del medico incaricato.

L'Ordine dei medici ha il compito istituzionale di verificare, validare e certificare i titoli dei propri iscritti, ma in questo caso anche di sanitari provenienti da altri distretti. Lo scopo principale è infatti quello tutelare i cittadini, garantendo che chi esercita la professione possieda i requisiti accademici e le competenze abilitanti previsti dalla legge.

Prima di procedere all'iscrizione all'albo, l'Ordine controlla il possesso della laurea in Medicina e chirurgia e dell'a-

bilizzazione all'esercizio della professione. I professionisti hanno, inoltre, l'obbligo di depositare e comunicare tutti i titoli di specializzazione conseguiti (come master, dottorati e specializzazioni).

I TITOLI CONSEGUITI ALL'ESTERO

Per quanto riguarda i titoli conseguiti all'estero con cui spesso, si millantano attività inesistenti, la convalida è di competenza del ministero della Salute, ma l'Ordine si potrebbe fare interlocutore privilegiato della loro verifica. Nel caso degli stranieri è stato proprio l'Ordine dei medici a sollecitare controlli "rigorosi e sistematici" per il riconoscimento "in deroga" dei titoli conseguiti all'estero, ai fini dell'iscrizione di Medici e odontoiatri all'elenco temporaneo per l'esercizio della professione. Lo stesso sistema potrebbe essere utilizzato anche nei riguardi dei medici "a gettone", come ulteriore misura di tutela della salute dei cittadini.

CLAUDIO TESTUZZA

La Commissione Ue ammonisce l'Italia: da voi l'accesso alle cure è in peggioramento.

LISTE D'ATTESA E CARENZA DI PERSONALE STANNO METTENDO IN CRISI IL SSN. NEL COUNTRY REPORT 2026 BRUXELLES FOTOGRAFA UN SISTEMA SANITARIO ANCORA CAPACE DI BUONI RISULTATI, MA SEMPRE PIÙ ESPOSTO A CRITICITÀ STRUTTURALI. NEL 2024 QUASI UN ITALIANO SU DIECI HA RINUNCIATO ALLE CURE A CAUSA DEI TEMPI DI ATTESA.

Il SSN è uno dei pilastri del welfare italiano, ma l'accesso alle cure sta diventando il ventre molle del sistema. A dirlo è la Commissione europea che nel Country Report 2026 dedicato all'Italia, dedica un passaggio specifico alla sanità.

Il dato più allarmante riguarda la rinuncia alle cure. Secondo il rapporto, nel 2024 **il 9,9% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato a prestazioni sanitarie** necessarie, in aumento rispetto al 6,3% del 2019. **La causa principale sono le liste d'attesa:** il 6,8% degli italiani le indica come motivo della mancata cura, contro il 2,8% registrato cinque anni prima.

A questo si aggiunge il peso della **spesa privata**. La quota di spesa out of pocket in Italia è pari al **23,7% della spesa sanitaria complessiva**, contro una media Ue del 14,9%. Un divario che, secondo Bruxelles, potrebbe essere perfino sottostimato, perché l'aumento delle difficoltà economiche può spingere una parte crescente di pazienti a rinunciare alle cure quando i costi diventano eccessivi.

La Commissione individua vari fattori alla base del peggioramento dell'accesso: strozzature organizzative, sovra-prescrizione in alcuni ambiti, carenze di personale sanitario e persistenti disuguaglianze territoriali. In particolare, l'Italia registra uno dei rapporti infermieri/medici più bassi dell'Unione europea, una crescente carenza di medici di medicina generale e posti non coperti in alcune spe-



cializzazioni chiave.

Il nodo del personale è uno dei più delicati. Il rapporto evidenzia che, **pur in presenza di un numero di laureati in medicina superiore alla media europea, le scelte dei giovani medici si stanno spostando verso specialità considerate più compatibili con l'equilibrio vita-lavoro e con maggiori opportunità nel privato.** Nel 2024 un quarto dei posti nelle scuole di specializzazione è rimasto scoperto, con criticità particolarmente elevate nella medicina d'emergenza. Sul fronte infermieristico, il numero di laureati è diminuito per anni e resta inferiore alla media Ue, alimentando una debolezza ormai strutturale.

La carenza dei medici di famiglia rappresenta un ulteriore campanello d'allarme. Il loro numero è di-

minuito di circa il 13% nell'ultimo decennio e oltre la metà dei medici di medicina generale supera il massimale contrattuale di assistiti. Il risultato è una pressione crescente sulla presa in carico territoriale, proprio mentre l'invecchiamento della popolazione richiede più continuità assistenziale, gestione della cronicità e integrazione sociosanitaria.

Il quadro demografico rende la sfida ancora più complessa. Nel 2025 gli over 65 rappresentano il 24,7% della popolazione italiana, contro una media Ue del 22%. Entro il 2050 la popolazione in età lavorativa, tra 15 e 64 anni, è prevista in calo al 54,3% del totale, rispetto al 63,5% del 2024. Per Bruxelles, l'aumento di cronicità e multimorbilità tra gli anziani determinerà una domanda crescente di servizi ospedalieri, farmaci e long term care.

Il Sud resta l'area più fragile. La Commissione segnala che molte regioni meridionali sono in ritardo nell'attuazione dei livelli essenziali di assistenza, con difficoltà nell'assicurare servizi minimi in prevenzione, assistenza primaria e accesso ospedaliero. Una debolezza che contribuisce ad alimentare la mobilità sanitaria verso le regioni del Centro-Nord e che rischia di consolidare un sistema a più velocità.

Non mancano però gli interventi già avviati. Il rapporto riconosce che il Governo sta attuando la riforma dell'assistenza territoriale del 2022 nell'ambito del Pnrr, una riforma delle professioni sanitarie e un piano nazionale per la gestione delle liste d'attesa. Nel complesso, il Pnrr italiano vale 194,4 miliardi di euro e al 4 maggio 2026 risultano erogati 153,2 miliardi, circa il 79% della dotazione totale. Tra i risultati indicati da Bruxelles figura anche il rafforzamento della resilienza del SSN attraverso la riforma della sanità territoriale e gli investimenti per digitalizzare 281 ospedali medi e grandi.

Ma per la Commissione non basta. La piena attuazione della riforma territoriale, soprattutto nel Mezzogiorno, deve procedere insieme all'allineamento con la riorganizzazione della rete ospedaliera del 2015. Solo così,

secondo Bruxelles, sarà possibile costruire un sistema più efficiente, più sostenibile e meno dipendente dall'ospedale.

La priorità resta il personale. La Commissione chiede misure specifiche per affrontare le carenze nelle professioni chiave, in particolare infermieri e medici di medicina generale. Tra le leve indicate ci sono **incentivi economici e di carriera, riduzione del carico amministrativo e un migliore allineamento dei percorsi di specializzazione con i bisogni del Servizio sanitario nazionale.**

Altro punto centrale è la digitalizzazione. Bruxelles sottolinea che ulteriori miglioramenti potrebbero arrivare dalla completa digitalizzazione e interoperabilità del sistema sanitario, dalla riduzione dell'over-prescription, soprattutto per farmaci ed esami diagnostici, e dalla piena attuazione del piano di gestione delle liste d'attesa. Il rapporto contiene anche un richiamo alla qualità della spesa pubblica. Nel 2024 la spesa sanitaria è scesa al 13,2% della spesa pubblica totale, rispetto al 13,8% del 2019. Una dinamica che si inserisce in un quadro di finanza pubblica vincolato da alto debito, spesa pensionistica e costi per interessi, ma che per Bruxelles impone di migliorare l'efficienza e la composizione della spesa, senza compri-

mere settori strategici come salute e istruzione.

La fotografia europea è dunque ambivalente. L'Italia continua a registrare alcuni buoni indicatori di salute e una performance sanitaria storicamente solida, ma il sistema mostra crepe sempre più evidenti sul terreno dell'accesso, della tempestività e dell'equità. Il rischio è che liste d'attesa, spesa privata e carenze di personale trasformino progressivamente il diritto alla salute in un percorso diseguale, condizionato dal reddito, dal territorio di residenza e dalla capacità di orientarsi tra pubblico e privato.

La conclusione del rapporto è chiara: per rafforzare il Ssn non basta completare gli investimenti del Pnrr. Serve una strategia strutturale che tenga insieme sanità territoriale, personale, digitale, governo delle liste d'attesa, prevenzione e riduzione dei divari regionali. In caso contrario, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della domanda assistenziale rischiano di mettere ulteriormente sotto pressione un sistema che resta centrale per la coesione sociale del Paese.

Autonomia, Gimbe: Fermare iter, senza LEP sanitari il rischio è legittimare le disuguaglianze

"La garanzia formale dei Lea non basta se milioni di cittadini continuano a incontrare ostacoli nell'accesso alle cure. Prima di trasferire ulteriori competenze alle Regioni è indispensabile definire e finanziare i LEP (Livelli Es-

senziali delle Prestazioni), misurare gli effetti delle autonomie su accesso ed equità e istituire un sistema pubblico e indipendente di monitoraggio. Del resto, la stessa Corte Costituzionale ha chiarito che l'autonomia differen-

ziata richiede una rigorosa istruttoria funzione per funzione e adeguate garanzie di uniformità dei diritti sull'intero territorio nazionale. In assenza di queste condizioni, il rischio non è soltanto di ampliare le disuguaglianze

nell'accesso alle cure, ma anche di legittimarle. Per questo la Fondazione Gimbe ha chiesto di sospendere l'iter o di subordinarlo ad una moratoria fino alla definizione dei Lep sanitari, alla quantificazione dei relativi costi standard e all'adozione di un sistema nazionale di monitoraggio dell'impatto delle maggiori autonomie su salute, accesso ed equità". Lo ha detto il presidente di Gimbe, Nino Cartabellotta, sulla base di quanto emerso dall'audizione della Fondazione oggi in Commissione Affari Costituzionali del Senato sugli schemi di pre-intesa per l'autonomia differenziata.

Le competenze richieste dalle Regioni - tariffe regionali differenziate, gestione autonoma delle risorse statali per edilizia sanitaria e tecnologie, istituzione di fondi sanitari integrativi regionali, maggiori margini per assunzioni di personale e prestazioni aggiuntive e riallocazione di risorse nazionali vincolate - secondo Fondazione Gimbe "potrebbero produrre effetti rilevanti sull'equità e sull'uniformità del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Tariffe di rimborso e remunerazione superiori a quelle nazionali potrebbero aumentare la capacità delle Regioni più forti di attrarre erogatori, professionisti e pa-

zienti, alimentando fenomeni di competizione tariffaria e/o incentivando la concentrazione sulle prestazioni più remunerative e spostandole verso il privato convenzionato. La gestione autonoma di risorse statali per edilizia sanitaria e tecnologie rischia di indebolire la funzione perequativa della programmazione nazionale, orientando gli investimenti verso interventi a maggiore consenso politico piuttosto che verso priorità strategiche quali assistenza territoriale, domiciliarità, salute mentale, prevenzione e interoperabilità digitale".

Per Gimbe "anche l'istituzione di fondi sanitari integrativi regionali potrebbe favorire una progressiva segmentazione dell'accesso alle cure, offrendo coperture che incidono su tempi, modalità e condizioni di accesso alle prestazioni e aumentando le disuguaglianze tra chi può beneficiare di tali strumenti e chi ne resta escluso. Analogamente, maggiori margini di spesa per personale e prestazioni aggiuntive potrebbero ridurre i tempi di attesa nelle Regioni più forti senza aumentare la capacità produttiva di quelle più fragili, amplificando le disuguaglianze e alimentando ulteriormente la mobilità sanitaria, con possibili effetti

boomerang anche per le Regioni più attrattive". Infine, la possibilità di riallocare risorse nazionali vincolate verso finalità diverse da quelle originarie "rischia di compromettere obiettivi strategici in settori dove i risultati richiedono investimenti continuativi e di lungo periodo" come prevenzione, screening, liste di attesa, assistenza territoriale e non autosufficienza. "La criticità - conclude Cartabellotta - non è l'autonomia amministrativa in sé, ma il contesto in cui si vorrebbe applicarla. Trasferire ulteriori competenze sanitarie a Regioni che già oggi partono da condizioni molto diverse significa intervenire su un Ssn segnato da sottofinanziamento, persistenti difficoltà nel garantire i Lea e crescente ricorso alla spesa privata. In questo scenario, le stesse competenze richieste possono produrre effetti molto diversi a seconda della capacità organizzativa, amministrativa e finanziaria delle singole Regioni: senza adeguati meccanismi di garanzia e perequazione il rischio è che l'autonomia differenziata rafforzi ulteriormente chi è già più forte e renda ancora più difficile colmare i divari esistenti".

Tra le vittime di Pompei c'era un medico con gli 'strumenti' del mestiere

Un medico che tentava di fuggire dall'eruzione del Vesuvio del 79 d.C., portando con sé gli strumenti del mestiere. È la scoperta fatta a distanza di oltre sessant'anni dall'avvio dello scavo nell'Orto dei Fuggiaschi, attraverso indagini diagnostiche, condotte tramite radiografie e tomografie presso la Casa di Cura Maria Rosaria di Pompei. La svolta è arrivata dallo studio di un piccolo astuccio rimasto nascosto all'interno del gesso di un calco umano, rinvenuto durante le indagini dirette da Amedeo Maiuri nel

1961.

In quell'area, allora occupata da un vigneto, furono individuati i calchi di quattordici persone sorprese dalla nube piroclastica nel disperato tentativo di mettersi in salvo. Le recenti analisi sui materiali conservati nei depositi del Parco archeologico di Pompei hanno infatti riportato alla luce un corredo personale di eccezionale interesse: una piccola cassetta in materiale organico, con elementi metallici, una borsa in tessuto con monete in bronzo e argento e una serie di stru-

menti compatibili con un set medico. All'interno dell'astuccio è stata individuata una lastrina in ardesia, utilizzata per la preparazione di sostanze medicali o cosmetiche, oltre a piccoli strumenti metallici interpretabili come utensili chirurgici. Questi elementi consentono di avanzare l'ipotesi che la vittima fosse un medicus, fornendo un raro e prezioso indizio sulla professione esercitata. L'impiego di tecnologie diagnostiche avanzate, incluse scansioni TC supportate da Intelligenza artificiale e ricostruzioni

tridimensionali, ha permesso di analizzare il contenuto del calco senza comprometterne l'integrità.

Il nuovo approccio alla ricerca

Un approccio che apre nuove prospettive per lo studio dei calchi pompeiani e ha restituito anche dettagli inediti della raffinata struttura meccanica della cassetta, dotata di un sofisticato sistema di chiusura con rotella dentata. La ricerca è il risultato di un lavoro fortemente interdisciplinare, che ha visto operare insieme archeologi, restauratori, antropologi fisici, archeobotanici, numismatici, radiologi, tecnici di diagnostica e specialisti della modellazione digitale, restituendo non solo un oggetto, ma una storia

di vita interrotta.

"Già duemila anni fa - sottolinea il direttore del Parco, Gabriel Zuchtriegel - c'era chi il medico non lo faceva, limitatamente agli orari di ricevimento, ma semplicemente lo era, in ogni momento, finanche nel momento della fuga dall'eruzione, vanificata dalla nube piroclastica che colse il gruppo di fuggiaschi che tentavano di uscire dalla città attraverso Porta Nocera.

Il medico

Quest'uomo ha portato i suoi strumenti con sé per essere pronto a ricostruirsi una vita altrove, grazie alla sua professione, ma forse anche per aiutare altri. Dedichiamo questa piccola ma significativa scoperta a tutte

le donne e gli uomini che oggi continuano a svolgere questo mestiere con un altissimo senso di responsabilità e servizio alla comunità".

La scoperta conferma, ancora una volta, il valore straordinario dei depositi del Parco archeologico di Pompei come archivio vivo di storie ancora da ricostruire, e l'importanza dell'integrazione tra ricerca umanistica e innovazione scientifica per approfondire la conoscenza del mondo antico. Tutti gli approfondimenti sulla scoperta e le indagini condotte sono pubblicati sull'E-journal degli Scavi di Pompei, la rivista digitale del Parco.



CODICE DEONTOLOGICO

Art. 3

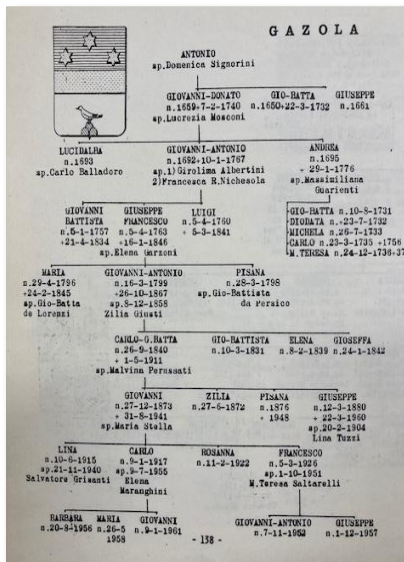
Doveri generali e competenze del medico

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



GIUSEPPE GAZOLA Verona 1661-1715

Giuseppe Gazola, nasce a Verona nel 1661, in quale parrocchia non mi è noto, nemmeno a qual indirizzo. Dalla "Genealogie veronesi 1985" di Eugenio Morando di Custoza, nell'albero Genealogico della famiglia dei conti Gazola, il nostro risulta essere il figlio terzogenito di Antonio che appare come il capostipite. Quando Giuseppe nasce la famiglia Gazola ancora non era insignita del titolo comitale.



Eugenio Morando di Custoza, *Genealogie veronesi*

La Famiglia Gazola ricevette il titolo, secondo quanto riporta Antonio Cartolari (*cenni sopra varie famiglie illustri di Verona 1885*) nel 1730 con decreto del Senato della Repubblica di Venezia. Nell'Archivio di Stato di Venezia nel faldone de' provveditori sopra feudi, filza n.1047, numero progressivo 10, si legge "Gio Donato fratelli Gazola1.300 effettivi in cassa.... nel vicariato di Cà di Campagna....del fiscale della camera di Veronaad essa giurisdizionalmente spettanti ed appartenenti, in ragione di feudo....a loro discendenti maschi di legittimo matrimonio, procreati dal su deto feudo del Gio. Donato e di più con l'aggiunta del titolo di Conte accordato il tutto dal nobilissimo senato, con decreto

13 aprile 1730. *Alli fratelli Gazola quali in consonanza consanguinea col titolo specioso di Conti dal magistrato... di feudi nel giorno seguente alla quale s'abbia relazione.*

addì 19 aprile 1730.

In esecuzione della qualesi descrivono nel presente libro de' titolati, li seguenti con li discendenti, et che nasceranno in perpetuo da legittimo matrimonio

Gio Batta
Pio Donato figli di Antonio
Pio Antonio
Andrea figli di Pio Donato

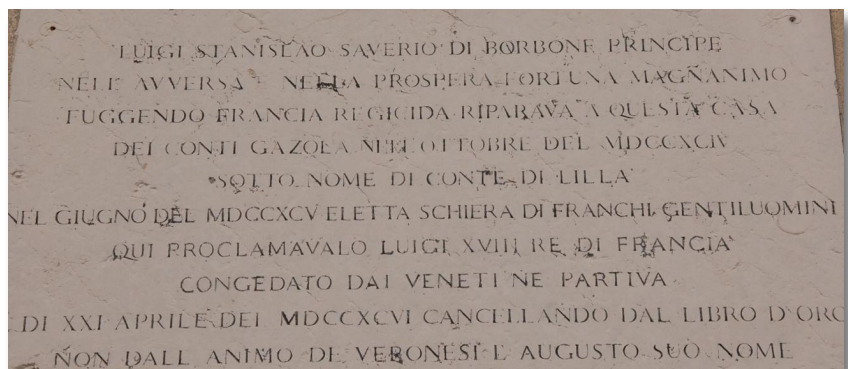
Nel medesimo documento è tracciato uno schizzo che disegna la discendenza da Antonio a Gio Batta e Gio Donato ed i figli di quest'ultimo Pio Antonio e Andrea.

Titolo e feudo vennero successivamente confermati da un decreto dogale nel 1779, in quell'anno era doge Paolo Renier, succeduto ad Alvise Mocenigo deceduto il 31.12.1778. S.M.I. Francesco I Asburgo Lorena confermò con suo decreto questo titolo e feudo nel 1829. Probabilmente i Conti Gazola non erano ben visti dalla amministrazione Napoleonica per i loro trascorsi filoborbonici, dunque quando Verona entrò sotto il dominio Austro ungarico dovettero rivolgersi a questa amministrazione per la confer-

ma di titolo e feudo.

Fu quindi il fratello maggiore di Giuseppe, Gio. Donato, assieme al fratello Gio. Batta il primo della famiglia a potersi fregiare di questo titolo. Il nostro Giuseppe, che pure era il fratello minore dei due e presente nell'albero genealogico, non viene menzionato, egli all'epoca dell'investitura familiare al titolo nobiliare era già da qualche anno deceduto.

Un Conte Gazola (probabilmente uno dei tre fratelli Giovanni Battista, Giuseppe Francesco, Luigi, Figli di Giovanni Antonio e quindi nipoti del primo conte Gazola). ospitò nel suo palazzo, prospiciente l'Adige, a Verona, in contrada di Santa Trinità, dall'ottobre 1794 al 21 aprile 1796 il Principe Luigi Saverio di Borbone, fratello del ghigliottinato Re Luigi XVI, sotto il nome di Conte di Lilla, fuggito dalla Francia. Mentre era ospite in quella casa, nel Giugno 1795, dopo la morte avvenuta pochi giorni prima all'età di 9 anni del nipote, Delfino di Francia, Luigi Carlo di Borbone, duca di Normandia figlio del Re Luigi XVI, e di Maria Antonietta d'Asburgo (che avrebbe dovuto essere Re Luigi XVII), giunse a palazzo Gazola in contrada Santa Trinità a Verona, una delegazione di nobili francesi per nominare Luigi Saverio di Borbone, Luigi XVIII, re di Francia, legittimo erede al trono, in quanto zio di primo grado del defunto Luigi XVII. Di fatto sebbene, per un breve periodo, la casa dei Conti Gazola a Verona



Lapide sulla facciata di palazzo Gazola in Contrada S.ta Trinità a Verona

fu a tutti gli effetti la residenza “legale” del re di Francia e della sua corte. Per questa ragione il governo della Serenissima ne chiese, nell'Aprile 1796, l'allontanamento dal suo territorio. Infatti Venezia nella guerra Franco Austriaca aveva dichiarato la propria neutralità e così facendo il Governo sperava di evitare l'attacco delle truppe francesi al comando del giovane generale Napoleone Bonaparte. Così non fu. I francesi nel Giugno 1796 avevano invaso il territorio di Brescia che faceva parte della repubblica di Venezia violandone la neutralità e poco dopo, le truppe francesi, al comando del generale Massena, luogotenente di Napoleone, entravano a Verona. Verona dopo un breve ritiro dei francesi ricadde sotto la loro dominazione. La gloriosa Repubblica di Venezia finì la sua plurisecolare storia il 12 maggio 1797, con la resa ai Francesi, e l'ultimo doge Lodovico Manin venne deposto.

Una lapide sulla facciata di casa Gazola, in contrada di Santa Trinità, è testimone di questi eventi.

Un Conte Gazola, Gio.Batta 1757-1834 (figlio di Gio.Antonio 1692-1767) fu per ben due mandati, Presidente dell'Accademia di Agricoltura di Verona nel 1802-1806 e successivamente nel 1822 – 1826.

Nulla ho trovato circa i primi anni del nostro ed i dati biografici dei quali dispongo sono tratti dal dizionario biografico degli italiani in: *Istituto della enciclopedia italiana* Giovanni Treccani (R.De Rosa), e nell'ampia biografia di Giuseppe Gazola, pubblicata nel tomo XXVII del *giornale de' letterati* del 1717, e riportata integralmente nella ristampa del 1746 de “il mondo ingannato da falsi medici”.

Studia presso l'Università di Padova Medicina e contemporaneamente Matematica; nel 1683, il 17 Maggio, consegue la laurea in entrambe le discipline. Seguendo la biografia del 1717, Giuseppe Gazola “*per esercitarsi con maggior attenzione in quella (scienza ndr) del metodo galenico sotto la direzione del Sig. conte Gerolamo Frigimelica, professore primario di medicina, si trattenne nella stessa città di Padova dopo la laurea, per tre anni continui, a proseguire questo medesimo studio*”. A questo proposito, nella biografia della Treccani si

legge che a Padova si era fermato sì tre anni dopo la laurea, ma con il prof. Gianforti, veronese, che insegnava medicina secondo il metodo galenico. Egli tuttavia seguì anche le lezioni di matematica di due illustri insegnanti di quella Università, Geminiano Montanari da Modena e Francesco Spoleti da Lucignano.

Nel 1686 Giuseppe Gazola ritorna a Verona e inizia ad esercitare la professione, secondo la pratica galenica quale aveva imparato a Padova, come assistente di un famoso ed accreditato medico della città.

Il Gazola nel corso della sua pratica medica assume progressivamente un atteggiamento molto critico verso il metodo galenico e viene conquistato dal metodo sperimentale come si andava diffondendo in molte università europee con una visione più razionale e moderna della pratica medica.

Come si legge nel giornale de' letterati “*in questo mentre, desiderando di compensare le perdite, com'ei diceva, d'un mestiere che per esser sempre quotidianamente il medesimo, il paragonava ad un ozio de più maligni e funebri, e premendoli molto che la filosofia sperimentale e più sana, allora disseminata con grandissimo strepito in quasi tutte le principali accademie dell'Europa, si propagasse ancora negli animi de suoi nobili concittadini, questo medesimo anno 1686, si diede con tutto spirito e calore a procurare che si ergesse una letteraria adunanza, in cui, dietro la scorta degli esperimenti e delle osservazioni fisico-matematiche, si dovesse, a scoprimento del vero, mettere a battere strada molto diversa dalla citata*”. Giuseppe Gazola prende le distanze dalla pratica galenica imparata all'Università e sino ad allora da lui seguita, per seguire una più razionale e moderna visione della pratica medica. Certamente questa sua posizione creava un conflitto con il collegio medico veronese che tra l'altro con un atteggiamento molto corporativo imponeva ferree regole per l'ammissione dei nuovi medici alla possibilità di esercitare la professione.

Per questa ragione egli si impegnò intensamente con alcuni colleghi come Gerolamo Allegri, Germano Benoni ed altri, in favore di un cenacolo che fosse indirizzato a diffondere queste

posizioni. Si era costituita nel 1684 la ACCADEMIA DEGLI ALETHOPHILI (GLI AMANTI DELLA VERITÀ), o NEOTERICA in casa del conte Mezzusbergo Serego della Cuca, con l'auspicio del conte Giovanni Grimani rettore veneziano di Verona, e la cui impresa era costituita da una bussola con la cuspidale calamitata rivolta verso l'orsa maggiore e con il motto *aut docet aut discit*. L'attività di questa accademia ebbe breve vita ed infatti si disciolse nel 1688. Tuttavia l'attività degli accademici fu così intensa e diretta verso le autorità politiche ed amministrative della Serenissima Repubblica, che il 19 dicembre del 1700, con un provvedimento della magistratura veneziana, il collegio medico veronese venne soppresso ed istituita una commissione per riorganizzarne le funzioni. Di questa commissione erano autorevoli membri Giuseppe Gazola e Gerolamo Allegri. Circa ottant'anni dopo, nel 1768 questa accademia riprese vita ad opera di Zaccaria Betti, Girolamo Pompei, Anton Maria Lorgna e Bartolomeo Lorenzi con lo stesso statuto, nome ed impresa nella quale tuttavia l'*aut docet aut discit* venne cambiato in *et docet et discit*; le adunanze si tenevano in una sala del collegio militare di castelvecchio e la lingua era sia l'italiano che il latino. Il 14 aprile 1774 una lettera ducale approvò ufficialmente la rinata accademia. Il 1768 era stato anche l'anno di fondazione a Verona della accademia di Agricoltura ed il conte Betti ne era membro. Della nuova accademia degli aletofilii facevano parte attiva anche alcuni altri membri dell'accademia di agricoltura. Per questa ragione l'Accademia di agricoltura assorbì progressivamente interessi e finalità di quella degli aletofilii che cessò di esistere.

Giuseppe Gazola era, evidentemente, uno spirito inquieto, profondamente convinto della bontà delle sue innovative idee riguardo la pratica medica e contrario a quella invece imperante allora. L'ambiente locale gli sta un poco stretto, è convinto che per lui fosse essenziale verificare direttamente quanto avviene nella pratica medica in altre Accademie, a differenza di quanto aveva appreso dai libri, ... *sapendo che quello che difficilmente s'ottiene dentro i confini del nativo terreno...molte volte si consegue viag-*

giando nell'altrui (come si legge nella biografia del 1717). In quel periodo la Serenissima invia presso la corte di Spagna, come suo ambasciatore, il nobile senatore Giovanni Pesaro, di una importante famiglia veneziana, un avo del quale era stato Doge...ebbe la fortuna d'essere aggregato nella sua comitiva dell'ambasciatore Pesaro come ancora prescelto fra una turba di concorrenti per medico.(ibidem) Nel 1688 arriva a Madrid come medico personale dell'Ambasciatore di Venezia, ove rimase per tre anni. In quella città, fu chiamato a prestare la sua opera professionale sia nell'ambito della corte regale che da personaggi importanti, ottenendo ottimi risultati, dimostrando come il suo metodo innovativo di cura fosse superiore a quello tradizionale. Giuseppe Gazola insomma riscosse un gran successo professionale e la sua fama di medico si allargò presso l'aristocrazia madrilenana. Nel 1690 pubblica a Madrid un libro, in lingua castigliana ENTUSIASMOS MEDICOS, POLITICOS, Y ASTRONOMICOS, dedicato alla Regina di Spagna Donna Maria Anna di Palatinato Neuburg. Dalla Regina ebbe un ricchissimo dono, una notevole quantità di diamanti. Questo accrebbe la

notorietà del nostro, e per interessamento della stessa Regina, nel 1692 venne iscritto nel numero dei medici di sua maestà imperiale Leopoldo, per questo venne chiamato anche medico cesareo. Nel 1692 lascia Madrid per rientrare a Verona. Prima però di tornare in patria prolunga la sua assenza con un viaggio di istruzione. Prima tappa fu Parigi per visitare la Reale Accademia delle Scienze e avvicinare i docenti che per fama conosceva e per da quei gran saggi che la formavano ne ritraesse da vicino lumi più sensibili per continuazione ed aumento di quelle dotte dottrine, che s'era proposto di seguire.(ibidem) Lasciata Parigi, passa per Genova, poi in Toscana quindi a Roma, sempre con contatti con le locali Accademie di Medicina. Nel 1696 è a Napoli ove incontra un famoso medico Leonardo da Capua e l'altrettanto famoso Luca Porzio con il quale in seguito intratterrà una corrispondenza medica e letteraria. Il 28 Marzo 1696 rientra a Verona ove si dedicò alla sua professione secondo i principi che potremmo definire "modernisti", non tralasciando impegni culturali importanti nella filosofia e nella matematica. Un personaggio, illustre, veronese, che "con raro esem-

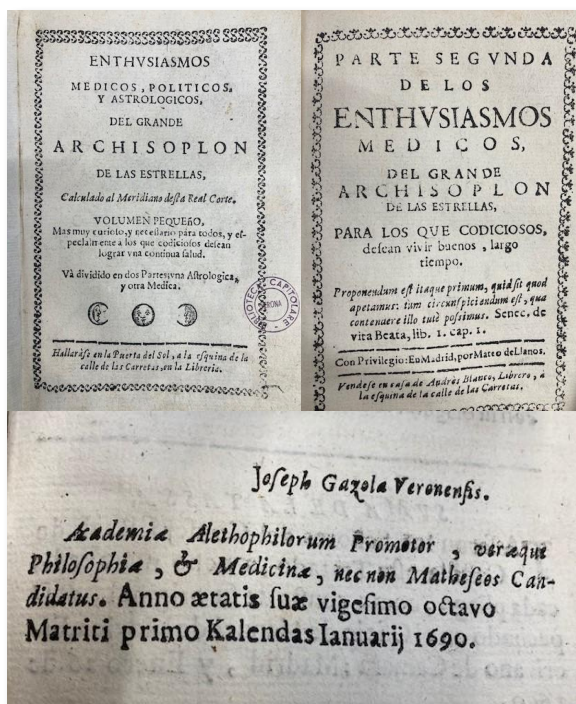
pio si segnalava nelle filosofie e matematiche moderne, avendo per diporto trasportata dal francese un'opera, nel nostro idioma, alla quale diede il titolo GALENISTA CONFUSO, non seppe ritrovar soggetto a cui stesse meglio appoggiata, che dedicandola al nostro Signor Dottor Gazola."(ibidem)

Giuseppe Gazola esercitò a Verona la sua professione senza fini di lucro più per amor di carità e per trattenimento e sollievo, che per amor di gloria e di guadagno, e siccome la fortuna l'aveva messo fuori delle ristrettezze del bisogno, e la genero-

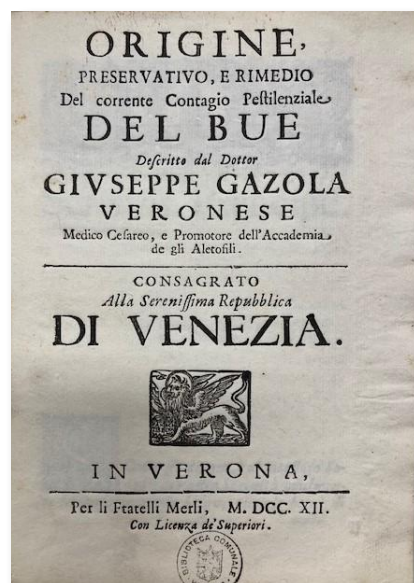
sità d'animo a coperto di fare ogni minima vigliaccheria, per interesse, così non fu mai possibile che si lasciasse trasportare o ad offuscarla cò pregiudicj della setta contraria e dominante o avvilirla con le bassezze costumate da non pochi.(ibidem).

È facile intuire quale odio si attirò dai medici galenisti o "dogmatici", come preferiva definirli, e quali aggressioni dovette sostenere per queste sue posizioni professionali.

Nel 1712, pubblicò a Verona, un libro ORIGINE, PRESERVATIVO E RIMEDIO, DEL CORRENTE CONTAGIO PESTILENZIALE DEL BUE in occasione della terribile peste bovina che da anni flagellava il territorio della repubblica, e nella nostra regione causò la morte di 15.000 bovini, con notevole danno economico. Questo libro era dedicato alla Serenissima Repubblica di Venezia. Nell'introduzione sferò un pesante attacco ai medici che ufficialmente dovevano occuparsi del problema, ma che non avevano conseguito alcun risultato.



Frontespizio del trattato pubblicato a Madrid e colophon, originale presso Biblioteca Capitolare di Verona



Frontespizio del trattato del 1712, originale presso Biblioteca Civica di Verona

Giuseppe Gazola si ammala sul finire del 1714 di una fiera e contumace indisposizione che alcuni mesi lo travagliò, il 14 febbraio 1715 all'età di 54 anni muore per quello che viene riferito come un colpo di apoplezia. Questa la vita di Giuseppe Gazola, in una breve biografia. Ma non si può concludere così la presentazione di

questo nostro concittadino, illustre, al punto di meritare una lunga citazione sul dizionario degli italiani illustri del dizionario TRECCANI.

Perché il dott. Gazola va ricordato come un importante ed interessante personaggio che ha animato la vita medica di Verona, al suo tempo, addirittura, come ho ricordato, determinò la chiusura nel 1700, per decreto del Senato della Serenissima, dell'antico collegio dei medici veronesi ed ebbe l'incarico di proporre la sua riforma e rifondazione.

Egli ebbe a Padova una formazione "tradizionale Galenista", infatti dopo aver conseguito la laurea in medicina (ricordo che ottenne nel contempo una laurea in matematica e ciò ad indicare l'ecletticità dei suoi interessi oltre che farci intendere un interesse alla analisi scientifica che è propria del linguaggio matematico), si fermò per tre anni presso la clinica medica diretta da un illustre galenista.

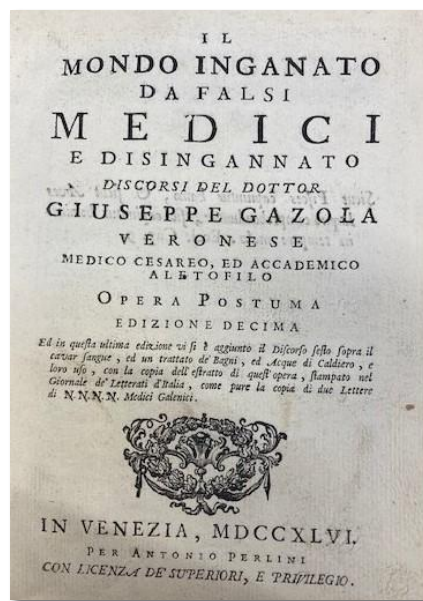
Certo Giuseppe Gazola quando rientrò a Verona ed iniziò ad esercitare la sua professione, si deve essere associato ad un collega che già era critico verso la medicina Galenica, chiamata anche "dommatica", fondata sul "dogma galenico, accettato in modo acritico. È da ricordare che già erano sorte critiche al metodo Galenico, un secolo prima e Fracastoro era tra i critici che attaccava anche il metodo degli "arabisti" cioè Avicenna. Bisogna ricordare che nel '500 ed ancora nel '600 era molto potente l'inquisizione e poteva essere un rischio contestare i dogmi della medicina Galenica, Aristotelica, Scolastica. Ritengo tuttavia che il nostro toccò con mano le incongruenze ed i danni causati da quel tipo di prassi medica, e probabilmente fu proprio questo accanto al suo studio sui metodi moderni a promuovere le sue posizioni molto critiche verso i suoi colleghi "Galenisti". Devo precisare però che questa avversione al metodo non era una demonizzazione tout court della medicina antica, ma piuttosto alla applicazione acritica delle sue regole, senza guardare cosa si stava muovendo nel mondo al riguardo.

Gazola entrò nella ACCADEMIA degli ALETHOPHILI / AMANTI della VERITÀ, che già era costituita e sottolinea con insistenza questa appartenenza.

Indubbiamente il suo soggiorno a Madrid, a contatto con la corte e l'aristocrazia consentendogli di verificare la bontà dei suoi metodi terapeutici, influì decisamente sulla sua formazione e sulla sua buona fama professionale, tanto da essere iscritto tra i medici della corte asburgica. Per questo Gazola si definisce medico Cesareo, come cesarei erano definiti tutti coloro che direttamente erano nell'entourage della corte di Vienna (non solo medici, ma poeti e musicisti ed altri). Certo deve avere molto influito sulle convinzioni mediche del Dott. Gazola il lungo viaggio che compì, una volta partito da Madrid e che si protrasse dal 1690 al 1696, visitando la reale accademia delle scienze di Parigi, le scuole mediche di Genova, Roma ed infine di Napoli, ove incontra un illustre medico, certo non galenista, Leonardo di Capua ed entra in amicizia con un altro illustre medico, Luca Porzio, con cui manterrà fino alla morte un carteggio.

Per questo motivo risulta molto interessante la lettura dei suoi scritti dal primo ENTHUSIASMOS MEDICOS, POLITICOS Y ASTROLOGICOS pubblicato a Madrid nel 1690 e dedicato alla Regina di Spagna, all'ultimo del 1712, ORIGINE, PRESERVATIVO e RIMEDIO del corrente contagio pestilenziale del Bue, dedicato alla serenissima Repubblica, pubblicato Verona nel 1712. **Senza dimenticare quello pubblicato postumo nel 1715, ad opera del fratello Gio. Battista Gazola, IL MONDO INGANNATO DA FALSI MEDICI E DISINGANNATO.**

Di questo libro, come detto prima, vennero fatte diverse edizioni in varie lingue ed ebbe grande diffusione. L'edizione più nota e che è anche la più diffusa, è quella pubblicata a Venezia nel 1746 ad opera di un Anonimo, arricchita da due interessanti autografi dell'Autore sul salasso e sulle acque termali di Caldiero nonché da due lettere, una di risposta all'altra, di due medici galenisti veronesi a proposito del libro stesso. L'Anonimo così scrive nella prefazione "N.N. a chi legge, L'applauso del presente trattato del fu Signor Giuseppe Gazola veronese medico non meno illustre, che sincero (raro pregio in ogni tempo ed in ogni professione) è stato tale e tanto che per ben undici volte nel tratto di pochi



Il trattato, pubblicato postumo, edizione del 1746, originale presso Biblioteca Capitolare di Verona

anni se n'è fatta e rinnovellata stampa in diverse città principali della nostra Italia. Ne qui si è fermata la fama di quest'ottimo libro ma diffusa in altre parti più lontane, ed oltramonti, dove in particolar modo fiorisce l'intendimento ed il giudizio delle buone opere de scrittori, fu per fino traslato colà in lingua francese per renderne a comune disinganno e vantaggio più agevole e pratica la lettura; e sotto il seguente titolo: *preservatif contre la charlatanerie de faux medecins, ouvrage posthume.*, fu dato alle stampe nell'anno 1735 in Leiden..." Le note alle quali fa cenno l'Anonimo erano conservate nell'archivio di famiglia e sono state ottenute dai nipoti **Giovanni Antonio Gazola (1692-1767) ed Andrea Gazola (1695-1776), figli di Giovanni Donato Gazola (1659-1740) e Lucrezia Mosconi, fratello maggiore di Giuseppe Gazola.**

In questa pubblicazione all'inizio, si trova una citazione biblica, indicativa del suo atteggiamento verso i medici tradizionalisti "sicut pisces capiuntur hamo, sicut aves laqueo comprehenduntur, sic homines in tempore malo" Ecclesiaste.

Come i pesci sono presi all'amo e gli uccelli catturati con il laccio, così gli uomini nei tempi avversi.

Altra frase: "ESSER MEGLIO FAR SENZA MEDICO CHE AVERNE UNO NON BUONO"

Ancora: DELLA DIFFICOLTÀ DELLA MEDICINA E DELL'INGANNO DELLE PIÙ FAMOSE SETTE DE MEDICI E PARTICOLARMENTE DEGLI DOMMATICI E SEGUACI DEGLI ANTICHI. SE SIA MEGLIO SERVIRSI DI MEDICI MODERNI O GALENISTI. NELLE GRANDI METROPOLI E SAGGE ACCADEMIE DEL MONDO, CIÒ PIÙ NON SI CERCA, POICHÉ LEVATONE ALCUN DUBBIO, RILUCE DA SE MEDESIMA LA VERITÀ. EGLI È BEN VERO PERÒ, CHE IN ALCUNE CITTÀ, DOVE REGNA L'INGANNO E LÀ TRIONFI LA MALIZIOSA IGNORANZA, PER ANCHE LA VIRTÙ NON SI HA POTUTO FAR DEL TUTTO CONOSCERE, ONDE È CHE LI GALENICI SONO IN MAGGIORE STIMA. CONCIÒ SIA CHE AVENDO EGLINO DAL LOR PARTITO LA GENTE PIÙ GOFFA ED IL POPOLO PIÙ CONTUMACE, QUALE CON DIFFICOLTÀ SA MUTAR USO, NE MUTAR CONDIZIONE, NON LASCIA A CHE I MEDICI MODERNI ACQUISTINO QUEL CREDITO CHE LORO CONVIENSI. POSCIA CHE DE TRE ORDINI DI PERSONE, CHE COMPONGONO IL NUOVO RAZIONALE, CIOÈ DE I VERAMENTE DOTTI, DE MEDIOCREMENTE VERSATI E DEGLI AFFATTO IGNORANTI, AD UNA PURAMENTE QUALE È QUEST'ULTIMO, COME

PLEBE, CHE SI APPAGA FACILMENTE DI OGNI COSA, ANCHE DELLE CONTUMELIE, VITUPERI ED IMPOSTURE, CHE SI POSSANO COMPIACERE I NOSTRI CARI GALENICI E CHE SENZA MALAGEVOLEZZA E STORCIMENTO S'AVRÀ DE NOI L'INTENTO DI RAGGIARLO A NOSTRO MODO TENENDO FERMO E COSTANTE, COME UN ANIMALE DA SOMA ALNOSTRO PALO.

Questo è il tenore del linguaggio con il quale il nostro Gazola si rivolge ai suoi colleghi galenisti.

Tuttavia apprezzamenti più pesanti ed espliciti si trovano in tutti i suoi scritti. È dunque facile capire di quale considerazione, antipatia e forse anche odio godesse tra i suoi colleghi che praticavano la medicina galenista. Infatti nella edizione del 1746 del libro postumo, come ho citato, figurano due lettere di Anonimi Galenisti: La prima è la lettera di chi ha letto il libro, IL MONDO INGANNATO e lo definisce un "LIBRATTOLO" che ha letto nel tempo libero, la seconda la risposta al primo che gli aveva inviato il libro e definisce Gazola un "ESALTATO" che con il suo comportamento denigratorio colpisce i medici nei loro interessi.

CARLO MAZZA



Il Dottor Giuseppe Gazola, Veronese

Il medico condotto nell'arte e nella letteratura

Verso la fine del 1800 più della metà dei medici presenti in Italia sono condotti, e sono il perno della sanità del territorio. L'iconografia del tempo li descrive a cavallo e su un calesse per recarsi a domicilio anche in luoghi disagiati, e solo nel secondo dopoguerra del secolo scorso, col benessere raggiunto, essi sarebbero stati al volante prima di una Topolino, e poi di una Millecento, "nera, ben lavà, foravia de le rode che le xe sempre in maltà par el fato ch' el

ga da far le visite su e zo par i stradoni de campagna". (Da Gianni Sparparan, "Il Medico condotto").

Un alone romantico consegna ad ogni persona la nostalgia ed i ricordi personali del proprio indimenticabile medico condotto, che si leva all'alba e lavora fino a sera e di notte (*più di una volta mio papà veniva chiamato anche per quattro visite a domicilio in una stessa notte, tanto da consigliargli di restare vestito fino all'alba*). Prati-

ca un salasso per alleviare un edema polmonare o per risolvere una crisi ipertensiva, incide un ascesso febbrile, risolve un parto difficile, toglie un dente la domenica, viene chiamato dai carabinieri per comporre una lite fra persone alterate. È confessore di fatti intimi, gravidanze, infedeltà, trasmissioni luetiche... Guarisce con pazienza e buon senso esaurimenti nervosi e depressioni di fidanzatini che si sono lasciati. Il medico condotto è un

trattato vivente di medicina e di psicologia anche se, come in ogni professione, anche egli subisce delusioni ed incomprensioni, ed attraversa momenti difficili. Inoltre, abitando in paese, la sua credibilità gli consente di essere presente nel tessuto sociale e politico, fino ad essere scelto talora come primo cittadino. È naturale come questa suggestiva figura affascini pittori, scrittori e poeti.

La pittura

Innumerevoli sono i quadri che raffigurano momenti della professione del medico, e ne mostriamo solo alcuni esempi. La vaccinazione (vedi "Il medico condotto"- Verona Medica giugno 2026) è uno dei suoi compiti di routine, e tutti siamo a conoscenza come questa metodica fosse nata alla fine del 1700 grazie alle intuizioni di Edward Jenner.



Figura 1

"La vaccinazione" (1807) (fig.1) è appunto un dipinto di Louis-Leopold Boilly, che mostra il dottore che vaccina un bambino contro il vaiolo, mentre i familiari osservano con interesse ed apprensione.



Figura 2

La visita domiciliare è un unicum con la sua giornata lavorativa e la propria missione, ed è un tema trattato da molti artisti. Nella fig.2, l'opera di A. Robertson Moses, nonostante sia del 1950, evoca un tempo lontano e dipinge "Il dottore" (questo è il titolo del quadro) che giunge a cavallo in una fattoria americana, forse chiamato dall'agricoltore.

In fig.3, Jan Steen dipinge il medico che soccorre, all'interno di una stanza, "La malata d'amore".

In fig.4, Luke S. Fildes, dipinge "Il dottore" (c.1891) in una povera abitazione, vigile e premuroso accanto ad una bambina sofferente; in fondo, a destra, ci sono il padre preoccupato e la madre disperata china su un tavolo. È una scena che presuma



Figura 3



Figura 4

una situazione drammatica, con un presentimento del medico, che può solo cercare di consolare i genitori. E l'immagine dell'impotenza della medicina quando insufficienti erano le condizioni igieniche ambientali, ed elevata era la mortalità infantile, prima dell'era della terapia farmacologica e delle innovazioni tecnologiche.

Pablo Picasso crea a soli 16 anni, nel 1897, un capolavoro: in "Scienza e carità" (fig.5) un dottore cura con competenza un paziente a domicilio. La suora che tiene in braccio il bambino del malato offre a quest'ultimo una bevanda, e sottolinea l'aspetto caritatevole della medicina.

Ho descritto questi quadri di autori stranieri dal titolo "Il dottore" che va a trovare a casa il paziente, che poi in Italia è quel "condotto", che per definizione si reca sempre a visitare il malato al suo domicilio.

La letteratura

Arnaldo Fusinato (1817-1888), vicentino, fervido patriota, compone nel 1845 un'elegia al medico condotto. L'innegabile vis comica, la spigliata sicurezza del verso e l'attinenza con la realtà rendono particolarmente piacevole questa poesia (figg. 6-7-8-9). Lo scozzese A.J. Cronin (1896-1981), medico, scrive "La Cittadella", da cui nel 1964 viene tratto uno sceneggiato televisivo di grande successo; ogni domenica sera per sette puntate 12 milioni di spettatori sono affascinati dal medico scozzese Andrew Manson, romantico ed idealista, interpretato da Alberto Lupo.

"La valigetta del dottore", che accompagna sempre il Dott. Finlay, è un racconto di Cronin in cui egli afferma che in questa "non si trovano soltanto gli strumenti indispensabili per un medico condotto: in essa c'è tutta la poesia, tutta l'umanità che l'apostolato medico richiede a chi eserciti questa professione tra gli umili".

Tutti ricordiamo il medico-poeta Bepi Sartori (fig.10), che pubblica nel 1986 "Ciao, paese", storie in veronese de un medico veronese de montagna (fig.11). Nella presentazione, il Prof. Giorgio De Sandre parla della condotta medica come musa ispiratrice di un quotidiano che non distingue il giorno dalla notte, la pausa festiva dagli altri giorni, il cui unico dovere è vigilare



Figura 5

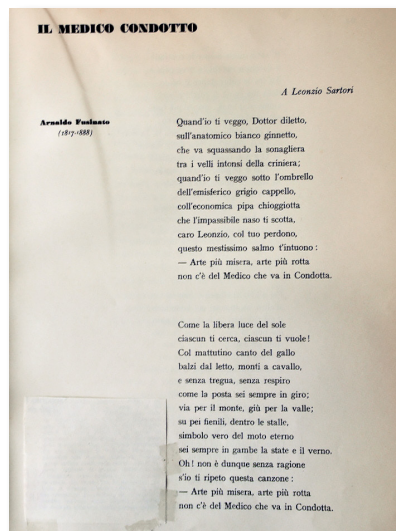


Figura 6

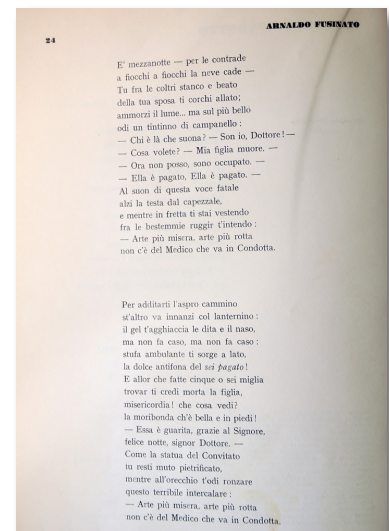


Figura 7

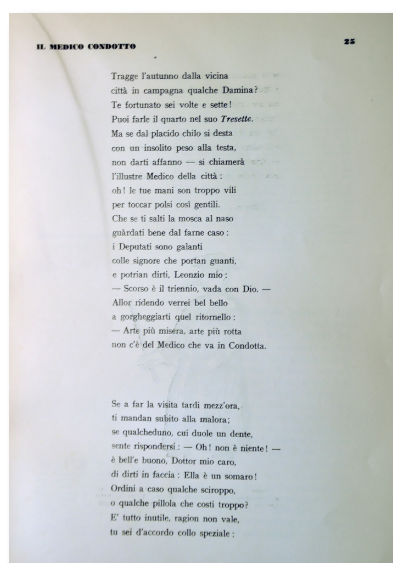


Figura 8

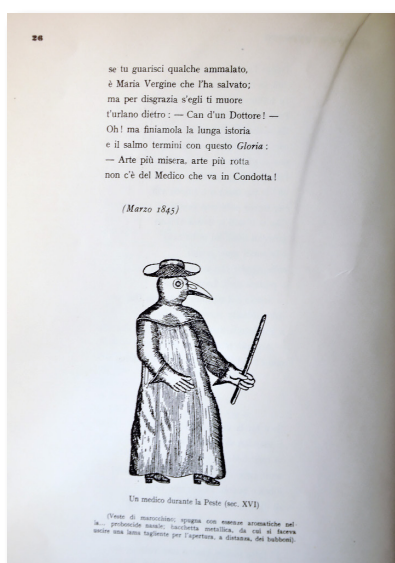


Figura 9

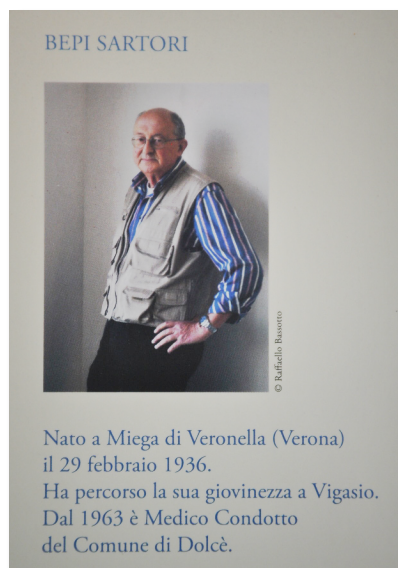


Figura 10

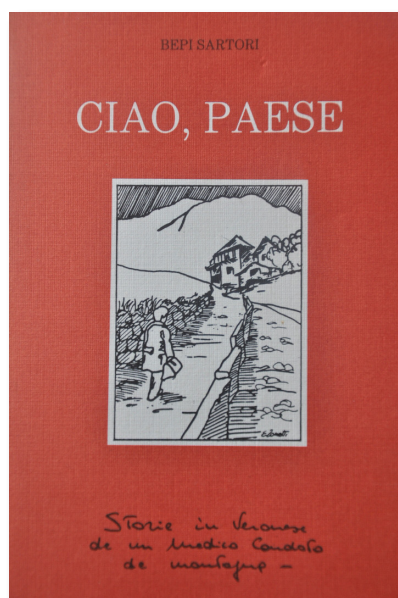


Figura 11

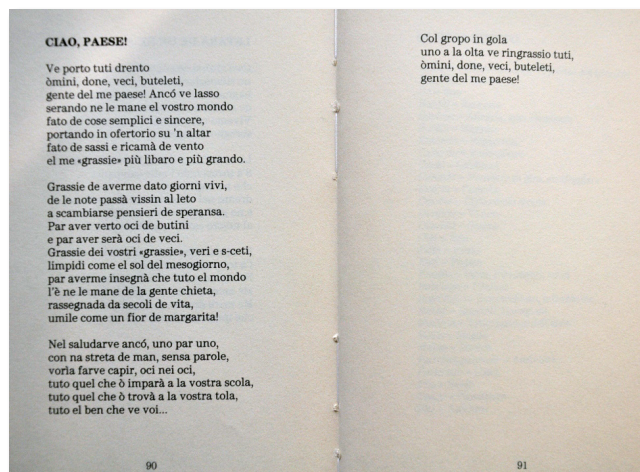


Figura 12

ininterrottamente. Tra tutte le poesie pubblicate, De Sandre predilige “Ciao Paese” (fig.12), e così spiega: “Esprime in modo toccante la profondità e l'originalità del rapporto intercorrente tra il paziente ed il medico che ad esso dedica il proprio tempo con competenza e professionalità, con rispettosa ed affettuosa attenzione”. Lo stesso Bepi Sartori chiarisce nelle prime pagine come questa istituzione non sia solo una professione, ma uno stile di vita, sollievo al nostro bisogno di amore, ricerca di Dio attraverso il cuore dell'uomo, che ne fa “el mejo mestier del mondo”.

Nato a Miega di Veronella nel 1936, si laurea in Medicina ed è medico condotto a Vigasio; dal 1963 per 40 anni è a Dolcè, dove gli viene riconosciuta nel 2004 la cittadinanza onoraria per il suo senso civico, il suo spirito di servizio e per la promozione di attività culturali. Coltiva la propria professione per molti anni ancora come libero professionista. Il nostro è persona versatile e coltiva molti hobby; attorno al 1965 è campione triveneto di rally con la sua Lancia Fulvia coupé HF, e nel suo garage c'è una bella cabriolet Fiat 1500 Pininfarina bianca. Si occupa di musica e suona pianoforte e mandolino. Alpino, fonda gruppi ed i cori “San Maurizio” di Vigasio e “La Chiusa” di Volargne. Fa parte di cenacoli culturali di poesia dialettale. Muore nel 2022 ad 86 anni, e alle esequie l'allora Presidente dell'Ordine dei Medici di Verona trasmette ai presenti: “Perdiamo un Collega ed un pezzo di storia, un protagonista di una medicina che non c'è più: Lui lavorava per voi, per la sua gente della Vaddadige”.

Tutti questi autori con le loro opere d'arte, quadri, romanzi, scritti e poesie ci offrono uno stesso messaggio, a trasmetterci l'umanità di una professione che può far guarire, si occupa della sofferenza dell'uo-

mo ed è vicina al mistero della vita e della morte.

E tutto vive e respira di “visite domiciliari”, lette in varie modalità, in anni diversi, in angoli diversi del mondo, la cui essenza possiamo trovarla nell'esperienza di un medico: “Negli anni di formazione ho fatto anche il medico di base, ed entrando nelle case vedevi come vivevano le persone; il malato non era un caso clinico, ma una persona nel suo ambiente. È lì che impari davvero il rapporto medico-paziente” È l'autorevole pensiero del Prof. Ermanno Ancona, 86 anni, cattedratico di Patologia Chirurgica dell'Università di Padova, in un'intervista al “Corriere di Verona” del 3 giugno 2026.

Bibliografia

- “Il medico condotto nella vita e nell'arte”, Centro editoriale d'iniziativa, Roma, 1957
- “La medicina nell'arte”, Silvana editoriale d'arte, Milano, 1971
- A. EH Emery, M.LH Emery, “Medicina ed arte”, Royal Society of medicine Press, 2003
- Gianni Sparparan: “Il medico condotto, on omo vestio da festa”, Il filò
- Bepi Sartori: “Ciao paese”, 1986
- Bepi Sartori: “El mejo mestier del mondo”, 2016
- Tito Pignedoli: “C'era una volta...il medico condotto”, Medicinae doctor, anno IV° n.8, 17 marzo 1997

GIUSEPPE CALZAVARA

Indagine Fnomceo: l'81% italiani ha fiducia nel medico di famiglia

Nove italiani su dieci considerano la scienza come un motore di progresso e sviluppo e quasi altrettanti dichiarano fiducia nella scienza medica. Elevata anche la fiducia nel medico di famiglia, che si assesta all'81%, in linea con i sondaggi precedenti e superiore a quella verso ogni altra figura e istituzione.

Sono questi alcuni dei principali risultati dell'indagine "Il rapporto tra gli italiani e la scienza", condotta per la FNOMCeO, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, dall'Istituto Piepoli, intervistando un campione rappresentativo della popolazione italiana maggiorenne.

"Sono dati che, letti insieme, ci trasmettono un messaggio fortissimo - commenta il Presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli - un messaggio che comunica fiducia. Ci dicono che l'Italia non è un Paese diffidente. Al contrario: è un Paese che riconosce nella scienza una bussola e nella medicina un presidio di sicurezza, di equità, di ordine".

"Il medico - continua - non è solo una persona di fiducia, ma per nove italiani su dieci è addirittura una figura che contribuisce al progresso della società, laddove il 72% immagina che nei prossimi dieci anni vivremo in un mondo più protetto dalle malattie. E a pensarlo sono i più giovani, che di questo futuro, così vicino, saranno i protagonisti".

Quasi due italiani su tre, ancora, dichiarano di avere fiducia nei confronti del sistema sanitario nazionale, con percentuali che vanno lievemente a decrescere al sud.

Sul piano etico e culturale, gli italiani percepiscono la ricerca come centrale per la qualità della vita: l'87% sa che la scienza permette di vivere più a lungo e il 67% vede nelle innovazioni mediche ad alta tecnologia un'opportunità straordinaria per la salute.

Non mancano, in ogni caso, le aree di dubbio: due italiani su tre pensano che a volte la tecnologia sembra troppo orientata al business e che la scienza parli un linguaggio distante dalla vita delle persone.

"Questa fiducia così solida nella scienza - nota Anelli - una fiducia in ogni caso ragionata, non fideistica, sembra però incrinarsi quando la conversazione tocca un punto preciso: i vaccini, in particolare quelli a mRNA, utilizzati con successo contro il Covid. **È qui che la quota di diffidenza cresce, arrivando a coinvolgere un terzo della popolazione.** È una incrinatura che non può essere ignorata, ma che non può neppure essere letta come rifiuto della scienza, perché i dati ci dicono il contrario: gli italiani credono nella scienza, credono nella medicina, credono nella ricerca. E accettano con maggior favore la stessa tecnologia quando si tratta di combattere il cancro. Ciò che temono, piuttosto, è la perdita di orientamento".

"Stiamo parlando - spiega - della grande confusione del nostro tempo: una sovrapposizione continua tra informazioni corrette, mezze verità, narrazioni distorte, rapide e aggressive, amplificate all'ennesima potenza da canali che non distinguono la competenza dalla rumorosità ovvero l'arte di sommergere l'interlocutore con una quantità di dati, affermazioni e pseudo-evidenze tale da impedire qualsiasi verifica immediata. È un metodo collaudato per creare l'illusione della competenza e spostare sull'altro l'onere della confutazione. La ricerca Piepoli ci dice chiaramente che questo meccanismo produce conseguenze profonde: non sfiducia, ma disorientamento; non rigetto della scienza, ma paura di non comprenderla più, soprattutto quando la tecnologia corre più veloce della capacità collettiva di interpretarla".

Eppure, in questo scenario, emergono anche segnali straordinari: quelli di un Paese pronto ad accogliere e sfruttare al meglio le nuove frontiere terapeutiche. L'87% degli italiani è consapevole che la ricerca scientifica gli ha allungato la vita; il 67% vede nelle tecnologie mediche un'opportunità da cogliere; il 68% sarebbe disposto a ricorrere a un vaccino a mRNA contro i tumori se ne avesse bisogno e l'84% considera un traguardo importante lo sviluppo di vaccini oncologici, anche se la maggioranza ammette che preferirebbe aspettare di vedere cosa succede agli altri prima di assumerlo. In prospettiva genetica, l'88% ritiene giusto garantire a tutti i neonati il farmaco per la SMA, che pure ha costi elevatissimi, e oltre sei italiani su dieci sarebbero disposti a contribuire a questo attraverso il pagamento di una tassa di scopo. Anche le terapie geniche raccolgono l'approvazione degli italiani: per l'83% "ogni vita conta" e se esiste la possibilità di intervenire sulla genetica per prevenire malattie dobbiamo farlo. Il 63% dice sì alle terapie geniche per i bambini, percentuale che sale al 70% quando si tratta dei propri figli o nipoti. Ma qualche titubanza rimane in circa un italiano su quattro, che teme un eccessivo impatto dell'uomo sulla natura. La sensibilità etica si coniuga con quella ambientale: l'84% vede un legame diretto tra la tutela dell'ambiente e la salute e quasi nove italiani su dieci ritengono prioritario integrare la dimensione ambientale nella sanità pubblica. L'antica narrazione di una tecnologia nemica della natura sembra ormai abbandonata: la maggioranza degli italiani, soprattutto - un po' a sorpresa - i meno giovani, vedono nell'innovazione un alleato della sostenibilità. Forte anche il sostegno alla governance della ricerca: l'86% giudica utile una Agenzia Nazionale della Ricerca in sanità, per rendere

più efficace il coordinamento dei fondi e dei progetti. Il 72% immagina che nei prossimi dieci anni vivremo in un mondo più protetto dalle malattie. A pensarlo, in questo caso, sono i più giovani. E protagonista e fautore di questo progresso sarà, per nove italiani su dieci, proprio il medico.

"Quella scattata dall'Istituto Piepoli - commenta ancora Anelli - è una fotografia nitida, e non è quella di un Paese impaurito o intimorito dalla scienza e dalle sue innovazioni. È piuttosto quella di un Paese che chiede di essere accompagnato nel cambiamento, di un Paese che accetta e accoglie l'innovazione quando riesce a intravederne la relazione, l'intenzio-

ne, il senso".

"Allo stesso modo - conclude il Presidente FNOMCeO - la fiducia nella scienza, nella medicina, nel medico, nel futuro non è solo fede: è una forma di speranza ragionata, informata, realistica. Questi dati ci consegnano un compito preciso: diventare mediatori di complessità. Non meri tecnici, non soli clinici, non ripetitori di linee guida: ma interpreti dei linguaggi nuovi che la scienza e la tecnologia ci offrono. La società ci sta chiedendo questo: non di semplificare ciò che non può essere semplificato, ma di renderlo comprensibile senza tradirne il significato; di custodire il rigore senza rinunciare all'empatia; di protegge-

re la qualità dell'informazione senza perdere il contatto con le persone che ci chiedono di orientarle, non di giudicarle. Ed è proprio qui che deve emergere con forza il nostro ruolo, il ruolo del medico. Siamo chiamati a interpretare il cambiamento, non a subirlo; a guidare l'informazione, non a inseguire la disinformazione; a spiegare i mutamenti di paradigma, non a farli cadere dall'alto come dati di fatto. Mettersi al servizio dell'umanità oggi significa proprio questo: unire competenza e responsabilità, innovazione e relazione, precisione tecnologica e delicatezza umana".



Da oltre vent'anni lavoriamo
a Verona e nel mondo
per garantire il diritto universale
alla salute senza discriminazioni.

Aiutaci ad aiutare!

Sostienici con il tuo 5x1000,
indicando nell'apposito spazio
il nostro codice fiscale:

93147060235



Medici per la Pace ODV | via G. Cotta 4, Verona | 045.8401310 | www.mediciperlapace.org

Sei ore nelle Case di comunità, chi dovrà farle e chi ci guadagna

Il vantaggio va innanzitutto ai cittadini, che guadagnano delle Case di comunità funzionanti. Ma l'accordo per le 6 ore di servizio nelle strutture finanziate dal Pnrr fa anche guadagnare ai medici di medicina generale il nuovo Accordo collettivo nazionale 2025-2027. Il testo, firmato nei giorni scorsi da Sisac, Fimmg e Fmt è di fatto una modifica all'ACN in vigore e introduce per i medici di famiglia, se chiamati, il nuovo compito di prestare servizio nelle Case di comunità

IL NUOVO ACN ACCELERA

A sbloccare la situazione è stato un documento con cui il ministero della Salute e la Conferenza delle regioni si sono impegnati ad emanare, entro il 30 settembre, l'atto di indirizzo del nuovo Acn, con l'obiettivo di chiuderlo entro la fine del 2026.

Per i medici di famiglia significa un passo avanti significativo verso **aumenti e arretrati relativi al triennio 2025-2027**.

CHI FARÀ LE SEI ORE A SETTIMANA

L'accordo sulle Case di comunità prevede l'introduzione, per i medici di medicina generale, di un obbligo fino a 6 ore settimanali, per 48 settimane annue, con turni di almeno 3 ore continuative, da prestare in **giorni feriali**, nella **finestra oraria 8-20**.

Questo non significa che tutti saran-

no precettati nei maxi ambulatori. Le chiamate avverranno secondo un ordine di priorità: **in prima istanza**, verranno coinvolti i medici che fanno la continuità assistenziale e i **medici di medicina generale che sono già nel ruolo unico**, e cioè quelli che hanno da 400 a 1.500 assistiti e hanno già un **debito orario**, dalle 38 alle 6 ore.

In secondo luogo i turni verranno proposti **facoltativamente** (ma a pagamento) **a chi non è entrato nel ruolo unico**.

Se il fabbisogno orario non dovesse essere ancora soddisfatto, **in ultima istanza** ci si rivolgerà ai vecchi convenzionati che non hanno dato disponibilità volontaria. Ma, grazie alla contrattazione dei sindacati, non sarà una chiamata dall'alto come si era visto in una Asl di Roma, che aveva iniziato a tirare a sorte le ore da assegnare ai medici.

L'Azienda, infatti, dovrà **confrontarsi con il responsabile di AFT** (che è un collega) per suddividere l'eventuale fabbisogno orario residuo. Una volta assegnate le ore, i medici avranno anche un ulteriore margine per organizzarsi, dal momento che avranno la possibilità di concordare tra loro una diversa organizzazione dei turni.

MILLE EURO AL MESE IN PIÙ

Per ciascuna ora di attività nelle Case

della Comunità, ai medici è garantito un compenso pari a 38,72 euro, oltre oneri.

A conti fatti, per chi fa sei ore alla settimana equivalgono a circa 1.005 euro, più oneri, ai quali si potranno aggiungere integrazioni da contrattare con le Regioni.

FIMMG: IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE È SALVO

"Opponendoci a quella che era una riforma calata dall'alto e lavorando alla costruzione della trattativa, abbiamo contribuito ad ottenere un successo molteplice, in favore dei medici e dei cittadini", commenta al Giornale della previdenza Silvestro Scotti, segretario generale della Fimmg e vicepresidente vicario dell'Enpam.

"Abbiamo riportato una riforma così delicata e importante sul piano orizzontale del confronto – aggiunge Scotti –. In questo modo, abbiamo **salvato il rapporto fiduciario medico-paziente**, siamo riusciti a imprimere un'**accelerazione decisiva al nuovo ACN 2025-2027** e abbiamo **evitato il naufragio del progetto delle Case di comunità**, che avrebbe rappresentato un danno per il nostro Paese e per i cittadini".

ANTIOCO FOIS

Ospedalieri nelle Case di comunità, ecco a chi conviene

Se un medico ospedaliero, che oggi non fa libera professione, domani prestasse servizio nelle Case di comunità, avrebbe da subito un vantaggio previdenziale.

Siamo nel campo delle ipotesi, ma vale comunque la pena iniziare a tracciare un quadro sulle opportunità lavorative e previdenziali che attendono i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale.

GLI OSPEDALIERI NELLE CASE DI COMUNITÀ

L'ipotesi nasce con le dichiarazioni del ministro della Salute, Orazio Schilacci, a margine della chiusura della trattativa per l'impegno dei medici di medicina generale nelle Case di comunità. Il vertice del dicastero aveva annunciato la volontà di impiegare anche gli specialisti ospedalieri per far funzionare i maxi-ambulatori costruiti con i fondi del Pnrr. Un impiego che si preannuncia al di fuori dell'orario di servizio, su base volontaria e tramite ore di straordinario.

La formula potrebbe essere quella dell'auto-convenzione, e cioè di prestazioni orarie volontarie, stabilite attraverso un accordo con Regioni e Aziende sanitarie, pagate come prestazioni libero-professionali. Il ministro aveva anche annunciato la possibilità di superamento delle incompatibilità che riguardano il lavoro dei dirigenti medici.

CHI HA I CONTRIBUTI GIÀ PAGATI

Sul piano previdenziale, un vantaggio immediato potrebbero averlo gli ospedalieri che attualmente non svolgono attività libero-professionale, compresa l'intramoenia, o lo fanno in maniera limitata. Questo perché, le prestazioni dei medici dipendenti pubblici **nelle Case di comunità** dovrebbero essere **pagate come prestazioni libero-professionali**, per le quali si versano i contributi all'Enpam.

Ma un ospedaliero paga già all'Enpam i contributi di Quota A, che coprono una parte del reddito libero-professionale. Quindi chi farà attività nelle Case di comunità, fino quella soglia – circa **5.400 euro** per i medici under 40 e circa **10mila euro** per i medici dai 40 anni in su –, non dovrà pagare null'altro di più.

Superate queste soglie, un medico ospedaliero paga comunque molto poco, perché su quei redditi si applica la Quota B Enpam, che è molto più bassa rispetto al 33 per cento Inps che viene prelevato sul reddito da lavoro dipendente.

ANAAO: PRIMA CONFRONTO CON IL MINISTRO

Dopo le dichiarazioni del ministro, il sindacato più rappresentativo degli ospedalieri sollecita un confronto che chiarisca regole e termini di un eventuale impegno dei medici dipendenti pubblici nelle Case di comunità.

“Vogliamo un confronto con il ministro, per avere i chiarimenti necessari sull'ipotesi di partenza”, ribadisce al Giornale della previdenza, **Pierino Di Silverio, segretario AnaaO**, appena riconfermato alla guida del sindacato degli ospedalieri.

“Siamo disponibili a dare una mano al sistema della sanità – continua il segretario del sindacato, che è anche consigliere di amministrazione dell'Enpam – ma questo non può che avvenire attraverso un confronto e deve essere regolato all'interno del contratto nazionale, certamente **non con un'imposizione dall'alto o con norme in contrapposizione alle regole contrattuali**”.

FORMAZIONE, RESPONSABILITÀ E CONTRATTO

Formazione, responsabilità professionale e nuovo contratto sono stati i temi di punta al centro del 26° congresso nazionale dell'AnaaO Assomed, riuni-

to a Roma dal 17 al 20 giugno 2026.

Nel confermare il proprio impegno a difesa del Servizio sanitario nazionale, l'assemblea del sindacato si è confrontata su come la **sostenibilità della sanità pubblica** non possa essere misurata esclusivamente in termini economici. “Essa – si legge in una nota del sindacato – dipende dalla capacità di attrarre, valorizzare e trattenere i professionisti, garantire qualità delle cure, sicurezza degli operatori e dei pazienti, innovazione organizzativa e partecipazione ai processi decisionali”.

Tra gli indirizzi politico-sindacali approvati nel corso del congresso, spicca quello della **formazione, nelle università e negli ospedali**. La strada indicata è quella di una riforma dei rapporti tra Università e Ssn che assicuri equilibrio tra assistenza, didattica e ricerca.

Dal congresso è emersa anche la necessità di completare il percorso di riforma della **responsabilità professionale degli ospedalieri**, attraverso, ad esempio, il pieno consolidamento delle tutele introdotte negli ultimi anni e il **superamento dell'approccio punitivo** nella gestione del rischio clinico e il contrasto della medicina difensiva.

Sul piano contrattuale, invece, l'assemblea nazionale ha impegnato il sindacato su diversi fronti, tra i quali quello della valorizzazione della specificità della dirigenza medica e sanitaria rispetto alle altre dirigenze pubbliche e quello dello sviluppo di **percorsi di carriera dinamici**, meritocratici e trasparenti.

ANTIOCO FOIS

Enpam: oltre 600 borse per figli e orfani di medici e odontoiatri

Enpam ha aperto le domande per oltre 600 borse di studio per orfani e figli dei medici e degli odontoiatri.

L'Ente di previdenza e assistenza ha finanziato sussidi, per i quali sono previsti requisiti di merito e di reddito, che formano uno stanziamento complessivo di circa 2,4 milioni di euro.

Il bando appena pubblicato, stanZIA un totale di 635 borse di studio. Di queste, 295 sono rivolte agli orfani di medici e odontoiatri, per accompagnarli dalla scuola primaria all'università. Altre 300 borse di studio sono per i figli degli iscritti attivi – inclusi i pensionati – che fanno libera professione e versano la Quota B.

Di seguito pubblichiamo il bando, rivolto agli studenti universitari che frequentano un collegio d'eccellenza.

50 di queste borse di studio da 600 euro sono riservate agli scolari che nell'anno scolastico 2025/2026 hanno frequentato con profitto la scuola primaria.

Altri 40 sussidi da 900 euro sono rivolti a chi ha frequentato la scuola media nell'anno scolastico appena concluso, mentre 60 sussidi da 1.600 euro sono dedicati agli studenti che hanno appena frequentato un anno delle superiori.

Per 25 ragazzi appena diplomati, con un titolo utile per l'iscrizione all'università, è prevista una borsa di 2.100 euro, che diventa di 3.150 euro per chi è uscito con il massimo dei voti. Lo stesso meccanismo di premialità è previsto per gli universitari: in 120 avranno un sussidio da 3.100 euro, che sarà aumentato fino a 4.650 euro per chi si è laureato con 110 e lode.

Il bando prevede requisiti di reddito, che sono più favorevoli all'aumentare del numero di componenti del nucleo familiare del richiedente e nel caso siano presenti familiari con invalidità. Le domande per le borse di studio possono essere trasmesse all'Enpam

fino al 29 ottobre, esclusivamente con la procedura online tramite l'area riservata nel sito www.enpam.it.

LA RETTA ONAOSI LA PAGA ENPAM

Come ogni anno, l'Enpam stanZIA anche 40 borse di studio per il pagamento delle rette Onaosi. I sussidi sono finalizzati alla copertura dei costi per frequentare il convitto di Perugia – per gli studenti delle scuole medie e superiori – e i collegi e i centri formativi universitari di Perugia, Padova, Bologna, Torino, Pavia, Napoli e Messina.

La domanda può essere inoltrata fino al 31 agosto, inviando il modulo presente sul sito dell'Enpam, sia alla Fondazione, tramite posta elettronica certificata, sia alla sede Onaosi di Perugia, per posta.

BORSE DI STUDIO PER L'UNIVERSITÀ E PER LA RETTA DEI COLLEGI DI MERITO

I figli dei medici e dei dentisti che frequentano l'università possono chiedere una borsa di studio all'Enpam partecipando al bando appena aperto

QUOTA B, 300 BORSE DI STUDIO PER I FIGLI

L'Enpam, anche quest'anno, accompagna negli studi universitari i figli dei medici e dei dentisti che fanno libera professione. Il bando 2026 infatti mette a disposizione 300 borse di studio ai figli degli iscritti attivi – inclusi i pensionati – che versano la Quota B.

Le borse di studio sono riservate agli studenti universitari che nell'anno accademico 2025/2026 hanno frequentato un corso di laurea. Il bando stanZIA per loro 300 assegni di 3.100 euro, a cui si accede secondo criteri di reddito e di merito.

L'importo viene maggiorato del 50 per cento (per diventare di 4.650 euro) per i più meritevoli, che nell'anno ac-

cademico 2025/2026 si sono laureati con 110 e lode.

Il bando è rivolto agli universitari fino a 26 anni, in regola con gli studi. E cioè devono avere conseguito tutti i crediti degli esami previsti per gli anni precedenti e almeno la metà di quelli dell'anno accademico 2025/2026.

Le domande sono aperte fino al 29 ottobre e possono essere presentate esclusivamente tramite l'area riservata nel sito dell'Enpam. Il bando, come accennato, prevede requisiti di reddito che sono più favorevoli all'aumentare del numero di componenti del nucleo familiare del richiedente e nel caso siano presenti familiari con invalidità.

Nel caso il genitore iscritto all'Enpam versi i contributi di Quota B con aliquota ridotta, l'importo del sussidio assegnato allo studente viene rideterminato proporzionalmente.

RETTA PAGATA NEI COLLEGI DI MERITO DI 19 CITTÀ

Un ulteriore bando, in via di pubblicazione, sarà invece dedicato agli studenti universitari, figli degli iscritti Enpam, e agli stessi studenti iscritti all'Ente di previdenza, che hanno ottenuto l'ammissione ai collegi di merito. Per loro, la borsa di studio ha un valore fino a 5mila euro e lo stanZIamento sarà sufficiente per accordare il sussidio ad almeno 40 studenti.

Il bando, nello specifico, finanzia il pagamento della retta in 57 collegi di merito accreditati a livello ministeriale, situati in 19 città: Bari, Bologna, Brescia, Cagliari, Catania, Ferrara, Firenze, Genova, Milano, Modena, Napoli, Padova, Palermo, Pavia, Perugia, Roma, Torino, Trieste, Verona.

FIMMG e Regione Veneto: firmato l'accordo per le Case di Comunità

IL SINDACATO: "RISULTATO IMPORTANTE CHE AUSPICHIAMO POSSA ESSERE PRESO A RIFERIMENTO ANCHE NEL CONFRONTO NAZIONALE CHE SI APRE A ROMA"

"Con la sottoscrizione dell'accordo con la Regione Veneto si chiude una fase di confronto intensa e si apre una nuova stagione per l'assistenza territoriale veneta. Siamo soddisfatti del risultato raggiunto perché consente di avviare le Case della Comunità attraverso un percorso condiviso, senza forzature e con un impianto che tutela sia i professionisti sia i cittadini".

A dirlo è Enrico Peterle, segretario regionale della Fimmg Veneto, commentando la firma dell'intesa tra Regione Veneto e rappresentanze sindacali dei medici di medicina generale sull'organizzazione delle Case della Comunità. "L'elemento più significativo è che il Veneto ha scelto la strada del dialogo anziché quella dell'imposizione. L'accordo riconosce la libera adesione dei medici, stabilisce un compenso omogeneo di 60 euro l'ora e definisce una cornice organizzativa che offre maggiori certezze a chi deciderà di partecipare. Erano i presupposti che avevamo indicato fin dall'inizio e che oggi trovano una risposta concreta. Per questo - sottolinea Peterle - possiamo parlare di un accordo innovativo, che tiene insieme le esigenze della programmazione regionale e il rispetto del lavoro dei medici di famiglia".

"Vogliamo ringraziare il presidente della Regione Alberto Stefani, a cui va riconosciuto il merito di aver seguito personalmente il confronto e di aver favorito il raggiungimento di una sintesi equilibrata. La sua mediazione - prosegue Peterle - è stata determinante per arrivare a un'intesa che oggi tutte le parti possono considerare positiva". "Quello che abbiamo firmato è un accordo che può avere un valore ben oltre i confini regionali. Lunedì - ricorda il segretario della Fimmg Veneto - prenderà il via a Roma un nuovo tavolo sul

futuro della medicina territoriale. Ci auguriamo che quanto costruito in Veneto possa rappresentare un'esperienza utile anche per il livello nazionale. Qui si è dimostrato che innovazione e valorizzazione della medicina generale possono procedere insieme, senza contrapposizioni e senza indebolire la presenza dei medici sul territorio".

Fimmg Veneto sottolinea tuttavia che la firma dell'accordo regionale non esaurisce le sfide aperte per il sistema sanitario regionale.

"L'avvio delle Case della Comunità rappresenta un tassello importante, ma resta prioritario affrontare il tema della carenza di medici di famiglia e delle migliaia di cittadini che ancora oggi sono privi di un proprio medico di riferimento. Le Case della Comunità - conclude il segretario Peterle - potranno rafforzare l'assistenza territoriale, ma da sole non risolvono il problema della mancanza di medici: per questo serviranno ulteriori interventi e una programmazione di lungo periodo tramite il rinnovo dell'accordo integrativo regionale completo".

IL NUOVO ORGANIGRAMMA PROVINCIALE FIMMG

Si è concluso il percorso per il rinnovamento dell'Organigramma di Fimmg Verona.

Il neo eletto Consiglio Provinciale, riunitosi il 7 luglio u.s., ha definito il nuovo Esecutivo Provinciale per il quadriennio 2026 - 2030 così composto:

Dott.ssa Sonia Zenari
Segretario Provinciale Generale

Dott. Lorenzo Manea
Vice Segretario Vicario

Dott. Pietro Benini
Vice Segretario

Dott. Rosario Cattano
Segretario Amministrativo (Tesoriere)

