

SOMMARIO

EDITORIALE

5 A H1N1

NOTIZIE DALL'ORDINE

7 Verbalì del Consiglio e delle Commissioni

11 Inaugurata la Nuova Sede e la Sala Riunioni
"Pier Marcello Fazzini"

13 Regolamento per la concessione e l'utilizzo
della Sala Convegni

14 Sostituzione e rinnovo dei tesserini identificativi

15 In arrivo il nuovo portale W.E.B. dell'Ordine

LETTERE AL DIRETTORE

16 Attenti: l'assicurazione copre per 5 anni.
Ma vi possono far causa anche dopo...!

17 Salute e "Nanopolverì"

AGGIORNAMENTO

20 Il Carcinoma Prostatico localizzato, T1-T3b.
Approccio diagnostico e generalità sui trattamenti (Parte II)

PROFESSIONE E LEGGE

32 Prescrizioni di stupefacenti in regime di libera professione

33 Posta Elettronica Certificata: P.E.C.

ATTUALITÀ

34 L'Università di Verona per il Burundi

39 Marzana statements 2009.
Position paper sul riordino delle cure primarie

STORIA DELLA MEDICINA

42 Le psicoterapie nell'età della medicina tecnologica

44 Il Presidente e il feocromocitoma

FNOMCEO

46 Rivalutazione rendite dei Medici colpiti da malattie e
lesioni causate da raggi X e da sostanze radioattive

46 Tassa d'iscrizione differenziata? Non è possibile.

GIOVANI E PROFESSIONE

48 S.O.S. - Sostituzioni

TEMPO LIBERO

50 Chi cerca... trova

ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VR

NUOVO ORARIO DI APERTURA DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE

Lunedì	dalle ore 9,00	alle ore 13,00
Martedì	dalle ore 9,00	alle ore 13,00
Mercoledì	dalle ore 9,00	alle ore 17,00 (CONTINUATO)
Giovedì	dalle ore 9,00	alle ore 17,00 (CONTINUATO)
Venerdì	dalle ore 9,00	alle ore 13,00
Sabato chiuso		

VERONA MEDICA

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

Anno XXXIV n. 5 Dicembre 2009

Sped. in a.p. - 70% - Filiale di Verona
Registrazione del Tribunale di Verona
n.153 del 20/3/1962

Direzione, Redazione, Amministrazione

Palazzo Vitruvio Cerdone - Via Locatelli, 1
37122 Verona, tel. 8006112/596745

Direttore Responsabile

Roberto Mora

Comitato di Redazione

Beltrame Mario, Mora Roberto, Insacco Rocco Elio, Bovolin Francesco
Peroni Alberto, Marchi Carlo, Tosi Gelmino, Marchioretto Fabio
Dalla Riva Alessandro, Battaglia Giuseppe, Gadioli Paolo

Consiglio Direttivo

Presidente: Franco Alberton
Vice-Presidente: Roberto Mora
Segretario: Giorgio Carrara
Tesoriere: Fabio Marchioretto

Consiglieri

Francesco Bovolin, Vania Braga, Orazio Codella, Franco Colletta, Fabio Facincani,
Roberto Fostini, Alfredo Guglielmi, Giuseppe Lombardo, Franca Mirandola,
Annamaria Molino, Francesco Oreglia, Bianca Rosa, Carlo Soraci

Revisori dei Conti

Claudio Balestrieri, Mario Beltrame, Mario Celebrano

Revisore dei Conti Supplente

Giuseppe Battaglia

Commissione Odontoiatri

Claudio Arrichiello, Francesco Bovolin,
Gino Cavallini, Francesco Oreglia, Giampaolo Paoletti

Fotocomposizione Videoimpaginazione e stampa

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

Foto di Copertina

Francesco Peroni

- Natale -

INSERZIONI PUBBLICITARIE SUL BOLLETTINO

<u>SPAZIO</u>	<u>1 USCITA</u>	<u>3 USCITE</u>	<u>5 USCITE</u>
1/2 pagina interna (bianco e nero)	€ 450,00	€ 350,00 (per uscita)	€ 250,00 (per uscita)
1 pagina interna (bianco e nero)	€ 600,00	€ 500,00 (per uscita)	€ 450,00 (per uscita)
2ª e 3ª pagina di copertina (a colori)	€ 1000,00	€ 900,00 (per uscita)	€ 800,00 (per uscita)
4ª pagina di copertina (a colori)	€ 1200,00	€ 1000,00 (per uscita)	€ 900,00 (per uscita)

AH1N1

Anche oggi i giornali fanno la conta dei morti.

Finora sarebbero 32 su quasi 800.000 contagiati i morti per l'influenza A H1N1.

Da più di un mese i media ci bombardano di notizie allarmanti e come in una telecronaca ci tengono aggiornati sull'evoluzione di quella che si è preannunciata come l'ennesima "peste del secolo". Come per gli ultimi quattro anni, anche il 2009 ha la sua brava "epidemia".

In quelli trascorsi abbiamo superato la "mucca pazza", la S.A.R.S., l'avaria e la meningite.

Quest'anno tocca alla "suina".

L'epidemia, iniziata in Messico, si è diffusa negli "States" e di qui prima nel Canada e poi in Inghilterra ed Europa.

L'estate ha mitigato la sua diffusione nel nostro emisfero e l'ha favorita in quello australe.

Sulla base dei dati provenienti da Australia e Nuova Zelanda si sono approntate le strategie per contenerne la diffusione e per preparare la prevenzione vaccinale.

Le industrie farmaceutiche, già da mesi, lavorano a pieno ritmo per preparare il vaccino che in Italia è arrivato un mese fa e che da pochi giorni le ASL hanno cominciato a distribuire.

Ad essere vaccinato per primo il personale addetto ai servizi essenziali come le forze di polizia, il personale dell'ENEL e delle centrali elettriche, quello della pubblica amministrazione e, ovviamente, gli operatori sanitari: medici ed infermieri.

I dati dell'ufficio vaccinazioni della mia ASL sono però sconcertanti.

Solo il 15% degli operatori sanitari, il 10% degli infermieri e poco più del 10% dei medici si è presentato per ricevere la vaccinazione.

Sembra proprio che gli allarmi lanciati dai media non abbiano, almeno tra gli addetti ai lavori, avuto l'effetto che ci si sarebbe dovuto aspettare.

Su internet c'è chi si lamenta dei ritardi delle vaccinazioni e chi sollecita a non vaccinarsi proprio. Un saggista britannico, un certo David Icke si è spinto persino a sostenere che la vaccinazione sia un complotto internazionale per ridurre la popolazione, indebolirla e renderla più facilmente controllabile.

Beppe Grillo ha creato un blog intitolato "vaccino, dolcetto o scherzetto?"

I pareri sulla utilità, ma soprattutto sulla sicurezza del nuovo vaccino sono contrastanti.



La nuova influenza ha mostrato di essere più pericolosa per bambini, giovani, obesi e donne in gravidanza, mentre gli anziani dovrebbero essere quelli a minor rischio di complicanze.

Il NEJM di questa settimana ci suggerisce qualche spiegazione del fatto.

Il siero dei donatori di sangue nati prima del 1950 conteneva, nel 35% dei casi anticorpi, che reagivano con il nuovo virus pandemico. Titoli più alti e in percentuale maggiore di soggetti nei nati prima del 1930. Dunque andrebbero vaccinati soprattutto bambini, giovani e donne in gravidanza.

Il vaccino offerto è però adiuvato e nessuno (almeno così sembra) sa dare i numeri sul rischio connesso

all'utilizzo di questo tipo di vaccino in quella popolazione.

La Sindrome di Guillan Barrè (GBS), la più temuta delle complicanze vaccinali, avrebbe (secondo alcune fonti) un'incidenza di 1 caso ogni milione di dosi vaccinali, ma nel caso di vaccino adiuvato tale incidenza sarebbe maggiore.

Quella associata al vaccino A H1N1 distribuito nel 1976 sarebbe stata maggiore.

Cosa riscontrata anche nei militari che avevano partecipato alla guerra del golfo, che però di vaccinazioni ne avevano ricevute tante. Su queste e sulle altre cifre è ovviamente guerra tra chi sostiene l'utilità del vaccinarsi e chi è contrario.

Il Viceministro alla Salute Ferruccio Fazio ha affermato che le vittime dell'influenza stagionale dello scorso anno sarebbero state circa 8 mila su oltre 4 milioni di casi (1 o 2 morti 1000 casi).

Se le cifre riportate dai giornali di oggi sono attendibili la mortalità collegata alla nuova influenza dovrebbe aggirarsi su cifre che farebbero pensare ad 1 morto ogni 25 mila contagiati.

Ma forse più favorevoli.

Sempre il NEJM dice che il 50% dei contagiati non ricoverati ed dal 15 al 30% di quelli che invece erano finiti in ospedale (ma non in rianimazione) non presentava tra i sintomi la febbre.

Se le cose stanno così quanti casi di infezione non sono stati diagnosticati e conteggiati?

Dunque perché tanto allarme?

Per far fronte ai rischi di complicanze ed in previsione della nuova "pandemia" c'è stato chi ha sollecitato la gente a fare approvvigionamento di farmaci antivirali.

Un'azienda farmaceutica l'ha consigliato ai suoi dipendenti.

Il Ministero della Salute ha emanato linee guida in cui l'antivirale sarebbe consigliato a gravide, bambini e giovani, asmatici, diabetici, obesi echi più ne ha più ne metta.

Tra le cose che mi paiono sicure il

fatto che la gente è spaventata e disorientata.

Il mio telefono in questi giorni squilla ad ogni minuto e mentre molti miei colleghi (specie quelli dei pronto soccorso) mostrano una faccia stravolta il mio farmacista sembra più allegro del solito.

Per i produttori di vaccino e antivirali questo sarà un anno, come di-

ceva il mio professore di latino, "albo signanda lapillo" (da segnarsi con una pietruzza bianca).

È evidente che dati sicuri sulla nuova influenza li potremo avere solo ad epidemia finita.

E se le cifre alla fine dovessero essere quelle che si ricavano dai giornali di oggi, non potremo non interrogarci su quanto sta succedendo.

Dovremo chiederci: chi ha interesse ad alimentare tanto panico?

È possibile che nell'era della globalizzazione e della comunicazione le epidemie, pardon...le pandemie, siano anche "mediatiche"?

E se le cose stanno così: "cui prodest" e chi sono, oggi, i nuovi untori?

ROBERTO MORA

TRIBUNALE DI TORINO

GRATUITA LA DIFFUSIONE DI MUSICA NEGLI STUDI MEDICI

La riproduzione musicale in uno studio medico – medico-dentistico nel caso specificato – non può ritenersi effettuata a scopo di lucro, neppure indirettamente. Il medico dentista, ha osservato il Tribunale di Torino, ascolta la musica mentre lavora soltanto per diletto mentre il paziente è indifferente al fatto che nello studio venga trasmessa della musica, né è indotto a scegliere un dentista piuttosto che un altro in base al fatto che nello studio si ascolti della musica. Consegua che il medico non è tenuto al versamento di compensi in favore del produttore di fonogrammi, nonché gli artisti interpreti e gli artisti esecutori che abbiano compiuto l'interpretazione o l'esecuzione fissata o riprodotta nei fonogrammi. (Avv. Ennio Grassini)

MEDICINA DI FAMIGLIA

COME CALCOLARE IL COMPENSO DOVUTO AL SOSTITUTO

Il nuovo accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti economici con i medici di medicina generale derivante dall'intesa della Conferenza Stato-Regioni n. 2272 del 23.03.2005 prevede che:

"L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, ...omissis..., nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'art. 59.."

Il compenso in questione è il "COMPENSO FORFETTARIO ANNUO".

Questo va corrisposto per intero se la sostituzione si effettua nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; va aumentato del 20% se la sostituzione avviene nei mesi di Dicembre, gennaio, febbraio, marzo; va diminuito del 20% se la sostituzione avviene nei mesi di giugno, luglio, agosto, settembre.

In pratica quindi la formula per il calcolo è la seguente. Dal cedolino mensile:

Compenso forfetario X 70% : 30 = X
(somma dovuta per ogni giorno di sostituzione)

X va aumentato del 20% nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio, marzo

X va diminuito del 20% nei mesi di giugno, luglio, agosto, settembre

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO DELL'8 LUGLIO 2009

Presenti: Alberton, Mora, Carrara, Marchioretto, Bovolin, Braga, Codella, Colletta, Facincani, Fostini, Lombardo, Mirandola, Molino, Rosa

Revisori dei Conti: Beltrame, Celebrano, Battaglia

Direttore: Cerioni

Consulente Legale: Avv. Gobbi

Assenti Giustificati: Guglielmi, Oreglia, Soraci, Balestriero

1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE CONSIGLIO PRECEDENTE

Viene data lettura del verbale relativo al Consiglio del 27.0452009, che viene approvato all'unanimità.

2) COMUNICAZIONI

a) Il Presidente relaziona sulla Sua partecipazione al Convegno organizzato dalla FNOMCeO a Terni l'11 giugno c.a., nel corso del quale si è trattato l'argomento sulle "dichiarazioni anticipate di trattamento" nelle scelte di fine vita. Il documento approvato dal Consiglio Nazionale, è stato pubblicato a pag. 38 del nr. 3 di Verona Medica.

Il Presidente prosegue comunicando che nella medesima riunione, sono stati istituiti i Gruppi di Lavoro FNOMCeO. Il Dr. Alberton è stato nominato quale componente della "Consulta Deontologica Nazionale".

Il Dr. Mora relaziona sugli argomenti trattati nel corso del Consiglio Nazionale FNOMCeO, svoltosi sempre a Terni nei giorni 12 e 13 giugno c.a., al quale hanno partecipato il Sen. Calabrò, la Sen. Garavaglia e varie personalità politiche.

Anche i documenti degli argomenti discussi, sono stati pubblicati sul nr. 3 di Verona Medica .

b) Il Presidente relaziona sul Consiglio Nazionale ENPAM, svoltosi a Roma il 27 giugno c.a.- Nel merito ritiene che la Fondazione ENPAM sia una istituzione seria e ben strutturata, con un notevole patrimonio immobiliare. Il bilancio 2008 è risultato positivo, migliore rispetto agli anni precedenti.

Il Presidente propone al Consiglio di nominare nel Gruppo di Lavoro per l'Enpam, il Dott. Soraci Giovanni Carlo quale Referente, con l'invito a collaborare strettamente con il Dott. Gino Cavallini.

Entrambi seguiranno, con il supporto della Sig.ra Rosanna Maffioli della Segretaria dell'Ordine, le relative problematiche, riferendo periodicamente al Consiglio dell'Ordine.

c) Il Consiglio prende in esame la delibera della Giunta Regionale Toscana relativa alla proposta di sperimentazione del modello "SEE AND TREAT" in Pronto Soccorso. Su tale argomento interviene il Dott. Colletta formulando delle considerazioni in merito al documento.

Tenuto conto dell'importanza della delibera, i Consiglieri vengono invitati a presentare proposte al fine di concordare iniziative comuni sulla problematica esposta.

Il Presidente auspica che il Gruppo di Lavoro Aggiornamento, fornisca spunti ed iniziative da presentare agli iscritti nel prossimo mese di autunno.

3) DELIBERE AMMINISTRATIVE Approvazione impegni di spesa.

L'anno 2009 addi 08 del mese di

Luglio alle ore 21.00, presso la sede dell'Ordine, si è riunito il Consiglio regolarmente convocato.

Il Presidente dell'Ordine, Dott. Franco Alberton, assunta la presidenza e riconosciuta la validità della adunanza, dichiara aperta la seduta ed invita i convenuti a deliberare sull'approvazione degli impegni di spesa e sulla liquidazione dei mandati di pagamento.

IL CONSIGLIO DELL'ORDINE

VERIFICATE le cause legali e le giustificazioni delle spese;

ACCERTATA la disponibilità delle varie categorie di bilancio cui verranno imputate le spese relative;

VISTA la regolarità delle forniture e delle prestazioni;

ALL'UNANIMITÀ di voti espressi nei modi di legge;

DELIBERA

di impegnare le sotto elencate somme imputandole ai vari capitoli di **bilancio anno 2009**, autorizzando la successiva liquidazione dei mandati di pagamento:

IMPEGNO N. 001 T. 1° - Cat. X – Cap. 10 (A.G.F.: acconto su impianto audio/video nuova sede) € 9.600,00 – rimanenza capitolo € -4.600,00 (preventivo € 24.324,00)

IMPEGNO N. 002 T. 1° - Cat. XVIII – Cap. 02 (Tecsis Net srl: impianto informatico di rete) € 7.410,00 – rimanenza capitolo € 37.392,96

IMPEGNO N. 003 T. 1° - Cat. IV – Cap. 05 (Girardi Print Factory: pubblicazione e stampa "Verona-Medica" 03/09) € 5.475,86 – rimanenza capitolo € 15.327,15

IMPEGNO N. 004 T. 1° - Cat. X – Cap. 10 (Ortombina snc: Acquisto lampade e sistemazione impianto elettrico nuova sede con lavori smontaggio vecchia sede) € 5.315,40 – rimanenza Capitolo € 33.764,66

IMPEGNO N. 005 T. 3° - Cat. XX – Cap. 20 (ENPAM: rata mutuo 1° semestre 2009) € 87.190,27 – rimanenza capitolo € 92.809,73

IMPEGNO N. 006 T. 2° - Cat. XVII – Cap. 02 (Tecsis Net srl: acquisto nuovi computer e stampanti) € 13.421,00 – rimanenza capitolo € 13.696,76

L'anno 2009 addì 08 del mese di Luglio alle ore 21.00, presso la sede dell'Ordine, si è riunito il Consiglio regolarmente convocato.

Il Presidente dell'Ordine, Dott. Franco Alberton, assunta la presidenza e riconosciuta la validità della adunanza, dichiara aperta la seduta ed invita i convenuti a deliberare sull'approvazione degli impegni di spesa e sulla liquidazione dei mandati di pagamento.

IL CONSIGLIO DELL'ORDINE

VERIFICATE le cause legali e le giustificazioni delle spese;

ACCERTATA la disponibilità delle varie categorie di bilancio cui verranno imputate le spese relative;

VISTO il preventivo finanziario previsto a carico: **T.1- Cat. 6 – Cap. 06-006/06-007/06-008** ed a carico

T. IV-Cat. 21 – Cap.21-003/21-004/21-005/21-006/21-007/21-012/21-013/ CONSIDERATA la relativa copertura finanziaria;

ALL'UNANIMITÀ di voti espressi nei modi di legge;

DELIBERA

di dare mandato al Presidente Dott. Franco Alberton, assistito dal Consigliere Segretario Dott. Giorgio Carrara, di provvedere mensilmente al pagamento degli stipendi, degli oneri fiscali e previdenziali ai 4 dipendenti dell'Ordine stesso.

L'anno 2009 addì 08 del mese di Luglio alle ore 21.00, presso la sede dell'Ordine, si è riunito il Consiglio regolarmente convocato.

Il Presidente dell'Ordine, Dott. Franco ALBERTON, assunta la presidenza e riconosciuta la validità della adunanza, dichiara aperta la seduta ed invita i convenuti a deliberare sull'approvazione della liquidazione di spesa dei mandati di pagamento.

IL CONSIGLIO DELL'ORDINE

VERIFICATE le cause legali e le giustificazioni delle spese;

ACCERTATA la disponibilità delle varie categorie di bilancio cui verranno imputate le spese relative;

VISTA la regolarità delle forniture e delle prestazioni;

ALL'UNANIMITÀ di voti espressi nei modi di legge;

DELIBERA

di liquidare le sotto elencate somme imputandole ai vari capitoli di **bilancio anno 2009**, autorizzandone la liquidazione dei mandati di pagamento:

MANDATO N. 017 T. 1° - Cat. IV – Cap. 05 (Girardi Print Factory: pubblicazione e stampa "Verona-Medica" 01/09) € 5.505,95 - rimanenza capitolo € 29.334,05

MANDATO N. 108 T. 1° - Cat. IV – Cap. 05 (Girardi Print Factory: pubblicazione e stampa "Verona-Medica" 02/09) € 5.042,74 – rimanenza capitolo € 22.549,96

MANDATO N. 175 T. 2° - Cat. XVII – Cap. 17 (Parco San Vito srl: acconto acquisto immobile Via Locatelli) € 360.000,00 – rimanenza capitolo € 2.131.200,00

MANDATO N. 200 T. 1° - Cat. X – Cap. 10 (Maraia Traslochi: spese trasloco nuova sede) € 9.060,00 – rimanenza capitolo € 25.228,76

MANDATO N. 214 T. 2° - Cat. XVIII – Cap. 18 (Olivieri srl: acquisto mobili Presidenza e poltroncine sala Consiglio ed Uff.) € 9.060,00 - rimanenza capitolo € 28.752,40

MANDATO N. 224 T. 1° - Cat. I – Cap. 01 (Zurich Assicurazione: Polizza assicurativa componenti il Consiglio) € 16.236,00 – rimanenza capitolo € 21.764,00

STORNI DI BILANCIO

Il Consiglio Direttivo nella seduta del 08 Luglio 2009:

- visto il bilancio di previsione per l'anno 2009;
- motivazioni: spese impreviste per impianto audio/video nuova sede
- rilevata la necessità di apportare modifiche alle previsioni di bilancio anno 2009;
- dato atto che sono state osservate le procedure previste dall'art. 7 del Regolamento per l'amministrazione e la contabilità di quest'Ordine;

- **con votazione unanime**

DELIBERA

di aggiornare il bilancio di previ-

sione per l'anno 2009 apportando le seguenti modifiche:

1 - di effettuare gli storni di bilancio di seguito riportati:

- dal Tit. I... Cat. ...XV...

Cap. U-1-15-001€ 25.000,00

- al Tit. I... Cat. ...X...

Cap. U-1-10-005€ 25.000,00

4) INAUGURAZIONE SEDE

Il Tesoriere informa il Consiglio che i lavori di ristrutturazione della sala riunioni, situata al piano terra della nuova sede dell'Ordine, sono in fase di ultimazione e quindi l'inaugurazione ufficiale, con la partecipazione delle Autorità, viene programmata per il giorno 24 ottobre c.a. alle ore 11,00. Informa inoltre su

- stato di avanzamento dei lavori di completamento arredi, tendaggi, impiantistica della nuova sede e della sala riunioni soffermandosi in particolare a sottolineare ai Consiglieri le modalità di scelta dei fornitori: sopralluoghi, preventivi organizzati sotto forma di "gara" tra diversi soggetti come previsto dal nostro Statuto
- Presentazione nuovo sito WEB in fase di realizzazione con proiezione dello stesso ed esemplificazione dei contenuti e della piattaforma sulla quale si può intervenire in modo autonomo senza necessità di intermediari: proposta di individuare dei referenti "administrators" per le varie sezioni del sito etc.

Il Consiglio approva inoltre la proposta del Tesoriere di sostituire gli attuali tesserini identificativi plastificati con card dotate di banda magnetica sulla quale incidere i dati dell'iscritto, ed espone i vantaggi in termini di migliore rappresentatività e delle potenziali funzionalità ad essa collegate, e consegna a tutti i consiglieri di un preventivo di spesa per la realizzazione di tale progetto (acquisto stampante termica+card).

5) DATA ASSEMBLEA ANNUALE E GIORNATA DEL MEDICO

Il Presidente comunica che la data fissata per l'Assemblea Annuale degli Iscritti e la Giornata del Medico, è

stata fissata per il giorno 21 novembre 2009 alle ore 9,00.

6) STAMPA ALBO

Il Consiglio approva la ristampa dell'Albo Professionale degli Iscritti per nr. 300 copie cartacee e nr. 6000 CD, per la quale saranno richiesti almeno tre diversi preventivi.

7) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate.

MEDICI - CHIRURGI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott. AL-KHAFFAF Ahmad
Dott. FARAJ YASIR H.

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. CANTONI Barbara da MILANO
Dott. GUGLIELMI Ior da PERUGIA
Dott. MORELLO Enrico da BOLZANO
Dott. TRAPANESE Angelica da SALERNO

Cancellazioni per decesso:

Dott. DAL BOSCO Giorgio
Dott. STELLA Nicola

ODONTOIATRI

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. CATTANEO Micol da BRESCIA

PRIMA DI PROCEDERE ALLE RELAZIONI ISTRUTTORIE, ESCONO DALLA SALA I CONSIGLIERI ODONTOIATRI, I REVISORI DEI CONTI ED IL DIRETTORE.

COMMISSIONE DISCIPLINA MEDICI CHIRURGI

Vengono esaminati i vari casi illustrati dal Presidente e dal Vice Presidente, e conseguentemente adottate le seguenti decisioni:

n. 5 ARCHIVIAZIONE PROVVEDIMENTI:

n. 1 CONVOCAZIONE ai sensi Art. 39 D.P.R. 221/50

VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO DEL 9 SETTEMBRE 2009

Presenti: Alberton, Mora, Carrara, Marchioretto, Bovolin, Braga, Colletta, Facincani, Guglielmi, Mirandola, Molino, Oreglia, Rosa, Soraci.

Revisori dei Conti: Balestriero, Beltrame, Celebrano, Battaglia
Direttore: Cerioni

Consulente Legale: Avv. Gobbi
Assenti Giustificati: Codella, Fostini, Lombardo.

1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE CONSIGLIO PRECEDENTE

Viene data lettura del verbale relativo al Consiglio dell'8 luglio 2009, che viene approvato all'unanimità.

2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

a) Il Presidente comunica che il giorno dell'11.9.2009 parteciperà a Roma alla prima riunione della Consulta Nazionale per la Deontologia sull'argomento " Etica di fine vita e problematiche relative".

b) Il Presidente invita il Dr. Bovolin, in qualità di Segretario della Federazione Regionale Veneta degli Ordini dei Medici C.e O., a relazionare in merito al rinnovo delle cariche istituzionali (Presidente, Vice Presidente, Segretario).

Il Dr. Bovolin fa presente che le candidature per la presidenza sono due: il Presidente uscente Dr. Cotrozzi ed il Dr. Scassola, Presidente dell'Ordine dei Medici C. e O. di Venezia.

Il giorno 14 settembre p.v., avrà luogo una riunione preliminare, tra i sette Presidenti del Veneto ed i due Rappresentanti della C.A.O. Riprende la parola il Presidente, il quale informa che relazionerà sui risultati dell'incontro del 14 p.v., inviando una e-mail a tutto il Consiglio. Interviene il Dr. Carrara il quale evidenzia i molteplici impegni che il nuovo Presidente dovrà affrontare al fine di rivalutare l'immagine della Federazione Regionale.

c) La Prof.ssa Molino elenca le problematiche emerse in merito a segnalazioni di alcuni Medici di Medicina Generale sulla mancata disponibilità al dialogo con gli oncologi.

Il Presidente suggerisce che tali problematiche debbano essere demandate al Gruppo di Lavoro Territorio-Ospedale, dell'Ordine.

a) La Dr.ssa Mirandola chiede di valutare da un punto di vista etico, l'art. 59bis dell'ACN ai sensi degli art. 9-10 e 11 del Codice Deontologico, e di istituire una Commissione all'interno dell'Ordine. Sia il Presidente che il Vice Presidente, ritengono che eventuali osservazioni nel merito siano di competenza della FNOMCeO che sarà informata della questione.

b) Il Presidente illustra le iniziative che l'Ordine intende attivare per coinvolgere i Medici veronesi sui problemi sanitari in Africa, proponendo un coordinamento con i Medici che già operano come volontari in tale continente. Considerando che l'iniziativa sarebbe qualificante per la sanità veronese, intende programmare, con la collaborazione del Prof. Padovani, un incontro sull'iniziativa da divulgare anche attraverso i media. Il Dr. Carrara ritiene l'iniziativa molto valida che permetterebbe di interscambiare i Colleghi secondo le necessità emergenti nelle nazioni africane.

c) Il Dr. Marchioretto pone in visione ai Consiglieri la bozza delle nuove tessere-cards di riconoscimento per tutti gli iscritti.

d) Il Consiglio, sentita l'illustrazione del Presidente sulla parcella presentata dal Dott. XX, per prestazioni di carattere medico-legale, non ritenendo di poter esprimere un parere di merito, incarica il Consulente Medico-Legale dell'Ordine, di valutare la congruità.

e) Il Presidente invita i Referenti dei Gruppi di Lavoro ad informare il Consiglio sui risultati delle loro riunioni.

f) Il Presidente invita tutti i Consiglieri, ed in particolare i componenti della Commissione Aggiornamento, a presentare progetti di convegni o

corsi di formazione, da discutere nella prossima riunione.

- g) Il Consiglio approva la variazione del Cognome della Dr.ssa ESTRADA BRENDA ANABELLA da Estrada Salazar Brenda Anabella, mantenendo invariato il codice fiscale.
- h) L'Avv. Gobbi illustra le procedure ed i tempi relativi al consenso da parte della Regione Veneto-Sovrintendenza dei beni tutelati, per l'autorizzazione alla vendita della precedente sede dell'Ordine di Via San Paolo.

3) ESAME ED APPROVAZIONE DEL BILANCIO CONSUNTIVO 2008 E PREVENTIVO 2010

Il Bilancio Consuntivo 2008, viene ampiamente illustrato dal Direttore Paolo Cerioni, il quale fa presente che lo stesso è stato certificato dal Commercialista dell'Ordine ed approvato dai Revisori dei Conti.

Il Consiglio, al termine della relazione, lo approva all'unanimità.

Prende la parola il Tesoriere, Dr. Marchioretto, che illustra dettagliatamente il Bilancio Preventivo 2010 che viene approvato all'unanimità.

Il Consiglio approva inoltre la seguente delibera

Approvazione impegni di spesa.

L'anno 2009 addì 09 del mese di Settembre alle ore 21.00, presso la sede dell'Ordine, si è riunito il Consiglio regolarmente convocato.

Il Presidente dell'Ordine, Dott. Franco Alberton, assunta la presidenza e riconosciuta la validità della adunanza, dichiara aperta la seduta ed invita i convenuti a deliberare sull'approvazione degli impegni di spesa e sulla liquidazione dei mandati di pagamento.

IL CONSIGLIO DELL'ORDINE

VERIFICATE le cause legali e le giustificazioni delle spese;

ACCERTATA la disponibilità delle varie categorie di bilancio cui verranno imputate le spese relative;

VISTA la regolarità delle forniture e delle prestazioni;

ALL'UNANIMITÀ di voti espressi nei modi di legge;

DELIBERA

di impegnare le sotto elencate somme imputandole ai vari capitoli di **bilancio anno 2009**, autorizzando la successiva liquidazione dei mandati di pagamento:

IMPEGNO N. 007 T. 1° - Cat. I - Cap. 05 (Componenti Consiglio Direttivo: gettone di presenza 1° semestre 2009) € 19.050,00 – rimanenza Capitolo € 25.910,00

IMPEGNO N. 008 T. 1° - Cat. X - Cap. 04 (Faggioni Nereo: fornitura tende nuova sede) € 2.5002,00 – rimanenza capitolo € 36.096,56

IMPEGNO N. 009 T. 1° - Cat. X - Cap. 01 (Sistema Ufficio: acquisto cancelleria x uffici e cartelle archivio) € 3.261,00 – rimanenza capitolo € 12.387,84

IMPEGNO N. 010 T. 1° - Cat. V - Cap. 02 (Girardi Print Factory: Stampa e pubblicazione VR-MEDICA n.3) € 3.976,70 – rimanenza Capitolo € 11.350,45

IMPEGNO N. 011 T. 1° - Cat. IX - Cap. 05 (Impretec: lavori extra impianto elettrico nuova sede) € 2.640,00 – rimanenza Capitolo € 57,10

4) VALUTAZIONE CONTRATTO DITTA "SALUTE E SICUREZZA" (MEDICINA DEL LAVORO)

Il Consiglio, sentita la relazione del Dr. Mora sulla richiesta della Dr.ssa Ilaria Pacia di valutare il contratto di consulenza medica professionale per la Medicina del Lavoro proposita dalla Dr.ssa Caneva Marzia, Direttore Sanitario della Società "Salute e Sicurezza", quale collaboratrice esterna della Società stessa, esprime un parere fortemente critico nei riguardi delle tariffe applicate che, per la modesta entità delle stesse, appaiono inadeguate alla natura delle prestazioni effettuate. In tal senso, delibera darne comunicazione alla Dr.ssa Pacia.

5) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott. BISSOLO Francesca

Dott. BONALDI Efrem
Dott. FADINI Elena
Dott. FORIERI Elisa
Dott. PERINI Zeno
Dott. RESTAINO Stefano
Dott. RODELLA Ilaria

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. CHIRONI Christian da LECCE
Dott. LULLI Chiara da TERAMO
Dott. ONNI Maria da ROMA

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. PONCHIROLI Roberto
a TRENTO

Cancellazioni su richiesta:

Dott. ACCOLLA Ettore
Dott. FORMENTI Pier Luigi
Dott. GAZZUOLA Lilliana

Cancellazioni per decesso:

Prof. CAVALLINI Giorgio
Dott. FASOLI Delio

Cancellazioni per irreperibilità e morosità:

Dott. ANZINI Patrizia
Dott. LOBELLO Salvatore

ODONTOIATRI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott. MANGANOTTI Giuseppe

Cancellazioni per irreperibilità e morosità:

Dott. NTOLAS Nikolaos
Dott. VOTZAKIS Paulos

PRIMA DI PROCEDERE ALLE RELAZIONI ISTRUTTORIE, ESCONO DALLA SALA I CONSIGLIERI ODONTOIATRI, I REVISORI DEI CONTI ED IL DIRETTORE. COMMISSIONE DISCIPLINA MEDICI CHIRURGHI OMISSIS...

La Commissione delibera:

- 2 archiviazioni di provvedimenti
- 2 aperture procedimenti disciplinari
- 1 apertura e sospensione procedimento disciplinare
- 1 svolgimento di procedimento disciplinare.

Inaugurata la Nuova Sede e la Sala Riunioni "Pier Marcello Fazzini"

Si è svolta sabato 24 Ottobre u.s. la cerimonia di inaugurazione della nuova sede dell'Ordine.

Numerose le personalità presenti tra cui: la Famiglia Fazzini, il Prof. Maz-zucco Alessandro (Rettore dell'Uni-versità di Verona), il Prof. Tansella Michele (Preside della Facoltà di Me-dicina), Mons. Vesentini Roberto (in rappresentanza del Vescovo di Ver-ona Don Giuseppe Zenti), il Col. Edera Paolo (Comandante dei Carabinieri), il Col. Nucciatelli Fabio (Comandante 3° Stormo di Villafranca), l'Ing. Sarno

Mario (Comandante Vigili del Fuoco di Verona), il Dr. Cusumano Giuseppe (Dirigente Generale di PS), il Dr. Bacchini Marco (Presidente FEDER-FARMA), il Dr. Pomari Paolo (Presiden-te dell'Ordine dei Farmacisti), il Dr. Galbero Graziano (Presidente dell'Or-dine dei Veterinari), il Dr. Scassola Maurizio (Presidente della Feder-azione Regionale dei Medici e Odon-toiatri del Veneto), il Dr. Caffi Sandro (Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Verona), la Dr.ssa Carraro Daniela (Direttore Generale

dell'ULSS 2), il Dr. Benetollo Pierpaolo (Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera), il Dr. Ghidini Oreste (Direttore Sanitario della Casa di Cura Villa Lieta), il Dr. Gianfilippi Gianluca (Direttore Sanitario Casa di Cura PEDERZOLI), il Dr. Menini Giancarlo (Direttore Sanitario Casa di Cura Villa Santa Chiara), il Dr. De Nardi Fabio (Direttore Sanitario Ospedale della Casa di Cura Villa Santa Giuliana), il Dr. Nicolis Fabrizio (Direttore Sanitario dell'Ospedale di Negrar), e altre personalità del mondo sanitario veronese.

La cerimonia è stata occasione di incontro con gli iscritti che hanno accolto l'invito a presenziare alla cerimonia, ma soprattutto è stata l'oc-casione per intitolare all'indimenticabile Presidente Piermarcello Fazzini la nuova Sala Riunioni situata nel cortile al pian terreno dello stabile in cui siamo ora alloggiati.

Le nuove attrezzature di cui la sala è dotata permetteranno di poterla utiliz-zare anche per riunioni e convegni di



La Sig.ra Emma Fazzini scopre la targa che intitola la sala all' indimenticato Presidente

NOTIZIE DALL'ORDINE

natura scientifica; la sala è infatti dotata di attrezzature audiovisive che permettono la proiezioni e teleconferenze. La previsione che gli iscritti la possano utilizzare gratuitamente ha imposto l'adozione di un regolamento che troverete pubblicato in queste pagine. Ricordiamo a tutti che l'accessibilità è ora favorita dal fatto che nel cortile condominiale 6 posti macchina saranno a disposizione dei colleghi che dovessero avere la necessità dei servizi di segreteria. I posti riservati sono quelli contrassegnati dal N.1 al N6. (il n.1 è riservato a colleghi disabili). Per accedere al parcheggio sarà sufficiente annunciarsi in segreteria tramite la pulsantiera adiacente al cancello d'ingresso al cortile ed attendere l'apertura del cancello videosorvegliato.

Ci auguriamo che la nuova sede, è soprattutto la sala "Fazzini", incontrino l'apprezzamento di tutti.



Il Presidente Franco Alberton e la Sig.ra Emma Fazzini

DITTA GIOVANNI CORATO
dei Dott. A. e V. Corato S.n.c.

ARTICOLI SANITARI PER FARMACIE ED OSPEDALI
REAGENTI - APPARECCHI E VETRERIA CHIMICA
MEDICAZIONE ASETTICA ED ANTISETTICA

37122 VERONA - Corso Porta Nuova, 131/a - Tel. 045/8007384 - 8002836
Fax 045/8006737

Regolamento per la concessione e l'utilizzo della Sala Convegni

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Verona

- 1) L'utilizzo della sala convegni non è soggetto ad un canone di noleggio. La sala viene concessa ai Medici Chirurghi e Odontoiatri iscritti all'Ordine di Verona per eventi a carattere culturale/scientifico non sponsorizzati e che non prevedano quote di partecipazione.
- 2) La richiesta di utilizzo, presentata mediante apposito modulo, deve essere approvata dal Presidente o da un suo delegato.
- 3) Le richieste relative ad eventi medici sponsorizzati o che prevedono quote di partecipazione, o presentate da altri Enti o Associazioni sono esaminate e sottoposte all'approvazione del Presidente o di un suo delegato. In questi casi è previsto un rimborso per spese di pulizia, spese energetiche ecc...
- 2) Nella domanda, presentata almeno trenta giorni prima dell'evento, dovranno essere specificati la finalità per la quale si chiede l'uso della sala, il programma, il giorno e le ore in cui la riunione si svolgerà.
- 5) Il richiedente potrà ritirare le chiavi della sala il giorno prima dell'evento; al termine della riunione la sala dovrà essere chiusa e le chiavi verranno restituite alla segreteria dell'Ordine. In caso di utilizzo serale, la restituzione dovrà avvenire entro le ore 13 del primo giorno lavorativo successivo all'evento.
- 6) Le richieste di utilizzo della sala verranno esaminate rispettando l'ordine di arrivo. In presenza di due o più richieste presentate nello stesso giorno e riguardanti la medesima data, sarà privilegiato il richiedente che nel corso dell'anno solare ha usufruito della sala un minor numero di volte. A meno di situazioni od eventi particolari, la sala non verrà concessa più di due volte la settimana al medesimo richiedente.
- 7) La sala sarà agibile durante le ore diurne e nelle ore serali, sino alle ore 23.30
- 8) L'Ordine non risponderà, sotto alcun profilo, in caso di furto e/o danneggiamento degli oggetti eventualmente abbandonati dai partecipanti al termine della riunione.
- 9) La presentazione della domanda di utilizzo presuppone l'assunzione, da parte del richiedente, della responsabilità per ogni eventuale danno alla sala e/o alle attrezzature. Lo stesso richiedente dovrà inoltre farsi carico di provvedere alle spese che si rendessero necessarie per consentire il successivo uso dei locali nelle migliori condizioni.

I CREDITI PER IL TRIENNIO 2008-2010 DOVRANNO ESSERE 150

In data 1° agosto 2007 è stato siglato l'accordo Stato-Regioni concernente il "Riordino del sistema di formazione continua in Medicina". Nell'accordo è riportato, tra l'altro, che ogni operatore sanitario deve acquisire 150 crediti formativi nel triennio 2008-2010 secondo la seguente ripartizione:

50 crediti/anno (minimo 30 e massimo 70 per anno) per un totale di 150 nel triennio 2008-2010.

In particolare, dei 150 crediti formativi del triennio 2008-2010, almeno 90 dovranno essere "nuovi" crediti, mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di crediti formativi acquisiti negli anni della sperimentazione a partire dall'anno 2004 fino all'anno 2007.

Al fine di consentire un avvio della nuova fase 2008-2010 in base ai richiamati criteri risulta, quindi, determinante il corretto invio dei report relativi al periodo 2004-2007 da parte degli Organizzatori, i quali sono invitati, pertanto, a rivolgere la propria attenzione in maniera prioritaria al suddetto periodo.

Roma, 2 agosto 2007

Il Direttore dell'Ufficio Formazione Continua Dottoressa Maria Linetti

Sostituzione e rinnovo dei tesserini identificativi

La tessera identificativa rilasciata dall'Ordine di appartenenza costituisce un importante documento che talora può costituire l'unica prova della qualifica professionale del titolare (nei confronti di pubblici ufficiali, di colleghi o di altri professionisti sanitari, nelle situazioni di emergenza, all'estero ecc.).

I tesserini personali attualmente usati dai medici e odontoiatri veronesi sono ormai obsoleti e spesso inadeguati anche a rappresentare la loro funzione minima, cioè quella identificativa; è quindi emersa la necessità di un rinnovo, anche al fine di migliorare l'immagine ed il decoro della professione. Il Consiglio, su proposta del Direttivo

di questo Ordine, ha pertanto deciso di procedere alla progressiva sostituzione delle vecchie tessere con nuove card, provviste di foto digitale e banda magnetica.

I dati personali che verranno raccolti nella sezione "Registrazione mailing list" del nuovo sito (a partire da Gennaio 2010) costituiranno un *database*, composto da *files* in formato *Excel* (un file per ciascun iscritto). Il numero identificativo di ogni file sarà riportato sulla banda magnetica della relativa tessera personale, per cui la stessa, mediante un semplice lettore collegato ad un qualsiasi PC, potrà essere impiegata in diverse circostanze: per il rilascio da parte dell'Ordine di documenti e

certificati (il che eviterà la compilazione di domande e moduli cartacei), oppure per l'attestazione della presenza in occasione di convegni, corsi, assemblee, votazioni ecc.

Questa iniziativa presenta molti altri vantaggi pratici immediati per i colleghi, ma non vanno trascurate le possibilità di future applicazioni altrettanto utili ed interessanti.

Per ottenere (a titolo completamente gratuito) la nuova *card*, ciascun iscritto dovrà trasmettere una foto digitale con un primo piano (formato JPEG) secondo le indicazioni riportate nella sezione *registrazione mailing list* del Nuovo Portale WEB dell'Ordine www.omceovr.it pienamente operativo da Gennaio 2010

Ecco la proposta grafica (il lato front sarà differenziato tra Medici e Odontoiatri mentre il retro è uguale).

Un ulteriore passo avanti nell'ottica dell'innovazione e del miglioramento qualitativo a favore di tutti gli iscritti

IL TESORIERE
FABIO MARCHIORETTO



Nuova pagina WEB dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Verona

www.omceovr.it

Informazioni e servizi "on line"

In arrivo il nuovo portale W.E.B. dell'Ordine

La Commissione Informatizzazione dell'Ordine sta lavorando per varare dal 1 Gennaio 2010 il nuovo portale WEB: www.omceovr.it

La necessità di cambiare nell'ottica dell'innovazione era ormai inderogabile e, sebbene la prima versione sia ancora provvisoria, essa rappresenta "la posa della prima pietra" di un edificio informatico che nasce per essere progressivamente implementato nelle sue funzionalità.

L'Ordine, per volontà del Consiglio Direttivo e del Comitato Esecutivo, ha tradotto queste istanze in realtà: il nuovo sito sarà prima di tutto UTILE offrendo notizie, aggiornamenti, contatti, modulistica, blog, pagine dedicate ai diversi ambiti dell'Universo medico e odontoiatrico, utilities varie (comprendenti il prontuario farmaceutico aggiornato, note AIFA, guida ai test di laboratorio, codifica unica regionale delle esenzioni, info sani-

tarie per viaggi all'estero etc...) possibilità di registrazione a mailing list selezionate per branca per ricevere informazioni mirate su argomenti ed eventi di interesse specifico, ogni giorno rassegne stampa di interesse sanitario con articoli full text dai più importanti quotidiani nazionali, link con le più importanti istituzioni locali, regionali, nazionali ed internazionali; ogni sezione sarà interattiva permettendo al lettore di commentare l'articolo o la notizia e di vederla (dopo opportuna valutazione dei contenuti) pubblicata sul sito stesso. Sarà possibile vedere filmati e gallerie di immagini relativi ad eventi di interesse generale, si potrà ottenere una casella di posta elettronica personale nome.cognome@omceovr.it sulla quale ricevere le comunicazioni dall'Ordine evitando lo scomodo e oneroso formato cartaceo, sarà possibile leggere Verona Medica, consultare i

numeri precedenti ed inviare articoli alla redazione proponendoli per la pubblicazione. Si sta valutando la possibilità di ottenere certificati di iscrizione con firma digitale del Presidente accedendo dall'area riservata con username e password e stampando poi il documento comodamente a casa, si potranno compilare online domande per l'utilizzo della sala riunioni dopo aver consultato l'apposito regolamento, si potrà inviare una propria foto digitale per la creazione della nuova card con banda magnetica al posto del vecchio tesserino plastificato. I referenti delle varie commissioni aggiorneranno periodicamente una sezione dedicata, informando gli iscritti sul lavoro compiuto, i documenti prodotti, le iniziative realizzate. Il sito sarà gestito in piena autonomia dalla Segreteria, dai componenti della commissione informatizzazione e dai referenti delle varie commissioni: non dovremo più pagare terzi per gli aggiornamenti e l'implementazione dei contenuti.

Nasce quindi finalmente un nuovo servizio a favore degli iscritti**www.omceovr.it**

IL TESORIERE
FABIO MARCHIORETTO

✂

SONO INTERESSATO A DARE LA MIA DISPONIBILITÀ PER SOSTITUIRE I COLLEGHI DI

(BARRARE)

MEDICINA GENERALE PEDIATRIA

COGNOME

NOME

VIA..... N.

CAP..... CITTÀ

TELEFONO / /

Possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale SI NO

Attenti: l'assicurazione copre per 5 anni. Ma vi possono far causa anche dopo !

Le denunce contro i medici sono quintuplicate negli ultimi quindici anni, passando da più di 3000 a 15.000, anche se l'80% decadono perché il fatto non sussiste...ma sorge un altro fatto che non rientra nelle statistiche: il 100% dei Medici cambiano e/o si ammalano e non sono più sereni, sicuri, equilibrati e, perché no, audaci. Questo è inevitabile dopo una media di 5 anni di vicende legali, legati a stress, spese, frustrazioni, spesso con ripercussioni familiari, lavorative, affettive in genere. Parlo dell'80% degli assolti, perché per assurdo, chi ha veramente sbagliato se ne fa una ragione in tempi più brevi ed "accetta la probabilità di errore" legata ad un lavoro difficile.

Ma, in genere, il medico passa un terzo della sua vita lavorativa tra Avvocati, Giudici, Medici Legali, tribunali e processi.

Il risultato è spesso un abbandono dell'entusiasmo che da sempre fa scegliere la professione medica ed allora assistiamo ad un distacco "presente" dei medici al lavoro, classico l'esempio di ginecologi, ortopedici, chirurghi che rinunciano letteralmente ad interventi rischiosi ed impegnativi per paura di nuove denunce.

Ma anche nel campo internistico assistiamo ad un proliferare di esami per essere

meno attaccabili da eventuali errori. In più oltre al danno, e ribadisco, IN CASO DI ANCHE SOLA DENUNCIA, si aggiungono anche le beffe: l'assicurazione ti viene COMUNQUE disdettata, e trovarne un'altra diventa sempre più difficile e costosa (anche il doppio; se vinci la causa non hai diritto di contro denuncia, quantomeno è quasi impossibile solo iniziare la pratica, le spese legali sono a tuo ca-



rico e questo è conosciuto da pochi, non sei assicurato quando vai in pensione.

Mi spiego meglio con un esempio.

Il Dott. Pincopalpo, dopo cinquant'anni di onorata carriera decide di dedicarsi alle bocce, non esercita più, avvisa l'Ordine, disdice l'Assicurazione, si iscrive alla Bocciofila Folengo e pensa: è finita, da oggi non rischio denunce, posso dormire sereno!

ERRORE!

Dopo tre anni riceve una richiesta di danni da un paziente di cui non ricorda nemmeno il nome.

ROVINATO?

No, perché è stato previdente o la sua assicurazione gli aveva proposto di pagare, e lui ha accettato, il 100% in più dell'ultima rata per assicurarsi anche per i 5 anni successivi il pensionamento.

Ma dopo altri tre anni, fanno sei, riceve un'altra denuncia da un altro vecchio paziente. Facciamola corta.

ROVINATO?

SI!

Perché?

Perché NON ESISTONO assicurazioni che coprano dopo i 5 anni dal pensionamento mentre le denunce si prescrivono dopo 8\10 anni (a seconda dei casi).

Meditiamo Colleghi meditiamo.....

P.S. Mentre scrivo ho avuto notizia di Sig.ra operata che ha scoperto, dopo 12 anni, di avere una garza dimenticata nello stomaco.

PAOLO GADIOLI

RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

a) denunciare all'Ordine ogni esercizio abusivo della Professione Medica ed ogni fatto che leda il prestigio professionale;

b) informare la Segreteria di ogni eventuale cambiamento di qualifica, di residenza e del conseguimento di specialità o docenze, esibendo il relativo attestato in competente bollo.

Prestanomismo

Si riporta per ulteriori reminiscenze, l'Art. 8 della legge n. 1792, che così recita:

1) Gli esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, ovvero la propria attività, allo scopo di permettere o di agevolare l'esercizio abusivo delle professioni medesime sono puniti con l'interdizione della professione per un periodo non inferiore ad un anno;

2) Gli Ordini e i Collegi Professionali, ove costituiti, hanno facoltà di promuovere ispezioni, presso gli studi professionali, al fine di vigilare sul rispetto dei doveri inerenti alle rispettive professioni.

Salute e "Nanopolveri"

Cari Colleghi,
mi permetto di distogliere la vostra attenzione per un momento dalle abituali attività lavorative e rituali letture quotidiane, per focalizzare la vostra concentrazione su un problema di salute collettivo, che non ci deve trovare impreparati - almeno nella conoscenza delle sue dimensioni e dei suoi dati - perché, di fatto, già ci dobbiamo confrontare con esso nella nostra pratica quotidiana e sempre più lo troveremo nel nostro lavoro negli ospedali o sul territorio.

Come probabilmente saprete il percorso istituzionale per l'approvazione dell'ampliamento del Cementificio di Fumane è giunto (quasi) al termine, e questo significa che è stato concesso, il permesso a questa Azienda di usare, o smaltire, cuocere o incenerire, come lo si voglia chiamare 120000 tonnellate di scarti così suddivisi: 80000 ton di ceneri pesanti (quello che resta in fondo agli inceneritori dopo che hanno bruciato i rifiuti), 30000 ton di scaglie di laminazione, scarti prodotti dall'industria del marmo, e 12000 di gessi di desolfurazione, materiali che vengono "cotti" nei forni a 1000°-1500°. Non si può pensare che tutto ciò sia irrilevante per la salute pubblica, dal momento che, come è ben noto, nulla si crea e nulla si distrugge ed ogni processo di combustione trasforma anche materiali in partenza inerti in elementi tossici e pericolosi. Non per nulla gli impianti di incenerimento rientrano fra le "industrie insalubri" di classe 1° in base all'articolo 216 del Testo Unico delle leggi sanitarie (Gazzetta Ufficiale n. 220 del 20. 09. 1994).

Di seguito riporto alcune delle sostanze emesse da questi impianti e, fra parentesi, gli organi su cui manifestano cancerogenicità: Arsenico (pelle, polmoni, reni, vescica, fegato, colon);

Berillio (polmone); Cadmio (polmone, prostata); Cromo (polmone); Nickel (polmone); Mercurio (polmone, pancreas, colon, prostata, encefalo, rene); Piombo (polmone vescica, rene, gastroenterico); Benzene (leucemia); Idrocarburi policiclici (fegato, polmone, leucemia); Cloroformio (linfoma, vescica, rene, encefalo); Clorofenoli (sarcomi tessuti molli, linfomi Hodgkin e non Hodgkin); Tricloroetilene (fegato, linfomi non Hodgkin); TDCC (linfomi, sarcomi non Hodgkin).

Vorrei ricordare che nel caso di Fumane non si tratta di inceneritore, ma addirittura di un co-inceneritore che si differenzia per due motivi dai "normali impianti di incenerimento. Il primo è che i limiti di emissione ed i controlli imposti



per legge agli inceneritori qui non sono validi e sono purtroppo più permissivi. Il secondo motivo è che si potranno "smaltire" o "cuocere" ben 30 000 ton di ceneri pesanti, che sono quello che resta negli inceneritori normali dopo che si sono bruciati i rifiuti; queste ceneri sono sature di inquinanti pericolosi e metalli pesanti resi biodisponibili dal processo di combustione e, con questo utilizzo, finiscono in parte direttamente nel cemento con cui si costruisce (e quindi nelle nostre case/scuole ecc.) ed in parte nei fumi, nell'aria, e quindi nel terreno e nelle falde acquifere, andando

a contaminare - insieme a tutte le altre emissioni - l'aria che respiriamo od il cibo di cui ci nutriamo.

Il problema della relazione fra qualità dell'aria - ovvero presenza di particelle di diversa grandezza (PM= Particulate Matter) - e salute umana è suffragato ormai da una letteratura scientifica imponente e non può più essere ignorato. Ora vi annoierò un po' con questa pedante ma, penso, utile classificazione: le particelle dell'atmosfera si dividono secondo la loro dimensione: 1) PM10 di dimensioni fino a 10 micron, particolato grossolano - inalabili; 2) PM 2,5 fino a 2,5 micron, particolato fine-respirabili, 3) PM 0,1 particelle ultrafini inferiori 0.1 micron.

È ormai assodato che gli effetti sanitari delle particelle sono inversamente proporzionali alle loro dimensioni e tanto più esse sono fini, tanto più sono pericolose. La letteratura è ormai concorde nel riconoscere, ad esempio, che per esposizione a lungo termine a PM 2.5, si abbia - per ogni incremento di 10 µg/m³ di PM 2.5 - un incremento del: + 6% del rischio di morte per ogni causa, +12% per le malattie cardiovascolari +14% per cancro del polmone. Nelle donne in età post-menopausale, escludendo quelle con precedenti patologie cardio e cerebrovascolari e le fumatrici, l'incremento di rischio si dimostra ben più elevato: per ogni incremento di 10 µg/m³ di PM 2.5 si ha un aumento della mortalità per infarto del 76% e per ictus dell' 83%.

La letteratura più recente segnala inoltre che per le particelle ultrafini il danno sarebbe ancora più imponente. Il meccanismo patogenetico non sarebbe più basato sul peso del particolato inalato, ma sul numero, meglio, sulla superficie disponibile a reagire nell'epitelio dei bronchioli terminali e degli alveoli: si può stimare che meno di un alveolo polmonare su mille entrerà in contatto con una particella PM10 al giorno, mentre un alveolo entrerà in contatto con centinaia di particelle PM 0.1 che hanno una elevata capacità di penetrazione nelle più profonde vie respiratorie. Grazie alle dimensioni, pari a quelle di un virus, queste particelle infatti possono attraversare la parete alveolare e, trasportate dal torrente

circolatorio, penetrare all'interno delle cellule inducendo uno stato di infiammazione generalizzata, nonché interferire con le più delicate funzioni, sia di programmazione che di trascrizione del genoma.

È stato inoltre dimostrato come, attraverso le vie olfattive, le particelle ultrafini possono arrivare ai lobi frontali ed indurre alterazioni istopatologiche correlabili all'Alzheimer.

La capacità degli attuali sistemi di combustione, di lavorare a temperature elevate incrementa ovviamente la quota di particelle di dimensioni fini ed ultrafini che non possono essere completamente trattenute dai sistemi di abbattimento dei fumi, dal momento che anche i più efficienti filtri secondo le BAT (Best Available Technology) sono al più in grado di trattenere particelle al di sopra di 0.8 micron (BAT).

Quindi, paradossalmente le maggiori temperature di combustioni, utili a ridurre la formazione di diossine, di fatto aumentano la produzione di questa frazione di particolato particolarmente pericolosa. E comunque abbiamo già visto che i limiti emissivi validi per gli inceneritori non valgono per i cementifici quale quello presente a Fumane.

Vi ricordo anche che il "notiziario FIMMG" del maggio 2006 dice testualmente: "L'incenerimento dei rifiuti, fra tutte le tecniche di smaltimento, è quella più dannosa per l'ambiente e la salute umana" "producono ceneri nocive (un terzo del peso dei rifiuti in entrata che si devono smaltire in discariche speciali e costose) ed immettono nell'atmosfera milioni di metri cubi di fumi inquinanti, contenenti polveri grossolane e fini costituite da nanoparticelle di metalli pesanti, idrocarburi policiclici, policlorobifenili, benzene, diossine, estremamente pericolose perché persistenti ed accumulabili negli organismi viventi".

L'articolo, che vi invito a consultare, conclude con un taglio socio-politico completamente ignorato dalle istituzioni: "L'incenerimento dei rifiuti è anche il sistema più costoso, ogni italiano nella bolletta dell'ENEL paga il 7% dell'importo per la costruzione di inceneritori che ricevono poi ancora altri sussidi da parte dello Stato. L'Italia è l'unico paese europeo che finanzia l'incenerimento,

tutti gli altri stati impongono invece delle tasse per disincentivarlo".

Anche la Federazione degli Ordini dei Medici, al tempo dell'"emergenza rifiuti" di Napoli ha preso una posizione nettamente a favore di altri tipi di smaltimento, anche se con molta diplomazia e il Consiglio degli Ordini dei Medici Francese ha chiesto una moratoria in tal senso.

Voglio citare ora due articoli di taglio epidemiologico-statistico. Il primo è uno studio condotto in Francia da La Veille Sanitarie – un'Istituzione pubblica analoga al nostro ISS - che ha preso in considerazione 135.567 casi di cancro insorti nel periodo 1990-1999 nelle popolazioni residenti nell'area di ricaduta degli inquinanti emessi da 16 inceneritori di rifiuti urbani attivi tra il 1972 ed il 1990.

Lo studio, del tipo geografico-ecologico, ha considerato l'esposizione a diossine – scelte come indicatore dell'inquinamento complessivo prodotto dagli inceneritori.

L'esposizione è stata suddivisa in diversi percentili, ed i risultati sono stati espressi sotto forma di rischi relativi confrontando il rischio di incidenza nelle aree fortemente esposte (90° percentile) con quello delle aree a minore esposizione (2,5° percentile).

Le patologie tumorali prese in considerazione sono state quelle per le quali precedenti studi avevano dimostrato o evidenziato associazione positiva con l'esposizione ad emissioni da inceneritore.

I risultati, aggiornati al marzo 2008, presentano per la quasi totalità delle patologie tumorali considerate RR > 1. Gli incrementi di rischio risultati statisticamente significativi riguardano:

- tutti i cancri nelle donne + 6%,
- linfomi non Hodgkin + 12% in entrambi i sessi
- mieloma multiplo + 18% nelle femmine + 23% nei maschi
- mammella + 9% nelle femmine
- Inoltre, molto prossimi alla soglia di significatività statistica sono risultati gli incrementi per:
 - sarcomi + 22%
 - cancro al fegato + 16%
 - mielomi multipli + 16% in entrambi i sessi

Il secondo articolo è stato pubblicato negli USA nel 1995 e mette a confronto le aspettative di vita di due popolazioni, la prima vivente in prossimità di inceneritori e la seconda no.

Risulta che l'aspettativa di vita di ogni persona della prima popolazione è inferiore di 9 mesi rispetto alla seconda, cioè la sola presenza di un inceneritore è devastante per la salute.

Siamo di fronte ad un problema che può essere la ripetizione, in dimensioni molto più grandi, del caso dell'asbesto: come ben sapete esso fu sospettato di essere pericoloso già alla fine dell'800, dagli anni '60 in poi ci furono su di esso grandi dibattiti e grandi silenzi finché ne fu bandito l'uso solo nel 1992.

Nel frattempo fu una vera strage, non ancora terminata, infatti ci si aspetta che il picco del danno sia intorno al 2015. Saremmo degli stolti incoscienti se ripetessimo lo stesso errore indegni del nostro lavoro.

Mi interessa solo l'aspetto strettamente sanitario della questione, non quello estetico, né quello agricolo, né quello economico o politico, già oggetto di un grosso dibattito tra varie personalità locali ed anche internazionali.

La salvaguardia dell'ambiente è un aspetto fra i più importanti della salvaguardia della salute e se ogni persona è tenuta a preservarla, un medico lo deve fare due volte.

Mi scuso per aver abusato fin qui della vostra pazienza e vi ringrazio per avermi concesso la Vostra attenzione. Auspico che da questo messaggio possa nascere un dibattito in ognuno di noi e fra di noi, e proporrei che l'argomento sia trattato anche in forma ufficiale dalle nostre istituzioni.

Se ci fosse una presa di posizione da parte di chi di noi è sensibile alla questione – anche con una firma di adesione a questo o a successivi appelli – credo che sarebbe di impatto non trascurabile.

Se avete proposte, argomenti da chiarire, questioni oscure o volete manifestare il vostro appoggio o disaccordo, o dare un seguito a questa iniziativa, sono a disposizione e fatemelo sapere, vista l'importanza del problema e la contiguità di esso con il nostro lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- Cormier SA et al - Origin and health impacts of emissions of toxic by-products and fine particles from combustion and thermal treatment of hazardous wastes and material - *Environ Health Perspect* (2006) vol 114(6): 810 -7
- Inventario della Commissione Europea, rapporto finale del 31.12.2000, 3° volume, pag 69 http://ec.europa.eu/environment/dioxin/pdf/stage2/volume_3.pdf
- Pope AC. Cardiovascular mortality and long term exposure to particulate matter air pollution. *Circulation* (2004); 109: 71-77
- Pope AC Lung cancer, cardiopulmonary mortality, and long term exposure fine air pollution. *Journal of American Medical Association*, (2002); 287:1132-1141
- Kristin A. Long-Term Exposure to Air Pollution and Incidence of Cardiovascular Events in Women. *N Engl J Med* (2007); 58 :356-447
- The Royal Society and The Royal Academy of Engineering Nanoscience and nanotechnologies <http://www.royalsoc.ac.uk/>
- Oberdorster G. Nanotoxicology: an emerging discipline from studies of ultrafine particles *Environ Health Perspect*. (2005); 113: 823-839
- Jesus A. Ambient particulate pollutants in the ultrafine range promote early atherosclerosis and systemic oxidative stress *Circ Res*. (2008); 102:589-596
- Calderón-Garcidueñas L. Pediatric Respiratory and Systemic Effects of Chronic Air Pollution Exposure: Nose, Lung, Heart, and Brain Pathology *Toxicologic Pathology* (2007); 35:154-162
- Steenland K et al – Dioxin revisited: developments since the 1997 IARC classification of dioxin as a human carcinogen - *Environ Health Perspect* (2004); 112(13): 1265-8
- Franchini, M., et al. - Health effects of exposure to waste incinerator emissions: a review of epidemiological studies, *Ann. I.S.S.* (2004)
- Tusscher GW et al – Open chemical combustions resulting in a local increased incidence of orofacial clefts. *Chemosphere* (2000); 40: 1263-70
- Staessen JA et al -Renal function, cytogenetic

- measurements, and sexual development in adolescents in relation to environmental pollutants: a feasibility study of biomarkers - *Lancet* (2001) 357:1660-9
- Miyake Y et al - Relation between distance of school from the nearest municipal waste incineration plant and child health in Japan - *Europ. Jour. of Epidemiology* (2005) 20: 1023-1029
- Barbone F et al Comparison of epidemiological methods in a case control study of lung cancer and air pollution in Trieste Italy - *Epidemiol Prev* 1995; 19: 193-2005
- Biggeri A et al Pollution and lung cancer in Trieste; Italy spatial analysis of risk as a function of distance from sources - *Environ Health Perspect* 1996; 104(7): 750-54
- Floret N et al-Dioxin emissions from a solid waste incinerator and risk of non Hodgkin lymphoma - *Epidemiology* 2003;14(4):392-98
- Floret N -A municipal solid waste incinerator as the single dominant point source of PCDD/Fs in an area of increased non -Hodgkin's lymphoma incidence - *Chemosphere* (2007) Jul; 68(8): 1419-26.
- Biggeri A et al Mortalità for non Hodgkin lymphoma and soft-tissue sarcoma in the surrounding area of an urban waste incinerator. Campi Bisenzio (Tuscany, Italy) 1981-2001 - *Epidem Prev* (2005) May-Aug;29(3-4):156-9
- Bianchi F et al Mortalità for non Hodgkin lymphoma in the period 1981-2000 in 25 Italian municipalities with urban solid waste incinerators - *Epidem. Prev* (2006) Mar-Apr;30(2):80-1.
- Knox EG "Childhood cancers and atmospheric carcinogens" in *Jour. of Epidemiology and Community Health* 2005; 59: 101-105
- Viel JF et al "Soft-tissue sarcoma and Non Hodgkin's Lymphoma clusters around a municipal solid waste incinerator with high dioxin emission levels" in *Am. J Epidemiol.* 2000, 152 (1):13-9P. 50)
- Comba et al "Risk of soft tissue sarcomas and residence in the neighbourhood of an incinerator of industrial wastes" in *Occup. Environ.Med* 2003; 60: 680-683
- Zambon, P et al. - Sarcoma risk and dioxin

- emissions from incinerators and industrial plants: a population based case-control study (Italy), *Environmental Health*(2007) Jul 16;6:19
- Etude d'incidence des cancers a proximité des usines d'incineration d'ordures menageres Institut de Veille Sanitaire, Sant Maurice Fabre P. (2008) (accesso 01/02/09) http://www.invs.sante.fr/publications/2008/rapport_uiom/rapport_uiom.pdf
- Report finale Progetto Europeo "Enhance Health" - Interreg IIIC East Program, pdf://www.arpa.emr.it/cms3/documenti/cerca_doc/rifiuti/inceneritori/enh_relazione_finale, (accesso 01/02/2009)
- Late lessons from early warnings: the precautionary principle 1896-2000 <http://www.eea.eu.int>
- Trattamento dei rifiuti e Salute: Posizione dell'Associazione Italiana di Epidemiologia *E&P* anno 32(4-5) luglio- ottobre 2008 pag. 184-187
- Lettera aperta ai Colleghi dell'AIE *E&P* anno 32(4-5) luglio- ottobre 2008 pag 188
- Paolo Rabitti Ecoballe Aliberti Editore
- Bolognini M. et al. Inceneritori, Salute Pubblica ed interessi economici: il pensiero di alcuni medici *E&P* anno 32 (1) gennaio-febbraio 2008 pag 8-12
- http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_6121.pdf
- <http://www.artac.info/static/telechargement/RapportIncineration.pdf>
- http://www.ecomed.org.uk/content/IncineratorReport_v3.pdf
- http://201.216.215.170/isde.org/images/pdf/isde_waste_incinerator_resolution.pdf
- <http://wmr.sagepub.com/cgi/content/abstract/26/2/147>

BEGHINI GIOVANNI
SAN FLORIANO – VERONA
giovannibeghini@gmail.com

✂

VERONA MEDICA - Palazzo Vitruvio Cerdone - Via Locatelli, 1 - 37122 VERONA **TEMPO LIBERO**

CERCO, OFFRO E SCAMBIO:

DEPENNARE LE VOCI CHE NON INTERESSANO

.....

COGNOME

NOME

INDIRIZZO

TELEFONO

N° TESSERA ORDINE

Il Carcinoma Prostatico localizzato, T1-T3b. La Radioterapia e linee-guida sui principali trattamenti. (Parte II)

Dott. FRANCO CAMPOSTRINI

Direttore della U.O. di Radioterapia Oncologica e Medicina Nucleare. Ospedale "Mater Salutaris", Legnago. Tel. 0442 632440 e-mail: franco.campostrini@aulsslegnago.it

A. INTRODUZIONE

Nella precedente edizione di questa Rivista Medica ⁽¹⁾ sono state esposte le generalità, riguardanti la biologia, la patologia, la stadiazione e le moderne cure del Carcinoma Prostatico (CaPr). Al Lettore suggeriamo di consultare tale rassegna (Parte I) che introduce e supporta tutti i dati ed i concetti che verranno commentati nel presente lavoro (Parte II).

Ci dedichiamo ora ai trattamenti specifici del CaPr, illustrando in modo dettagliato i protocolli di cura validati

da studi scientifici con alti livelli di evidenza ed i risultati più significativi delle varie modalità terapeutiche impiegate. Insisteremo molto sulla diligente elencazione dei risultati ed effetti collaterali dei trattamenti per questa neoplasia, poiché è il bilancio costo/benefici il criterio definitivo al quale il Medico si appella nelle sue più difficili scelte per il paziente.

Sono tre le strategie di cui ci occuperemo, la Radioterapia (RT), la Chirurgia (CH), e la Ormonoterapia (OT), con particolare riguardo per la cura radiante. Per ragioni di spazio non faremo menzione di interessanti ed efficaci strumenti come la Crioterapia e la HIFU (High -Intensity Focused Ultrasounds) che richiedono trattazioni separate.

Il nostro target sarà il CaPr localizzato, T1-T3b, ma verranno incluse pure le

forme più avanzate (T4) appartenenti a casistiche miste T2-T4.

Anche in questa occasione prece- diamo il lavoro con una tabella dei più ricorrenti acronimi ed abbreviazioni che vi appariranno, per comodità di lettura. (Tabella I).

- Le indicazioni (o "raccomandazioni" per assonanza con il termine anglo- sassone) che daremo per la cura del CaPr sono una sintesi integrata sia delle linee-guida Americane NCCN già citate, ⁽³¹⁾ sia delle indicazioni formulate dalla European Society of Urology ⁽³⁴⁾. Il "livello di evidenza" delle indicazioni che proporremo è classificato secondo la scala NCCN (National Comprehensive Cancer Network) che riportiamo di seguito (Tab. III). Il nostro compito sarà di approfondire e motivare ognuna di esse alla luce della letteratura più aggiornata, dell'importanza dei risultati offerti dalle singole metodiche di cura e degli orientamenti delle Scuole italiane più influenti.

• Una volta ottenuta la stadiazione TNM completa della malattia ⁽¹⁾, pur accettando i limiti di sensibilità e specificità delle tecniche di imaging discusse nella prima parte (ECO, RMN, TAC etc.) ⁽¹⁾, è importante concettualmente ed utile nella pratica clinica effettuare una distinzione dei pazienti in sottogruppi prognosticamente diversi, poiché la terapia varia in relazione alla aggressività del CaPr.

Numerosi studi realizzati nell'era del PSA hanno dimostrato come non solo il parametro T, ma anche i valori del PSA e lo score di Gleason al momento della diagnosi hanno un significato predittivo indipendente dell'outcome. Incrociando il valore prognostico di

TAB. I - Acronimi ed abbreviazioni del lavoro

LR, IR, HR	Low risk, Intermediate risk, High risk (pazienti a...)
BRT	Brachiterapia
CBi	Controllo biochimico del PSA
CSS	Cause Specific Survival: sopravvivenza specifica per il CaPr (od anche curva di mortalità dovuta al CaPr)
DSS	Disease Specific Survival: sopravvivenza libera da progressione specifica
DFS	Disease free survival: sopravvivenza attuariale libera da ogni malattia
FFF	Freedom from biochemical and /or disease
OS	Sopravvivenza globale (curva di mortalità per ogni causa)
PFS	Progression Free Survival (ogni tipo)
PR	Prostatectomia radicale
RT	Radioterapia (ogni forma)
RTA	Radioterapia Adiuvante alla Chirurgia
RTE	Radioterapia esterna

TAB. II - Livelli di evidenza secondo la NCCN per una Raccomandazione terapeutica

Categoria 1	La Raccomandazione (R), diagnostica o terapeutica, è basata su un alto livello di evidenza scientifica (es: studi randomizzati controllati) e vi è un consenso uniforme del panel NCCN
Categoria 2A	La R è basata su un livello inferiore di evidenza scientifica, ma è sostenuta dal consenso uniforme del panel NCCN
Categoria 2B	La R è basata su un livello inferiore, rispetto il precedente di evidenza scientifica, e non è sostenuta dal consenso uniforme del panel NCCN
Categoria 3	La R riflette un prevalente disaccordo nel panel NCCN

tali fattori, nei pazienti con diagnosi di CaPr sono stati identificati 3 gruppi di rischio per recidiva biochimica⁽¹²⁾ dopo prostatectomia^(19, 20, 21) (basso, intermedio, elevato), che offrono una immediata stima delle probabilità di evoluzione della loro malattia. Successivamente, la suddivisione è stata recepita ed integrata con un quarto sottogruppo definito a "rischio molto elevato" dal panel di esperti del National Comprehensive Cancer Network (NCCN)⁽³⁴⁾ per la elaborazione delle loro linee-guida. Nella nostra trattazione queste vengono adattate alle categorie di D'Amico. La Tabella III riproduce ambedue le classificazioni

B. TRATTAMENTI PER CLASSI DI RISCHIO

a) Categoria a basso rischio (LR): opzioni terapeutiche

1. Vigile attesa; *Grado di raccomandazione: 2A.* Per alcune categorie di pazienti, a prognosi relativamente buona, si può rinunciare ad ogni di trattamento oncologico ed attuare un monitoraggio attivo della malattia, o vigile attesa (watchful waiting: ww). Candidati a questa scelta sono i soggetti con Gleason 6, < 50% di biopsie positive, valori di PSA < 10

ng/ml ed una aspettativa di vita < 10 anni^(31, 34).

Argomenti a favore sono i dati di mortalità cancro-specifica (CSS) che incide in modo irrilevante nei primi cinque anni dalla diagnosi per i pazienti LR^(1, 2, 6, 15). Per i soggetti con aspettativa di vita > 10 anni è preferibile invece una scelta terapeutica, poiché a 15 anni di osservazione il loro tasso di mortalità per CaPr risulterebbe 6 volte superiore rispetto ai primi 5 anni di follow-up⁽³⁹⁾. Una parziale smentita a questa ricerca deriva da un recente studio disegnato in modo simile, di confronto fra 347 pazienti con prostatectomia (47 % ca extracapsulari) vs. 348 soggetti sotto-

posti a solo ww (44.5 % con PSA > 10 ng/ml, corrispondenti al grado intermedio –alto di D'Amico). Dopo un follow-up medio di 10.8 anni i soggetti operati ebbero un significativo miglioramento della CSS e del rischio di metastasi rispetto ai non trattati (p = 0.03). Tuttavia il beneficio ebbe luogo nei primi nove anni di f.up, senza alcuna variazione negli anni successivi⁽⁶⁾. L'argomento del ww rimane quindi ancora aperto almeno per le categorie a rischio medio-elevato. La stima approssimativa della aspettativa di vita può essere ottenuta consultando le "Social Security Administration tables", suggerite dal panel NCCN⁽³¹⁾. Ma nella pratica clinica questo giudizio dipende in massima parte da criteri personali.

Altri parametri di valutazione indispensabili per scegliere il ww alla diagnosi di CaPr, sono la completa stadiazione, il peso delle comorbidità e l'impegno di un monitoraggio molto attivo, che nei soggetti più giovani implica anche la ripetizione di biopsie prostatiche periodiche.

Il watchful waiting è un complesso argomento al quale abbiamo solo accennato e che richiede una trattazione a parte.

Qualora il paziente, opportunamente informato, scelga di curare la malattia, la Chirurgia e la Radioterapia alle quali viene attribuita in modo unanime eguale efficacia, sono le due proposte prioritarie.

TAB. III - Le classificazioni delle classi di rischio per i pazienti con CaPr

Classificazione di D'Amico (19, 20, 21)	Classificazione NCCN (31)
<i>Rischio basso:</i> Controllo biochimico a 10 anni: 83 %; T1c, T2a e PSA ≤ 10ng/ml e Gleason ≤ 6	<i>Rischio basso:</i> T1- T2a e PSA < 10 ng/ml e Gleason 2- 6
<i>Rischio intermedio:</i> Controllo biochimico a 10 anni: 46 %; T2b o PSA > 10 e ≤ 20 ng/ml o Gleason score 7	<i>Rischio intermedio:</i> T2b –T2c o PSA 10 - 20 ng/ml, o Gleason score 7
<i>Rischio elevato:</i> Controllo biochimico a 10 anni: 29 %; T2c o PSA > 20ng/ml o Gleason score ≥ 8	<i>Rischio elevato:</i> T3a o PSA > 20ng/ml o Gleason 8-10 <i>Rischio molto elevato</i> T3b-T4

TAB. IV - Risultati della Prostatectomia radicale per il CaPr a basso rischio

Autori,	Biblio	N. pazienti	F-up medio	Controllo biochimico, anni
Zincke 1994,	78	3170	60 mesi	5a : 70%; 10a : 52%
Han 2001,	26	2404	75 m	5a : 84%; 10a : 74%
Kupelian 2004,	43	1034	56 m	5a : 81%; 10a : 76%
D'Amico 2001,	20	1020	45 m	10a : 83%;
Hull 2002,	35	1000	53 m	10a : 83%;
Catalona 1994,	13	925	28 m	5a : 78%; 10a : 65%
Potters 2004,	57	746 (T1-T2)*	64 m	7a : 79%,
Trapasso 1994,	69	601	34 m	5a : 69%, 10a : 47%

*Non applicata la distinzione in gruppi di rischio

2. (LR): La Chirurgia; *Grado di raccomandazione: 2A.* La prostatectomia radicale (PR) è la prima opzione offerta ai pazienti e rappresenta la cura più diffusa per i Ca Pr- LR. Le linee-guida prevedono anche la linfoadenectomia pelvica, o semplice sampling, quando le probabilità di metastasi linfonodali è > 7% (31). Gli aspetti generali di questa modalità di terapia sono stati esposti nella parte I (11), ci si limita pertanto a riferire i puri valori di sopravvivenza e le complicanze della PR.

Le cospicue casistiche riportate in letteratura rendono conto della vastissima esperienza accumulata in molti decenni nel mondo Uro-Oncologico riguardo la PR e della sua netta superiorità numerica come cura primaria per il Ca Pr.

• *I risultati della Chirurgia nel CaPr -LR.* La tabella IV elenca una serie di risultati della chirurgia per il Ca Pr fra i più significativi, che si riferiscono a casistiche molto numerose. Il controllo biochimico (CBi) a 5 anni varia dal 69% ad oltre l'80% ed a 10 anni può ancora superare l'80 %.

- Le complicanze della chirurgia più comuni sono elencate nella Tabella V. Il livello di queste manifestazioni iatrogene può essere notevolmente inferiore in Centri di cura con grossa esperienza chirurgica per il CaPr. La tecnica "nerve sparing" può limitare l'incidenza delle disfunzioni erettili ma è gravata da un più elevato tasso di recidive locali. (34)

3. (LR): La Radioterapia Esterna e Brachiterapia; *Grado di raccomandazione: 2A.* La Radioterapia (RT esterna e Brachiterapia) è considerata l'alternativa più efficace alla chirurgia nei soggetti con malattia clinicamente localizzata. Per gli aspetti generali delle metodiche si rimanda alla Parte I (11). Riferiamo ora risultati e complicanze.

• *I risultati della Radioterapia esterna (RTE) nel CaPr -LR*
Per i CaPr-LR gli studi di RTE realizzati negli ultimi decenni sono in numero limitato rispetto all'abbondanza di resoconti riguardanti la BRT per la stessa categoria di pazienti. I reports di RTE, alcuni di natura randomizzata ma con modesto potere statistico, hanno indicato una sostanziale equivalenza nei risultati terapeutici erogando 70-72 Gy rispetto a dosi più elevate, fino a 78 Gy (14, 22, 23, 27, 36, 52 56, 77).

Ne deriverebbero sensibili vantaggi impiegando i bassi dosaggi per la ridotta durata del trattamento e la diminuita incidenza di effetti collaterali. Tuttavia una recente ricerca retrospettiva con almeno 9 anni di follow-up (42), ha evidenziato un guadagno statisticamente significativo nei pazienti LR trattati con 78 Gy (30 paz.) vs. 70 Gy (31 paz.) (88% vs. 63 % DFS a 8 anni, rispettivamente, p = 0.042). Questo differente andamento prognostico ha richiesto 6 anni per manifestarsi, dimostrando come i trials clinici

nel CaPr esigono lunghi periodi di osservazione (42, 43, 52, 56).

L'indicazione per il sottogruppo LR è quindi di erogare almeno 72 Gy con tecnica conformazionale, e di valutare dosi più elevate in relazione alla compliance del paziente.

Complessivamente i dati indicano un eccellente controllo biochimico a 5 anni (fino al 98%) a 10 e 15 anni (10-100 %).

- Le complicanze acute della RTE variano sensibilmente secondo i vari Autori e possono raggiungere percentuali elevate, soprattutto le uretrovescicali (Grado 2: fino al 28-30%) e le intestinali (Grado 2: fino al 40%). Ma questi sintomi regrediscono più o meno completamente nei mesi successivi alla RT. Sono più impegnative le complicanze tardive come appare nella Tabella VII.

Questi dati sui livelli di tossicità da raggi sono simili anche per le altre classi di rischio e non verranno più ripetuti.

• *I risultati della Brachiterapia nel CaPr a basso rischio*

Le applicazioni di BRT con impianti permanenti (11) sono in costante ascesa e negli Stati Uniti ormai circa un quarto dei pazienti con CaPr localizzato viene sottoposto a questa modalità terapeutica (72). In Italia la BRT prostatica è ancora poco diffusa, data la carenza molto critica di Centri

TAB. V - Le complicanze tradizionali della Chirurgia (34)

Complicanze	Incidenza (%)
Morte perioperatoria	0.0-2.1
Emorragia importante	1.0-11.5
Danno rettale	0.0-5.4
Trombosi profonda venosa	0.0-8.3
Embolia polmonare	0.8-7.7
Linfocele	1.0-3.0
Fistole, perdite anastomotiche	0.3-15.4
Incontinenza lieve	4.0-50.0
Incontinenza grave	0.0-15.4
Impotenza	29.0-100.0
Ostruzione collo vescicale	0.5-14.6
Ostruzione ureterale	0.0-0.7
Ostruzione uretrale	2.0-9.0

TAB.VI - I risultati della Radioterapia esterna (± BRT) nel CaPr a rischio basso

Autore *	N. pazienti	Follow-up medio (mesi, anni)	Dosi in Gy	Controllo della malattia
Shipley 1999	1765 (T1-T2)*	3.1 a.	media: 63-69	5a. OS 85%, 5a. DSS 82.5%, 5a. CBI 65.8%
Brachman 2000	1527 (T1-T2)*	41 m	media: 66.6	5a. FFS : 69 %
Kupelian 2004 °	301 484	49 m	> 72 < 72	7a. CBI : 81% 7a. CBI : 48%, p = 0.010
Potters 2008	340	58 m	74	7a. CBI : 77%
Zelesky 2002	272	24 m	81-86	4a. CBI : 92%
Hurwitz 2002	264	35 m	57.6- 69	5a. CBI : 80.2%
Cheung 2005	235	N.S	60-78	5a. CBI : 88%, 10a. CBI : 71%
Lyons 2000 196	97	45 m	> 72 < 72	5a. CBI : 98% 5a. CBI : 81%, p <0. 001
Hanks 1998	96	60 m	media 72	5a. CBI : 82%
Sylvester 2007	59	9.43 a	45 + BRT	15a. CBI : 85.8 %

* In Bibliografia ° Studio randomizzato
Acronimi: vedi tabella I

specializzati in grado di eseguirla, ma le richieste per tale mezzo di cura registrano un continuo incremento. I risultati della BRT sono ormai maturi per trarre delle conclusioni definitive sul ruolo centrale che la metodica ha assunto nell'approccio al CaPr ed un numero ragguardevole di casistiche comprendenti migliaia di pazienti con prolungati follow-up ne hanno documentato sia il valore nel controllo della malattia, sia le complicanze attese (72). Prima di affrontare i dettagli veri e propri riguardanti i dati di efficacia della BRT, sono necessarie alcune precisazioni (16).

- **Raccomandazioni Internazionali:**
 - *Pazienti a basso rischio:* Sono i candidati più idonei alla cura brachiterapica.
 - *Pazienti a rischio intermedio:* la BRT viene ammessa, a condizione di associare la RT esterna, in presenza di 1 solo dei 3 principali parametri di rischio illustrati (T3a-b, o PSA ≥ 10, o Gleason ≥ 7) poichè aumentano le probabilità di una diffusione extracapsulare della malattia. Non mancano tuttavia esperienze promettenti sull'ef-

ficacia terapeutica della BRT nei pazienti a rischio intermedio ed alto. - *Pazienti ad alto rischio.* Non è ancora accettata in modo unanime la BRT per questa categoria di pazienti (34). Non esistono ancora trials prospettici randomizzati di confronto fra la BRT e le altre modalità di cura praticate per il CaPr localizzato. Tuttavia studi dell'ultimo decennio retrospettivi effettuati su ampie serie di pazienti hanno paragonato la RT esterna, la BRT e la Chirurgia, riferendo tassi di controllo biochimico a 5 (21) 7 (57) e 10 anni (43) sovrapponibili. Nella valutazione dei parametri di efficacia va ricordato che i trattamenti ormonali associati sono molto frequenti ed altrettanto le combinazioni di RTE e BRT e/o Ormonoterapia (50, 58). *Anche per la BRT i risultati apparsi in letteratura sembrano molto validi, con tassi di CBI che spesso raggiungono e superano il 90% ad oltre 5 anni di proiezione attuariale (89% a 12 a, 86% a 15 a) (Tabella VIII).* - Le complicanze della BRT non risultano più numerose e severe rispetto alla Radioterapia esterna, come appare dalla Tabella IX: la ritenzione

acuta urinaria e la stenosi uretrale tardiva rappresentano i danni più rilevanti (16, 24).

4. (LR): L'Ormonoterapia esclusiva; *Grado di raccomandazione: 3.* Nonostante una mancanza di dati sull'efficacia di questa terapia medica nel CaPr localizzato LR, un numero

TAB. VII - Le complicanze tradizionali da Radioterapia esterna per ogni categoria di rischio (4, 34, 77)

Complicanze acute	Ogni significativa tossicità ≥ grado 2
Uretrite, cistite, prostatite	28-30%
Proctite	4-40%
Complicanze tardive	
Stenosi urinaria	7.1%
Incontinenza urinaria	5.3%
Impotenza	45 % (ad 1 anno)
Proctite	4- 8.2%
Diarrea cronica	3.7%
Ostruzione intestinale	0.5%
Linfedema	1.5%

TAB. VIII - I risultati della Brachiterapia (BRT) nel CaPr a basso rischio

Autore *	N. pazienti	Follow-up medio (mesi, anni)	Tecnica	Controllo biochimico (CBI) e DSS
Zelevsky 2007	1831	63 mesi	I	8a. 93 %,
Kupelian 2004	950	47 m.	I	5a. 83 %, 7a. 75%
Stock 2006	680	3.8 anni	I	10a. 99.6 DSS
Guedea 2006	668	48 m.	I	3a. 93%
Cosset 2008	533	60 m.	I	5a. 97%
Nobes 2009	490	54 m	I	5a. 98%
Potters 2008	481	82 m.	I, Pd ± OT ± RTE	12a. 89%
Blasko 2000	230 (40% HR)	41.5 m	I, Pd	9a. 83.5%
Stone 2005	146	72 m.	I ± OT	10a. * 94%
Zelevsky 2000	146	48 m.	I	5a. 88%
Battermann 2004	116	50 m.	I	5a. 88%; 9a. 74 %
Sylvester 2007	59	9.43 a		15a. 85.8 %
Kollmeier 2003	73	75 m	I + Pd ±OT	8a. : 88%

* In Bibliografia
I = Iodio 125 , OT = Ormonoterapia , Pd = palladio 103 ,

crescente di pazienti viene sottoposto a deprivazione androgenica, in alternativa alla chirurgia od alla RT. L'OT in questa categoria di rischio non è consigliata dalle maggiori Società Scientifiche, rappresentando un overtreatment in considerazione dell'andamento "indolente" della malattia ^(31, 34, 46) Un importante studio retrospettivo di Lu-Yau ⁽⁴⁷⁾ conforta tale atteggiamento. Due ampie coorti di 7867 e 11404 pazienti con età media di 77 anni ed affetti da Ca Pr T1-T2, furono sottoposti a OT antiandrogenica od a semplice osservazione. Dopo un follow-up medio di 81 mesi le curve attuariali a 10 anni non dimostravano alcun miglioramento della sopravvivenza nei pazienti con OT. ⁽⁴⁷⁾

b) **Categoria a rischio intermedio (IR): opzioni terapeutiche**

1. Vigile attesa; Grado di raccomandazione 2 A.

Secondo le linee guida Americane ed Europee anche per i pazienti a rischio intermedio (IR) può essere consigliata la ww, rimanendo invariate le consi-

derazioni espresse per il gruppo LR, a cui si rimanda. Tuttavia è doveroso osservare che tutte le curve di sopravvivenza delle casistiche più consistenti dimostrano per i pazienti IR un controllo biochimico a 10 anni di circa il 50%, indicando che anche nei soggetti con aspettativa di vita inferiore ad un decennio la malattia può evolvere con notevoli probabilità. L'indicazione alla politica di vigile attesa richiede una particolare cautela.

2. (IR): La Chirurgia; Grado di raccomandazione: 2 A.

Valgono le stesse valutazioni espresse per il gruppo LR a cui si rimanda. Le casistiche di CaPr a rischio intermedio esclusivo, operati di CaPr sono molto ridotte, esse descrivono comunque controlli biochimici a 5 e 10 anni del 68-76% e 46%, rispettivamente ^(21, 40, 62).

3. (IR): la Radioterapia Esterna; Grado di raccomandazione: 2 A.

- Nei pazienti a rischio intermedio la RTE esclusiva è largamente impiegata in modo esclusivo e/o in asso-

ciazione con la BRT o la ormonoterapia (OT), tuttavia sono ancora argomenti aperti le dosi indicate per la cura della malattia ed i protocolli di associazione con le altre metodiche riferite.

TAB. IX - Le complicanze da BRT per ogni categoria di rischio (16,24)

Complicanze acute	Ogni significativa tossicità ≥ grado 2
Uretrite Cistite, prostatite	5.3%
Ritenzione acuta d'urina	5%-19%
Ematuria	2%
Proctite	<5%
Complicanze Croniche	
Stenosi urinaria	2-10%
Incontinenza urinaria	3%
Uretrite e cistite cronica	<5%
Impotenza	20-50%
Proctite	1%

TAB. X - I risultati della Radioterapia esterna (\pm BRT) nel CaPr a rischio intermedio

Autore *	N. pazienti	Follow-up medio (mesi, anni)	Tecnica	Controllo biochimico (CBi) e DSS
D'Amico 2003	973	41 mesi	NS	5a. 97.5% CSS 8a. 93% CSS
Ho 2009	558	60 m	45 + BRT \pm OT	10a. 86%
Cheung 2005	382	Non Specificato	60-78	5a. 79% 10a. 50 %
Potters 2004	340	58 m	70	7a. 77%
Klein 2009	321	NS	81	5a. 80% 8a. 76%
Kupelian 2004	301 *	49 m	> 72 Gy	7a. 81%
Goldner 2009	243 +OT	65 m	70	5a. 80%
D'Amico 1998	232	38m	66 media	5a. 60 %
Kuban s.r. 2008	139	102m	70 -78	70 Gy : 8a. 76% 78 Gy : 8a. 86%
Roach 2003	198	59.5 m	70+OT	4a. 63.9% PFS
Sylvester 2007	50	9.43 anni	45 + BRT	15a. 80.3%

* In Bibliografia
Controllo biochimico e della malattia, *rischio basso ed intermedio; s.r.= studio randomizzato
PFS: (Progression Free Survival) ogni tipo di progressione, biochimica e/organica
CSS: Cause specific survival: sopravvivenza libera da CaPr

Per quanto riguarda il dosaggio complessivo, nei trials di dose escalation non è possibile distinguere i risultati ottenuti nei pazienti a rischio intermedio rispetto agli altri gruppi di rischio. La tendenza più moderna è comunque di somministrare dosi sempre più elevate, in accordo ai risultati nella categoria ad alto rischio dove l'escalation della dose ha prodotto dei vantaggi nei parametri di efficacia (22, 52, 55, 61, 77). L'incremento della dose fino a 76-80 Gy è raggiungibile, senza aggravare il rischio di complicanze, grazie alle moderne tecniche conformazionali, in particolare la IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy) e la IGRT (Image Guided Radiation Therapy), che sono in rapida diffusione nei centri di Radioterapia standard. I risultati veri e propri vengono elencati nella Tabella X dove si osserva che le dosi riferite in letteratura variano dai 70 agli 81 Gy con tassi di controllo biochimico e sopravvivenza causa specifica fino all'86% e 93% a 8 anni rispettivamente.

Le complicanze non differiscono da quelle analizzate per i gruppi precedenti ai quali si rimanda (Tabella VII).

- (IR): **RTE + Ormonoterapia:** *Grado di raccomandazione: 2 A.*

La RTE è spesso associata alla OT antiandrogenica, considerato il rischio di diffusione a distanza che contraddistingue i pazienti in questa condizione di malattia (ricaduta biochimica a 10 anni: 50%). Studi prospettici randomizzati di fase III, che includono anche percentuali di pazienti ad alto rischio, hanno dimostrato che l'integrazione di un breve corso di OT (generalmente un analogo LHRH somministrato per 3-8 mesi) con la RTE migliora in modo statisticamente significativo il controllo locale (31), la DFS (8, 31) il CBi (8, 31, 45), la CSS e la OS (18). Con l'impiego di tale combinazione la CSS può raggiungere il 97% a 7 anni (18).

La durata del trattamento ormonale non è ancora definitivamente stabilita; uno studio randomizzato di Crook

(17) non evidenzia alcuna differenza fra 3 ed 8 mesi di OT nei pazienti trattati anche con RTE. Le linee guida (31, 34) suggeriscono quindi un breve corso di 4-6 mesi di terapia medica antiandrogenica associata alla RTE.

4. (IR): La Brachiterapia; *Grado di raccomandazione 3.* Nell'ultimo decennio i continui miglioramenti delle tecniche e le informazioni sempre più accurate sulla stadiazione e la storia naturale del CaPr, hanno ispirato un numero crescente di trattamenti con BRT anche in pazienti a rischio intermedio, per i quali tale metodica non è ancora completamente accettata dal panel NCCN (31). Tuttavia studi più recenti hanno invece ripetutamente evidenziato che i risultati in termini di controllo biochimico dopo BRT sono del tutto eccellenti e sovrapponibili a quelli ottenuti nella categoria a basso rischio (5, 16, 25, 30, 40, 41, 43, 49, 58, 63, 65, 77) (Tabella XI). Salvo poche eccezioni (5) il controllo biochimico e/o la DSS variano dal 80 al 98% con follow-up

molto estesi nel tempo. Per esempio nello studio retrospettivo di Sylvester ⁽⁶³⁾ il controllo biochimico a 15 anni è stato del 80%.

La BRT raramente viene impiegata come tecnica esclusiva, ma in gran parte è associata alla RT esterna od alla OT. Il razionale delle due metodiche integrate è di irradiare un ampio volume "di sicurezza" che oltrepassi i limiti anatomici della prostata e comprenda anche le vescicole.

La OT ha la duplice funzione di ridurre il volume prostatico prima dell'irradiazione e combattere nello stesso tempo i microfocolai metastatici a distanza. Ma la cura ormonale nei pazienti a rischio intermedio rimane solo un'opzione, mancando studi definitivi con evidenze statisticamente significative sul suo ruolo ⁽³¹⁾

c) Categoria a rischio elevato (HR): opzioni terapeutiche

Nei pazienti HR aumentano in modo

spiccato le probabilità sia di recidive locali dopo terapia, sia di metastasi a distanza. La malattia in questo sottogruppo prognostico viene generalmente affrontata con approccio più aggressivo dei precedenti, nell'ottica di un controllo generale del processo neoplastico.

Per tale motivo perdono quota le indicazioni per la Chirurgia, mentre ha precedenza assoluta la Radioterapia abbinata ad una cura sistemica di tipo ormonale.

1. (HR): la Radioterapia Esterna Esclusiva; *Grado di raccomandazione: non definito.* L'impiego della RTE come mezzo prioritario di cura è unanimemente raccomandato nelle linee-guida internazionali per i pazienti HR

Come già detto, le casistiche riguardanti solo pazienti HR sono numericamente molto limitate, mentre la maggioranza dei trials comprende

casi misti, a (basso) intermedio ed alto rischio e/o in associazione alla OT.

Per trattare con intento curativo la malattia in questo stadio, vengono consigliate dosi elevate (76-81 Gy), sulla base di studi randomizzati di fase III in pazienti non ormonotrattati che hanno evidenziato una migliore efficacia, statisticamente significativa, impiegando dosaggi aggressivi rispetto agli approcci tradizionali con 70-74 Gy ^(22, 52, 55, 61, 77).

Per raggiungere i livelli dosimetrici indicati, sono indispensabili tecniche e procedure avanzate, come la IMRT e la IGRT, in dotazione agli Acceleratori Lineari di ultima generazione, che possono garantire una adeguata copertura del bersaglio prostatico senza aggravare il rischio per gli organi indenni da malattia, come il retto e la vescica ⁽⁷⁶⁾.

Mediante la RTE esclusiva sono descritte a 5 anni percentuali di CBI

TAB. XI - I risultati della Brachiterapia nel CaPr a rischio intermedio

Autore *	N. pazienti	Follow-up medio (mesi)	Tecnica	Controllo biochimico attuariale (anni)
Kupelian 2004	950*		I	7a. 75%
Potters 2004,	733*	58	I	7a. 74%
Ho AY 2009	558	60	I	10a. 86%
Potters 2008	554	82	I, Pd ± OT ± RTE	12a. 78%
Nobes 2008	432	54	I	5a. 89%
Stock 2006	360	3.8 anni	I + OT + RTE	10a. 98% DSS
Guedea 2006	297	48	I	3a. 88%
Cosset 2008	276	60	I	- 94%
Jabbari 2009	249 *	64	I e Pd	7a. 86% 5a. 92%
Battermann 2004	114	50	I	5a. 64%. 7a. 40%.
Klein 2009	104	NS.	I	5a. 82% 8a. 82%
Sylvester JE 2007	50	9.43 a	I/ Pd ± RTE	15a. 80.3

* In Bibliografia

I = Iodio 125, Pd = palladio 103

* Controllo biochimico e della malattia

TAB. XII - Studi randomizzati di confronto fra Radioterapia adiuvante (RTA) alla chirurgia e “wait and see”

Autore *	anno	Confronto	5a. Controllo biochimico	5a. DFS
Bolla	2005	502 RTA vs. 503 no RTA	RTA:74 %; no RTA: 52.6% <i>P < 0.0001</i>	RTA: 88 %; no RT: 78 % <i>P < 0.0009</i>
Thompson	2007	214 RTA vs. 211 no RTA	RTA: 73 %, no RTA: 43 % <i>P < 0.001</i>	RTA: 83 %, no RTA: 70 % <i>P < 0.001</i>
Wiegel	2009	114 RTA vs. 154 no RTA	RTA: 72%, no RTA: 45 % <i>P = 0.0015</i>	

* In Bibliografia

del 75%⁽⁴⁸⁾, di CSS del 90%-95%^(19, 22), di DFS del 46%, e di FFF del 64%⁽⁵²⁾. Nonostante il controllo della malattia possa raggiungere l' 80% a 15 anni⁽⁶³⁾, la RTE esclusiva ha sempre meno spazio nel trattamento dei pazienti HR, per la netta prevalenza che oggi viene accordata alla combinazione con la terapia antiandrogenica.

2. (HR): RTE + Ormonoterapia; Grado di raccomandazione: 1-2A.

Il trattamento ormonale⁽¹¹⁾ può essere associato alla RTE con tre modalità: neoadiuvante, concomitante, adiuvante. Vengono riferiti ora solo i risultati più importanti della combinazione in oggetto, rimandando alla letteratura specifica per l' approfondimento di questo vasto capitolo^(31, 34).

- *OT neoadiuvante alla RT:* Nello studio randomizzato di fase III RTOG 86-10, in pazienti con tumori T2-T4, 226 e 230 soggetti furono trattati con OT neoadiuvante-concomitante + RTE e 230 con sola RTE. Ad 8 anni attuariali nel primo gruppo migliorarono in modo altamente significativo il controllo locale, e delle metastasi, la DFS, il CBI e la DSS⁽⁵³⁾. Tale vantaggio fu osservato nel sottogruppo con Gleason score di 2-6.

- *La OT concomitante alla RTE:* Vi è evidenza altamente significativa che l'associazione migliora i parametri di controllo della malattia rispetto alla sola RTE^(8, 18, 28, 31, 45, 53, 54) ed è concordemente raccomandata nelle linee-guida delle Società Scientifiche.

Tuttavia va puntualizzato l'impatto degli effetti collaterali da OT⁽¹¹⁾ (impotenza, hot flashes, ginecomastia, osteoporosi tossicità cardiovascolare, etc.) che accentuano i danni propri della RT e guastano la qualità di vita dei pazienti

- *La OT Adiuvante alla RT:* Nel Trial randomizzato RTOG 85-31⁽⁵⁴⁾ vennero reclutati 987 pazienti, affetti da CaPr localmente avanzato (T3-4 N0-1 M0, circa il 20% operati di PR) e sottoposti a 2 diversi regimi terapeutici; 488 a RTE + OT adiuvante con Goserelin, e 489 a sola RTE. A 10 anni attuariali per il gruppo con terapia adiuvante migliorarono in modo statisticamente significativo il controllo locale, la sopravvivenza libera da metastasi e la DSS.

Per quanto riguarda il timing della OT vengono suggerite due opzioni:

- Nei pazienti ad alto rischio ed a rischio molto elevato (Tab. III) la OT dovrebbe essere mantenuta per 2-3 anni^(31, 34)

- In un ristretto sottogruppo di pazienti con CaPr T2c-T3N0-X Gleason 2-6, un breve corso di OT di 3-6 mesi, comprendente la RTE migliora la sopravvivenza^(31, 34).

Nella scelta della OT, il blocco androgenico totale (analogo LHRH + antiandrogenico) non sembra ancora superiore al solo analogo.

3. (HR): La Chirurgia; Grado di raccomandazione: 2A – 3.

Tradizionalmente la prostatectomia radicale (PR) ha avuto un ruolo di

secondo piano ed è stata apertamente sconsigliata nei pazienti con CaPr agli stadi T3a-T3b⁽²⁹⁾, per l'elevato rischio di positività dei margini chirurgici, di metastasi linfonodali e/o a distanza e gli outcomes sfavorevoli. Ricerche retrospettive su ampie casistiche di pazienti operati per CaPr ad alto rischio, hanno dimostrato percentuali di DFS dal 28% al 36% a 5 anni^(44, 51).

Tuttavia ultimamente, grazie alle potenzialità dell'imaging avanzato (che ha permesso migliorare la stadiazione della malattia) ed al perfezionamento delle tecniche chirurgiche, si è verificato un rinnovato interesse per la PR anche nei soggetti con CaPr extracapsulare. Recenti casistiche retrospettive dimostrano dei tassi di controllo della malattia di eccellente valore a 5, 10 e 15 anni. *Ad esempio, alcuni reports descrivono a 10 anni sopravvivenze globali del 96-98%, CSS del 90-92%, CBI del 43-60% e DSS del 73-85%*.^(33, 34, 37, 70)

Questi risultati non sono inferiori agli odierni trattamenti combinati di Radio-ormonoterapia che invece godono di più vasto consenso nelle linee-guida delle Organizzazioni Scientifiche e nel mondo uro-oncologico (vedi paragrafi precedenti).

Per tali ragioni la PR, completata dalla linfoadenectomia pelvica nei casi con probabilità di metastasi > 7%- 15%, è una decisione terapeutica ancora ammessa dalle linee guida in pazienti selezionati e dopo rigorosa stadiazione locale con i mezzi oggi dispo-

nibili (RMN, TAC, PET) per escludere la presenza di infiltrazione vescicolare o di localizzazioni sistemiche, che controindicano l'approccio chirurgico⁽³⁴⁾. L'argomento rimane quindi controverso e come sempre la decisione finale sulla scelta fra RT + OT e PR sarà il bilancio di numerosi fattori di ordine obiettivo, ma anche del tutto personali

4. (HR): La Brachiterapia; Grado di raccomandazione: 3.

Anche in questa categoria di pazienti non è indicata la BRT dalle Società Scientifiche ma le applicazioni di BRT sono in costante aumento e dimostrano delle percentuali di CBI del 40-100% a 5 anni e fino al 92% a 10 anni^(5, 25, 41 50, 58, 59, 63 65, 66). Quasi costantemente sono associate la RTE e la OT.

5. (HR): Vigile attesa; Grado di raccomandazione: 2A -3.

Valgono delle valutazioni analoghe a quelle espresse per il gruppo a rischio intermedio a cui si rimanda. Oltre il 60 % dei pazienti HR sottoposti a sola osservazione presentano recidiva biochimica⁽¹²⁾ dopo 5 anni di osservazione. Questo significa che in una notevole percentuale di individui con aspettativa di vita < 10 anni la malattia può evolvere e l'astensione dal trattamento implica l'accettazione del paziente di tutti i rischi che ne derivano.

6. (HR): La Radioterapia adiuvante alla Chirurgia; Grado di raccomandazione: non definito.

Nonostante i promettenti risultati sopraperiferiti, la chirurgia tradizionale delle forme localmente avanzate (T3a-T3b) è gravata da una elevata proporzione di recidive locali che, secondo numerosi A. variano dal 10% al 55% dei casi, a seconda dei fattori prognostici.

Nei decenni trascorsi la Radioterapia postoperatoria nei casi a rischio di relapse ha costituito una prassi comune, ma di carattere abbastanza empirico, sulla base di studi retrospettivi e privi di valore statistico che riferivano una superiorità della RTE versus l'astensione dalla cura adiu-

vante (wait and see). Tuttavia recentemente sono stati pubblicati tre trials prospettici randomizzati di fase III di confronto fra la RTA e la sola osservazione nei operati per CaPr agli stadi T3a-T3b che hanno definitivamente sancito il ruolo migliorativo della Radioterapia adiuvante rispetto alla politica di semplice attesa. Nella tabella XII sono esposti i dati di controllo biochimico a 5 anni che migliorano in tutti e tre gli studi in modo statisticamente significativo con l'impiego della RTA, analogamente alla DFS valutata da un solo Autore.

• Un importante update di Thompson è stato pubblicato molto recentemente riguardante i parametri clinici di efficacia: la sopravvivenza libera da metastasi e la sopravvivenza globale sono migliorate in modo statisticamente significativo dopo RTA vs. l'osservazione (p=0.016 e 0.023 rispettivamente)⁽⁶⁸⁾.

Questi studi avvallano indiscutibilmente l'impiego della RT postoperatoria, che è indicata nelle seguenti condizioni: 1. *Infiltrazione e superamento capsula* 2. *Margini infiltrati* 3. *Invasione vescicole/a* 4. *N + pelvici*.

• Per quanto attiene all'irradiazione della sola fossa prostatica o dell'intera pelvi, in assenza di invasione nodale, non sono ancora disponibili dati sufficientemente documentati a favore dell'una o dell'altra soluzione. Trials randomizzati degli anni 80 non hanno dimostrato sostanziali vantaggi nei parametri di sopravvivenza per i pazienti sottoposti a RTA pelvica rispetto al trattamento sulla sola prostata (o loggia prostatica negli operati)^(3, 64). Più recentemente uno studio RTOG randomizzato di fase III⁽⁶⁰⁾ ha valutato 2 coorti di pazienti con CaPr non operato e ad alto rischio, confrontando una RTA + OT sull'intera pelvi rispetto alla stessa combinazione, ma irradiando il solo volume prostatico⁽⁶⁰⁾.

A 4 anni di proiezione attuariale il primo sottogruppo manifestò una sopravvivenza libera da progressione (di ogni tipo) significativamente più elevata rispetto ai pazienti con RTA limitata alla prostata (60% vs. 44%, p= 0.008).

C. CONCLUSIONI

Pervenuti alla conclusione del nostro duplice percorso, proponiamo una tavola riassuntiva dei trattamenti (Tabella XIII) che rappresenta il punto di convergenza di tutti i dati ed i concetti delineati nella parte I⁽¹¹⁾ e nella presente review. Tale prospetto, con l'ausilio della classificazione TNM e delle tavole II e III poste all'inizio, offre una percezione immediata del grado di appropriatezza delle cure per ogni classe di rischio.

- La valutazione del paziente con CaPR localizzato T1-T3b è spesso complessa e richiede nella fase di primo approccio l'analisi approfondita di numerosi fattori riguardanti la diagnosi, l'aggressività della malattia, la stadiazione e le attese del paziente stesso.

Questi ed altri elementi introduttivi alla cura vera e propria sono stati esposti nella prima parte del nostro impegno.⁽¹¹⁾

- Arrivati alla decisione terapeutica, è utile strategicamente suddividere, schematicamente i pazienti in classi di rischio (basso, intermedio, alto) che richiedono trattamenti specifici.^(31,34) Questa impostazione non ha solo un valore pratico ma rispetta anche precisi criteri scientifici.^(19, 20, 21, 31, 34)

I protocolli internazionali,^(31,34) e l'esperienza clinica degli Specialisti accumulata in molti decenni, stabiliscono le priorità della Radioterapia e della Chirurgia per i pazienti a rischio basso ed intermedio, dove anche la vigile attesa può costituire una scelta motivata dalla storia naturale della malattia.

- Nei pazienti ad alto rischio la Radioterapia esterna (RTE), associata alla ormonoterapia antiandrogenica gode dei maggiori consensi e studi randomizzati di fase III dimostrano una superiorità statisticamente significativa del trattamento radiante abbinato all'ablazione androgenica rispetto alla sola RTE.

- È probabile che il panorama delle scelte terapeutiche venga allargato nei pazienti ad alto rischio, con la valorizzazione della Chirurgia e della Brachiterapia che hanno dimostrato recentemente risultati ragguardevoli in casistiche numerose di pazienti.

TAB. XIII - Quadro sinottico delle Raccomandazioni Internazionali per gruppo di rischio (31, 34)

Tipi di trattamenti (confronta tabelle I, II e III)	Gradi di raccomandazione		
	Low Risk	Intermediate Risk	High Risk
RTE esclusiva	2A	2A ± breve corso di OT (per 4-6 mesi) ²	Non specificato
RTE + Ormonoterapia (OT)	--	Come sopra	1 + lungo corso di OT (2-3 anni) ³ o breve corso di OT (per 4-6 mesi) ^{2,4}
OT adiuvante alla RTE	--	--	non ancora definito
Prostectomia ± linfoadenectomia ¹	2A	2A	2A-2B⁵
Brachiterapia (BRT)	2A	3	3
Vigile attesa	2A	2A	--
RT adiuvante alla Chirurgia (RTA)	--	--	2A⁶

Legenda :
 1: Con probabilità di metastasi linfonodali ≥ 7%; 2 = OT neoadiuvante e concomitante; 3 = OT neoadiuvante, concomitante ed adiuvante; 4 = Nei soggetti T2c-t3No-X, Gleason 2-6;
 5 = in pazienti selezionati; 6 = solo per il rischio elevato o molto elevato secondo NCCN

D. BIBLIOGRAFIA

- Albertsen PC, Hanley JA, Fine J. 20-year outcomes following conservative management of clinically localized prostate cancer. *JAMA* 2005; 293: 2095-2101.
- Albertsen PC, Hanley JA, Gleason DF *et al.* Competing risk analysis of men aged 55 to 74 years at diagnosis managed conservatively for clinically localized prostate cancer. *JAMA* 1998; 280: 975-980.
- Asbell SO, Krall JM, Pilepich MV, *et al.* Elective irradiation in stage A2, B carcinoma of the prostate: analysis of RTOG 7706. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988; 15: 1307-1316.
- Ataman F, Zurlo A, Artignan X, *et al.* Late toxicity following conventional radiotherapy for prostate cancer: analysis of the EORTC trial 22863. *Eur J Cancer* 2004; 40: 1674-1681
- Battermann JJ, Boon TA, Moerland MA. Results of permanent prostate brachytherapy, 13 years of experience at a single institution. *Radiother Oncol* 2004; 71: 23-8.
- Bill-Axelson A, Hoimberg L, Filèn F, *et al.* Radical prostatectomy vs. watchful waiting in localized prostate cancer: the Scandinavian prostate cancer group -4 randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100: 1144-1154
- Blasko JC, Grimm PD, Sylvester JE, *et al.* Palladium-103 brachytherapy for prostate carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000; 46: 839-850.
- Bolla M, Collette L, Blank L, *et al.* Long-term results with immediate androgen suppression and external irradiation in patients with locally advanced prostate cancer (an EORTC study): a phase III randomized trial. *Lancet* 2002; 360: 103-108.
- Bolla M, van Poppel H, Collette L, *et al.* Postoperative radiotherapy after radical prostatectomy: a randomized controlled trial (EORTC trial 22911) *Lancet* 2005; 366: 572-578.
- Brachman DG, Thomas T, Hilbe J, *et al.* Failure-free survival following brachytherapy alone or external beam irradiation alone for T1-2 prostate tumors in 2222 patients: results from a single practice. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000; 48:111-7.
- Camprotrini F. Il carcinoma prostatico localizzato, T1-T3b. Approccio diagnostico e generalità sui trattamenti (Parte I). *Verona Medica* 2009; Settembre, 14-31
- Camprotrini F. La radioterapia di salvataggio delle recidive biochimiche nei pazienti con carcinoma prostatico operato: generalità, risultati e complicanze. *GUONEWS NEWS* Novembre 2009; 28:2-15; <http://www.guone.org>
- Catalona WJ, Richie Jp, Ahmann FR, *et al.* Comparison of digital rectal examination and serum prostate specific antigen (PSA) in the early detection of prostate cancer: results of a multicentre clinical trial of 6630 men. *J Urol* 1994; 151:1283-1290.
- Cheung R, Tucker SL, Lee AK *et al.* Dose-response characteristics of low-and intermediate-risk prostate cancer treated with external beam radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005; 61: 993-1002.
- Chodak GW, Thisted RA, Gereber GS *et al.* Results of conservative management of clinically localized prostate cancer. *N Engl J Med* 1994; 330: 242-248
- Cosset JM, Flam T, Thiouann N, *et al.* Selecting patients for exclusive permanent implant prostate brachytherapy: the experience of the Paris Institut Curie/Cochin Hospital/Necker Hospital group on 809 patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008; 71:1042-8.
- Crook J, Ludgate C, Malone S, *et al.* Report of a multicenter Canadian phase III randomized trial of 3 months vs. 8 months neoadjuvant androgen deprivation before standard-dose radiotherapy for clinically localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 60: 15-23.
- D'Amico, Chen MH, Renshaw A A *et al.* Androgen suppression and radiation vs. Radiation alone for prostate cancer. A randomized trial. *JAMA* 2008; 299: 289-295
- D'Amico AV, Moul J, Carroll PR *et al.* Cancer-specific mortality after surgery or radiation for patients with clinically localized prostate cancer managed during the prostate-specific antigen era. *J Clin Oncol* 2003; 21: 2163-2172.
- D'Amico AV, Whittington R, Malkovic SB, *et al.* "Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer". *JAMA* 1998; 16: 280(11): 969-974.
- D'Amico AV, Schultz D, Silver B *et al.* Predicting prostate specific antigen outcome preoperatively in the prostate specific antigen era. *J Urol* 2001; 166: 2185-2188.

22. Dearnaley DP, Sydes MR, Graham JD, *et al.* Escalated dose versus standard-dose conformal radiotherapy in prostate cancer: first results from the MRC RT01 randomised controlled trial. *Lancet Oncology* 2007; 8: 475-87.
23. Goldner G, Bombosch V, Geinitz H, *et al.* Moderate-risk adapted dose escalation with three-dimensional conformal radiotherapy of localized prostate cancer from 70 to 74: First report on 5-year morbidity and biochemical control from a prospective Austrian – German multicenter phase II trial. *Strahlenther Onkol* 2009; 185: 94-100.
24. Grills IS, Martinez AA, Hollander M, *et al.* High dose rate brachytherapy as prostate cancer monotherapy reduces toxicity compared to low dose rate palladium seeds. *J Urol* 2004; 171: 1098-104.
25. Guedea F, Aguiló F, Polo A *et al.* Early biochemical outcomes following permanent interstitial brachytherapy as monotherapy in 1050 patients with clinical T1-T2 prostate cancer. *Radiother Oncol* 2006; 80: 57-61.
26. Han M, Partin AW, Pound CR, *et al.* Long-term biochemical disease-free and cancer-specific survival following radical retropubic prostatectomy. The 15-year Johns Hopkins experience. *Urol Clin North Am* 2001; 28: 555-65.
27. Hanks GE, Hanlon AI, Schultheiss TE, *et al.* Dose escalation with 3D conformal treatment; five years outcomes, treatment optimization, and future directions. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998; 41: 501-10.
28. Hanks GE, Pajak TF, Porter A *et al.* Phase III trial of long-term adjuvant androgen deprivation after neoadjuvant hormonal cytorreduction and radiotherapy in locally advanced carcinoma of the prostate: the radiation therapy oncology group protocol 92-02. *J Clin Oncol* 2003; 21: 3972-3978 2003.
29. Hodgson D, Warde P, Gospodarowicz M, *et al.* The management of locally advanced prostate cancer. *Urol Oncol* 1998; 4:3-12.
30. Ho AY, Burrlrj, Cesaretti JA, *et al.* Radiation dose predicts for biochemical control in intermediate –risk prostatecancer patients treated with low-dose –rate brachytherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009 (Epub ahead of print).
31. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/prostate.pdf.
32. Horwitz E M, Bae K, Hanks GE, *et al.* Ten-year follow up of radiation therapy oncology group protocol 92-02: a phase III trial of the duration of elective androgen deprivation in locally advanced prostate cancer. *J Clin Oncol* 2008; 15: 2497-2504
33. Hsu CY, Joniau S, Oyen R, *et al.* Outcome of surgery for clinical unilateral T3a prostate cancer: a single. Institution experience. *Eur Urol* 2007; 51: 121- 128, discussion 128-129.
34. http://www.uroweb.org/fileadmin/user_upload/Guidelines/07_Prostate_Cancer_2007.pdf
35. Hull GW, Rabbani F, Abbas F, *et al.* Cancer control with radical prostatectomy alone in 1000 consecutive patients. *J Urol* 2002; 167: 528-34.
36. Hurwitz MD, Schnieder L, Manojia J, *et al.* Lack of radiation dose response for patients with low-risk clinically localized prostate cancer: a retrospective analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002; 53: 1106-10.
37. Isorna Martinez de la Riva S, Lopez-Tornasely J, Marrero Dominguez R, *et al.* Radical prostatectomy as monotherapy for locally advanced prostate cancer (T3a): 12 years follow-up. *Arch Esp Urol* 2004; 57: 679-692.
38. Jabbari S, Weinberg VK, Shinohara K *et al.* Equivalent biochemical control and improved Prostate Specific Antigen nadir after permanent prostate seed implant brachytherapy versus high-dose three dimensional conformal radiotherapy and high-dose conformal proton beam radiotherapy boost. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009; in print.
39. Johansson JE, Andren O, Andersson SO, *et al.* Natural history of early, localized prostate cancer. *JAMA* 2004; 291: 2713-2719.
40. Klein EA, Ciezki J, Kupelian PA, *et al.* Outcomes for intermediate risk prostate cancer: Are there advantages for surgery, external radiation, or brachytherapy? *Urologic Oncology* 2009; 27: 67-71.
41. Kollmeier MA, Stock RG, Stone N.B. Biochemical outcomes after prostate brachytherapy with 5year minimal follow-up: importance of patient selection and implant.
42. Kuban DA, Tucker SL, Dong L *et al.* Long-term results of the M.D. Anderson randomized dose –escalation trial for prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008; 70: 67-74.
43. Kupelian PA, Potters L, Khuntia D, *et al.* Radical prostatectomy, external beam radiotherapy <72 Gy, external beam radiotherapy > or = 72Gy, permanent seed implantation, or combined seeds/external beam radiotherapy for stage T1-T2 prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 58: 25-33.
44. Lau WK, Bergstralh EJ, Blute ML, *et al.* Radical prostatectomy for pathological Gleason 8 or greater prostate cancer influence of concomitant.
45. Laverdiere J, Nabid A, De Bedoya LD, *et al.* The efficacy and sequencing of a short course of androgen suppression on freedom from biochemical failure when administered with radiation therapy for T2-T3 prostate cancer. *J Urol* 2004; 71: 1137-40.
46. Loblaw DA, Virgo KS, Nam R, *et al.* Initial hormonal management of androgen- sensitive metastatic, recurrent, or progressive prostate cancer: 2007 update of an American Society of Clinical Oncology Practice Guideline. *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25: 1596-1605
47. Lu Yao GL, Albertsen PC, Moore DF *et al.* Survival following primary androgen deprivation therapy among men with localized prostate cancer. *JAMA* 2008; 300: 173-181.
48. Lyons JA, Kupelian PA, Mohan D S, *et al.* Importance of high radiation doses (72Gy or greater) in the treatment of stage T1-T3 adenocarcinoma of the prostate. *Urology* 2000; 55: 85-89.
49. Merrick GS, Butler W M, Galbreath RW, *et al.* Relationship between percent positive biopsies and biochemical outcome after permanent interstitial brachytherapy for clinically organ- confined carcinoma of the prostate gland. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002; 52: 664-673.
50. Nobes JP, Wells IG, Khasar SJ *et al.* Biochemical relapse-free survival in 400 patients treated with I-125 prostate brachytherapy: the Guildford experience. *Prostate cancer Prostatic disease* 2009; 12: 61-6.
51. Ohori M, Goad JR, Wheeler TM, *et al.* Can radical prostatectomy alter the progression of poorly differentiated prostatecancer? *J Urol* 1994; 152: 1843-1849.
52. Peeters STH, Heemsbergen WD, Koper PCM, *et al.* Dose- response in radiotherapy for localized prostate cancer. results of the dutch multicenter randomized phase III trial comparing 68 Gy of radiotherapy with 78 Gy. *J Clin Oncol* 2006; 24: 1990-1996.
53. Pilepich MV, Winter K, John M *et al.* Phase III Radiation therapy oncology group (RTOG) trial 86-10 of androgen deprivation adjuvant to definitive radiotherapy in locally advanced carcinoma of the prostate. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001; 50: 1243-1252 .
54. Pilepich MV, Winter K, Lawton CA *et al.* Androgen suppression adjuvant to definitive radiotherapy in prostate carcinoma – longterm results of phase III RTOG85-31 *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005; 1285-1290.
55. Pollack A, Zagars GK, Smith LG *et al.* Preliminary results of arandomized radiotherapy dose-escalation study comparing 70 Gy with 78Gy for prostate cancer. *J Clin Oncol* 2000; 18: 3904-3911.
56. Pollack A, Zagars GK, Starkschall G *et al.* Prostate cancer radiation dose response: results of the MD Anderson phase III randomized trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002; 53: 1097-1105.
57. Potters L, Klein Ea, Kattan MW, *et al.* Monotherapy for stage T1-T2 prostate cancer: radical prostatectomy, external beam radiotherapy, or permanent seed implantation. *Radiother Oncol* 2004; 71: 29-33.
58. Potters L, Morgenstern C, Calugaru E *et al.* 12-year outcomes following permanent prostate brachytherapy in patients with clinically localized prostate cancer. *J Urol* 2008; 179: S20-S24.
59. Prada PJ, Gonzales H, Fernandez J *et al.* High –dose-rate intensity modulated brachytherapy with external-beam radiotherapy improves local and biochemical control inpatients with high-risk prostate cancer. *Clin Transl Oncol* 2008; 10: 415-421
60. Roach M, DeSilvio M, Lawton C, *et al.* Phase III trial comparing whole –pelvic versus prostate-only radiotherapy and neoadjuvant versus adju-

- vant combined androgen suppression: RADIATION Therapy Oncology Group 9413. *J Clin Oncol* 2003; 21: 1904-1911.
61. Sathya JR, Davis IR, Julian Ja, *et al.* Randomized trial comparing iridium implant plus external-beam radiation therapy alone in node-negative locally advanced cancer of the prostate. *J Clin Oncol* 2005; 23: 1192-1199.
 62. Shipley WU, Thames HD, Sandler HM, *et al.* Radiation therapy for clinically localized prostate cancer. A multi-institutional pooled analysis. *JAMA* 1999; 281: 1598-1604.
 63. Sylvester JE, Grimm PD, Blasko JC, *et al.* 15-year biochemical relapse free survival in clinical stage T1-T3 prostate cancer following combined external beam radiotherapy and brachytherapy: Seattle experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007; 67: 57-64.
 64. Spaas PG, Bagshaw MA, Cox RS, *et al.* The value of extended field irradiation in surgically staged carcinoma of the prostate. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988; 15: 133 (abstract 36).
 65. Stock RG, Cesaretti JA, Stone NN. Disease specific survival following the brachytherapy management of prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006; 64: 810-816.
 66. Stone NN, Stock RG, Unger P. Intermediate term biochemical-free progression and local control following 125 iodine brachytherapy for prostate cancer. *J Urol* 2005; 173: 803-7.
 67. Taira AV, Merrick GS, Galbreath RW, W, *et al.* Natural history of clinically staged Low- and intermediate- Risk prostate cancer treated with monotherapeutic permanent interstitial brachytherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009; (Epub ahead of print).
 68. Thompson IM, Tangen CM, Paradelo J *et al.* Adjuvant radiotherapy for pathological T3N0M0 prostate cancer significantly reduces risk of metastases and improves survival: long-term follow-up of a randomized clinical trial. *J UROL* 2009 181; 956-962.
 69. Thompson JM Jr, Tangen CM, Paradelo J *et al.* Adjuvant radiotherapy for pathological advanced prostate cancer: a randomized clinical trial. *JAMA* 2006; 296: 2329-2335.
 70. Trapasso JG, deKernion Jb, Smith RB, *et al.* The incidence and significance of detectable levels of serum prostate specific antigen after radical prostatectomy. *J Urol* 1994; 152 (5 pt 2): 1821-5.
 71. Ward JF, Slezak JM, Blute ML, *et al.* Radical prostatectomy for clinically advanced (cT3) prostate cancer since the advent of prostate-specific antigen testing: 15-year outcome. *BJU Int* 2005; 95: 751-756
 72. Wiegel T, Botke D, Steiner U, *et al.* Postoperative adjuvant radiotherapy after radical prostatectomy compared with radical prostatectomy alone in pT3 prostate cancer with postoperative undetectable prostate-specific antigen: ARO 96-02/AUOAP 09/95. *J Clin Oncol* 2009; 27: 2924-2930
 73. Williams SG, Zietman AL. Does radical treatment have a role in the management of low-risk prostate cancer? The place for brachytherapy and external beam radiotherapy. *World J Urol* 2008; 26: 447-456.
 74. Zelefsky MJ, Fuks Z, Hunt M *et al.* High-dose intensity modulated radiation therapy for prostate cancer: early toxicity and biochemical outcome in 772 patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002; 53: 1111-1116.
 75. Zelefsky Mj Hollister T Raben A *et al.* 2000.
 76. Zelefsky MJ, Kattan MW, Feran P *et al.* Pretreatment nomogram predicting ten-year biochemical outcome of three-dimensional conformal radiotherapy and intensity-modulated radiotherapy for prostate cancer. *Urology* 2007; 70: 283-287.
 77. Zelefsky MJ, Levin EJ, Hunt M, *et al.* Incidence of late and urinary toxicities after three-dimensional conformal radiotherapy and intensity-modulated radiotherapy for localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008; 570: 1124-1129.
 78. Zietman AL, De Silvio M, Slater J, *et al.* Comparison of conventional-dose vs. High-dose conformal radiation therapy in clinically localized adenocarcinoma of the prostate. *JAMA* 2005; 294: 1233-1239.
 79. Zincke H, Oesterling Je, Blute ML, *et al.* Long term (15 years) results after radical prostatectomy for clinically localized (stage T2c or lower) prostate cancer. *J Urol* 1994 (5 Pt 2): 1850-7.

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER LA MEDICINA CONVENZIONATA DI ASSISTENZA PRIMARIA

Dal 17 dicembre 2007 gli uffici del Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Convenzionata presenti a Preganziol (TV) in via Terraglio 58 si trasferiranno al seguente indirizzo:

VIA PISA 14 - 31100 - TREVISO

I nuovi numeri di telefono sono:

Segreteria Centro Regionale:

Tel.: 0422 - 323071

Segreteria Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale:

Tel.: 0422 323070 - Fax: 0422 323066

Gli indirizzi e-mail restano invariati:
segcrmedicinaconvenzionata@ulss.tv.it
direzionescuolamg@ulss.tv.it

Prescrizioni di stupefacenti in regime di libera professione

Si comunica che nella Gazzetta Ufficiale n. 156 dell'8 luglio 2009, è stata pubblicata l'Ordinanza in oggetto, di integrazione della precedente Ordinanza 16 giugno 2009.

Il provvedimento, entrato in vigore il giorno della sua pubblicazione, cioè l'8 luglio, stabilisce nuovi adempimenti che devono essere seguiti per le prescrizioni dei medicinali che sono stati iscritti in Tab. II Sez. D per effetto della precedente Ordinanza, qualora vengano prescritti **utilizzando ricettario diverso dal ricettario SSN o dal ricettario in triplice copia a ricalco in uso per le prescrizioni di stupefacenti (cioè per prescrizioni in regime privato)**.

Gli adempimenti stabiliti dall'Ordinanza per le prescrizioni redatte su ricetta "bianca" sono i seguenti:

- all'atto della spedizione della ricetta il farmacista deve accertare l'identità dell'acquirente e prendere nota degli estremi di un documento di riconoscimento da trascrivere nella ricetta stessa (si tratta di ricette "non ripetibili" da rinnovare di volta in volta e da conservarsi 6 mesi da parte del farmacista)
- entro la fine di ciascun mese i farma-

cisti inviano alla ULSS di appartenenza e all'Ordine provinciale dei Farmacisti competente per territorio una comunicazione riassuntiva di tali ricette spedite nel mese precedente e contenenti la prescrizione dei medicinali iscritti in tab. II Sez. D per effetto dell'Ordinanza 16 giugno 2009.

- la comunicazione dovrà contenere l'indicazione, per ciascuna composizione della denominazione delle preparazioni e il numero delle confezioni dispensate, distinte per forma farmaceutica e dosaggio
- gli Ordini provinciali dei Farmacisti trasmettono, entro i 15 giorni successivi, al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Direzione Generale dei farmaci e dei dispositivi medici, i tabulati riassuntivi delle comunicazioni.

Nel merito degli effetti prodotti dalle Ordinanze Ministeriali e con riferimento all'applicazione specifica in ambito regionale, tenuto anche conto dei quesiti pervenuti, si forniscono le seguenti precisazioni:

- la prescrizione a carico del SSN dei medicinali già individuati con la precedente Ordinanza 16 giugno,

qualora classificati in fascia A di rimborsabilità è ammessa, fino a 30 giorni di terapia (art. 9 L. 405/2001), per il numero di confezioni necessarie e sufficienti a coprire tale periodo: sembra evidente che ciò è applicabile solo se la ricetta riporta la posologia indicata da parte del medico prescrittore

- sono confermate le disposizioni relative alle esenzioni già stabilite in materia: i soggetti che rientrano nelle condizioni di esenzioni già individuate (codici 06, 13, 48, 53 e 1.12) non sono tenuti alla corresponsione della quota fissa dovuta nella misura di 2 euro per confezione, fino ad un massimo di 4 euro a ricetta (per qualsiasi numero di confezioni dispensate fino a 30 giorni di terapia)
- le prescrizioni redatte su ricetta "bianca" non sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale, devono recare, come sopra precisato gli estremi del documento di identità dell'acquirente, non prevedono la posologia e sono soggette, da parte dei farmacisti e degli Ordini Provinciali dei farmacisti, agli adempimenti stabiliti dall'Ordinanza di cui alla presente comunicazione, come più sopra indicato.

Si precisa, che l'Ordinanza ha efficacia temporanea, fino all'entrata in vigore delle disposizioni di revisione del Testo Unico di cui al D.P.R. n. 309/1990 e in ogni caso, **non oltre il 19 giugno 2010**.

IL DIRIGENTE REGIONALE
GIAMPIETRO RUPOLO

CERTIFICATI PER LA GUIDA DI CICLOMOTORI

L'art. 3, comma 49, della legge 94/09 ha modificato l'art. 116, comma 1-*quater*, secondo periodo, del D.lgs: 285/92 recante Nuovo Codice della Strada e specificatamente le norme relative al rilascio del certificato d'idoneità alla guida di ciclomotori.

Nella fattispecie, stante la nuova disposizione normativa, a far data dal 1° ottobre 2009, i certificati medici di idoneità alla guida di ciclomotori non potranno essere più rilasciati dai medici di medicina generale, ma dai medici di cui all'art. 119 del D.lgs. 285/02 (medici delle ASL cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale e anche medici militari in servizio permanente effettivo, medici del ruolo professionale dei sanitari della Polizia di Stato, ispettori medici delle Ferrovie dello Stato, medici del ruolo sanitario del Corpo Nazionale dei Vigili del fuoco, ecc.).

Posta Elettronica Certificata: P.E.C.

L'art. 16 comma 7 del decreto 185/2008 prevede che entro il 28 novembre 2009 tutti i professionisti iscritti ad albi professionali si dotino di una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) il cui indirizzo va comunicato all'Ordine di appartenenza.

La PEC è un particolare tipo di posta elettronica che ha lo scopo di attribuire ad un messaggio inviato telematicamente, lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento. In buona sostanza, ad messaggio spedito il mittente riceve una ricevuta di accettazione (che certifica l'istante di invio) e una ricevuta di consegna (che certifica l'istante di consegna a destinazione).

La posta elettronica tradizionale, a

differenza della posta elettronica certificata (PEC), non attribuisce al messaggio valore legale e non garantisce l'integrità del contenuto dello stesso, nemmeno usando l'opzione "richiesta di lettura e/o recapito del messaggio" presente nella posta elettronica tradizionale.

L'art. 16 comma 7 del decreto 185/2008 recita: "I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi Ordini o Collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto" (quindi entro il 28.11.2009). Nel decreto si fa riferimento alla Posta Elettronica Certificata o ad un "analo-

go indirizzo di posta elettronica basato su tecnologie che certifichino data e ora dell'invio e della ricezione delle comunicazioni e l'integrità del contenuto delle stesse, garantendo l'interoperabilità con analoghi sistemi internazionali".

Premettiamo **che la legge non prevede sanzioni** per coloro che dopo il 28/11/2009 non avessero ancora provveduto a dotarsi della casella di posta elettronica certificata.

Su indicazioni della FNOMCeO, l'Ordine di Verona era in attesa di vedere predisposto a livello nazionale e per tutti gli iscritti agli albi provinciali d'Italia quanto previsto dalla normativa.

Al momento in cui scriviamo purtroppo questo non è ancora avvenuto e l'Ordine di Verona sta vagliando la possibilità di mettere a disposizione di tutti gli iscritti gratuitamente una casella di posta elettronica certificata.

Chiediamo a tutti gli iscritti di voler pazientare.

Notizie sull'argomento saranno inserite, appena disponibili, sulla pagina web dell'Ordine **www.omceovr.it**.

ROBERTO MORA

NON PUBBLICHIAMO LETTERE ANONIME

Informiamo tutti i Colleghi di un'evenienza purtroppo non rara, spiacevole e che pertanto vorremmo avesse fine. Capita frequentemente che, vuoi al Direttore di questo periodico, vuoi alla Commissione Pubblicità o ad altri, vengano inviate lettere anonime

per segnalare ingiustizie, episodi censurabili, atti che almeno all'autore sembrano meritevoli di più o meno gravi condanne.

Riteniamo nostro dovere informare tutti che tali lettere quando non firmate vengono cestinate d'ufficio.

Chi desidera segnalare una qualsiasi evenienza lo faccia tranquillamente dando le sue generalità.

Può dire, se lo desidera, che non vuole essere personalmente coinvolto, e noi ci impegniamo a rispettare questa sua richiesta.

L'anonimato è invece garanzia dell'inutilità di qualsiasi informativa.

Spesso anche semplici cittadini, ancor più frequentemente dei Colleghi,

adottano questa tecnica poco cavalleresca di denuncia.

Anche le loro lettere, quando non firmate, hanno lo stesso destino.

Il Comitato di Redazione di VERONA MEDICA

L'Università di Verona per il Burundi

Progetto sulla formazione di tecnici sanitari a livello universitario in Burundi da parte della Università di Verona e della Fondazione pro-Africa

INTRODUZIONE

Il progetto riguarda la collaborazione tra l'Università di Verona e la Fondazione pro-Africa, da una parte, e l'Università di Ngozi in Burundi dall'altra, finalizzata alla formazione in loco di medici, paramedici e tecnici sanitari di vari settori.

L'idea ispiratrice del progetto è **“dare all’Africa, attraverso lo sviluppo della cultura, nel nostro caso nel campo medico, l’opportunità di crescere e di sviluppare” sul posto “le potenzialità umane che possiede e che finora non sono state espresse a causa di particolari condizioni ambientali, storiche e politiche e delle insufficienti iniziative di carattere culturale da parte del mondo occidentale”**.

Il progetto è diviso in due parti tra loro funzionalmente collegate: 1. **l’attività didattico-formativa in campo sanitario**, in capo alla Facoltà di Medicina dell’Università di Verona e affidata, per la gestione finanziaria, alla Fondazione Giorgio Zanotto con sede in Verona, via Adua 7; 2. **la collaborazione nella gestione di un ospedale di insegnamento**, in capo finanziariamente alla Fondazione pro-Africa, presieduta dal cardinale Ersilio Tonini, con sede in Milano Corso di Porta Vittoria 27.

La realizzazione dell’iniziativa sta dimostrando come, sulle disastrose condizioni igienico-sanitarie in cui vive gran parte della popolazione africana, siano fattibili interventi in loco nel campo della formazione sanitaria di livello universitario, che per le modalità di attuazione e per un rapporto costi-benefici assai favorevole, possono rappresentare un modello estendibile per inizia-

tive analoghe da parte di Università del mondo sviluppato.

1. Condizioni della sanità della maggior parte dei Paesi Africani

È ampiamente noto che tra le situazioni di grave depressione che colpiscono soprattutto i Paesi dell’Africa sub-sahariana, quella che riguarda la sanità è tra le più drammatiche. Le carenze più significative riguardano le strutture assistenziali (ospedali, centri sanitari, attrezzature) e i tecnici sanitari (medici e infermieri qualificati), che sono scarsissimi e di



un bassissimo livello culturale.

Il volontariato occidentale nelle sue espressioni pubbliche e private, laiche e religiose, è in gran parte impegnato in questo settore attraverso iniziative di vario tipo, come la gestione di ospedali rurali, di ambulatori, di dispensari, opere di bonifica e di prevenzione, che nel loro insieme riescono a vicariare la assai debole presenza dei governi locali, ma non a creare condizioni strutturali in grado di realizzare un progressivo miglioramento delle condizioni sanitarie delle popolazioni.

A nostro avviso una dei problemi più significativi della sanità africana è la grave carenza di iniziative formative razionalmente impostate e di un livello culturale tale da incidere sui tempi lunghi, per cui il gap di conoscenze e di qualità assistenziale tra le popolazioni dei paesi sviluppati e quelle dei paesi in via di sviluppo continua a crescere.

2. Come nasce il progetto

In questa problematica si pone l’iniziativa che qui viene presentata. Il progetto è nato nel 2000 in risposta ad una richiesta di aiuto a sostenere gli studi medici, pervenuta da una neonata università africana situata nella città di Ngozi, nel nord del Burundi, con un bacino utenza di qualche milione di abitanti inclusi quelli dei confinanti Ruanda, Tanzania e Congo.

Una attenta analisi condotta sul posto per verificare la validità della richiesta ha evidenziato alcune situazioni meritevoli di una risposta positiva. a) **Le condizioni sanitarie** del Burundi rispecchiano esattamente quelle disastrose di tutta l’Africa sub-sahariana. b) **Gravissima carenza di tecnici sanitari** soprattutto nelle zone rurali dove vive il 90% della popolazione, con un medico ogni 50-100mila persone e 1 infermiere ogni 10-15 mila. c) **Ospedali fatiscenti**. d) **Fallimento** delle iniziative di inviare i giovani nelle nostre scuole e nelle università europee. e) **Scuole per infermieri e università** locali nella maggior parte dei casi **inconsistenti** per mancanza di docenti, di finanziamenti e di strutture. f) **Interventi di enti internazionali** in gran parte vani

ficati, dalla corruzione, dalla mancanza di tecnici locali da impiegare nelle esecuzioni dei progetti e di capacità organizzative.

È chiaro che in queste condizioni la speranza che le strutture formative locali siano in grado di migliorare la situazione culturale, anche nel solo campo della preparazione professionale, non può tradursi in realtà. **Allo stato attuale quindi solo l'intervento e la collaborazione del mondo sviluppato, attraverso iniziative di tipo formativo che preparino professionisti e tecnici in campo sanitario, possono innescare quel processo di sviluppo che successivamente sarà in grado di procedere autonomamente e cambiare strutturalmente la sanità dell'Africa sul piano assistenziale, preventivo e, col tempo, anche scientifico.**

3. Il progetto e le sue articolazioni

La Facoltà di Medicina dell'Università di Verona si è posta in prima linea in questo tipo di intervento. Alla richiesta dell'Università di Ngozi la risposta è stata a) di iniziare una collaborazione in un corso universitario per paramedici (laurea breve), b) di non impegnarsi per ora direttamente in un corso di laurea in medicina per la mancanza nella zona di un ospedale idoneo ad una funzione formativa, c) di operare per poter far funzionare un ospedale di livello universitario e real-

izzare la struttura necessaria per la formazione degli studenti, dei medici e dei tecnici sanitari.

Si tratta di una iniziativa che appare modesta a confronto delle necessità della popolazione africana ma può essere un modello per lo sviluppo della grande idea di fondo: creare "sul posto" e a costi accettabili efficienti strutture formative attraverso la collaborazione tra Università occidentali e Università africane. Quello che presentiamo è un progetto che ha radici in una secolare tradizione veronese, contiene un seme profetico e un ideale di solidarietà verso il mondo degli ultimi ed ha trovato la generosa adesione di oltre venti docenti della Facoltà Medica di Verona.

La fase operativa è partita nel 2002 ed attualmente il progetto ha due articolazioni tra loro strettamente collegate **l'attività didattico-formativa**, in capo all'Università di Verona e **la collaborazione nella gestione dell'ospedale pubblico di Ngozi**, in capo alla Fondazione pro-Africa, funzionale alla attività didattico-formativa.

3.1 **L'attività didattico-formativa** è basata su una Convenzione stipulata nel 2001 tra le Università di Verona e di Ngozi con la partecipazione dell'Ospedale don Calabria di Negrar. Successivamente è stato sottoscritto un accordo tra l'Università di Verona

e l'Azienda Ospedaliera di Verona per la messa a disposizione di personale medico e tecnico dipendente dall'Azienda.

L'attività didattica è così organizzata:

- presa in carico di quasi tutti gli insegnamenti di un Corso di Diploma universitario per Paramedici (una laurea breve) con l'erogazione di un migliaio di ore di lezione l'anno. Le lezioni sono tenute in 4 periodi dell'anno, della durata di 2-3 settimane ognuno, da oltre 20 docenti volontari appartenenti all'Università di Verona, all'Azienda Ospedaliera di Verona, all'Ospedale don Calabria.

A questi docenti che continuano a percepire lo stipendio dalla propria azienda, ma vengono pagate le spese di viaggio e soggiorno;

- il corso ha la durata 4 anni, gli studenti iscritti sono attualmente circa 200 di varie nazionalità; annualmente riescono ad arrivare al diploma una trentina di unità che finora hanno trovato facilmente un impiego;

- messa a disposizione di libri e dispense, di materiale didattico (microscopi, proiettori, manichini, tavole anatomiche, reagenti);

- *costruzione, con un finanziamento della Fondazione Cariverona, di una struttura didattica, denominata **Centro Didattico per gli Studi Medici**, dotata di aule, laboratori, biblioteca, sale di studio, sala informatica con collegamento satellitare e possibilità di teledidattica e di telemedicina. Il Centro ha iniziato a funzionare dal settembre 2008 e, grazie alla collaborazione della biblioteca della Facoltà di Medicina di Verona, è attiva la possibilità di collegarsi con il Portale Hinaris che dispone di circa 7000 riviste internazionali ed è stato iniziato un programma di insegnamento a distanza. Il Centro Didattico dovrà essere il cuore pulsante che alimenterà tutta la vita culturale dell'Università di Ngozi in campo medico.*

- gestione del Centro Didattico;
- nel quadro di una progressiva formazione di personale docente





locale è stato deciso di includere tra gli insegnanti alcuni docenti indigeni scelti accuratamente sul piano del possesso dei titoli.

I costi dell'attività didattica

Per il **finanziamento** e la gestione amministrativa della parte didattico-formativa del progetto l'Università di Verona è stata affiancata, tramite convenzione, alla Fondazione Giorgio Zanotto, come soggetto aggregatore di alcuni Enti pubblici e privati, che hanno aderito costituendo un gruppo di sostegno finanziario e di gestione, ora in difficoltà a causa della crisi finanziaria

Il finanziamento e la gestione del Centro Didattico, i cui lavori sono terminati nel settembre 2008, è stata presa in carico da una Associazione privata, **la Amahoro Onlus**, costituita e alimentata da docenti dell'Università di Verona e da privati, con lo scopo di aiutare il progetto e di curare altre iniziative umanitarie.

I costi a regime della collaborazione didattica nel corso universitario per paramedici e per la gestione del Centro didattico sono di circa 150 mila Euro l'anno, che arriveranno a 250 mila quando si potrà realizzare la partecipazione alla didattica nel corso di laurea in medicina frequentato da circa 300 studenti. Si tratta di circa

500 Euro per studente per anno.

In sintesi il finanziamento del progetto didattico deriva da finanziatori pubblici e privati tramite la Fondazione Zanotto e dalla Amahoro onlus.

3.2 La seconda articolazione del progetto è la collaborazione nella gestione dell'ospedale di Ngozi funzionale alla attività didattica.

Questa parte è finanziariamente a carico della Fondazione pro-Africa, istituita dal cardinale Ersilio Tonini, avente sede in Milano Corso di Porta Vittoria 27, col supporto del gruppo delle Banche di Credito Cooperativo e procede in perfetta sinergia e collaborazione col progetto didattico gestito dall'Università di Verona.

Nei fatti la collaborazione è stata impostata come cogestione con **finanziamento diretto** dei settori chiave dell'ospedale, senza passaggi di fondi all'amministrazione dell'ospedale.

In poco più di un anno di gestione l'ospedale è stato completamente trasformato sulla base di un programma di interventi così articolato:

- acquisizione di un organico di medici e tecnici, qualitativamente e quantitativamente adeguato, scelto preferibilmente tra personale indigeno;
- riorganizzazione funzionale del-

l'ospedale con suddivisione in reparti e servizi con autonoma responsabilità e proprio organico, e dotazione di nuove attrezzature;

- ristrutturazione di alcuni reparti particolarmente carenti come il gruppo tecnico della maternità e la neonatologia;
- riorganizzazione del laboratorio e dei servizi diagnostici per immagini ed endoscopia;
- istituzione di un servizio di odontoiatria;
- organizzazione di un reparto di rianimazione con 4 letti;
- organizzazione di missioni assistenziali specialistiche di elevata qualificazione nel campo della urologia, della ortopedia, della chirurgia plastica e ricostruttiva, della chirurgia oculistica;
- costruzione della mensa e della cucina e istituzione di un servizio gratuito di distribuzione del cibo ai pazienti e accompagnatore.
- riorganizzazione alberghiera con distribuzione della biancheria, acquisto e funzionamento di una lavanderia;
- miglioramento delle condizioni igieniche attraverso l'istruzione e rifacimento delle fognature, l'imposizione di un regolamento igienico per le zone più a rischio come il gruppo chirurgico;
- motivazione del personale attraverso una integrazione salariale e corsi di qualificazione professionale, da quello di igiene ospedaliera, a quello di rianimazione neonatale, di anestesia- rianimazione e di altri in fase di organizzazione;
- istituzione di un fondo per i più poveri che non possono pagare;
- collaborazione con l'Istituto delle Sorelle della Misericordia di Verona, che hanno inviato tre suore in servizio permanente in ospedale.

Con questi provvedimenti, alcuni ancora da perfezionare, l'ospedale è cambiato, è diventato un ospedale di riferimento e da quest'anno è disponibile per la frequenza degli studenti per i corsi pratici.

Alcuni dati. Da un organico nel 2005

composto di 2-3 medici, non sempre presenti, oggi prestano servizio, tra incardinati nell'organico (burundesi e congolesi) e qualche docente dell'Università di Verona, che si trova a Ngozi per compiti organizzativi e assistenziali speciali, dai 15 ai 18 medici. L'assunzione dei medici indigeni avviene da parte del Ministero della Funzione Pubblica burundese o dell'Amministrazione dell'Ospedale su nostra proposta, dopo concorso o scelta sulla base del curriculum, con uno stipendio bassissimo (100-150 dollari al mese). La Fondazione pro-Africa integra il salario con la assegnazione di un "premio di operosità", dell'ordine di poco più di 1000 Euro al mese per i primari e di 500 per i secondari, concordato e sottoscritto dal medico assunto e con alcune clausole vincolanti che prevedono l'accettazione degli obiettivi formativi del progetto, delle regole della gestione e i conseguenti doveri.

Anche se non ancora in modo del tutto soddisfacente, perché non è facile reperire medici e tecnici qualificati, l'ospedale si sta dando una organizzazione assistenziale razionale per cui i pazienti vengono affidati a medici di competenza, i malati chirurgici al chirurgo, i ginecologici al ginecologo, i cardiologici al cardiologo e così via. Il tasso di occupazione attuale dell'Ospedale è vicina al 100%.

Un ospedale di insegnamento deve essere il più completo possibile in termini di tipologia dei reparti e dei servizi diagnostici. È in programmazione, e in qualche caso già avviata, l'istituzione di centri e servizi qualificati, come un centro di oncologia pediatrica già partito in fase sperimentale, un centro per la riabilitazione affidato alla Fondazione don Gnocchi, un centro di oculistica con relativa sala operatoria (abbiamo già acquisito la strumentazione specifica), un servizio di telediagnostica, di corsi di aggiornamento per medici e tecnici anche appartenenti alle strutture sanitarie del territorio (un corso di anestesia e rianimazione durato 18 mesi si è già concluso).

Di particolare importanza è il **problema del grande numero di handicappati**, di origine congenita o acquisita a causa delle guerre e di una pessima attività ortopedico-traumatologica presso gli ospedali africani. Questi malati, di tutte le età, sono praticamente abbandonati sul piano sanitario e assistenziale. Una serie di interventi, che superino lo stadio assistenziale per la sopravvivenza minima, è da tempo nei programmi della Fondazione pro-Africa nel quadro della collaborazione alla gestione dell'ospedale di Ngozi. Il compito è stato affidato alla competenza e all'esperienza della **Fondazione don Gnocchi** con la quale stiamo verificando le condizioni e la possibilità di istituire presso l'ospedale di Ngozi un **Centro**



specialistico di medicina riabilitativa, che dovrebbe comprendere anche, e forse come prima scelta da realizzare, un reparto di ortopedia e traumatologia, ambedue operativi sul piano assistenziale e su quello didattico formativo. Un rappresentante della Fondazione don Gnocchi, nella persona del dr. Roberto Rambaldi Guidasci

(email:rambaldi@dongnocchi.it) responsabile delle attività di solidarietà internazionale, è entrato a far parte del Consiglio di Amministrazione della Fondazione pro-Africa.

I costi dell'Ospedale

Per la gestione dell'Ospedale di Ngozi, dotato di 200 posti letto, **il costo per una giornata di presenza si aggira attualmente sui 10-12**

Euro per cui, sulla base di una stima a regime di 50 mila giornate di presenza annue, la previsione di spesa è di circa 500-600 mila Euro l'anno, di cui il 70% circa a carico della Fondazione pro-Africa, il resto a carico dell'ospedale. Se si paragonano questi costi con quelli di un ospedale italiano di medie dimensioni, che è di 800-1000 Euro per giornata di presenza, si trova che i costi nel nostro ospedale di Ngozi risultano inferiori di 80-100 volte.

4. Vantaggi, significato e problemi

L'iniziativa di una Università che si impegna in Africa per formare tecnici sanitari sul posto ha certamente effetti positivi ma pone anche dei problemi.

1. **I costi sono assai favorevoli.** Infatti per inviare un giovane a diplomarsi o laurearsi in un Paese europeo occorre una borsa di studio di almeno 20 mila Euro l'anno, mentre per la frequenza in una sede africana dove operano docenti italiani con le strutture didattiche come quelle descritte nel nostro progetto ne occorrono 5-600. Si tratta di un costo 30-40 volte inferiore che consente di indirizzare agli studi universitari 30-40 studenti al posto di 1.

Le due Scuole, l'europea e l'africana, non saranno esattamente dello stesso livello qualitativo ma se bene organizzato un progetto come quello presentato qui può dare risultati scolastici accettabili e formare professionisti competenti. L'esperienza di 5 anni di attività lo conferma.

2. **I diplomati e i laureati** in loco tendono a fermarsi nel proprio paese, mentre i diplomati e i laureati all'estero tendono a non tornare più.

3. La presenza di attività didattiche in campo medico potrebbe funzionare come **richiamo per il ritorno** nel Paese di origine di laureati e docenti usciti in gran numero dai Paesi africani per ragioni politiche, per le guerre e le note difficoltà di vita, e attualmente residenti e attivi all'estero.

4. Per l'attività didattico-formativa come quella prevista nel progetto si deve **attrezzare e gestire un ospedale** di una certa dimensione e di un buon livello con



grande vantaggio per un miglioramento dell'assistenza per la popolazione di un vasto territorio.

5. Una Facoltà medica ha sempre un **effetto trainante** per altre Facoltà della stessa università.

6. Le attività di una università e un ospedale generano un **indotto** con effetti positivi per tutta la popolazione della zona anche sul piano economico.

7. Una università che funziona può col tempo migliorare i suoi obiettivi e pensare alla **ricerca scientifica**, attività oggi improponibile per la mancanza di ricercatori e tecnici adeguati, per i tempi necessari per formarli e per i costi. Occorrono anni per questi obiettivi ma il loro raggiungimento risponderebbe pienamente al programma "pace e sviluppo nella cultura" che è il motto inserito nei documenti programmatici alla base dell'istituzione dell'Università di Ngozi.

8. Le due articolazione del nostro progetto, **l'attività didattica per i corsi per paramedici e per medici con un totale di circa 500 studenti e la gestione dell'ospedale, hanno, a regime, un costo previsto complessivo di circa 7-800 mila Euro l'anno, che corrisponde a quello di**

una giornata di un ospedale europeo di medie dimensioni. Si tratta di un rapporto costi-benefici del progetto risulta estremamente favorevole.

9. A fronte di tutti questi vantaggi ci sono alcuni **pericoli** che devono essere tenuti presenti. **Se non si opera con molta accortezza e conoscenza dell'ambiente è facile che si crei, tra i politici e gli intellettuali indigeni, uno stato di sudditanza, e tutto quello che si fa venga percepito come una sorta di paternalismo se non proprio di colonialismo.**

Abbiamo avuto prove evidenti, anche tra le autorità accademiche delle università africane, che c'è una grande sensibilità verso questo problema. Per ovviare a questo pericolo il progetto opera su tre direttrici. 1) **Coinvolgimento più ampio possibile di personale docente e medico indigeno**, ovviamente con la garanzia che sia idoneo. 2) Impostazione di un lavoro a lungo termine per **formare docenti africani** con l'obiettivo, anche se richiederà molto tempo, di gestire autonomamente i corsi e la ricerca. 3) Tenere sempre presente che un progetto come quello che abbiamo iniziato

deve avere come obiettivo quello di **impostare in Africa non la medicina occidentale ma una medicina di base, moderna ma non esasperata sul piano tecnologico, adeguata ai mezzi e alla cultura di queste popolazioni.**

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Su queste basi sembra ragionevole proporre questo progetto come modello per analoghe iniziative tra Università dei Paesi sviluppati e Università dei Paesi in via di sviluppo.

Qualche decina di progetti di questo tipo, con contributi finanziari irrisori rispetto ai bilanci delle nostre Università e dei nostri ospedali europei, potrebbe dare inizio ad un cambiamento radicale della sanità africana. Molto efficace sarebbe una organizzazione concordata di progetti simili tra Università dei Paesi della Comunità Europea. È chiaro che il progetto potrà proseguire, migliorare e raggiungere gli obiettivi previsti se sarà supportato, oltre che da contributi finanziari continuativi, anche, e soprattutto, dalla partecipazione, per quanto di loro competenza e disponibilità dei nostri medici e tecnici. Se ci considera che l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri comprende oltre 5.000 iscritti l'adesione anche di una minoranza sotto forma di liberi contributi volontari o di qualche tipo di partecipazione potrebbe essere vitale per il progetto.

IL RESPONSABILE DEL PROGETTO
FILIPPO ROSSI
PROFESSORE EMERITO
DI PATOLOGIA GENERALE
UNIVERSITÀ DI VERONA
045 914923 (casa)
045 8027121 (Università)
e-mail: filippo.rossi@univr.it

Coordinate Bancarie:

**Fondazione Zanotto
Progetto Burundi:** IBAN IT 51 J
05188 11701 000000165265

"Amahoro Onlus" IT 05 B 02008
11709 000040158098

Marzana statement 2009: Position paper sul riordino delle cure primarie

**Casa M., Vaona A., Longobardi A.,
Fuggetta M.E., Bonfante N.,
Motta G., Battaglia E.,
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
AZIENDA ULSS 20 VERONA,
MARZANA**

Lo scenario

Dal punto di vista assistenziale in estrema sintesi, il Sistema Sanitario Nazionale italiano è suddiviso in Cure Territoriali (primo livello) e Cure Ospedaliere (secondo livello).

Sono presenti poi centri superspecialistici di terzo livello.

Le cure di secondo livello, divise in specialità, forniscono prestazioni sanitarie in regime di ricovero ospedaliero o in forma di consulenze ambulatoriali di norma su richiesta del medico di famiglia.

Le cure territoriali impiegano la gran parte dei medici nella Medicina Generale.

Semplificando, questa è a sua volta composta da 3 settori per accedere ai quali i medici seguono il medesimo percorso formativo triennale postlaurea:

- l'Assistenza Primaria costituita dai medici di famiglia che assistono ognuno fino a 1500 cittadini e sono disponibili al cittadino nei giorni diurni feriali sia per l'assistenza ambulatoriale che per quella domiciliare.
- il Servizio di Continuità Assistenziale, ex Guardia Medica, attivo tutte le notti dell'anno e nei giorni prefestivi e festivi, reperibile dal cittadino telefonicamente per consigli telefonici o visite domiciliari per necessità non differibili di salute. Nella provincia di Verona il Servizio di CA eroga anche visite ambulatoriali a libero accesso.
- L'Emergenza Sanitaria Territoriale costituita dai medici che operano a bordo delle ambulanze coordinate dalla Centrale Operativa provinciale del SUEM-118, attiva 24 ore su 24 e

gestita da infermieri professionali e un medico di centrale, disponibili telefonicamente ai cittadini per tutte le circostanze in cui si profilano emergenze o urgenze sanitarie che necessitano di un trasferimento del paziente presso il più vicino Pronto Soccorso ospedaliero nel più breve tempo possibile.

La sfida

Il Sistema Sanitario Nazionale Italiano come quello di tutti i Paesi in fase avanzata di sviluppo si trova di fronte ad una sfida: spostare il punto di riferimento del cittadino dall'Ospedale al Territorio e riservare le cure ospedaliere ai soli casi non altrimenti gestibili per la loro complessità e criticità e solo per il tempo strettamente necessario a riportare la loro gestione sul territorio. Le ragioni che spingono al cambiamento sono sostanzialmente macroeconomiche: la competizione nel mondo globalizzato impone un sistema sanitario che vada a pesare il meno possibile sul sistema produttivo a parità di esiti di salute; inoltre gli andamenti demografici delle popolazioni occidentali rendono insostenibile la gestione delle patologie dell'età avanzata in ambiente ospedaliero.

Le criticità

La capacità della Medicina Generale di recepire la domanda sanitaria da cui l'Ospedale deve essere sgravato è l'elemento chiave per vincere la sfida ma l'assetto che attualmente la caratterizza non le consente di rispondere alla sfida in maniera adeguata.

La criticità maggiormente rilevanti sono:

- 1) l'assenza di sistemi informatici di condivisione delle informazioni tra i 3 settori della medicina generale;
- 2) il sovraccarico assistenziale dell'Assistenza Primaria;

- 3) la scarsa valorizzazione del servizio di Continuità Assistenziale;
- 4) l'insufficiente sviluppo dell'Emergenza Sanitaria;
- 5) l'assenza di procedure di controllo e miglioramento della Qualità delle prestazioni erogate.

Questo documento esprime la posizione dei firmatari sulle direzioni che i "Decisori" locali e regionali dovrebbero imprimere al riassetto della medicina generale per metterla nelle condizioni di vincere le sfide del presente.

Sistemi informatici di condivisione delle informazioni cliniche

È necessario che vengano adottati sistemi informatici di condivisione dei dati clinici del paziente che siano disponibili a tutti e tre i settori della medicina generale. La Continuità dell'Assistenza sul territorio è altrimenti impensabile. Il medico di famiglia deve poter sapere quali provvedimenti ha preso il collega del Servizio di Continuità Assistenziale durante gli orari di sua indisponibilità e quest'ultimo deve poter conoscere le problematiche cliniche del paziente che chiede il suo intervento. Il medico di Emergenza deve poter prendere decisioni rapide in base alla storia clinica di un cittadino in pericolo di vita o con una problematica clinica urgente.

Sovraccarico dell'Assistenza Primaria

L'Assistenza Primaria si trova in condizioni di sovraccarico assistenziale. Non è immaginabile che il medico di assistenza primaria possa rispondere da solo al peso assistenziale della cronicità, alle complicazioni burocratiche e contemporaneamente sia reperibile per tutte le situazioni acute per i quali i cittadini richiedono una pronta disponibilità. La medicina di famiglia deve essere una "slow medicine", il medico di famiglia

deve poter disporre del tempo che è necessario per negoziare con il paziente le decisioni da prendere di volta in volta; deve potersi occupare solo di ciò che è programmabile, ovvero deve vestire i panni di "health manager". La problematica degli accessi impropri al Pronto Soccorso, i cosiddetti "codici bianchi", sono sintomo anche, seppur non solo, dell'impossibilità da parte dell'Assistenza Primaria di sostenere anche il carico della non differibilità territoriale diurna. Le forme associative complesse dell'assistenza primaria, che pure tendono ad affrontare il problema della pronta disponibilità del medico di famiglia, per la loro stessa natura non sono adattabili a tutti i contesti, in particolare ad aree extraurbane a bassa densità abitativa.

Riqualificazione del Servizio di Continuità Assistenziale

Il Servizio di Continuità Assistenziale deve essere considerato "l'altra gamba" dell'Assistenza Primaria nella sfida al trasferimento della domanda su territorio a patto che venga riqualificato attraverso un'attivazione anche a ranghi ridotti durante gli orari diurni feriali per prestazioni non differibili da svolgere anche solo su richiesta del medico di famiglia. Ciò garantirebbe a quest'ultimo di poter programmare e svolgere la propria attività clinica, di studio o di riposo senza dover necessariamente rispondere di persona nell'arco delle 12 ore a tutte le urgenze di tutti i suoi assistiti. L'attivazione diurna del Servizio di Continuità Assistenziale è prevista anche dalle "Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti. Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale" recentemente emanate dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Inoltre la consapevolezza di poter contare sulla pronta disponibilità istituzionale di un collega potrebbe indurre un maggior numero di medici di famiglia a offrire ai propri assistiti (e persino alla centrale operativa del 118) una reperibilità telefonica nell'arco delle 12 ore diurne feriali di per sé non dovuta da accordo collettivo nazionale.

La riqualificazione del Servizio di Continuità Assistenziale deve prevedere anche:

- il suo coinvolgimento nella gestione dei pazienti fragili per i quali il Servizio di Continuità Assistenziale dovrebbe occuparsi di necessità non differibili insorte al di fuori della programmabilità del medico di famiglia.
- adeguamento delle sedi, se non fatiscenti, spesso inadeguate ad un servizio sanitario.
- il potenziamento delle dotazioni strumentali che consentano al medico di erogare prestazioni di piccola chirurgia ambulatoriale (applicazione o rimozione punti di sutura, drenaggio ascessi) o terapie ad infusione endovenosa
- l'inserimento nel percorso formativo della medicina generale di una parte anche residenziale, attualmente assente, dedicata all'attività clinica del Servizio di Continuità Assistenziale
- meeting periodici con i colleghi dell'Assistenza Primaria, con i colleghi dell'Emergenza e con quelli del Pronto Soccorso per la discussione delle criticità procedurali e l'elaborazione condivisa di strategie di loro superamento.

La riqualificazione del Servizio di Continuità Assistenziale,

- mira ad una riduzione dell'accesso improprio alle cure ospedaliere del Pronto Soccorso. Allorquando si può garantire al cittadino una effettiva disponibilità di cure sul territorio in caso di necessità non differibili o percepite come tali e tale disponibilità è nota al cittadino, si può esigere che questi vi ricorra, disincentivando anche pecuniariamente l'accesso al Pronto Soccorso senza una lettera di invio di un medico della medicina generale.
- libera l'Assistenza Primaria dal carico della non differibilità diurna e consente al medico di famiglia di dedicarsi solo a ciò che è programmabile, mettendolo nelle condizioni di gestire una maggior quantità di domanda sanitaria che torna dall'Ospedale al territorio.

È auspicabile che questo assetto organizzativo venga sperimentato e misurato nei suoi esiti organizzativi e di salute.

Sviluppo dell'Emergenza Sanitaria

Il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale soffre di un cronico sottosviluppo che è stato "tamponato" spesso con soluzioni improprie adottate per stato di necessità. È necessario che venga stabilito un rapporto ottimale tra numero di abitanti e numero di medici, rapporto che la normativa vigente per ora non prevede.

È necessario che siano attivati i corsi di formazione previsti dalla normativa per l'emergenza affinché un numero sufficiente di medici formati per la medicina generale possano completare l'iter formativo per l'emergenza che a loro è riservato. È necessario che i medici dell'Emergenza condividano protocolli operativi con gli altri colleghi del territorio e con i colleghi del Pronto Soccorso.

Controllo e miglioramento della qualità delle prestazioni

L'Assistenza Primaria attualmente viene valutata e incentivata attraverso indicatori di appropriatezza che mirano sostanzialmente alla riduzione della spesa farmaceutica. In nessuno dei settori della Medicina Generale sono presenti meccanismi di incentivazione legati al raggiungimento di obiettivi di appropriatezza clinica. È necessario che in tutti i 3 settori della medicina generale la qualità venga definita, "misurata" e incentivata in base a indicatori che valutino la misura in cui gli operatori seguono le raccomandazioni di buon comportamento clinico, quando ciò è possibile. L'obiettivo deve essere un obiettivo di salute e non necessariamente di risparmio.

Conclusione

Le Cure Territoriali e la Medicina Generale in particolare sono oggi chiamate ad affrontare una sfida strategica di portata storica di fronte alla quale si presentano con un assetto organizzativo e strutturale sostanzialmente non sufficientemente adeguato. I "decisori" devono imprimere al cambiamento una direzione che va verso una diversa modalità di ripartizione della programmabilità e non-programmabilità in particolare diurna tra i settori della Medicina Generale.



A fronte del successo ottenuto, dal 2003, con i corsi accreditati E.C.M. svolti in collaborazione con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, l'Ordine dei Farmacisti e l'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Vicenza, con le U.L.S.S. n° 3, 4 e 5

e con i corsi accreditati E.C.M. organizzati a Verona a partire da ottobre 2009

siamo lieti di informarVi che,
in collaborazione con LA "C.A.S.A.",

Canterbury School
Scuola Accreditata presso la Regione Veneto
organizza corsi di

***“Comunicazione medico-scientifica in lingua inglese”
accreditati per l'anno 2010***

*Periodo di svolgimento:
primavera -- autunno
2010*

*Sede di svolgimento
(con PARCHEGGIO INTERNO):
Istituto “Don Bosco” (presso ISRE-CePOF)
via Antonio Provolo, 16 a
VERONA*

*Costo totale
205 euro + IVA:
190 euro all'iscrizione
+ saldo il 1° giorno di lezione*

**Accreditamento E.C.M.
30 crediti**

*6 livelli di apprendimento, con un numero
massimo di 15 allievi per corso.
Saranno attivati più corsi per ogni livello,
per non limitare il numero dei partecipanti*

Orario serale

I contenuti dell'evento formativo saranno prevalentemente medico-scientifici, con lezioni frontali interattive, integrate con role-playing, materiale audio e video, drammatizzazione applicata all'attività medica.

ADESIONI:

Per aderire al corso e per qualsiasi altra informazione è necessario **telefonare quanto prima** alla Segreteria della Canterbury School tel/fax 0445 528443 in orario 8:30-12:30 e 15:00-19:00, o **inviare e-mail** con i propri dati a formazione.ecm@canterburyschool.it

Le date dei **COLLOQUI PER LE ISCRIZIONI** (che si svolgeranno nel mese di gennaio 2010 presso l'Istituto “Don Bosco” (presso ISRE-CePOF) in via Antonio Provolo, 16 a Verona) verranno comunicate telefonicamente.

Per qualsiasi informazione telefonare allo 0445 528443 oppure al 348 1380090 in orario 8:30-12:30 e 15:00-19:00.

Novità di quest'anno!
WEEK-END PREMIO A LONDRA PER 2 PERSONE
A ESTRAZIONE TRA TUTTI GLI ISCRITTI AI CORSI DELLA CANTERBURY SCHOOL!

Le psicoterapie nell'età della medicina tecnologica

di **LUCIANO BONUZZI**

La terapia morale, gli aiuti psicologici, la psicoterapia suggestiva, la psicoanalisi costituiscono, nell'insieme, tecniche di cura che, volte a contenere il disagio esistenziale, prendono corpo lungo l'Ottocento. L'Ottocento è il secolo delle specializzazioni e, in un certo senso, anche queste tecniche, senza tener conto della palese difformità che le caratterizza, si possono ritenere approcci specialistici che vanno perfezionandosi con il passare del tempo. Nella pratica medica della tradizione gli approcci psicologici rientrano, invece, nella normale routine che connota il rapporto medico-paziente interessando, peraltro, anche il mondo dei teologi o degli stessi filosofi, come voleva Kant ⁽¹⁾.

Si noti che Cabanis, nonostante il materialismo meccanicista a cui aderisce, non sottovaluta nel rapporto fra medico e paziente l'importanza psicologica di quei fattori che costituiscono il sale della terapia morale. Secondo Cabanis, se il medico "vuole regolare le abitudini morali, deve regolare le abitudini fisiche; e se vuole correggere le passioni, deve cominciare con il correggere i temperamenti"; ma tuttavia, al di là del postulato materialista, quando parla della professione medica avverte che il buon medico deve essere "iniziato a tutti i segreti del cuore" ed osserva che "i medici che guariscono di più ... sono quasi tutti esperti nel trattare, nel volgere in qualche modo a piacer loro l'anima umana, a rianimare la speranza, a riportare la calma nelle immaginazioni sconvolte" ⁽²⁾.

Nella stessa medicina romantica, dalle posizioni dottrinali assai lontane dal pensiero di un autore come Cabanis, il rapporto fra medico e paziente è coinvolgente: si pensi a Franz Anton Mesmer, a Cristoforo Guglielmo Hufeland, il cultore

di medicina macrobiotica, o a Cristiano Federico Samuele Hahnemann, l'inventore dell'omeopatia. Mesmer con la teoria del magnetismo animale aderisce ad una concezione fisicalista sia della malattia, attribuita ad un cattivo scorrimento del fluido magnetico, che della terapia, che intende ripristinare la regolarità dello scorrimento in parola, ma nelle pratiche di cura, nonostante il contesto fisicalista, il coinvolgimento fra medico e paziente è profondo e vibrante ⁽³⁾. Anche per Hufeland "infermo e



medico" devono trovarsi "in una reciproca e perfetta relazione"; il medico, in altre parole, "si dee disporre con dolce cordialità ed avere senso per le sciagure altrui e mostrarsene partecipe". Per i disturbi psichici Hufeland propone poi una "cura psicologica" simile alla pedagogia con cui si educano i bambini ⁽⁴⁾. Per lo stesso Hahnemann, ricco di esperienza in campo psichiatrico, il rapporto interpersonale è di grande rilievo: raccomanda, infatti, di ascoltare con attenzione il racconto anamnestico in modo da

avere una visione il più precisa possibile della biografia dei pazienti, mentre nelle malattie mentali, accanto alla somministrazione dei rimedi basati sui criteri della medicina omeopatica, suggerisce di non trascurare "certe regole morali alle quali lo spirito deve assoggettarsi" ⁽⁵⁾.

Questo clima che, sia pure in disegni teorici assai differenti, vede il medico attento alle aspettative ed ai problemi di esistenza dei propri pazienti si dissolve progressivamente dal secondo quarto dell'Ottocento quando si verificano significativi eventi che, accantonando l'ascolto, convergono nel promuovere le fortune dell'orientamento obbiettivante in medicina. Si pensi, da una parte, alle profonde miglie tecniche del microscopio che dopo Amici diventa lo strumento essenziale nell'orientare e plasmare la ricerca e, dall'altra, si pensi invece alla rilevanza dottrinale che compete alla scoperta di Friedrich Wöhler che sintetizzando in laboratorio l'urea, un prodotto del metabolismo proteico, indica la via per abolire la frontiera fra mondo organico e mondo inorganico, fra vitalismo e meccanicismo ⁽⁶⁾. Il "cambio di rotta" che divide l'età del vitalismo, con le implicazioni psicologiche che gli sono proprie, da quella del meccanicismo si può cogliere, con Premuda, nella pubblicazione del 'Lehrbuch der Physiologie des Menschen' edito a Lipsia fra il 1852 e il 1856. Questo trattato di Carl P. W. Ludwig testimonia, per così dire, il passaggio dalla filosofia della natura, attenta ad ogni questione esistenziale, all'età della exakte Naturwissenschaft simboleggiata dal ricorso al chimografo introdotto in fisiologia proprio da Ludwig con l'intento "di oggettivare il più possibile ogni osservazione e ridurre al minimo od annullare l'intervento di componenti soggettive nella valutazione" dei fenomeni. ⁽⁷⁾ Questo atteggiamento obbiettivante fondato sulla forza dello sguardo non si arresta entro le pareti dei laboratori ma fa sentire la propria influenza nelle corsie ospedaliere oscurando il rapporto medico-paziente, mentre l'intento scientifico prevale su ogni forma di rapporto umano. Premuda ricorda al proposito l'ostentata indifferenza per la terapia che caratterizzava il comportamento di Skoda, il celebre clinico viennese ⁽⁸⁾. Ed

è ben vero, come avverte Lain Entralgo, che anche nell'età di Skoda si poteva essere naturalisti e compassionevoli ma si trattava di scelte ed atteggiamenti personali che avevano poco da spartire con l'esercizio della pratica clinica⁽⁹⁾.

L'avvento della medicina naturalistica, mentre irrobustisce il prestigio scientifico del medico, crea un vuoto sempre più ampio nell'animo dei pazienti che avvertono con disagio il divorzio fra natura ed esistenza che ormai sostanzia la medicina ufficiale. In questa situazione si impone, innanzi tutto, la psicoterapia suggestiva che fa leva sul prestigio e sull'autorità del medico piuttosto che sulla sua capacità di essere umanamente attento ai problemi che la vita e la malattia pongono sul tappeto. La distanza, ormai affiorata fra medico e paziente, si approfondisce ulteriormente con l'avvento degli antibiotici (10) che, con il fulmineo successo che li caratterizza, rendono inutile quella sollecitudine che voleva il medico premurosamente accanto al capezzale dei propri malati. Un rapporto destinato ad entrare del tutto in crisi con la medicazione benzodiazepinica dell'ansia che spegne ogni risonanza esistenziale. Questa crisi si accompagna, paradossalmente ed irrazionalmente, alla mitizzazione degli schemi e del linguaggio della medicina ufficiale per interpretare il senso della vita, trasformando – ad esempio – in depressione le angustie della condizione umana ed inducendo, grazie ai trapianti, vaghe illusioni d'immortalità.

Una reazione a questo stato di cose prende forma, innanzi tutto, con Freud che, accompagnando i pazienti lungo i sentieri inesplorati della psicoanalisi, scopre la dimensione inconscia della personalità; e con la psicodinamica freudiana inizia in psicoterapia un nuovo corso. Lo spazio lasciato libero dalla medicina ufficiale viene, peraltro, colmato quanto prima non solo da Freud, e da quanti a Freud fanno riferimento, ma anche dagli indirizzi fenomenologici. Si tratta, in effetti, di un momento assai problematico in quanto la malattia invita a riflettere, come avverte Viktor von Weizsäcker, sul significato dell'esistenza ponendo quesiti a cui la medicina naturalistica non può rispondere⁽¹¹⁾. La situazione, insomma, è difficile, conno-

tata da una strisciante insoddisfazione per l'orientamento obbiettivante e per i protocolli terapeutici della medicina ufficiale. Si tratta di un disagio che, da un lato, spinge non pochi pazienti verso cure alternative e, dall'altro, favorisce la moltiplicazione degli indirizzi psicoterapici dove è arduo il tentativo di cogliere un fondamento comune.

Per quanto concerne le cure alternative o, per meglio dire, complementari alla medicina ufficiale si possono ricordare la medicina cinese, la fitoterapia, l'omeopatia, la chiropratica, la medicina ayurvedica, la medicina antroposofica, le tecniche psicosomatiche etc. Si tratta,



come segnalano Paolo Bellavite et al.⁽¹²⁾, di approcci che intendono la malattia come l'espressione complessa di un insieme di fattori psichici, fisici, sociali, e spirituali. È, evidentemente, questa corallità d'intenti che esercita un forte richiamo nell'animo dei pazienti che ricorrono alle medicine complementari. Ed in questa sede, del resto, non interessa tanto la convergenza delle pratiche in parola con la medicina delle evidenze⁽¹³⁾, connotata dal controllo dell'efficacia e dei rischi degli interventi sanitari, quanto piuttosto l'orientamento globale – spirituale, psichico e somatico – che per lo più sostanzia questi approcci dove viene riservata larga attenzione al benessere psicologico ed emozionale

dell'individuo. Al bisogno di vicinanza umana e di comprensione che la malattia reclama rispondono, in maniera ancora più esplicita, le molteplici pratiche di psicoterapia che non di rado hanno un palese significato di risposta alle difficoltà che suscita la società contemporanea: basti pensare che la psicoterapia di gruppo si impone quando nelle grandi città l'individuo è sommerso dal gelo della solitudine, mentre la psicoterapia della famiglia prende forma quando la famiglia tradizionale va dissolvendosi, quasi per ricordare che le civette di Athena compaiono sempre al tramonto. La molteplicità degli indirizzi e delle scuole e la eterogeneità del fondamento dottrinale a cui fanno riferimento le differenti psicoterapie invitano a pensare che per ogni situazione di disagio si possa proporre una specifica tecnica. In verità non è così; si può, piuttosto, ipotizzare che ogni psicoterapia privilegi una particolare via d'accesso alla mente, che segua una propria via privilegiata. D'altra parte, tutte le psicoterapie funzionano, più o meno bene, purché rispondano a quelle essenziali caratteristiche che ne garantiscono il successo. Donald K. Freedheim, nelle 'Note introduttive' alla sua documentatissima 'Storia della psicoterapia', ricorda che le tecniche psicoterapeutiche sono "svariate centinaia"⁽¹⁴⁾: si tratta di approcci che, ovviamente, hanno tutti qualche cultore ma dove non è facile saggiare la rispettiva efficacia.

Gli è che nelle psicoterapie convergono fattori terapeutici aspecifici fra i quali si possono individuare: una relazione emotivamente intensa basata sull'empatia; un contesto terapeutico socialmente riconosciuto in grado di indurre un aumento della speranza; l'adesione ad un modello terapeutico che, condiviso dal paziente e dal terapeuta, sia in grado di interpretare il disturbo indicando un metodo per riordinarlo; un rituale che per essere applicato comporti la partecipazione emotiva sia del paziente che del terapeuta. Le psicoterapie, in pratica, inducono tutte un aumento della speranza e in questa prospettiva fattori specifici ed aspecifici si rinforzano reciprocamente; fondamentale, in ogni modo, sembra essere il coinvolgimento emotivo⁽¹⁵⁾.

NOTE E RICHIAMI BIBLIOGRAFICI

- 1) Kant vede il filosofo fra i terapeuti dei disturbi psichici, ma a condizione che non intenda essere pagato (E. KANT, *Essai sur les maladies de la tête*, «L'evolution psychiatrique», II (1977), p. 229).
- 2) P.-J.-G. CABANIS, *La certezza nella medicina*, trad. G. Cantelli, Torino, Boringhieri, 1961, p. 90, 125.
- 3) F.-A. MESMER, *le magnétisme animal*, a cura di R. Amadou, Paris, Payot, 1971.
- 4) C. G. HUFELAND, *Enchiridion medicum o indirizzamento alla pratica della medicina*, trad. G. Almansi, Firenze, Sansone Coen, 1841, p. 171, 514.
- 5) S.F.C. HAHNEMANN, *Omeopatia. Organon dell'Arte del guarire*, a cura di M. Garlasco, Milano, EDIUM, 1975, p. 84, 156.
- 6) L. PREMUDA, *Storia della medicina*, Padova, CEDAM, 1960, p. 184, 189.
- 7) L. PREMUDA, *Storia della fisiologia*, Udine, Del Bianco, 1966, p. 282, 289.
- 8) L. PREMUDA, *Il rapporto medico-paziente: aspetti storici*, «Acta Medicae Historiae Patavina», XXXII e XXXIII (1985-1986 e 1986-1987), p. 61-71.
- 9) P. LAIN ENTRALGO, *Il medico e il paziente*, trad. E. V. Ferrario, Milano, il Saggiatore, 1969, p. 121.
- 10) E. SHORTER, *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, trad. R. Pedrillo, Milano, Feltrinelli, 1986, p. 139.
- 11) V. VON WEIZSÄCKER, *Filosofia della medicina*, a cura di Th. Henkelmann, Milano, Guerrini e Associati, 1990, p. 142.
- 12) *Le medicine complementari. Definizioni*, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili, a cura di P. Bellavite, A. Conforti, A. Lechi, F. Menestrina, S. Pomari, Castelseprio (Va), UTET, 2000, p. 1.
- 13) *Clinical evidence*, a cura di A. Liberati e P. Dri, Milano, Ministero della Salute, 2003, p. XI.
- 14) D. K. FREEDHEIM, *Note introduttive*, in *Storia della psicoterapia. Un secolo di cambiamenti*, a cura di D. K. Freedheim, ed. it., Roma, Edizioni Scientifiche Magi, 1998, p. XL.
- 15) L. PANCHERI, R. BRUGNOLI, *Effetto placebo e fattori terapeutici aspecifici in psichiatria*, a cura di P. Pancheri, in *Trattato italiano di psichiatria*, coordinato da P. Pancheri e G. B. Cassano, Milano, Masson, 1992, III, p. 2283 e seg.

Il presidente e il feocromocitoma

L'improvviso attacco cardiaco sofferto del presidente degli Stati Uniti Eisenhower, nel 1955, ebbe importanti riflessi politici e finanziari in tutto il mondo. Venne rapidamente convocato il dottor Paul Dudley White, il più importante cardiologo degli Stati Uniti d'America che non espresse una diagnosi certa ma questo fu il tema della sua master's conference al Congresso della American Heart Association dell'ottobre 1955, a New Orleans. White elencò i fattori di rischio per l'infarto acuto del miocardio conosciuti allora: l'età avanzata, il sesso, la massa corporea, l'attività fisica, la personalità ambiziosa e l'ereditarietà. Sottolineò particolarmente lo stress e la dieta; il consumo di alcool, la religione e le abitudini sociali. Il consumo di tabacco venne considerato "meno importante". L'ipertensione non venne menzionata fra i fattori di rischio.

Il presidente Eisenhower ebbe otto attacchi di cuore prima di morire per "cardiomiopatia ischemica" il 28 marzo 1969 all'età di 78 anni, circa 14 anni dopo il primo attacco cardiaco. All'autopsia eseguita presso il Walter



Reed Army Hospital si evidenziò come fosse portatore di un feocromocitoma di 15 mm nel surrene sinistro. Durante la carriera militare del generale Eisenhower gli venne sempre rilevata la pressione arteriosa nelle periodiche visite militari. L'ipertensione arteriosa, costantemente rilevata, venne sempre

definita "border line", "labile" o "transient". Essa però venne rilevata assai elevata durante il suo primo attacco di cuore. Il primo rilievo di pressione arteriosa anormale è del 1930, presso il "General Dispensary" di Washington, D.C.: 164/94 mmHg. Ma dopo rilievi in tre giorni diversi, essa venne ritenuta accettabile. Nel gennaio 1943, l'aiutante navale del generale, il capitano Harry C. Butcher, rilevo una pressione sistolica di 168 mmHg. Ma nell'agosto di quell'anno al generale venne prescritto "bed rest for high pressure and fatigue" (riposo a letto per ipertensione arteriosa e affaticamento). Nel 1944 vi furono numerosi rapporti medici che sottolineavano l'ipertensione arteriosa del generale. Si pensa, ma non v'è documentazione, che Eisenhower venne trattato farmacologicamente per l'ipertensione dal generale medico Albert W. Kenner. È noto come nell'ultimo periodo della guerra il generale, ora comandante supremo delle truppe alleate, fumasse fra le 60 e 80 sigarette al giorno, assumesse non meno di 15 tazze di caffè e, si dice, non meno di una

bottiglia del suo bourbon preferito: il Four Roses. Nell'agosto 1954 la sua pressione era 154\104 mmHg. Esattamente un anno dopo 160\90.

Nel 1959 il dottor Snyder notò come la pressione del presidente "fosse un po' irregolare". Il dottor Lynn propose un trattamento farmacologico ma Snyder non fu d'accordo anche se il presidente riferiva attacchi di cefalea e, in coincidenza di essi, si rilevavano valori pres-

sori elevati. Negli ultimi anni di vita del presidente la pressione arteriosa era estremamente variabile e raggiunse i 200\120 mmHg.

I rilievi del 1965 e 1966 di pressione arteriosa estremamente variabile porterebbero ad escludere l'ipertensione arteriosa sistemica cronica essenziale. Sebbene sia difficile, in un'analisi retrospettiva, fare una corretta diagnosi etiologica, brusche immissioni di cateco-

lamine in circolo, come avviene nel feocromicitoma, possono spiegare le ampie escursioni della pressione arteriosa del presidente. È del resto noto come i portatori di feocromicitoma possano soffrire di infarto del miocardio, sindromi coronariche acute o di scompenso cardiaco apparentemente "sine materia".

CARLO MARCHI

COMUNICARE IL QUESITO OD IL SOSPETTO DIAGNOSTICO È INDICE DI CORRETTEZZA DEONTOLOGICA E DI BUONA PRATICA CLINICA

Alcuni Direttori Sanitari e Responsabili di Distretto ci hanno in varie occasioni comunicato che è ancora abbastanza diffusa la pessima abitudine di richiedere visite specialistiche ed accertamenti diagnostici senza comunicare il quesito, o, meglio il sospetto diagnostico.

Tale comportamento può essere ammissibile in alcune situazioni particolari ma nella generalità dei casi è contrario alla buona pratica clinica ed al Codice Deontologico (artt. 59,59,62) e può in alcune situazioni critiche configurare un reato ai sensi dell'art. 328 del Codice Penale.

	Lachiver Servizi S.r.l. Ambiente, sicurezza, qualità
	Siamo consulenti qualificati, con forte specializzazione, a servizio delle Strutture Sanitarie del Veneto che vogliono raggiungere l'Accreditamento Regionale
	<i>La nostra organizzazione, composta da consulenti esperti nelle varie discipline richieste per la valutazione in conformità alla L.R. 22/02, è a disposizione per:</i> <ul style="list-style-type: none">▶ la verifica dei requisiti generali e specifici richiesti dalla Regione per l'Autorizzazione all'esercizio e per l'Accreditamento istituzionale▶ il rapporto di rispondenza con le indicazioni per l'adeguamento▶ l'elaborazione dei documenti da presentare in Regione▶ l'elaborazioni degli indicatori per il miglioramento
<i>Via Leoncino, 10 — 37121 Verona; tel. 045/8009014 fax 045/8032918 www.lachiver.com — servizi@lachiver.com</i>	
<i>Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001:2000</i>	

Rivalutazione rendite dei Medici colpiti da malattie e lesioni causate da raggi X e da sostanze radioattive

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 185 dell'11 agosto 2009 è stato pubblicato il decreto 12 giugno 2009 concernente la **“Rivalutazione delle prestazioni economiche per infortunio sul lavoro e malattia professionale con decorrenza 1° luglio 2009 per i medici radiologi”**.

Il decreto è stato emanato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali in attuazione dell'art. 5 della legge 10 maggio 1982, n. 251 e dell'art. 11 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, che prevedono rispettivamente la riliquidazione e la rivalutazione annuale delle rendite in favore dei medici colpiti da malattie e

lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive.

Il decreto in esame, pertanto, fissa in € 54.757, 58, con effetto dal 1° luglio 2009, la retribuzione annua da assumersi a base per la liquidazione delle rendite di cui all'oggetto.

IL PRESIDENTE
AMEDEO BIANCO

Tassa d'iscrizione differenziata? Non è possibile

La Federazione ha più volte dato parere negativo in riferimento alla possibilità di prevedere una tassa differenziata annuale per alcune categorie di iscritti.

Il quesito, però, viene spesso riproposto da molti Ordini e da Associazioni mediche.

Si ritiene opportuno, pertanto, allegare la Comunicazione n. 18 del 29 gennaio 2002 che esplicita i motivi tecnico-giuridici in base ai quali non è possibile prevedere una tassa annuale differenziata.

Per maggiore completezza, si rileva che il quadro normativo non si è modi-

ficato e, pertanto, rimangono perfettamente valide le considerazioni contenute nella già citata comunicazione. Occorre considerare che l'eventuale possibilità di prevedere una tassa differenziata dovrebbe essere stabilita in una legge ordinaria che modifichi la legge istitutiva degli Ordini (D.Lgs. C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233).

Tale possibilità potrebbe essere praticabile nell'ambito delle numerose modifiche degli ordinamenti delle professioni in genere e di quelle sanitarie in particolare.

IL PRESIDENTE
AMEDEO BIANCO

La FEDER.S.P.EV. (Federazione Nazionale Sanitari Pensionati e Vedove) ha riproposto il problema relativo alla differenziazione e riduzione, per alcune categorie di iscritti, della tassa ordinistica annuale.

L'art. 4, 1° comma del DLCP 13 settembre 1946 n. 233 stabilisce: “Il Consiglio, entro i limiti strettamente necessari a coprire le spese dell'ordine o collegio, stabilisce una tassa annuale, una tassa per l'iscrizione nell'albo, nonché una tassa per il rilascio dei certificati e dei pareri per la liquidazione degli onorari”.

La tassa rientra tra i tributi e di difficile connotazione, avvicinandosi, per certi aspetti, all'imposta, per altri ai corrispettivi pagati in relazione a certe prestazioni.

È un tributo correlato a una funzione e servizio effettuato dall'Ordine cui il sanitario è iscritto obbligatoriamente, ai fini dell'esercizio professionale, ai sensi dell'art. 2229 c.c. e, dell'art. 8 del DLCP 233/46.

Né merita particolare attenzione l'obie-

zione che la tassa non viene pagata per la prestazione effettuata nell'interesse del contribuente, bensì semplicemente quale conditio per l'esercizio da parte dello stesso contribuente di una attività di suo interesse.

La tassa annuale ordinistica, pur diretta a ristorare l'Ordine in relazione alle spese sopportate per la prestazione di servizi resi agli iscritti, non ha carattere commutativo e pertanto non rappresenta il corrispettivo dei servizi forniti. Si sottolinea inoltre che esiste una scarsa correlazione tra entità della tassa ed entità dei servizi resi.

Da parte della FEDER.S.P.EV. si evidenzia che il Legislatore non ha posto "alcun obbligo di stabilire una tassa unica (nel senso di identica), né alcun divieto di introdurre una tassa differenziata".

Aggiunge inoltre "che all'interno dei due limiti (la necessità di coprire le spese e il divieto di discriminazione), e nel silenzio del Legislatore, non può dirsi vietata al Consiglio dell'Ordine l'introduzione di una tassa differenziata per le diverse categorie di iscritti: e ciò perché, nel rispetto dei limiti suddetti

l'introduzione della tassa costituisce, come abbiamo visto, una *facoltà* che, in quanto tale, costituisce espressione di un potere *discrezionale*".

La richiesta della FEDER.S.P.EV., diretta a differenziare e, nella fattispecie, a ridurre la tassa annuale per i medici pensionati, non può essere accolta per le motivazioni di seguito riportate.

La tassa annuale è strettamente connessa all'iscrizione all'albo a prescindere dall'effettivo esercizio della professione. La tassa, in mancanza di una specifica previsione di legge, è unica, vale a dire identica per tutti gli iscritti non avendo né potendo l'Ordine fissare criteri "obiettivi" per quantificare l'attività effettivamente svolta e differenziare di conseguenza la tassa fra i singoli iscritti, fermo restando che l'assoggettamento avviene in ragione, come detto, dell'iscrizione all'albo.

Una differenziazione della tassa, in mancanza di una previsione di legge, configurerebbe una disparità di trattamento tra gli iscritti e quand'anche l'Ordine, in sede regolamentare, adottasse criteri "obiettivi" diretti a differenziare la tassa annuale il provvedimento

potrebbe essere impugnato da tutti gli altri cui è applicata una tassa superiore per uno stesso servizio e obbligo di legge.

Pur comprendendo le motivazioni addotte alla FEDER.S.P.EV., la Federazione è del parere che la tassa annuale è identica per tutti gli iscritti al medesimo albo, che devono concorrere, ai sensi del riportato II comma dell'art. 4, "a coprire le spese" strettamente necessarie al funzionamento dell'Ordine. Nell'ipotesi in cui qualche Ordine, facendo proprie le motivazioni della FEDER.S.P.EV., avesse previsto una differenziazione della tassa annuale per una o più categorie di iscritti (ciò non è assolutamente ipotizzabile atteso che tutti gli iscritti, a prescindere dall'attività esercitata, sono portatori di identici diritti e interessi nei confronti degli Ordini e sono parimenti tenuti all'osservanza dei doveri imposti dall'Ordine) dovrà immediatamente annullare l'atto deliberativo imponendo una tassa annuale uguale per tutti.

IL PRESIDENTE
GIUSEPPE BARONE

NORME COMPORTAMENTALI PER I MEDICI CHE EFFETTUANO SOSTITUZIONI

Si ricorda che all'atto dell'affidamento/accettazione dell'incarico di sostituzione devono essere sottoscritti i seguenti punti:

- Il Medico Sostituto deve garantire il pieno rispetto degli orari d'ambulatorio e può modificarli solo previo accordo col Medico Titolare, tenuto conto dei disagi dell'utenza.
- Il Medico Sostituto deve garantire lo stesso periodo di reperibilità telefonica attiva che viene garantita dal Medico Titolare (in genere ore 8-10 con risposta diretta del titolare o di altra persona).
- Nelle giornate di sabato e nei giorni prefestivi il Medico Sostituto deve rispettare gli impegni del Medico Titolare, deve effettuare la reperibilità telefonica e/o l'ambulatorio qualora fosse prevista attività ambulatoriale e deve effettuare le visite richieste anche se dovesse comportare un prolungamento dell'orario oltre le ore 10 del mattino.
- Il Medico Sostituto si impegna a sostituire un solo medico per volta, salvo casi particolari -dichiarati- nello stesso ambito di scelta, per garantire agli utenti una presenza effettiva nella sede d'attività del tutto simile a quella del titolare.
- Eventuali accordi tra Medico Titolare e Medico Sostituto al di fuori di questo regolamento devono comunque tenere presente che interesse principale è anche evitare disagi e servizi di scarsa qualità agli assistibili.

S.O.S. – Sostituzioni

Chi è interessato alle sostituzioni è pregato di compilare e spedire l'apposito tagliando (vedi pag. 15). Si prega inoltre di indicare i propri dati in maniera chiara (stampatello).

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN MEDICINA GENERALE

Cognome - Nome	Via	Località	Dipl. formaz. M.G.	Telefono 1	Telefono 2
ARZENTON MARIANNA	Via Pozzotto 3	Bevilacqua	NO	3487075297	
BAMBACE CLARA			NO	3487625192	
BAR MARIANA	Via Don Sturzo 5/b	Negrar	NO	3468203148	0457500193
BARAC ALA	Via Gen. Dall'Ora 54	Monzambano	NO	3400699282	
BAZZUCCO GIGLIOLA	Via Ariosto 13	Castel D'Azzano	NO	3497837584	
BENEDETTI BEATRICE	Via Pieve di Cadore	Verona	NO	45915767	
BIONDANI TATIANA	Via Paglia 7	Verona	NO	3470875231	
BISCARDO CARLO ALBERTO	Via Del Bersagliere 14	Verona	NO	3472314109	
BUSCEMI LAURA	Via Chioda 115	Verona	NO	3403492111	
CAPONE FILOMENA			NO	3405389117	
CASTELLINI MAURIZIO	Piazza Marconi 6	Sommacampagna	NO	3472229569	
CICOLINI ALESSIA	Via Sant'Alessio 22	Verona	NO	3493818420	
COGHI ALESSANDRA	Via Oberdan 14	Castel D'Azzano	NO	3474029759	
COLOMBAROLI ELENA	Via Camalavicina 31	Valeggio s/m	NO	3402391194	0457902445
DI GAETA GIUSEPPE	Via Adria 3	VERONA	NO	3381007117	
CORTESI MARIA GRAZIA	C.so P.ta Nuova, 42	Verona	NO	3474884646	045509534
DI LEO ERNESTO	Via Lanaroli 35	Verona	NO	3491058696	
DIMA CATIA	Via Papa Paolo VI, 2	Pescantina	NO	3476613926	
EPURE MIHAELA CRISTINA	Via B. Montanari	Verona	NO	3927509915	3928270825
FABBRICI ROMINA	Via dei Bursi 22/A	Oppeano	NO	3385959949	
FORIERI ELISA	Via ruffo 11	Verona	NO	3408742930	45520191
GIANNELLI FRANCESCA	Via Centro 22	Verona	NO	3383625647	
GIORDANO MARIA VITTORIA	Via Anzani 11	Verona	NO	3498645500	
GIUSTOZZI GLORIA	Via Santi 2	Caldiero	NO	3333147739	
HABASH ELIAS	Via Praissola 18	San Bonifacio	NO	3394573366	
HAYEK ABDALLAH			NO	3485763324	
HIJAZI QUITAIBA	Via Giordano Bruno 26/4	Verona	NO	3406291886	
INZALACO GIULIA	Via Cesiolo 20	Verona	NO	3200208129	0458344245
KANIOURAS THOMAS	Via G. Corsini 11	San Michele Extra	??	045 8949148	3278291909
LAVORGNA BARBARA	Via Favretto 16	Verona	NO	3294239871	
LULLI CHIARA	Via Maroncelli 12	Verona	NO	3280240410	
MANCUSO MICHELA	Via Adria 3	Verona	NO	3921668363	
MANTOVANI ELENA	Via Cherso 65	Verona	NO	3476972730	
MARANGONI ERICA	Via Marsala 81/a	Verona	NO	0458348055	3336013613
MARCONI VALERIA	Via San Matteo	Soave	NO	3491857154	
MASSAGRANDE NICA	Via 24 Maggio 73	S. Giovanni Lupatoto	NO	045549869	3479644976
MENEGHINI VALENTINA	Via XIII Maggio 1	Arcole	NO	3487647901	
MILLARDI DEBORAH	Via Regina Adelaide	Verona	NO	3478319485	
MOLIBARI ALBERTO	Via Orazi 1	verona	NO	3471526814	0457810780
MUSETTI PAOLA	Via Sicilia 12/b	Verona	NO	3381339033	
PARISI GRAZIELLA	Via J. Kennedy 60	Zevio	NO	3475856766	
PASINI ALBERTO	Via Mattaranetta 10	Verona	NO	3288832413	
PASSARIN OLGA	Strada Peschiera 15	Verona	NO	3492367156	
PAVANELLO LAURA	Via B. Giullari	Verona	NO	3487708480	
PELLEGRINI NADIA	Via Vilmezzano 62	Caprino V.se	NO	3495202798	
PERON SILVIA	Via L. Einaudi 1/a	Monteforte D'Alpone	NO	3400631022	
POUR ESMAELIAN MONIREH	Via Mazzini 35	Caprino V.se	NO	3342007690	456230887

GIOVANI E PROFESSIONE

Cognome - Nome	Via	Località	Dipl. formaz. M.G.	Telefono 1	Telefono 2
PRANDO SILVIA	Viale Europa 5	Vigasio	NO	3491880958	
RAMA ROMANA	Lega Veronese 8	Verona	NO	3201896140	
RAPAGNANI PAOLA			NO	3491202236	
ROSSI ANDREA	Via Teatro Vecchio 12	Mantova	NO	3933305881	376224114
ROSSI MARIANNA	Via G. Vincenti 10	Verona	NO	3406763709	
RUTA ELENA	Via Del Doatore 12	Albaredo D'adige	NO	3472597635	
SABBAGH DANIA	Visa Imola 12	Verona	NO	3407774501	
SANNINO ANNA	Via Muro Padri 24	Verona	NO	3388304440	
SCARPERI ANNA	Via Quattro Novembre 11	Verona	SI	3284840238	045835227
SCRINZI GIULIA	Via Nicola Mazza 75	Verona	NO	3406024850	
SONKOUJE HOMERE	Via Campetti 20	Caldiero	NO	3478207893	
SPILIMBERGO IRENE	Via Monte Canino	Verona	SI	347/8834886	
STUMPO MARIO FRANCESCO	Via C. Angiolieri 18	Castel D'Azzano	SI	3334890436	
SURANO MARIA GRAZIA	Via Martini 2	Verona	NO	3491949826	
TOFFANELLO GIULIA	Via M. Ortigara 9/a	Verona	NO	3477161347	
TOMELLERI SILVIA	Via Nogare 10	Dossobuono	NO	045516494	3294048413
TORNIERO CLAUDIA	Via Dei Grolli 14	Verona	NO	3338010289	
TURATI MARIA GRAZIA	Via Matteotti 8/9	S. Maria di Zevio	NO	3356302775	
TURCO CAMILLA	Via Cesiole 18	Verona	NO	045918321	3475156098
ULERI STEFANO	Via Olmo 8	Vigasio	NO	3357440613	
VERNA ANNAMARIA	Via Castello 12/a	Castel D'azzano	SI	3477861608	
VOLPE GIUSEPPE	Via Murano 43	Roana (VI)	NO	3356763374	
ZAMPIERI ELISA	Via Tombeio 12/a	Grezzana	NO	045980198	3403739880
ZANGHI SALVATORE			NO	3404173550	
ZARDINI DANIELA	Via S Sofia 5	San Pietro Incariano	SI	0456801986	3402865879
ZOCCARATO ANTONELLA	Via S. Giovanni 1	Legnago	NO	3398714514	0442629280
ZONZIN CRISTINA	Via Mantova 3	Bonavigo	NO	3492984405	

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN PEDIATRIA

Cognome - Nome	Via	Località	Telefono 1	Telefono 2
ANDREOTTI GIANCARLO	Via Calcirelli, 3	Verona	0458035325	3482932506
BARAC ALA	Via Gen. Dall'Ora 54	Mozambano	3400699282	
DIMA CATIA	Via Papa Paolo VI, 2	Pescantina	3476613926	
DEPLANO EMANUELA		Verona	3389979145	
HABASH ELIAS	Via Praissola 18	San Bonifacio	3394573366	
RIGOTTI ERICA	Via V. De Gama 1	Negrar	3479097447	
STUMPO MARIO FRANCESCO	Via C. Angiolieri 18	Castel D'Azzano	3334890436	
ULMI DANIELA	Via A. Vivaldi 7	Tregnago	3402335107	
PJESHKA MYRVETE	Viale Spolverini 112	Verona	3384174551	

ART. 14 DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico

Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure. Il medico a tal fine deve utilizzare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari per evitarne la ripetizione; tali strumenti costituiscono esclusiva riflessione tecnico-professionale, riservata, volta alla identificazione dei rischi, alla correzione delle procedure e alla modifica dei comportamenti.

Chi cerca... trova

Preghiamo chi è interessato a compilare il modulo che si trova a pag. 19 ed a volerlo inviare. Si prega inoltre di scrivere l'annuncio in maniera chiara (stampatello).

Si raccomanda di segnalare alla Redazione le inserzioni andate "a buon fine" per permettere la "Clearance". La Redazione provvederà comunque alla sospensione degli annunci dopo un certo numero di pubblicazioni. Si accettano solo annunci "brevi".

Poliambulatorio con sala chirurgica in fase di ampliamento (requisiti strutturali e organizzativi B51 Legge 22/2002) con servizio infermieristico e palestra per FKT e terapie fisiche OFFRE a specialisti di diverse discipline spazio in ambulatorio per visite e/o interventi e/o trattamenti con elettromedicali, diagnostica ecografica etc. Strada di grande passaggio con ampio parcheggio privato. Costo concorrenziale.

Tel. 3355245816 tessera ordine 6212

OFFRESI a collega odontoiatra spazio esclusivo in Poliambulatorio con sala chirurgica in fase di ampliamento (requisiti strutturali e organizzativi B51 Legge 22/2002) Canone mensile equo comprendente affitto locali e sala sterilizzazione, servizio segreteria, uso telefono, internet, pulizie, luce, acqua, riscaldamento già a norma per sistemi di sicurezza, anti-incendio, privacy, carrello emergenza. Possibilità uso sala chirurgica con anestesista.

Tel. 3355245816 tessera ordine 6212

CERCO lavoro part-time come infermiera professionale presso ambulatori medici, laboratori analisi, zona Valpolicella, Borgo Trento, Bussolengo.

SIMEONI MARINA

Via Palladio, 20 - Pedemonte (VR)
Tel. 045 6800205 - 3496991448

OFFRO collaborazione in conservativa, endo, protesi, chirurgia e implantologia per 1 o 2 giorni a settimana.

DI IASIO TOMMASO

Via, G. Vincenti, 1
Tel. 345 2302297
Tessera Ordine n.. 6041

OFFRO seria collaborazione in conservativa, endodonzia, chirurgia estrattiva.
Tel. 338 7006495
Tessera Ordine n. 599

Bilocale VENDESI zona Ca' di Cozzi, a cinque minuti dall'Ospedale Maggiore, garage. Molto tranquillo. Anche uso studio.
SALA FRANCESCO
Via Nino Bixio, 2
Verona
Tel. 045 8352468 - Cell. 347 7450520
Tessera Ordine n. 07086

Quartiere Ponte Crencano, AFFITTASI trilocale, doppi servizi, garage, ideale per studio medico.
Tel. 347 7029775

AFFITTASI in Via Carlo Cattaneo 19b, studio medico/ufficio di cinque vani, aria condizionata, ristrutturato con ottime finiture.

COTTINI PIER GIORGIO

Strada del Casalino, 10
Verona
Tel. 335 5370692 - Fax 045 8342233

AFFITTO studio medico fronte strada, no spese condominiali, riscaldamento autonomo (50 mq).
Tel. 340 4103315
Tessera Ordine n. 7578

In Zevio centro, VENDESI bilocali nuovi con giardino da € 110.000,00. Ingresso indipendente, appartamenti con giardino, mansarda e garage. Ottime finiture, risparmio energetico.

Tel. 349 1079191

Tessera n. 7578

A Boscohiesanuova AFFITTASI periodo invernale appartamento 4 posti letto in villa con parco secolare.

Tel. 340 4615758
Tessera Ordine n. 4058

Odontoiatra dal 2007, 2° anno di master in protesi, CERCA collaborazione in studio odontoiatrico di Verona e provincia per: igiene e prevenzione, pedodonzia, conservativa, endodonzia, protesi dentale.
Tel. 045 7157056 o 347 8324292

AFFITTO studio medico arredato, composto da ampia sala d'attesa, spazio segreteria, tre ambulatori e servizi, aria condizionata, parcheggio, zona Borgo Milano.

Tel. 045 563536
Tessera Ordine n. 1923

AFFITTASI locale in studio medico convenzionato a Pescantina.

Girelli Francesca
Via Madonna, 1 - Pescantina (VR)
Tel. 045 6702766
Tessera Ordine n. 5933

VENDO a Verona, traversa Corso Cavour, signorile bilocale arredato, 70 mq. 1° piano, con ascensore, aria condizionata, videocitofono, riscaldamento autonomo, garage grande (21 mq). Possibilità cambio d'uso.

Tel. 339 2459513
Tessera Ordine VR 4414

VENDO (Dolomiti, Fiera di Primiero - TN) centralissima mansarda arredata (soggiorno/cucina, due camere, stanzetta, bagno grande, armadio a muro, 2 ripostigli), 4° piano, con ascensore, riscaldamento centralizzato con accensione autonoma. (€ 150.000,00).

Tel. 339 2459513
Tessera Ordine VR 4414

VENDESI in Piazza Renato Simoni, appartamento, ultimo piano, luminoso, ampia metratura, da ristrutturare, due ingressi, divisibile anche in 2 unità. Cantina, posto auto scoperto di proprietà.

Dott. Crivellaro Carlantonio
Tel. 347 3916280

AFFITTO studi medici ed odontoiatrici anche a giorni della settimana in elegante studio polifunzionale già operativo.

S. Martino Buon Albergo, vicino casello Verona est "Corti Venete" tangenziali. Prezzo interessantissimo.

Tel. 335 6302775
Tessera Ordine n. 5097

Medico immunoematologo OFFRE collaborazione presso centro analisi.

Tel. 329 5348319
Tessera Ordine n. 3911

TEMPO LIBERO

OFFRIAMO stanza in ampio studio con sala riunioni a psichiatri, psicoterapeuti, psicologi, medicina non invasiva.

Tel. 348 2291112

Tessera Ordine n. 7424

OFFRO seria collaborazione in ortodonzia (7 anni di esperienza).

DELL'ARINGA CRISTINA

Via Monte Cimone, 7

37124 Verona

Tel. 349 7822631

Tessera Ordine n. 830 (Albo Odontoiatri)

OFFRO appartamento semiarredato di 50 mq, 11° piano, condominio Palladio. Composto di: soggiorno con angolo cottura, camera, bagno, terrazza, riscaldamento autonomo e garage. Contratto regolare di affitto per 500 euro mensili.

Tel. 045 8100654

Tessera Ordine n. 1968

AFFITASI monolocale completamente arredato (frigo, lavatrice), in signorile condominio immerso nel verde, sul canale di Borgo Roma. Libero da giugno. Solo referenziati.

Tel. 328 6671741

Tessera Ordine n. 2444

In Borgo Trento, **CEDESI** studio odontoiatrico, con due unità operative, in regola con normativa vigente. Lo studio è posto all'interno di poliambulatorio, medico di base e pranoterapeuta. Prezzo interessante.

Tel. 347 2340983

VENDO in Valpusteria - Olang - (BZ), ai piedi della funivia per Plan De Coronas panoramico appartamento composto da: ampio ingresso, due camere matrimoniali, soggiorno con angolo cottura (m² 22), bagno con doccia e vasca, scala interna, mansarda/balcone, cantina, due posti auto.

Tel. 360 469239

VENDO Audi A3 2.0 TDI Ambition, anno 2004, km 126.000, colore grigio akoya. Perfettamente tenuta, internamente ed esternamente. Testata motore e cinghia di distribuzione nuove, ammortizzatori nuovi, regolarmente tagliandata: Conducente meticoloso e non fumatore. Vendo per mutate esigenze famigliari.

ADAMI LUCIANO

Via Vivaldi, 12/b - 37024 Negrar (VR)

Tel. 3805216223

Tessera Ordine n. 1187

Causa passaggio a libera professione intramuraria **VENDESI** Ecografo Aloka Prosound 3500 Plus compreso di Sonda Convex, Sonda Transvaginale e stampante Sony, Anno 2006. Condizioni perfette.

Tel. 347 2652143 - 0444 303039 (ore pasti)

OFFRO creazione siti web statici e dinamici - Assistenza informatica PC/Reti.

Tel. 320 8899746

Tessera Ordine n. 4866

AFFITTO in via IV Novembre, un locale in studio medico specialistico e convenzionato.

Tel. 348 3134238

VENDO Centrifuga "Getty" con testa "Giromix" F-9 come nuova a € 350,00.

CARLO CASATO

Tel. 335 7314629

Tessera Ordine n. 7488

AFFITTO in Via Santini (Quartiere Pindemonte). appartamento di grandi dimensioni e con ottime finiture, su due piani parzialmente arredato.

BERGAMINI ALBERTO

Via G. Giardino, 1 - 37126 Verona

Tel. 045 913084 - 340 25 27 531

Tessera Ordine n. 00021

Lampedusa, **OFFRESI** ai Colleghi Medici bilocali 4 posti letto in villetta fronte mare (cala Croce) od in Residence Centrale in paese, visibile sul sito www.larosadilampedusa.it (convenzione Enpam che prevede lo sconto del 10% sulle tariffe di soggiorno tutto l'anno tranne agosto) possibilità di scuola ed itinerari di pesca con esperti.

Tel. 095 7178842 - 338 1508536 (Dott. LA ROSA)

AFFITASI stagione estiva, a Cavalese, appartamento in villetta, ampio giardino, ben servito, 2 camere, ideale per bimbi e anziani.

BRUNETTO GIOVANNI

Tel. 045 502179 (ore serali)

Tessera Ordine n. 6385

OFFRO Elettrocardiografo 1 canale cardioline - lettino ginecologico completo.

Tel. 335 5890626 (ore serali)

Tessera Ordine n. 4247

INFO ENPAM

Le pratiche inerenti il servizio ENPAM agli iscritti saranno evase, previa prenotazione telefonica, nei seguenti giorni:

MARTEDÌ:

dalle ore 09.00 alle ore 13.00

GIOVEDÌ:

dalle ore 09.00 alle ore 13.00

AFFITTO appartamento circa 95 mq. vicinanze ospedale B.go Trento, con cucina arredata, 2 camere letto, soggiorno, 1 servizio, 2 grandi terrazze, cantina, ampio box auto.
Tel. 339 7563280

AFFITTO zona Ponte Crencano vicinissimo ospedale B.go Trento, Studio/Ufficio completamente a norma, privo di barriere architettoniche. 180 mq., piano terra, termoautonomo, posto macchina. Facilità di parcheggio. Possibile condividere più specialisti.
STREPPARAVA GIORGIO
Via Maestro Martino, 3
Tel. 328 5719720
Tessera Ordine n. 180

AFFITTASI Ambulatorio avviato in via Michelangelo, 12 (zona stadio) a Verona. La struttura dello studio è composta da: 3 ambulatori, spazio d'attesa, spazio segreteria, servizi igienici personale, servizi igienici pubblico, locale attrezzature /cucinetta. Contratto annuale rinnovabile. Costi trattabili in base ai giorni occupati.
Tel. 328 4873125

OFFRO volante "nuovo" Dyane 2CV.
€ 100,00.
TULLIO
Tel. 349 4322149
Tessera Ordine n. 2115

AFFITTO Garage in Verona (condominio Palladio).
MOTTA ANTONINO
Via Corno D'Arvilio, 33
Tel. 045 8344160 - 347 4469221
Tessera Ordine n. 4591

Odontoiatra con esperienza OFFRO collaborazione in conservativa, endodonzia e protesi, presso studi dentistici.
CATALANO MAURIZIO
Via Martiri delle Foibe 12/E
Lavagno (VR)
Tel. 045 982707 - Cell. 349 5510668
Tessera Ordine n. 707

AFFITTASI prestigioso trilocale arredato, cantina, posto auto - ristrutturazione Villa Scopoli - Avesa.
PIUBELLO WALTER
Via B. Chiaravalle, 18
Verona
Tel. 320 4321569
Tessera Ordine n. 2582

CERCO igienista dentale per collaborazione presso uno studio dentistico a Verona.
Tel. 349 4956340
Tessera Ordine n. 6932

Odontoiatra zona Villafranca CERCA Colleghi esperti per eventuale gestione associativa di avviato studio odontoiatrico normato e di pregio.
Tel. 333 1636276 - 329 7360319

Attico esclusivo di 300 mq VENDO zona Pte Crencano, finiture di lusso, climatizzato, ampie terrazze e garage doppio.
Tel. 045 8104480
Tessera Ordine n. 4253

Studio dentistico in San Giovanni Lupatoto CERCA Igienista per collaborazione.
Tel. 045 8774049 o mandare curriculum all'indirizzo studiogello@hotmail.it

Poliambulatorio con attrezzatura cardiologia ed ecografo e palestra riabilitativa e sportiva a Lugagnano di Sonà, aria condizionata, parcheggio proprio, mezzi pubblici nelle immediate vicinanze, OFFRE a Colleghi specialisti di esercitare la libera professione con orari liberi dalle 8 alle 20, al lunedì al sabato.
Tel. 347 7940783
Tessera Ordine n. 6527

CEDO piccolo studio odontoiatrico, attivo da ventidue anni, per motivi familiari, in Lugagnano centro (Verona), 30.000,00 euro trattabili.
GHISLANZONI GIUSEPPE
Tel. 339 8190866
Tessera Ordine Odontoiatri n. 70

Causa inutilizzo OFFRO Misuratore INR ROCHE - COAGUCHECK XS come nuovo (usato per totale 20 misurazioni). € 600 (nuovo € 800). Profilo strumento su http://www.roche-diagnostics.it/prodotti/point_of_care/controllo_della_coagulazione/COAGUCHECK_XS.htm
Tel. 338 7047089
Tessera Ordine n. 7055

Odontoiatra, specializzato in chirurgia odontostomatologica all'Università di Firenze, OFFRE la propria collaborazione in Chirurgia e Implantologia, in studi dentistici della provincia di Verona.
Tel. 347 1547422

AFFITTO in zona Ponte Catena, ambulatori a medici.
RAULE SILVANA
Via Vasco De Gama
Tel. 045 912867 - Cell. 347 4291098
Tessera Ordine n. 6269

NO ALL'USO INGANNEVOLE DELL'IMMAGINE DEL MEDICO

In merito ai messaggi radiofonici e sulla carta stampata, relativi a contratti di telefonia di una nota azienda del campo, la **Federazione Nazionale degli Organi dei Medici Chirurghi e Odontoiatri** dichiara:

- 1) Di essere totalmente estranea all'uso dell'immagine del medico che in questa pubblicità viene fatto.
- 2) Di avere elaborato un esposto al Garante del Mercato sulla liceità di tale comunicazione, che usa l'autorevolezza di una categoria professionale per validare la propria offerta commerciale.
- 3) Di avere intrapreso una valutazione legale su eventuali profili di responsabilità civile nell'uso illegittimo dell'immagine del medico, che incide sul decoro e sull'indipendenza della stessa, alla cui tutela è preposto. con obbligo di legge (DLCPS n. 233/46), l'Ordine professionale.

OFFRO a collega specialista, preferibilmente dermatologa e nutrizionista, stanza arredata in studio ginecologico prestigioso, autorizzato per medicina invasiva, con ottimo servizio di segreteria e possibilità di parcheggio, sito in Lungadige Re Teodorico n. 20 a Verona.

SOMMACAMPAGNA PAOLA

Tel. 347 4223930

Tessera Ordine n. 4513

Signora di 58 anni con esperienza nel settore sanitario CERCA impiego presso studio polispecialistico.

Tel. 3403651779

VENDO in Piazza Renato Simoni, appartamento di 150 mq., ultimo piano, cantina-posto auto divisibile due unità.

CRIVELLARO CARLANTONIO

Via Raimondo Franchetti, 4

Tel. 347 3916280

Tessera Ordine n. 2019

VENDESI o AFFITTASI a Colognola ai Colli, in bella zona panoramica, su ampio giardino di 800 mq., porzione di bifamiliare su 2 livelli, con entrata indipendente.

DI PIAZZA FRANCESCO

Via Marconi, 8 - Colognola ai Colli

Tel. 335 227618

Tessera Ordine n. 3395

VENDO studio dentistico zona semi-centrale, 100 mq., a norma di legge, composto di reception, sala d'attesa, tre studi con quattro unità operative, sterilizzazione e bagno, climatizzato, completamente attrezzato e arredato, con cantina e garage. Possibilità di acquisto con o senza attrezzature.

Tel. 340 6500206 (ore 13-14 e 19-20)

Tessera Ordine n. 2853

CERCO collega per subentrare in attività libero professionale, nel settore della clinica delle affezioni posturali. Ottimo avviamento.

ROMITTI ANGELO

Tel. 348 4162062 - 045 542146 (ore 19-21)

Tessera Ordine n. 3185

VENDO multiproprietà Montecampione 1800, di fronte impianti sciistici, periodo fine marzo, 6 posti, posto macchina. **Affare!!**

ROMITTI ANGELO

Via Selenia, 31

Tel. 045 542146 (ore serali)

Cell. 348 4162062

Tessera Ordine n. 3185

VENDESI ecografo ESAOTE con sonda endocavitaria, convex per cambio prospettiva aziendale.

Tel. 338 1192246

Tessera Ordine n. 6959

OFFRO collaborazione in conservativa, endodonzia e pedodonzia in Verona e provincia.

POLICANTE MARICA

Via Crear, 37 - Fumane

Tel. 347 8937577

Tessera Ordine n. 7602

CERCO socio per acquisto cabinato a vela 44/47 piedi (quota proprietà 33%).

MOTTA ANTONINO

Via Corno D'Aquilio

Tel. 347 4469221

Tessera Ordine n. 4591

AFFITTASI stanza a medico specialista, all'interno di rinomato studio dentistico a Quaderni di Villafranca.

Tel. 338 9671194 (ore pasti)

AFFITTASI studio medico, mq. 100 + garage, in stabile d'epoca a Verona -centro storico - esente ztl, facilità di parcheggio.

Tel. 328 3821042

Tessera Ordine n. 4746

AFFITTO a San Martino Buon Albergo, stanza in prestigioso studio medico, finemente arredato ed in complesso moderno con enorme parcheggio interno ed esterno. Situato vicinissimo uscita autostrada Verona est e tangenziali.

Tel. 348 2340198

AFFITTASI a San Bonifacio (centro commerciale) uno o più giorni la settimana, studi medici completamente ristrutturati per attività invasive (es. ecografia) o normale attività ambulatoriale. Modico prezzo.

Tel. 338 6986454

AFFITTO in via Rovereto a Verona, studio per attività non invasive, con 4 locali, doppi servizi, cantina e possibilità garage.

Tel. 049 8840435 (ore pasti)

Verona - Studio dentistico accreditato, con ingresso indipendente, ampia possibilità di parcheggio, OFFRE unità operativa con poltrona a collega con propria clientela. Possibilità di installare una seconda unità operativa.

FAVETTA FLAVIO

Via Maldonado, 8A

Tel. 045 8345771

Tessera Ordine n. 6165

Medico sportivo AFFITTA stanza nel proprio poliambulatorio sito in Piazzale Olimpia (fronte Stadio) a collega medico specialista e/o fisioterapista. Comodo parcheggio per gli utenti dello studio.

Tel. 347 2302171

Tessera Ordine n. 5367

OFFRO seria collaborazione a studi professionali i pedodonzia e conservativa.

BORASIO CLAUDIA

Via Chioggiano, 22/C - Cologna Veneta (VR)

Tel. 333 7930486

Tessera Ordine n. 7504 (Odontoiatra)

OFFRO a medico pensionato appassionato di mare, la possibilità di collaborare alla preparazione ed alla realizzazione di crociera estiva in Dalmazia su confortevole imbarcazione a vela. **Nessuna patente.**

APPIO CLAUDIO PIRRAMI

Via delle Magnolie, 37 - Negrar

Tel./Fax 045 7513701

Cell. 355 5633666

E-mail: pirramiclaudio@hotmail.com

Tessera Ordine n. 6140

VENDO camper AIESISTEM PROJECT 400 del 2002. Meccanica Opel Movano 2500 cc. Sempre rimessato, con batterie e pneumatici nuovi. Monoscocca in vetroresina, portamoto/portabici estraibile. Meccanica, carrozzeria e interni perfetti. Veloce e maneggevole, ideale per una coppia che viaggia spesso.

VERGA VITO

Via R. Franchetti, 4 - Verona

Tel. 347 3317804

Tessera Ordine n. 2878

Piazza Ospedale Borgo Trento AFFITTASI quadrilocale arredato, doppi servizi, sgabuzzino, veranda, terrazzo, volendo anche con garage.

Telefonare a Umberto 389 8309954

tessera Ordine n. 2142

AFFITTASI a collega grazioso appartamento con travi a vista, bilocale arredato con cavedio personale, in elegante palazzetto d'epoca sito in via S. Carlo n. 8 a Verona (nei pressi di Ponte Pietra), non disponibile garage o posto macchina, ma facilità di parcheggio nelle immediate vicinanze.

Tel. 045 6862702

(tutte le mattine, escluso il mercoledì)

Tessera Ordine n. 2837

In Centro Storico di Verona VENDO Palazzina Liberty, parzialmente ristrutturata con due ampie terrazze, mq. 400 complessivi, con possibilità di personalizzare la tipologia ricavando due o tre appartamenti indipendenti.

Tel. 045 8902498 - Cell. 349 5613633

Tessera Ordine n. 3722

REGALO a neolaureato in odontoiatria bellissimo diafanoscopio per ortopantomografie con ottima lente di ingrandimento scorrevole sovraposta.

Tel. 0457571246 ore studio.

Dott. Francesco Bovolin

OFFRO seria collaborazione in ortodonzia (9 anni di esperienza), a studi odontoiatrici in Verona e provincia.

Tel. 347 6626312
Tessera Ordine n. 7164

VENDO zona grattacielo, appartamento al 6° piano, 105 mq., luminoso, finemente ristrutturato.

MONACO VINCENZO
Lungadige Panvinio, 37
Tel. 045 8002013
Cell. 328 4898473
Tessera Ordine n. 1581

VENDO appartamento 100 mq. circa, finemente ristrutturato al 6° piano zona P.zza R. Simoni.

MONACO VINCENZO
Lungadige Panvinio, 37
Tel. 045 8002013 - Cell. 328 0843999
Tessera Ordine n. 7538

AFFITTO a specialista, stanza in studio medico, zona Porta Vescovo.

GENTILI SPINOLA LUCIANA
Via A. Cefalonia, 9 - Verona
Tel. 348 7849293
Tessera Ordine n. 01452

OFFRO collaborazione in Chirurgia orale, Exodonzia e Implantologia.

PACE ROBERTO
Via Degli Ulivi, 13 - Sommacampagna (VR)
Tel. 347 6178834 (Telefonare ore serali)
Tessera Ordine n. 0789

OFFRO occhiali protezione Laser Nd:yag e Iridiade (lungh. onda da 785 a 1100). Mai usati. € 150.

GUADAGNINI GIANLUIGI
Via Butturini, 9 - Verona
Tel. 045 8350372
Cell. 333 8414023
Tessera Ordine n. 1169

AFFITTASI a Lipari (Isole Eolie), anche settimanalmente, grande casa singola (4-6 posti letto): grande cucina, 2 grandi camere da letto, soggiorno, servizi, veranda, grandi terrazze panoramiche, giardino, porticato, con acqua, luce e gas. La casa è situata nella frazione Pianoconte, a 250 metri sul livello del mare in zona fresca e tranquilla, ben servita da strade e mezzi pubblici. Prezzo molto interessante (max 35 euro al giorno pro capite).

Tel. 045 533908 - 338 2474397

Medico **VENDE** appartamento 4 posti, in Residence 4 stelle "Astoria" La Villa (BZ) - III° di febbraio. 5.000 euro.

FERRARO TIZIANO
Via IV Novembre, 27
Verona
Tessera Ordine n. 3357

VENDO Porche 3.25, fine 2000, perfetta, nera, full optionals, hard top, bollata e tagliandata. Qualsiasi prova.

PALMIERI ALFREDO
Tel. 347 8730917
Tessera Ordine Odontoiatri n. 910

Ambulatorio specialistico con sala chirurgica sito in Verona centro **CERCA** specialista in dermatologia da inserire nel proprio staff per collaborazione serie e continuativa.

Tel. 045 8005716 (ore ufficio)

AFFITTO in Poiano appartamento ristrutturato, zona tranquilla, circa 65 mq., ingresso indipendente, termo autonomo. NO spese condominiali.

Tel. 045 8345307

AFFITTO studio medico/ufficio zona Duomo. 2 vani e 2 servizi indipendenti, eventuale posto auto, ingresso autonomo, mq. 70 circa.

Tel. 347 5591583
Tessera Ordine n. 2590

Neuro Psichiatra Infantile, Psicoterapeuta, **CERCA** collega (NPI, Psichiatra o Psicologo) per condividere studio sito a Verona, in Viale della Repubblica, 26.

Tel. 347 2965457

Studio medico-dentistico, organizzato, attrezzato e normato **OFFRE** colleghi medici stanza, servizi e uso di parti comuni per svolgere attività libero professionale.

Telefonare ad Antonio al n. 340 4980982
Tessera Ordine Odontoiatri n. 10

AFFITTO a Verona in zona Valverde Studio al 1° piano in contesto medico signorile, comodo a tutte le vie di comunicazione.

Tel. 045 515191
Cell. 3338916592

CERCASI Igienista dentale per collaborazione presso studi dentistici in provincia di Verona.

Tel. 045 908599
Cell. 328 4010848
Tessera Ordine n. 7604

CERCO Vespe anni '60-'70, tipo 150 GS, Rally, ss, 125, ecc.

COGO ENRICO
Via F.lli Bandiera, 4/A
Legnago (VR)
enricocogo@gmail.com
Tessera Ordine Odontoiatri n. 1120

Laureata in Odontoiatria **OFFRE** la propria collaborazione in Conservativa, Endodonzia, Pedodonzia e Ortodonzia.

Cell. 334 2261139

A Cologna Veneta (VR) in centro, di fianco all'Ufficio Postale, **AFFITTASI** locale al piano terra di circa 75 mq., no barriere architettoniche, ampio parcheggio antistante, ideale per uso ambulatorio, ecc.

Tel. 333 4112424 (ore serali)
Tessera Albo Odontoiatri n. 857

CERCO riunito odontoiatrico usato (massimo 5 anni) e/o attrezzatura per studio odontoiatrico.

PEZZO THOMAS
Via Stadio, 9
Tel. 045 7614137
Cell. 340 6296232
Tessera Ordine n. 6452
Iscriz. Albo n. 778

CERCO lettino portatile solido regolabile per osteopati.

CHESINI MARILENA
Loc. Ca' Gottolo, 12/A - Fumane (VR)
Tel. 045 7701390 - Cell. 339 4737658
Tessera Ordine n. 300236150H

VENDESI strutture in buono stato per studio dentistico: 1 Riunito Anthos; 2 Seggiolini; 1 lampada a soffitto; 6 mobili con lavandino; tutto strumentario; tutto materiale giacente.

Tel. 347 2289553

CERCASI giovane Odontoiatra per seria collaborazione in Endodonzia, Conservativa ed Igiene orale, presso studi dentistici in provincia di Verona.

Tel. 045 908599
Cell. 328 4010848
Tessera Ordine n. 7604

Scaligero Medical Center, via Roveggia, 43/b, prestigiosa struttura extraospedaliere di chirurgia con poliambulatori regolarmente autorizzata e con certificazione di qualità. **OFFRO** a medici interessati a svolgere la libera professione, la possibilità di usufruire di un proprio ambulatorio attrezzato anche per la sola mezza giornata a settimana, con formula onnicomprensiva che include servizi di segreteria e costi di consumo. La struttura è dotata di ambulatorio chirurgico per interventi in anestesia locale, e di gruppo operatorio ove si possono svolgere interventi in anestesia generale o peridurale, con la presenza di personale altamente qualificato. Dispone altresì di quattro posti letto per la degenza giornaliera.

Per informazioni chiamare il 045 8250389

CEDO Studio dentistico regolarmente autorizzato ed arredato in Mantova centro di 90 mq. con due ambulatori, causa trasferimento sede. Facile parcheggio per i pazienti. I locali sono in affitto (€934 mensili).

Tel. 0376 362515 - 335 7314629
Tessera Ordine Odontoiatri di Verona n. 1097

Causa ristrutturazione, AFFITTO per 1 anno riunito Virtuosus-OMS 2006, a € 200/mese e radiografico Gendex, Nuovo, con centralina, a € 50/mese, anche separatamente.

FURLANI GIOVANNI
Tel. 0442 24788
Albo Odontoiatri n. 72

OFFRO a Collega specialista opportunità di affittare mattine o pomeriggi il mio ambulatorio in S. Bonifacio (VR) circa 90 mq., 2 sale, in prestigioso stabile elegantemente arredato, vicinanza ospedale nuovo.

Tel. 045 7613190 (abitazione)
Cell. 338 9980110
Tessera Ordine n. 1619

VENDESI a Ponte Crencano ampio garage (23 mq.).

Contattare tel. 347 8785569
Tessera Ordine n. 7448

AFFITTASI a Desenzano del Garda, nuova mansarda bene arredata, di circa 85 mq., posta al 4° ed ultimo piano, con ascensore, composta da: cucina, soggiorno molto grande, camera da letto, bagno, ripostiglio, terrazzo con parziale vista lago e garage. Zona stazione centro. Solo referenziati.

Cell. 329 9238115

AFFITTASI stanze a colleghi in studio medico ben avviato in zona Borgo Trento (Via Isonzo). Offresi ambiente elegante ed ottimo servizio di segreteria.

Tel. 045 916721 (ore ufficio)

CERCO per ambulatorio in Medicina Generale: Bilancia meccanica pesapersone con altimetro, otoscopio Heine, schedario con chiusura a chiave, frigorifero piccolo.

Tel. 340 3308759
Tessera Ordine n. 7112

Laureata in Odontoiatria **OFFRE** seria collaborazione in studio dentistico in conservativa, endodonzia e per igiene e prevenzione, in Verona e provincia.

PEREZ NICOLAS ISABEL
Tel. 349 2491102
Tessera Ordine n. 1189

AFFITTO studio medico e odontoiatrico a San Martino B.A, vicino all'uscita del casello VR est - Tangenziale sud-est.

Tel. 045 8781033 - 335 6302775
345 4401579
Tessera Ordine n. 5057

OFFRO consulenza di ortodonzia e conservativa a studi odontoiatrici di Verona e Provincia.

M. GRAZIA TURATI
Tel. 335 6302775 - 345 4401579
Tessera Ordine n. 5057

CEDESI a prezzo stracciato attrezzature per studio dentistico: riunito Anthos, 2 seggiolini, 6 mobiletti, 1 lampada soffitto, strumentario vario e tutte pinze estrazione come nuove.

CONTATTARE CON URGENZA
LUISA CAREGO (Specialista SUMAI)
Tel. 347 2289553

AFFITTO garage in Verona, Via Settembrini (stabile ex-Conforti) zona Porta Palio - Castelvecchio.

Tel. 347 2523361 - 045 950343
Tessera Ordine n. 4106

Ampio studio centrale (Borgo Trento) con segretaria, CERCA professionisti Specialisti e/o medico di medicina di base.

Tel. 045 915660 dalle 15.00 alle 19.00
e/o al 337 484246 preferibil. al pomeriggio

AFFITTASI ambulatorio medico - zona centrale a Villafranca.

BRENELLI IRENE
Via Quadrato
Tel. 045 7900492
Tessera Ordine n. 01739

VENDO in zona Borgo Roma, n. 5 garage, attualmente affittati. Ottimo investimento.

BOTTOLI GIORGIO
Via Quar, 19 - S. Pietro in Cariano (VR)
Tel. 045 7725275
Tessera Ordine n. 1084

CERCO Psicologa o segretaria studio ambulatori.

MORANDO GABRIELLA
Int.to Acqua Morta, 60/B
Tel. 347 3721858
Tessera Ordine n. 5695

AFFITTASI appartamento semiarredato in Via Franchetti, 4 a Verona.

Tel. 347 5908887
Tessera Ordine n. 5680

AFFITTO appartamento di 50 mq., 11° piano, semiarredato, garage.
Zona Stadio. Prezzo ragionevole.

GENETH MARIA
Via Albere, 1 - Verona
Tel. 045 8100654 - 340 3875449
Tessera Ordine n. 1968

AFFITTO bilocale in casa singola, località di mare, nel cuore del barocco siciliano, a 100 mt. dal mare - Sampieri (RG) -
Tel. 045 8345256 - 339 2307187
Tessera Ordine n. 5173

In ambulatorio di ginecologia e agopuntura **OFFRO** spazi in **AFFITTO**, preferibilmente a psicologo(a) e a nutrizionista. Possibili collaborazioni.
Tel. 349 5358063
Tessera Ordine n. 3564

VENDO a Lugagnano centro, casa d'angolo in bifamiliare su lotto di 830 m² Interato m² 165, piano terra m² 150 di cui 70 m² ambulatorio. Appartamento 1° piano 150 m². Anno di costruzione 1987.

Ampio giardino.
TONOLI CARLA
Via Brennero, 22
Tel. 328 2656322
Tessera Ordine n. 3961

AFFITTASI a Domegliara centro, ampio studio/ambulatorio medico, con doppi servizi.

FERRARI ALADINO
Via Fermi, 1
Tel. 045 6861069
Tessera Ordine n. 2285

AFFITTASI locali in studio medico uno o più giorni la settimana presso centro commerciale S. Bonifacio per attività invasive e non (es. ecografia). Presente servizio segreteria.
Tel. 338 6986454

VENDO bilocale con garage e cantina, nuovo in pronta consegna, zona Borgo Milano. € 172 mila.

CAPILLARI MARIO
Via Papa Giovanni XXIII, 20
Tel. 045 6370186
Tessera Ordine n. 4982

OFFRO Laser nd-yag 1064 nm, per depilazione definitiva e per inestetismi di origine vascolare. Usato pochissimo.

BATTISTONI ALESSANDRO
Via Montemezzani, 17
Tel. 045 532119
Tessera Ordine n. 7187

AFFITTO bilocale a B. Roma, arredato e con garage.

VALLI GIANCARLO
Via Savona, 38 - Bovolone (VR)
Tel. 045 6900269
Tessera Ordine n. 3397

Odontoiatra **OFFRE** seria collaborazione a studi professionali in Ortodonzia, conservativa, endodonzia.

Tel. 347 8044036
Tessera Ordine n. 835 (Odontoiatra)

Audi A4 Avant 3.0 TDI Quattro, 2005, 67.000 km, tagliandi Audi, grigio metallizzato, sedili + assetto sportivo, cerchi 17", perfetta, **VENDO** quotazione "Quattro ruote".

RIGHETTI STEFANO
Via S. Nicola, 6 - S. Pietro Incariano (VR)

Tel. 338 8478972
Tessera Ordine n. 3184

VENDESI causa trasferimento fuori Veneto, studio dentistico in attività, regolarmente autorizzato, avviamento dimostrabile, zona Vicenza.

Tel. 338 3375660
Tessera Ordine n. 207

Odontoiatra con esperienza pluridecennale **OFFRE** seria collaborazione in implantologia e chirurgia in Verona e provincia.

BONOMO ROBERTO
Via Castelfidardo, 8 - Verona
Tel. 045 954380
Tessera Ordine n. 3246

AFFITTO studio dentistico in B. Milano (Via Gramsci) circa 180 m², possibilità 6-7 riuniti, arredato con armadi e zona segreteria.

Tel. 349 2268762
Tessera Ordine n. 3598

AFFITTASI bilocale in Via Galvani, ad uso ambulatorio, studio, ufficio.

Tel. 045 577174
Tessera Ordine n. 2301

Medico anestesista trentennale esperienza ospedaliera, **OFFRE** collaborazione presso Case di Cura o ambulatori specialistici per collaborazione professionale.

Tel. 347 6175508
Tessera Ordine n. 3953

OFFRO Collaborazione come segretaria in studio medico

Tel. 333 4333515

OFFRO Master Flux Automatic AS 3000 Tecnogaz

MANNONI RICCARDO
Tel. 348 5112586
Tessera Ordine n. 694 (Odontoiatri)

OFFRO sala d'aspetto per sette posti ad angolo con tavolini, ottimo stato.

MARTINI VINCENZO
Via delle Primule, 7 - Montorio (VR)
Tel. 045 527113
Tessera Ordine n. 3639

AFFITTASI studio medico per uno o più giorni alla settimana, presso Centro Commerciale San Bonifacio. È possibile esercitare attività invasiva (uso strumentazione).

Tel. 338 6986454

AFFITTASI stanza/e in prestigioso studio medico, finemente arredato e dotato di strumenti per fisioterapia, in moderno complesso dirigenziale facilmente accessibile con annesso ampio parcheggio sia interno che esterno, posto in vicinanza al Provveditorato agli Studi.

Tel. 3477274898 (ore pasti)

OFFRO Odontoiatra dal 2007, 2° anno di master in protesi, cerca c

Tel. 045 7157056
Cell. 347 8324292

OFFRO Tapis Roulant della Fassi Sport mod. Atlantis 4000, 15 programmi, nuovo.

ZOPPETTI MARIA CHIARA
Via M. Ortigara
Tel. 045 976555 - 340 8323359
Tessera Ordine n. 6086

Esperta odontoiatra, causa trasferimento, **CERCA** occupazione presso studi dentistici.

Cell. 338 1526060
(No perditempo ed odontotecnici)

AFFITTO locali in studio medico a San Bonifacio (vicino nuovo Ospedale) arredati, climatizzati, segreteria, facilità al parcheggio.

DI PIAZZA FRANCESCO
Via Casteggioni, 26 - Colognola ai Colli
Tel. 335 227618
Tessera Ordine n. 3395

OFFRO armadio per farmaci a 2 ante, in metallo, uso ambulatorio, a prezzo interessante.

Tel. 347 7792443 - 045 6802623
339 6213410
Tessera Ordine n. 5023

CERCO Igienista dentale per seria collaborazione.

Tel. 045 7971817
Tessera Ordine n. 0058

OFFRO Otoscopio "Riester" con set completo per rinoscopia e oftalmoscopia.

Tel. 347 7792443 - 045 6802623
339 6213410
Tessera Ordine n. 5023

OFFRO Diatermocoagulatore Timed TD100B, perfettamente funzionante e poco usato; ottimo prezzo.

Tel. 347 7792443 - 045 6802623
Cell. 339 6213410
Tessera Ordine n. 5023

AFFITTO Villa con giardino 8 posti letto in Lignano Pineta, aria condizionata, mesi estivi.

Tel. 349 8052644 (ore pasti)
Tessera Ordine n. 643

Bologna - zona via Pratello - ampio monolocale con soppalchi - predisposto abitazione/ufficio - **VENDESI** a €198 mila.

Cell. 329 0045606 - 333 7386859
349 3803569

Centro Medico nelle vicinanze di San Bonifacio **CERCA** ginecologa, allergologo, reumatologo, fisiatra, ed altri specialisti per consulenze private.

Tel/Fax 045 7635219 (al mattino)
Cell. 339 3893019
Tessera Ordine n. 3154

AFFITTASI ampio Studio Medico (centro commerciale S. Bonifacio-Vr) adibito anche per attività invasiva (ecografia, ecc.) sia a tempo pieno che a giornata.
Cell. 338 6986454

AFFITTO Garage, in Verona, via Settembrini (stabile ex Conforti), zona Porta Palio - Castel Vecchio.

Tel. 347 7792443 - 045 6802623
Cell. 339 6213410
Tessera Ordine n. 5023

VENDO appartamento di circa 70 mq. (soggiorno-cucina, due camere, bagno,

terrazzo, ripostiglio, cantina e garage, parco-giochi condominiale), sito in Borgo Roma, in via S. Giovanni Lupatoto. **LIBERO SUBITO**. Ottimo per investimento. € 150.000 trattabili.

Tel. 339 7099184

Tessera Ordine n. 5755

AFFITTO in Via G. Bravo, 2/B ang. Corso Milano, 129 a Verona Studio Dentistico completamente attrezzato con autorizzazione regionale e, rimanendo due locali con ripostiglio, servizi e con ingresso autonomo li affitto a medico di base o a medici specialisti.

Tel. 045 575651 (Abitazione)

Tessera Ordine n. 1411

VENDO come nuove, n. 10 sedute in legno, su panca, per sala d'attesa, con tavolini. € 500.

ROSSATO MARCO

Via Luzzatti, 8 - Verona

Tel. 045 526854 (ore serali)

Tessera Ordine n. 5198

VENDO in zona Borgo Roma, luminoso e ampio appartamento al 3° piano, composto da: 3 camere, soggiorno, cucina abitabile, dispensa, 2 bagni, 2 balconi, cantina e garage doppio.

Tel. 333 7527575 (ore serali)

Tessera Ordine n. 6077

VENDO a Casarsa della Delizia (Pordenone), rudere con annesso terreno di pertinenza (mq. 700).

Tel. 333 7527575 (ore serali)

Tessera Ordine n. 6077

OFFRO collaborazione per implantologia a Studi Dentistici in Verona e provincia - progettazione TAC-guidata su software.

Tel. 335 60 878 60

Tessera Ordine n. 112

VENDO moto BMW R1150R grigia, anno 2004, Km. 7.000. Perfetta.

Tel. 045 7971817

Tessera Ordine n. 0058

Odontoiatra, ventennale esperienza, **OFFRESI** per collaborazione conservativa, ortodonzia, protesi e piccole chirurgie.

Tel. 045 7940018

Ambulatorio a Parona, già occupato da Specialista in Ginecologia, **OFFRE** ad altri colleghi ha possibilità di esercitare la libera professione con orari elastici e liberi. Piano terra con ingresso indipendente, arredamento curato, aria condizionata, nessun problema di parcheggio, mezzi pubblici nelle immediate vicinanze.

Tel. 330 900681

e-mail: ricki-vienna@libero.it

AFFITTO studio medico a Vigasio in via Roma 32

NICOLIS ALBERTO

Tel. 045 7363141 - 340 2372172

Tessera Ordine n. 2576

VIENNA. Appartamento con tutti i confort, per vacanze o studio, **OFFRE**. Centrale, moderno, 4 posti letto, TV-SAT, Radio-CD, DVD, Internet gratuito, lavastoviglie, microonde, posto per biciclette, fronte parco (attività sportive). Min. 3 notti. Prezzi speciali per periodi lunghi. Foto disponibili.

Tel. 330 900681

e-mail: ricki-vienna@libero.it

CERCASI colleghi per condividere studio medico, autorizzato ASL, dotato di ecografo.

M. GIOVANNA PERINI

Spec. in ostetricia e ginecologia,

Piazza Matteotti 32

Nogara (VR)

Tel. 339 3273630 - 335 224177

Tessera Ordine n. 3847

Causa pensionamento CEDO a collega di medicina generale e/o specialistica, ambulatorio arredato e ben avviato, piano terra, zona stadio

Per informazioni telefonare al numero:

045 8349740 (ore pasti)

AFFITTO studio medico a Verona zona centrale Borgo Roma, (2 stanze+bagno)

PERBELLINI TIZIANO

Via Gardesana 48

Torri del Benaco (Vr)

Tel. 340 5404287

Tessera Ordine n. 6256

AFFITTO comodo posto moto in garage Piazza Isolo

PIRRAMI RAFFAELLA

Via S. Chiara, 11

37129 Verona

Tel. 338 4522727

Tessera Ordine n. 3922

AFFITTASI Studio Medico per attività invasive (uso strumentazione) e non invasive al Centro Commerciale San Bonifacio (VR).

Tel. 338 6986454

AFFITTO/VENDO studio dentistico avviato e accreditato in provincia di Verona.

Tel. 331 8644134

Tessera Ordine n. 4883

VENDO Volkswagen Golf IV GTI, 1.8 TURBO 20V, 150 CV sport E 03/2000, Km 90.000, grigio metallizzato - € 5.000. PIRALLINI ENRICO

Via Porto San Pancrazio 23 - Verona

Tel. 349 6619212

Tessera Ordine n. 7276

Costermano (Lago di Garda) **AFFITTO** bilocale panoramico ben arredato da novembre a maggio a persona referenziata.

Tel. 348 3134238

OFFRO a collega specialista opportunità di affittare per mattine o pomeriggi, il mio ambulatorio in Verona (95 mq., centralissimo, elegantemente arredato, 2 sale.

Tel. 045 6229108 (abitazione)

Cell. 333 4498446

OFFITTO a colleghi specialisti locale arredato in studio medico avviato, con aria condizionata, parcheggio, zona Borgo Milano.

Tel. 045 563536

Tessera Ordine n. 1923

AFFITTASI appartamento mq. 150 zona Teatro Romano.

TOLEDANO PIERO

Tel. 045 3840680 - 045 8001634

Tessera Ordine n. 3588

OFFRO Armadio in metallo bianco con ante in vetro, portafarmaci, prezzo d'occasione.

Tel. 347 7792443 - 339 6213410

Tessera Ordine n. 5023

Studio dentistico in Castel d'Azzano **CERCA** odontoiatra con esperienza in protesica per collaborazione di 1-2 giorni alla settimana.

Tel. 331 6386082

Segretaria **OFFRESI** per studio medico o odontoiatrico.

Tel. 045 8402153 - Cell. 349 3737801

Nota Redazionale

La rubrica "Chi cerca trova..." ospita solo annunci di medici iscritti all'Ordine di Verona.

In questo caso la persona è la figlia di un collega recentemente scomparso. Il Comitato di Redazione ha ritenuto di dover fare in tale caso una eccezione.

AFFITTO locali in studio medico zona stadio con: facilità di parcheggio, 1° piano (con ascensore), arredato, climatizzato, linea ADSL.

Disponibilità tutte le mattine e 3 pomeriggi alla settimana.

Tel. 348 3221264

Tessera Ordine n. 4351

VENDESI nuovi kit di Protaper, ottima occasione!

Tel. 0442 374166 (dal lunedì al venerdì

dalle 14,00 alle 19,00)

Medico massimalista convenzionato per la medicina generale in S. Ambrogio in Valpolicella, per potenziamento dell'attività specialistica nel proprio studio (attualmente sono operanti oculista e psicologa) **RICERCA** dietologo, neurologo, fisioterapista, ortopedico operante in reparto di ortopedia e fisioterapia.

Tel. 045 6862702 (tutte le mattine 09.00-11.00 escluso il mercoledì).

Tessera Ordine n. 2837

A colleghi (1 o 2) psicologi, psichiatri o internisti, si **AFFITTA** ambulatorio ampio, luminoso, ottime finiture, 1° piano con ascensore, servizi, zona Pindemonte (VR).

Tel. 340 2643650

A Colombaro di Sirmione, **VENDESI** appartamento al 1° piano, composto di sala con angolo cucina, bagno, camera da letto matrimoniale, due balconi, cantina, garage, aria condizionata, riscaldamento autonomo, giardino e piscina. Libero da subito.

Tel. 340 2643650

CERCO Odontoiatra con esperienza in Conservativa, Endodonzia e Protesi fissa, per collaborazione in studio odontoiatrico in provincia di Verona.

Tel. 045 6301674

Tessera Ordine n. 3330

Giovane neolaureato in odontoiatria o igiene **CERCHIAMO** per assistenza in chirurgia odontostomatologica e in ortodonzia e per igiene e prevenzione. Contratto di collaborazione o di assunzione. Orario: 30-40 ore settimanali. RECCHIA AMBULATORIO