

VERONA MEDICA

Bimestrale di informazione medica

In questo numero:

Convocazione Assemblea Ordinaria 2011	pag. 25
Bilancio 2010 - 2012.....	pag. 26
Il 22-23-24 Ottobre tutti a votare: perché?	pag. 7
L'ipertensione polmonare: quali novità a Verona?	pag. 18
Patente di guida: linee guida per valutare l'idoneità	pag. 29
Un anno in meno per la laurea in medicina?	pag. 33

4

**SETTEMBRE
2011**



**Stiamo consegnando agli iscritti
il libro celebrativo stampato
in occasione del centenario della legge
istitutiva degli Ordini
(Medici-Farmacisti-Veterinari)**

**Chi ne desidera una copia può rivolgersi
alla Segreteria dell'Ordine.**

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

SOMMARIO

EDITORIALE

5 Nuovo Tariffario Regionale

NOTIZIE DALL'ORDINE

- 6** Verbali del Consiglio e delle Commissioni
7 Il 22-23-24 Ottobre tutti a votare: perché?
8 Consiglio Nazionale ENPAM
25 Convocazione Assemblea Ordinaria 2011
26 Bilancio 2010-2012

ALBO ODONTOIATRI

9 Verbali della Commissione Odontoiatri

CONVEGNI E CONGRESSI

11 Convegni e Congressi

LETTERE AL DIRETTORE

- 12** Ci servono medici
13 Semplificazione normativa. Interventi edilizi.
Eliminazione barriere architettoniche

AGGIORNAMENTO

- 14** La psicoterapia cognitivo-comportamentale:
dal sintomo al benessere (seconda parte)
18 L'ipertensione polmonare: quali novità a Verona?
23 Valutazione di laboratorio della funzionalità renale

PROFESSIONE E LEGGE

- 24** Manovra economica (D.L. 98/2011):
le principali novità fiscali
29 Patente di guida: linee guida per la valutazione
di idoneità fisica

- 32** I nuovi Ticket
32 La quota dei morti va rimborsata anche se l'errore
è dell'Azienda

ATTUALITÀ

- 33** Un anno in meno per la laurea in medicina.
Ma quanti in più per una stabilità lavorativa?
35 "Libera" ... Professione

STORIA DELLA MEDICINA

36 Autopsie e constatazioni di morte nella Verona
di fine Settecento (Prima parte)

FNOMCEO

- 43** Medico competente in ruolo sanitario alle forze
armate: chiarimenti
43 Elenchi dei medici competenti
44 Registro Italiano dei Medici,
decisione Antitrust n. 22510/2011

ENPAM

45 ENPAM: il Presidente di Latina
propone il dimezzamento delle indennità

SINDACATI MEDICI

46 FIMMG
Incarichi nelle Case di Riposo: attenzione ai rinnovi!
La normativa in vigore espone a rischi

GIOVANI E PROFESSIONE

47 S.O.S. - Sostituzioni

TEMPO LIBERO

49 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 XLVI n. 4 Settembre 2011

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

ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA



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

Direttore Responsabile

Roberto Mora

Comitato di Redazione

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

Consiglio Direttivo

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

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
e-mail: info@girardiprintfactory.it

Foto di Copertina

Mora Roberto
- Croazia -

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)

Nuovo Tariffario Regionale

Qualche giorno fa, una nuova riunione.

Questa volta con noi, medici di famiglia, era presente qualche medico dell'ospedale, ma soprattutto gli operatori del C.U.P.

Oggetto della riunione: il Nuovo Tariffario Regionale, che entrerà in vigore dal primo di ottobre.

Ci parlava un "incaricato" della Regione, il Dott. Ezio Ferrari.

Tra le novità quella che prima di prescrivere un esame dovrò controllare se il mio paziente è residente in Veneto o se vi è solo temporaneamente domiciliato.

Perché i famosi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), che altro non sono che le prestazioni garantite e rimborsate dal nostro SSN, sono diversi da regione e regione; alcuni sono nazionali e valgono in tutta Italia, altri sono riconosciuti e rimborsati solo da alcune regioni (LEA aggiuntivi regionali).

Se il mio paziente sarà solamente domiciliato (ma non residente nel Veneto) dovrò usare per lui il ricettario rosso solo se prescrivu una prestazione rimborsata in tutto il territorio nazionale e non per quelle che la nostra Regione garantisce solo ai Veneti doc.

Il relatore ci spiegava, poi, che quando avremo bisogno di prescrivere esami ematochimici, dovremo

domicilio, mentre non dovremo contarlo se il prelievo verrà fatto in ospedale; che l'elettroforesi conta per due, come pure la ricerca degli anticorpi per la rosolia e la toxoplasmosi, quello per l'Epstein Barr conterà per tre, il Rast per inalanti conterà per 5 ... e via di seguito.

Che la visita ostetrica sarà cosa diversa da quella ginecologica, e



che quando una paziente verrà da noi con il test di gravidanza positivo dovremo fare tante impegnative quante sono le ecografie previste per il suo stato, assegnando ad ognuna lo specifico codice di esenzione legato alla specifica settimana di gravidanza.

La Dottoressa che mi sedeva accanto, e che ogni tanto si agitava sulla sedia, esprimeva il suo apprezzamento con un "per fortuna abbiamo il computer...!".

Un elenco di cose nuove, di cose risapute, di cose mai applicate (come la non necessità dell'impegnativa per accedere al controllo del visus, dallo psichiatra, dal dentista, dall'ostetrico) che hanno stimolato la discussione.

Che è stata particolarmente vivace perché, una volta tanto, avevamo tra noi gli operatori del CUP.

La parte più vivace comunque, è

stata quella in cui si è parlato di priorità.

Perché la novità in questo campo era quella che l'indicazione di un codice di esenzione per patologia escluderebbe la possibilità di assegnare all'esame richiesto un codice di priorità.

Per un motivo "evidente", a detta del relatore...

Se la patologia è già conosciuta non si può più parlare di "prima visita". Questa infatti è per definizione "quella in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta". Se, dunque, applico un codice di esenzione è "evidente" che conosco già il problema che a quella si collega; di conseguenza non posso applicare l'esenzione ed il mio paziente, se vuol usufruire della priorità, dovrebbe rinunciare all'esenzione e pagarsi il suo bravo ticket sanitario.

Messo alle strette dalle domande dei colleghi presenti in sala, il relatore ha poi dovuto ammettere che non sempre le cose possono stare così. E ha dovuto, per questo, spiegare agli operatori del CUP come dovranno comportarsi quando si troveranno con un'impegnativa in cui dovessero comparire in contemporanea codice di esenzione per patologia e priorità. In tali casi il sistema (il software che gestirà tutte le prenotazioni) dovrà essere forzato e l'elenco di tali forzature dovrà essere trasmesso alla regione.

Il mio stato d'animo, alla fine, era simile a quello che mi ritrovo quando torno dal commercialista.

Così prima di rientrare a casa, dopo la riunione, mi sono fermato a visitare una persona.

E mi sono trattenuto con Lei a parlare per qualche tempo.

Tra le cose che mi ha chiesto, oltre a quella di non perseguire con Lei alcun accanimento terapeutico, di voler assicurare, nel futuro, un occhio di riguardo ai suoi due figli.

E mi è venuto spontaneo pensare che, in fin dei conti, per quel tempo dedicatole, che spero abbia potuto farle del bene, quanto o magari più di tanti farmaci ed esami, non è stato pagato alcun ticket, e non è stata indicata alcuna priorità.

Forse perché questo, non l'hanno ancora tariffato...?

ROBERTO MORA



contare come prestazione il prelievo di sangue se questo verrà fatto a

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

**VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO
DELL'11 MAGGIO 2011**

Presenti: Alberton, Mora, Carrara, Marchioretto, Bovolin, Braga, Codella, Colletta, Fostini, Mirandola, Molino, Oreglia, Soraci, Battaglia, Beltrame, Celebrano.

Direttore: Cerioni Paolo.

Consulente Legale: Avv. Gobbi.

Assenti Giustificati: Facincani, Guglielmi, Lombardo, Rosa, Balestriero

1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE CONSIGLIO PRECEDENTE

Il verbale della seduta precedente, viene approvato all'unanimità.

2) DELIBERE AMMINISTRATIVE Nessuna

3) COMUNICAZIONI

- a) Il Presidente da lettura della comunicazione FNOMCeO, che pone in guardia i medici italiani dalla richiesta di adesione al "Registro Italiano Medici". Si tratta infatti di iniziativa truffaldina. I Medici che dovessero rispondere al questionario si troverebbero a pagare per uno spazio pubblicitario. La comunicazione sarà inserita in via prioritaria nella pagina web dell'Ordine e sarà inviata per posta elettronica ai colleghi che hanno comunicato il loro indirizzo e-mail.
- b) Il Presidente comunica i risultati delle elezioni dei Comitati Consultivi Zonali per la provincia di Verona e Regionale degli Specialisti Ambulatoriali, tenutesi pres-

so la sede dell'Ordine dei Medici C. e O. di Verona, e contemporaneamente in tutti gli Ordini della Regione Veneto, sabato 7 maggio u.s.

Sono risultati eletti:

Comitato Regionale:

Titolari: Dr. ATTANASI Pio, Dr. TOSITTI Gianfranco, Dr. CALZAVARA Armando

Supplenti: Dr. DEL RIO Silvestro, Dr.ssa CELLINI Giovanna, Dr. VISONA' Mauro Renato

Comitato Zonale di Verona:

Titolari: Dr.ssa PACE Giannina, Dr. SPANGARO Francesco, Dr. BARBETTA Roberto

Supplenti: Dr. URCIUOLI Aldo, Dr.ssa BIZZOTTO Fiorenza, Dr.ssa CRISTANINI Simonetta

- c) Il Presidente informa che le Elezioni per il rinnovo del Consiglio, del Collegio dei Revisori dei Conti e dei Consiglieri Odontoiatri, per il triennio 2012/2014, si svolgeranno presso la Sala riunioni dell'Ordine, in prima convocazione nei giorni 22-23 e 24 ottobre 2011, ed eventualmente, qualora non venisse raggiunto il quorum previsto dalla legge istitutiva degli Ordini, in seconda convocazione nei giorni 26-27 e 28 novembre 2011.
- d) Il Presidente informa sulla richiesta pervenuta dall'Ordine di Reggio Emilia, che chiede di conoscere se durante il precedente mandato, il Consiglio abbia affrontato le tematiche relative ai rapporti Territorio/Ospedale. Il Consiglio delibera di trasmettere all'Ordine di Reggio Emilia, la documentazione del convegno tenutosi nell'autunno scorso presso l'Aula Magna della Facoltà di Medicina.
- e) Il Presidente comunica che la FNOMCeO ha trasmesso la sentenza n. 128 del 20.07.1999, emessa dalla Commissione Centrale gli Esercenti le Professioni Sanitarie, nella quale viene stabilito che nell'eventuale sanzione di sospensione dall'esercizio professionale sanzionata ai Colleghi, vengano decurtati gli eventuali periodi di sospensione adottati dalla Magistratura.
- f) Viene trattato l'argomento ENPAM. Il Presidente fa presente le attuali diffi-

coltà dell'Ente in ordine al futuro previdenziale per gli iscritti.

Sull'argomento prende la parola il Dr. Giovanni Carlo Soraci, che illustra con documentata ed esaustiva relazione consegnata anche ai presenti, le difficoltà economiche dell'Ente per garantire l'erogazione delle pensioni del Fondo degli Specialisti Esterni, e la proiezione dei problemi, che, perdurando l'attuale situazione economica, si evidenzieranno negli anni avvenire, con un notevole sbilanciamento tra entrate ed erogazioni pensionistiche, in tutti i Fondi. Fa inoltre presente che tali difficoltà si accentueranno nei prossimi dieci anni, quando un gran numero di colleghi andranno in pensione.

Queste problematiche sono già state evidenziate anche con articoli apparsi su quotidiani, e la Corte dei Conti ha suggerito all'Ente di adottare modifiche sulle prestazioni erogate.

L'ENPAM ha programmato per il 20 maggio p.v., un'incontro con esperti economici di provata professionalità, con l'intervento del Prof. Mario Monti; si ha inoltre notizia che l'Ente provvederà alla cessione di vari immobili, che saranno gestiti dalla Società Real Estate Trading, in partecipazione con l'Ente.

Interviene il Presidente, il quale riferisce di aver discusso l'argomento con il Presidente dell'Ordine dei Medici C. e O. di Ravenna, Revisore dei Conti del Consiglio ENPAM, il quale ha confermato le attuali difficoltà economiche dell'Ente.

A conclusione, il Presidente invita il Dr. Soraci a stilare una breve relazione da trasmettere a tutti gli Ordini al fine di avere ulteriori opinioni sull'argomento.

4) EROGAZIONE SERVIZI DIAGNOSTICI DA PARTE DELLE FARMACIE

Il Vice Presidente illustra brevemente quanto previsto dai tre decreti legislativi che prevedono la possibilità di erogazione di nuovi servizi da parte delle farmacie.

Comunica inoltre che in data odierna, assieme al Presidente, hanno avuto un'incontro con il Presidente Regionale di Federfarma, Dr. Bacchini ed il Presidente dell'Ordine dei Farmacisti di Verona, Dr. Pomari.

L'incontro è stato cordiale e propositivo e le parti, di comune accordo, hanno analizzato i testi di Legge

NOTIZIE DALL'ORDINE

concordando una azione comune per evitare scontri di competenza tra medici e farmacisti.

Una sintesi dell'incontro e di quanto convenuto, sarà pubblicata sul prossimo numero di Verona Medica.

5) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate.

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott. XHANGOLLI Anela

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. BONI Silvana da CHIETI

Dott. PASQUALETTO Cristiana da VENEZIA

Dott. PILLAI Wilma da CAGLIARI

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. CITARELLA Roberto a REGGIO EMILIA

Doppie Iscrizioni:

Dott. BELLOMI Stefano

Dott. MAROSTEGAN Lucio

Cancellazioni su richiesta:

Dott. FAGGIAN Federica

Cancellazioni per decesso:

Dott. VANGELISTA Domenico

ODONTOIATRI

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. CARROZZO Maria Rita

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. CITARELLA Roberto a REGGIO EMILIA

Cancellazioni su richiesta:

Dott. BELLAMOLI Sandro

PRIMA DI PROCEDERE ALLE RELAZIONI ISTRUTTORIE, ESCONO DALLA SALA I CONSIGLIERI ODONTOIATRI, I REVISORI DEI CONTI, IL DIRETTORE E L'AVVOCATO.

COMMISSIONE DISCIPLINA MEDICI CHIRURGHI

La Commissione delibera:

n. 3 aperture procedimenti disciplinari

n. 2 accertamenti d'indagine

n. 1 sospensione procedimento in attesa esito Magistratura.

Il 22-23-24 Ottobre tutti a votare: perché?

Cari Colleghi,
la prossima scadenza elettorale (**22-23 e 24 Ottobre**) porterà all'elezione del nuovo Consiglio, che guiderà l'Ordine professionale nel prossimo triennio 2012 - 2014

L'invito che vorrei diffondere a tutti è quello di partecipare attivamente a questa scadenza, per almeno due motivi fondamentali: innanzitutto una scarsa partecipazione all'attività **dell'Ordine** ordinistica apparirebbe, ancora una volta, come un segnale di disinteresse nei riguardi dei problemi della Sanità e di divisione all'interno della categoria.

Oggi invece dovremmo dimostrare più che mai di essere collegialmente uniti dato che sono in discussione problemi di grande interesse per la nostra professione, quali il ruolo del medico, i rapporti con le altre Istituzioni, la situazione



amministrativa dell'ENPAM ecc.

Un secondo motivo "forte" per partecipare al voto è di natura strettamente economica. In questi tempi difficili, i vincoli al risparmio si sono fatti più stringenti e non sembrerebbe davvero il caso di "sprecare" una notevole quantità di denaro per ripetere la tornata elettorale in caso di affluenza insufficiente.

Vorrei pertanto che tutti i colleghi veronesi fossero ben consapevoli che partecipare al voto del 22, 23 e 24 ottobre sarà una necessità pratica ed un obbligo deontologico, ma anche un'occasione per far valere, all'interno della propria comunità professionale, le preoccupazioni, le aspirazioni e le speranze comuni.

FRANCO ALBERTON

Consiglio Nazionale ENPAM

Relazione del Dr. G. CARLO SORACI

Sabato 25 giugno 2011, su delega del Presidente dell'Ordine di Verona ho partecipato al Consiglio Nazionale ENPAM ove è stato presentato e approvato il bilancio consuntivo della Fondazione ENPAM per il 2010 con 84 voti favorevoli, 6 contrari, 4 astenuti. Il bilancio è consultabile presso la sede dell'Ordine in via Locatelli e sul nostro sito.

In sintesi le entrate sono state 2.639.901.620 euro di cui 2.202.100.081 per contributi previdenziali versati dai medici attivi e il resto come frutto del patrimonio ENPAM.

Le uscite sono state complessivamente pari a 1.502.677.299 euro.

Di queste 1.115.880.429 euro sono stati utilizzati per pagare le quote pensionistiche.

Dobbiamo infatti ricordare che il sistema previdenziale ENPAM è un sistema a RIPARTIZIONE, cioè vengono pagate le pensioni con i contributi previdenziali versati.

La differenza risultante imputata a costi del personale, alle spese di gestione del patrimonio, alle tasse, alla PREVIDENZA ENPAM.

Il saldo tra entrate e uscite è stato di 1.137.224.321 euro, cifra che va a incrementare il patrimonio dell'ENPAM.

Al 31.12.2010 il patrimonio dell'ENPAM è di 11,4 miliardi di euro.

La gestione ENPAM è tradizionalmente divisa in FONDI.

- 1) Fondo generale quota A
- 2) Fondo libera professione
- 3) Fondo medici di medicina generale
- 4) Fondo Specialisti Ambulatoriali
- 5) Fondi Specialisti Esterni

La gestione di questi Fondi, per legge deve prevedere la possibilità di pagare le pensioni per alcuni anni; trattasi quindi di SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA.

La sostenibilità dei vari Fondi è sempre stata prevista a 15 anni.

Con la legge 296/2007 e con il Decreto Ministeriale del 29.11.2007 è stata obbligatoriamente portata a 30 anni.

È previsto lo sbilanciamento del fondo quota "A" nel 2021 non utilizzando il patrimonio e nel 2030 utilizzando il patrimonio in quota parte.

Per il fondo libera Professione gli anni sono il 2028 nella prima ipotesi e il 2044 nella seconda.

Per il Fondo Medici di Medicina Generale anno 2021 e 2030 utilizzando il patrimonio.

Per il fondo Specialisti Ambulatoriali anno 2021 e 2029 utilizzando in patrimonio.

Il Fondo Specialisti Esterni è già sbilanciato dal 2007 senza utilizzare il patrimonio, mentre si sbilancia dal 2010 considerando il patrimonio.

Se a questa situazione evidentemente non rispondente alla nuova legge aggiungiamo la crisi finanziaria internazionale, il fatto che un grosso numero di medici andrà in pensione entro i prossimi 10-15 anni (si parla GOBBA PREVIDENZIALE), l'allungamento della aspettativa di vita, si comprende come sia necessario un adeguamento delle regole previdenziali.

Entro il prossimo novembre 2011, quindi, verrà allestito e reso pubblico un nuovo regolamento ENPAM che è in corso di approntamento con la consulenza del prof. Mario Monti.

È previsto che il nuovo regolamento entri in vigore dal prossimo 1.1.2012.

Il patrimonio ENPAM è calcolato a bilancio in 11.443,11 espresso in milioni di euro e, come è ovvio, una parte è mobiliare e una parte è immobiliare.

La gestione della parte immobiliare sta progressivamente passando dalla gestione diretta della Fondazione ENPAM alla società immobiliare ENPAM REAL ESTATE di cui la Fondazione ENPAM è socio unico.

La linea di tendenza è quella di dismettere le piccole unità immobiliari (appartamenti) per passare a grosse unità immobiliari (vedi la recente operazione Rinascente a Milano).

Passando alla parte immobiliare del patrimonio devo segnalare alcune criticità, in parte dovute alla crisi finanziaria internazionale, che hanno portato ad una denuncia alla Magistratura e agli Organi di Controllo e ad alcuni articoli pubblicati sui giornali specializzati.

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. 13 - 60) e può in alcune situazioni critiche configurare un reato ai sensi dell'art. 328 del Codice Penale.

È altrettanto indice di correttezza deontologica e soprattutto di buona pratica clinica per TUTTI riportare sulle richieste di accertamenti

- data di emissione del documento in cui viene indicata la richiesta
- timbro personale del medico proponente
- firma (se possibile LEGGIBILE) del medico proponente
- infine ma non per ultimo : indicazione del motivo e/o del sospetto clinico alla base della richiesta di accertamenti

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DELL'11 MAGGIO 2011

Presenti: Dott. Arrichiello,
Dott. Bovolín, Dott. Cavallini,
Dott. Oreglia, Dott. Paoletti.

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

Comunicazioni del Presidente:

1. Il Presidente informa i presenti che parteciperà alla riunione dei Presidenti CAO che si terrà a Roma il prossimo 10 e 11 giugno e da lettura del programma dei lavori.
2. Il Presidente relaziona i presenti sul Convegno tenutosi a Como il 29 e 30 aprile scorso sulla conciliazione e mediazione.
3. Il Presidente informa i presenti che non è ancora giunta all'Ordine la ricevuta della raccomandata relativa al procedimento disciplinare del Dott. ABC, per il quale è stata stabilita la data dell'8 giugno. Viene deciso di attendere ed eventualmente fissare una nuova data.
4. Elezioni Comitati consultivi Zonali: il Presidente relaziona sugli esiti di tali elezioni per la componente odontoiatrica.
5. Il presidente da lettura di circolare pervenuta dalla FNOMCeO sulla nuova modalità con cui verranno compilate le schede elettorali delle elezioni di fine anno.
6. Il Presidente informa i presenti di aver inviato al Comandante del Nucleo NAS di Padova un quesito riguardante l'utilizzo e la commercializzazione del ghiaccio istantaneo.
7. O.....P: il Presidente espone il caso dello studio dentistico che distribuisce volantini pubblicitari nei quali non compare il nome del Direttore Sani-

tario. Da una foto in possesso del Presidente, ad uno degli indirizzi indicati nella brochure a, compare la targa del Dott. WWH, il cui numero è lo stesso pubblicato nel volantino. Viene deciso di invitare a colloquio il Dott. WWH per chiarimenti.

8. Il Presidente da lettura di una lettera/denuncia pervenuta da parte di un iscritto all'Ordine riguardante l'associazione "....." di cui è stato detto nel corso di una trasmissione televisiva ed in cui viene citato il nome del Dott. YY come praticante la "medicina naturalista" e il Collega scrivente pone dei dubbi sulla legittimità dell'esercizio di tali pratiche. Viene deciso di invitare a colloquio il Dott. YY per chiarimenti.
9. Sig. KK : la Procura della Repubblica, su richiesta del Presidente, ha inoltrato risposta relativa al caso del Sig. KK per il quale erano state inviate diverse segnalazioni per sua attività di esercizio abusivo della professione odontoiatrica. Nella risposta viene comunicato che c'è stata sentenza di patteggiamento, per cui l'Ordine non potrà costituirsi parte civile. Può essere aperta causa civile per risarcimento danni. Il Presidente si riserva di consultare il Legale dell'Ordine per chiarimenti.

Relazioni istruttorie:

1. Dott. \$X/Dott. £Y: il presidente ripercorre il caso relativo alla vicenda "_____". I sanitari in sede di colloquio avevano dichiarato di aver eseguito presso lo studio _____ solo prestazioni occasionali (due sere in totale). Su decisione della CAO il Presidente ha inviato al Comune di Verona una richiesta per conoscere l'organigramma della struttura. Nella risposta è riportato che i nominativi dei Medici strutturati presso lo Studio _____ sono il Dott. QZ, la Dott.ssa \$X e il Dott.

£Y. Il Presidente informa di aver inviato all'Ordine di Bolzano, ove il Dott. £Y è iscritto, segnalazione di quanto appreso e di aver invitato a colloquio per chiarimenti il Dott. \$X.

2. Dott. ØK: il Presidente informa che il Sanitario ha presentato la memoria scritta promessa in sede di colloquio. Viene dato mandato al Dott. Oreglia di prenderne dettagliata visione e relazionare i presenti alla prossima riunione CAO.
3. Dott. ÑH: il Presidente illustra il caso relativo al Sanitario il quale ha effettuato un pubblicità sanitaria sul quotidiano locale. Da lettura del verbale di audizione e dopo ampia discussione la CAO decide di archiviare il caso.

Procedimenti disciplinari:

1. Dott. QZ: il Presidente informa i presenti di aver ricevuto da parte del Sanitario una richiesta riguardante la possibilità di conoscere il nominativo del relatore incaricato per il procedimento disciplinare a lui aperto. Il Presidente comunica di aver risposto negativamente in quanto l'art. 39 del DlgsCPS 233/1946 non contempla questo obbligo.
2. Dott. ZXZ: il Presidente informa di aver ricevuto dal Sanitario e anche dalla Procura della Repubblica copia della sentenza di patteggiamento. Viene deciso di fissare al data per il procedimento disciplinare, aperto durante la seduta CAO del 15/12/2010, il giorno 13 luglio 2011.
3. Dott. KN: viene deciso di celebrare il procedimento disciplinare aperto in capo al Sanitario il 09/03/2011, il giorno 13 luglio 2011.
4. Dott. ÆÈ: viene deciso di celebrare il procedimento disciplinare aperto in capo al Sanitario il 13/04/2011, il giorno 13 luglio 2011.



VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DELL'8 GIUGNO 2011

Presenti: Dott. Arrichiello,
Dott. Bovolín, Dott. Cavallini,
Dott. Oreglia, Dott. Paoletti

Letture ed approvazione verbale

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

Comunicazioni del Presidente:

1. Il Presidente da lettura di un cliché standard utilizzato dall'Ordine dei Medici di Venezia con il quale vengono stilate le lettere di convocazione a colloquio dei medici per valutare l'apertura di un eventuale procedimento disciplinare. Se ne approva la stesura decidendone l'applicazione anche per le convocazioni presso questo Ordine. Quanto pertinente al procedimento disciplinare viene considerato utile (con qualche modifica) anche per aprire il procedimento dinnanzi all'incolpato e suo eventuale legale.
2. Il Presidente da lettura di una mail

a firma del Dott. ZZ il quale denuncia il comportamento scorretto tenuto dal Dott. XX nei suoi confronti. Viene deciso di invitare a colloquio il Dott. X per chiarimenti.

Relazioni istruttorie:

1. Il Presidente informa di aver ricevuto, dalla Procura della Repubblica, risposta circa la nostra richiesta di informazioni relative al Sig. WQU, titolare della struttura "_____ " coinvolta in una serie di indagini per abusivismo e prestanomismo. Nella comunicazione viene riportato che il Sig. Wi ha presentato istanza di patteggiamento e si rimane in attesa della fissazione di udienza finalizzata alla definizione del procedimento come da pena concordata.
2. Sig. JKY: il Presidente ripercorre il caso relativo al Sig. JK il quale era stato segnalato alle autorità competenti per esercizio abusivo della professione odontoiatrica. A seguito di nostra richiesta di informazioni inviata alla Procura della Repubblica, la stessa Procura risponde che a carico del Sig. JK è iscritto procedimento penale tuttora pendente. Per questo mo-

tivo, non essendoci sentenza di patteggiamento, l'Ordine può costituirsi parte civile.

3. Dott. XHJ: il Presidente informa di aver invitato a colloquio il Sanitario in merito alla vicenda e relativo volantino divulgato. Il Sanitario, durante il colloquio, promette che invierà all'Ordine copia del contratto da lui firmato. La CAO decide di aggiornare il caso alla prossima riunione.
4. Dott. QQY: il Presidente relaziona sull'invito a colloquio avuto con il Sanitario e da lettura del verbale di audizione. Dopo ampia discussione viene deciso di archiviare il caso e di darne comunicazione al Sanitario e all'esponente.

Procedimenti disciplinari:

Dott. ØN: il Presidente informa di essere stato contattato telefonicamente dal Collega in data odierna, e a sole 3 ore dalla celebrazione del procedimento disciplinare, causa malattia. Viene invitato a inviare comunque, seppur a posteriori, formale richiesta scritta di tale rinvio e viene informato che il suo procedimento sarà spostato a data successiva cioè il 13 luglio prossimo.



GICIVI

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 ANTISEPTICA

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

Convegni e Congressi

24 SETTEMBRE 2011

Insomnia nelle epoche della vita

Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria"
U.O.C. di Neurologia.
Negrar - Sala Convegni dell'Ospedale
Inizio lavori ore 8.00



22 OTTOBRE

Diabete Mellito: una Malattia Sistemica

Verona, Sala Convegni
del Banco Popolare di Verona e Novara,
Via delle Nazioni, 4
Inizio lavori ore 8.30

19 NOVEMBRE 2011

Mal – Essere da stress lavoro correlato

Società Italiana
di Medicina Psicosomatica
Sez. Veronese "G. Guantieri"
Verona, Sala Convegni
del Banco Popolare di Verona e Novara,
Via delle Nazioni 4
Inizio lavori ore 8.30

28-29 NOVEMBRE 2011

Attualità Chirurgiche nelle Malattie del Colon-Reto- Ano e Problematiche Emergenti nelle Malattie Infiammatorie Croniche e nelle Poliposi Intestinali

Verona, Aula Magna "G. De Sandre"
del Policlinico di Borgo Roma
Inizio lavori ore 9.00

13 OTTOBRE 2011

SALUTE e INCENERIMENTO dei RIFIUTI

INCONTRO

Organizzato dalla Sezione Provinciale di Verona
dell'Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia

MODERATORI:

GP. Velo, Presidente ISDE Verona e
G. Beghini, Medico di Medicina Generale, ISDE Verona

PROGRAMMA SCIENTIFICO

- 20.30 **Monitoraggio degli inquinanti nei suoli del Veneto**
Paolo Giandon, ARPAV, Dipartimento di Treviso
- 20.50 **Effetti respiratori degli inquinanti ambientali**
Silvia Tognella, ULSS 22, U.O. di Pneumologia, Bussolengo (VR)
- 21.10 **Che aria respiriamo? Sorgenti e inquinanti aerodispersi a Verona**
Francesca Predicatori, ARPAV, Dipartimento di Verona
- 21.30 **Esperienze e nuove sfide sulla conoscenza degli effetti sulla salute in aree prossime ad inceneritori nella Regione Emilia-Romagna**
Paolo Lauriola, Michele Cordioli, Laura Erspemer, Andrea Ranzi, ARPAER, Dipartimento di Modena
- 21.50 **Rischi per la salute infantile da esposizione ad inceneritori**
Patrizia Gentilini, Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia, Sezione Provinciale di Forlì
- 22.10 **Rischio di sarcoma ed emissione di diossina da inceneritori**
Paola Zambon, Registro Tumori del Veneto, Padova

Verona, sala riunioni "P. M. Fazzini", presso la sede dell'Ordine dei Medici (ingresso da Piazza Simoni), ore 20,30

Ci servono medici

Con la presente vogliamo esprimere a nome di tutta la direzione dell'Hospital Divina Providência di Luanda il nostro ringraziamento per la disponibilità dimostrata nello svolgere attività di volontariato in Africa in ambito sanitario.

Il nostro ospedale promuove collaborazioni scientifiche con strutture sanitarie in Italia ed in Brasile per migliorare il servizio sanitario offerto ed implementare formazioni per il personale locale.

La presenza di personale medico ed



infermieristico espatriato è importante per stimolare e garantire il monitoraggio dei servizi prestati, oltre a ciò, l'esperienza dello scambio con il personale locale ed i pazienti rappresenta una ricchezza per chi viene a lavorare in ospedale e per le persone del posto.

L'Hospital Divina Providência lavora in rete con quattro Centri di Salute periferici che svolgono la funzione di filtro dei casi meno gravi, che possono essere seguiti in queste strutture satellite, mentre i casi più complicati vengono trasferiti alla struttura centrale.

Segnaliamo, come richiesto nella lettera inviataci, che nessuno dei medici inclusi nella lista ha partecipato ad attività di volontariato legate alla nostra Istituzione nel corso del 2010. Normalmente, quando riceviamo dei volontari, abbiamo la possibilità di offrire il vitto e l'alloggio, mentre le spese di viaggio sono a carico della persona che decide di fare un'esperienza di volontariato, la cui durata può variare in funzione della disponibilità. Le necessità più urgenti a livello settoriale sono i seguenti:

- pediatria
- ginecologia
- ostetricia
- farmacologia
- infettivologia
- salute pubblica

Il nostro ospedale offre anche i servizi



di radiologia, stomatologia, optometria e traumatologia, per i quali serve sempre una formazione continua del personale.

Pertanto, qualora ci fossero dei medici interessati a svolgere la propria attività professionale sotto forma di volontariato nella nostra struttura, saremo lieti di accoglierli, concordando con anticipo i tempi e le modalità.

Grazie per la vostra generosità ed attenzione.

Restiamo in attesa di eventuali proposte o richieste di ulteriori chiarimenti.

IL DIRETTORE GENERALE

CERTIFICATO PER LA PATENTE: ESENTE IVA

Facendo seguito alle Comunicazioni n. 60 del 13 settembre 2010 e n. 82 del 2 dicembre 2010, si ritiene opportuno segnalare che l'Agenzia delle Entrate con parere del 9 dicembre 2010 (All. n. 1), in risposta ad un quesito dello SNAMI, ha confermato la posizione consolidata di questa Federazione in merito alla esenzione da IVA della fattispecie indicata in oggetto.

L'Agenzia delle Entrate nel proprio parere rileva, quindi, che la prestazione sanitaria del medico curante finalizzata al rilascio del certificato preliminare per il rinnovo o il conseguimento della patente di guida per i veicoli a motore è esente da IVA perché "lo scopo principale della prestazione è nella tutela preventiva della salute di soggetti che, trovandosi in particolari condizioni fisiche, potrebbero compromettere la propria salute e l'incolumità della collettività attraverso la guida di veicoli".

Di fatto l'Agenzia delle Entrate conferma quanto già affermato nella Circolare n. 4 del 28 gennaio 2005 ove chiariva che sono esenti da IVA quelle prestazioni mediche di diagnosi, cura e riabilitazione finalizzate alla "tutela della salute" intesa anche come prevenzione

Semplificazione normativa. Interventi edilizi Eliminazione barriere architettoniche

Caro Direttore,
ho avuto occasione di vedere la vostra rivista Verona Medica.

Ho pensato così di scriverle perché Lei possa informare i suoi lettori che alla luce della recente evoluzione normativa nel campo degli interventi edilizi e della prossima riduzione degli incentivi fiscali, prevista nella recente manovra finanziaria, a decorrere dai prossimi anni, i titolari degli studi medici possono sfruttare ora alcune opportunità per eseguire opere di miglioramento delle proprie strutture sanitarie.

Alcune categorie di interventi pos-

sono godere di procedure semplificate per ottenere i permessi dalle amministrazioni pubbliche, mentre alcuni interventi sono sottoposti ad un regime agevolato IVA.

In particolare, l'eliminazione delle barriere architettoniche, obbligatoria per alcune strutture, ma sempre consigliabile in ambienti di servizio alla comunità, oltre a migliorare il livello del servizio offerto e dell'immagine della struttura, alla luce della nuova semplificazione in materia di adempimenti burocratici, può essere eseguita in tempi brevi e certi, con un conseguente minor onere a carico del

richiedente. Il nostro studio tecnico è a disposizione degli iscritti per valutare le soluzioni più adatte, è supportato da personale tecnico specializzato, ed è in grado di espletare le necessarie pratiche amministrative edilizie e di assistenza fiscale, al fine di offrire un servizio completo per la realizzazione degli interventi dalla progettazione alla posa.

Per contatti e informazioni potrà telefonare al 340-5868277 o scrivere a: adami.mattia@gmail.com
Cordialmente.

ADAMI GEOM. MATTIA

LACHIVER

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**

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:

- ▶ 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

Via Leoncino, 10 — 37121 Verona; tel. 045/8009014 fax 045/8032918

www.lachiver.com — servizi@lachiver.com

Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001:2000

La psicoterapia cognitivo-comportamentale: dal sintomo al benessere

MARCO COLAFELICE
Psichiatra e Psicoterapeuta
Verona

Parte seconda

A cavallo degli anni 80/90 gli psicoterapeuti cognitivo-comportamentali anglosassoni andarono incontro ad una profonda evoluzione sia delle loro teorie che delle loro prassi.

Ciò fu dovuto sia ad uno sviluppo naturale delle conoscenze (Hayes), sia ad un confronto con nuove patologie che imponevano un adattamento degli interventi, l'adozione di nuove strategie terapeutiche (vedi la Linehan con i disturbi borderline di personalità; vedi Segal, Williams e Teasdale con la depressione ricorrente), sia all'incontro con saperi e culture diverse: il buddismo (Kabat-Zinn).

Accennerò per primo proprio a questo incontro-confronto, che avvenne per primo negli Stati Uniti agli inizi degli anni 80, in un ambiente però che era già preparato all'accoglimento delle nuove idee.

Il termine "*Buddismo*" è una grande generalizzazione piuttosto che un termine specifico, e si riferisce ad un insieme di dottrine generate 2.600 anni fa dall'insegnamento in India, a Benares, di Siddharta Gautama, detto appunto "il Buddha", e cioè "l'Illuminato".

Da lì si espanse in diversi luoghi e si evolse in diverse direzioni, pur ruotando tale insegnamento intorno a due fondamenti: le Quattro Nobili Verità ed il cosiddetto "Nobile Ottuplice Sentiero".

Per molti suoi seguaci, soprattutto nel mondo occidentale, il Buddismo viene concepito più come una filosofia che come una religione.

Secondo Kumar (2002) il Buddismo offrì alla psicologia clinica le motivazioni per facilitare la crescita benefica ed il cambiamento a livello individuale e sociale.

Uno degli assunti fondamentali del Buddismo è quello della intrinseca

potenzialità evolutiva legata a ciascun individuo, che tende ad uno sviluppo e ad una crescita spirituale continua. Concetti questi da sempre nel DNA dei terapeuti cognitivo-comportamentali.

Per tornare alle **Quattro Nobili Verità** esse sono:

- 1) la sofferenza è ubiquitaria;
- 2) la sofferenza è la conseguenza della nostra tendenza automatica ad essere aggrappati ai fenomeni, a ciò che appare;
- 3) la cessazione della sofferenza è possibile;
- 4) tale cessazione può essere raggiunta attraverso la pratica del "**Nobile Ottuplice Sentiero**".

Esso consiste, sintetizzando, nella visione corretta delle cose, in un modo corretto di ragionare, in un modo corretto di parlare e di comportarsi, nella livelihood, nello sforzo verso il miglioramento, nell'attenzione (mindfulness) e nella concentrazione.

Seguendo questo Sentiero diminuisce la tendenza ad abbarbicarsi ai fenomeni mentre aumenta la piena esperienza della vita.

Secondo il Buddismo la paura dell'uomo dell' "*impermanenza*" (e cioè di tutto ciò che nasce ed è destinato alla decadenza ed alla morte) e della morte stessa è il fattore maggiore dell'attaccamento a se stessi ed alle cose del mondo, del mancato esame di realtà circa la certezza e l'imprevedibilità della morte.

L'accettazione, invece, della morte e della ubiquarietà della sofferenza è necessaria per il sorgere di un sentimento di compassione (pietà) e per lo sviluppo di un'attitudine di accettazione universale ed incondizionata.

La compassione viene definita come un processo non passivo, ma attivo di presa in cura.

La "*Mindfulness*" è un'estensione di questa attitudine "compassionevole", e consiste in un'attenzione centrata sul presente ed assolutamente priva di ogni carattere di giudizio.

Molti terapeuti cognitivo-comporta-

mentali prestarono quindi grande attenzione ai potenziali contributi clinici delle tradizioni spiritualiste, ed in particolare del Buddismo (Robins 2002) per migliorare le condizioni dei loro pazienti.

Il primo a muovere passi significativi in questa direzione fu un medico, il Professor Kabat-Zinn della Massachusetts University, ma acquistò particolare rilievo il lavoro di Seagal, Williams e Teasdale, che stavano studiando il problema delle ricadute nella depressione.

Insoddisfatti dei risultati clinici raggiunti, dopo un lungo percorso conoscitivo e personale arrivarono alla conclusione di aggiungere, nei loro interventi, ad alcuni elementi tradizionali di terapia cognitivo-comportamentale, un approccio di "mindfulness", preso dal buddismo, che tende a mantenere pensieri ed emozioni nella consapevolezza, piuttosto che tentare di modificarli.

Il tutto integrato in una pratica continuativa di meditazione di "mindfulness", che si è estesa dal trattamento dei pazienti depressi a quello di persone affette da molti altri disturbi e problemi.

Nacque così la **MBCT: la Terapia Cognitivo-Comportamentale basata sulla Mindfulness**. Per definirla si possono usare le parole di Giommi (2006) "*essa è uno stato mentale che ha a che fare con particolari qualità dell'attenzione e della consapevolezza che possono essere coltivate e sviluppate attraverso la meditazione.*

La consapevolezza emerge attraverso il prestare attenzione allo svolgersi dell'esperienza momento per momento a) con intenzione, b) nel presente, c) in modo non giudicante".

Questo è un percorso che conduce ad attuare l'**intelligenza emozionale** (Kabat Zinn 2006).

Essa traccia la strada ad un affinamento della capacità di prestare attenzione, di avere una consapevolezza costante e penetrante e di lasciare emergere una facoltà intuitiva che va

al di là del pensiero sebbene possa essere formulata attraverso il pensiero. La Mindfulness non è una tecnica o un metodo, ma può essere definita come un modo di essere o un modo di vedere che comporta un "tornare in sé".

Essa implica certamente un riuscire a diventare più intimi con la propria esperienza attraverso l'esercizio sistematico dell'auto-osservazione, con una sospensione intenzionale dell'impulso a definire, a valutare, a giudicare l'esperienza.

Essa offre, quindi, a chi soffre, molteplici opportunità di superare il ricorso automatico a reazioni emozionali, a processi di pensiero inveterati e per lo più indiscussi, un approfondimento nella conoscenza e nell'accettazione di sé.

Si tratta di imparare a limitarsi ad osservare con sereno distacco i propri comportamenti, i propri pensieri, le proprie emozioni senza tentare di modificarli, o di sostituirli, o di risolvere alcunché.

La **Dialectical Behavior Therapy (DBT)** è stata sviluppata inizialmente come trattamento per donne affette da Disturbo Borderline di Personalità, con una storia di ripetuti tentativi di suicidio e/o di autolesionismo.

La Linehan cercò in principio di aiutare queste pazienti usando strategie cognitivo-comportamentali standard, quali, ad esempio, la task analysis, il training assertivo, la ristrutturazione cognitiva, e così via.

Questo tipo di intervento si dimostrò poco efficace.

Le pazienti spesso riferivano che **le procedure focalizzate al cambiamento venivano percepite come aggravanti il loro livello di malessere, o addirittura come una critica nei loro confronti a causa dei loro problemi.**

Tutto ciò le portava ad incontrare difficoltà nel praticare i suggerimenti terapeutici, arrivando ad attaccare la terapeuta o ad abbandonare il trattamento. Questo tipo di problemi condusse la Linehan a modificare i trattamenti standard dando grande enfasi, a scopo di validazione, all'esperienza vissuta dalle pazienti, anche si fosse trattato di comportamenti maladattivi.

In tal modo veniva fornito un senso alla loro storia ed al contesto corrente (Robins 2002).

L'enfasi accordata alla accettazione della paziente controbilanciava così

l'enfasi sul cambiamento, percepita sgradevolmente, collegata alla terapia comportamentale.

Era noto che i pazienti borderline presentavano tipicamente una grande difficoltà ad accettare parecchie cose circa se stessi, circa gli altri e circa il mondo in generale.

La Linehan pertanto si impegnò ad insegnare a queste pazienti un metodo per promuovere una maggiore capacità di accettazione.

La DBT si articola sia su un piano individuale, col singolo paziente, sia nell'ambito di un gruppo: una terapia di gruppo settimanale che consente l'apprendimento e la messa in pratica di una serie di specifiche abilità.

La componente "terapia individuale" viene considerata necessaria per gestire gli impulsi suicidari e le emozioni difficilmente controllabili, mentre la componente "terapia di gruppo" permette di apprendere delle abilità e di mettere in pratica la modulazione delle emozioni e del comportamento in un contesto sociale.

I quattro pilastri su cui si fonda la DBT sono: 1) la mindfulness; 2) l'efficacia interpersonale; 3) la regolazione delle emozioni, 4) la tolleranza dei propri stati di sofferenza.

1) La **mindfulness** era un concetto già familiare, come abbiamo visto, agli psicoterapeuti nordamericani: essa rappresenta la capacità di concentrare la propria attenzione sul momento presente, senza alcun atteggiamento giudicante.

Si tratta di vivere immersi nel *qui ed ora* sperimentando pienamente le proprie emozioni ed i propri sentimenti, ponendosi fuori da ogni prospettiva.

Questa è considerata il fondamento di tutte le altre abilità proposte dalla DBT, perché aiuta l'individuo a tollerare e ad accettare la forza delle emozioni che possono essere scatenate dal tentativo di cambiamento delle proprie abitudini e dall'esposizione personale alle situazioni temute.

2) **L'efficacia interpersonale** viene raggiunta attraverso la presentazione e l'attuazione di interventi terapeutici comuni alla Behavior Therapy, quali, ad esempio, il *training assertivo* e le tecniche di *problem solving centrate sui rapporti interpersonali*.

Esse includono in sostanza strategie per imparare a chiedere ciò di cui si abbisogna, per dire di no, per affrontare con successo (coping) i conflitti interpersonali.

3) La regolazione delle emozioni.

La Linehan aveva osservato che le persone affette da disturbo borderline della personalità e che manifestavano propositi suicidari erano frequentemente labili emotivamente e provavano emozioni intense, difficilmente controllabili.

Si trattava di trovare il modo per insegnare a queste persone a gestire le proprie emozioni in maniera più adattativa.

Furono utilizzate nuovamente prassi pedagogiche comuni alla Behavior Modification come:

- identificare e sviscerare nei dettagli le emozioni
- identificare gli ostacoli al cambiamento delle emozioni
- ridurre la vulnerabilità alle emozioni
- incrementare, rendere più frequenti gli eventi che possono produrre emozioni positive

E così via.

4) La tolleranza del senso di angoscia e di pena.

Molte approcci terapeutici contemporanei circa la salute mentale sono focalizzati sul superamento degli eventi penosi e delle circostanze disturbanti. La DBT, invece, enfatizza l'apprendimento della tolleranza del dolore psichico e l'imparare ad affrontarlo con i mezzi a nostra disposizione.

La capacità di tollerare il dolore psichico costituisce un naturale sviluppo dalle abilità di mindfulness.

Esse hanno a che fare con l'abilità di accettare se stessi e le situazioni in modo non valutativo e libero dai pregiudizi. Ciò non significa passività o rassegnazione.

L'obiettivo è quello di essere capaci di analizzare con calma le situazioni negative: questo permette all'individuo di prendere decisioni meditate sul quando e sul come agire, senza abbandonarsi a reazioni intense, disperate e spesso distruttive.

Hayes (2004) nella sua presentazione dell'**Acceptance and Commitment Therapy (ACT)** colloca il suo modello terapeutico nell'alveo della tradizione "rigorosamente comportamentista", e richiama, per dar forza a questo assunto, la definizione che Frank e Wilson fornirono per la terapia comportamentale: "*Teoria dell'apprendimento operazionalmente definita e conforme a paradigmi sperimentali ben definiti*". Secondo la filosofia della scienza "la terapia comportamentale e la terapia cognitiva sono identificate relativa-

mente in termini meccanicistici: la complessità umana è fondata su parti, relazioni e forze elementari, e compito della scienza è assemblare questi elementi in maniera comprensibile” (Hayes 2004).

Con il progredire della scienza psicologica si è andato affermando un approccio più strumentale e contestuale.

I cambiamenti richiedevano nuove idee ed innovazioni, e, da un punto di vista comportamentale, le terapie basate sull'esposizione incominciarono a focalizzarsi sugli eventi interni.

Da un approccio volto “all’eliminazione di...” si passò ad un approccio più contestuale.

Gli interventi basati sulla *Mindfulness*, inoltre, misero in evidenza che era possibile modificare la funzione dei pensieri senza alterare la loro forma. L'ACT si pose quindi come superamento sia delle terapie comportamentali in sé, che delle terapie cognitive.

L'ACT è basata su una serie di pragmatismi conosciuti come “functional contextualism”, il cui nucleo fondamentale è rappresentato da questi concetti: essere sempre legati al contesto; focalizzare l'attenzione sugli eventi nella loro interezza; essere sensibili al ruolo del contesto per la comprensione della natura e della funzione di un evento.

L'enfasi era sempre posta sui criteri di veridicità del *pragmatismo*; l'applicabilità di questi criteri era rivolta al raggiungimento di obiettivi specifici, definiti scientificamente.

Per l'ACT gli eventi psicologici sono rappresentati da un insieme di interazioni fra gli organismi nella loro totalità e i loro contesti definiti in senso storico e situazionale.

Rimuovere i comportamenti problematici (sia overt che covert) del paziente dal contesto, che contribuisce a determinare l'evento, fa perdere di vista la natura del problema e le strade maestre per arrivare ad una sua soluzione.

Il criterio di validità di tutte le forme di contestualismo è il successo: **viene considerato valido ciò che si rivela efficace.**

Le analisi del contestualismo funzionale prendono sempre in considerazione le variabili contestuali: esse sole possono essere manipolate direttamente, per cui il successo della manipolazione degli eventi personali è

legato al successo della loro manipolazione.

Non ha senso quindi che l'individuo focalizzi la propria volontà di cambiamento sulle proprie emozioni, sui propri pensieri, sui propri comportamenti: tutti gli eventi psicologici devono essere accettati incondizionatamente, anche se sono formalmente “negativi”, “irrazionali” o perfino “psicotici”.

Se è inoltre necessario analizzare il linguaggio e le cognizioni per comprendere il comportamento umano è pur vero che linguaggio e cognizioni dipendono entrambi dal contesto relazionale, hanno un senso se inseriti nel contesto relazionale.

Ed è a quello che dobbiamo rivolgere l'attenzione.

L'evitamento esperienziale, il cercare deliberatamente di sopprimere o di modificare in qualsivoglia forma pensieri negativi, emozioni disturbanti, ecc., ottiene al contrario l'effetto non desiderato di aumentare la loro comparsa e la loro presenza.

(Ciò può rendere molto complicate le strategie basate sull'esposizione).

Proprio ciò che caratterizza gli esseri umani: il pensiero, l'immaginazione, le emozioni e gli affetti ci possono impedire nella realtà quelle forme di evitamento degli stimoli dolorosi che per gli altri animali sono invece possibili.

Che fare, allora?

Che senso ha una terapia? Quale è il suo obiettivo?

Gli “*obiettivi chiave*” dell'ACT sono il rendere consapevole la persona che essa deve prestare attenzione al “*sentire ed al pensare a ciò che essa sente e pensa già, nel qui ed ora... e l'aiuto viene fornito perché possa individuare i propri valori (è una riscoperta dello spiritualismo n.d.r.) e possa muoversi nella loro direzione emotivamente, cognitivamente, affettivamente, attraverso il suo agire pratico, con tutta la sua storia e con tutte le sue reazioni automatiche.*

Le tecniche di intervento sono semplicemente dei mezzi progettati per trovare un contesto psicologico entro il quale questo progetto possa attuarsi. (Hayes 2004)

Per l'ACT è fondamentale: 1) essere consapevoli di un senso trascendente del sé che è alla base dei nostri valori; 2) fare dell'**accettazione** uno stile di vita, un sentito abbraccio senza pregiudizi alla nostra esperienza, come si presenta nel qui ed ora. Accettazione

significa sperimentare pienamente gli eventi, “*così come essi sono e non come essi dicono di essere; sentire i sentimenti come sentimenti; pensare ai pensieri semplicemente come pensieri; avvertire le sensazioni come sensazioni e nulla più.*” (Hayes 2004) Certamente l'intervento basato sull'Accettazione comporta l'“*esposizione*” e tutto ciò che è legato alle terapie comportamentali basate sull'esposizione.

Il “**commitment**”": l'ACT implica, da parte del cliente, un apprendimento generalizzato di strategie che conducono al perseguimento dei valori dell'individuo, dissolvendo le barriere psicologiche per mezzo del distacco cognitivo-emotivo e dell'accettazione, e dissolvendo le barriere situazionali attraverso l'azione diretta.

A tale scopo sono impiegate una varietà di tecniche che si ritrovano nell'armamentario della tradizionale terapia comportamentale: stabilire specifici obiettivi, agire concretamente nella vita, muoversi verso gli obiettivi a piccoli passi: shaping e chaining, ecc.

I più recenti sviluppi della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) ruotano intorno alla visione generale dell'uomo, agli aspetti complessivi della sua vita; non ci si limita più a pensarlo come portatore di un deficit da superare o di un danno da riparare, ma come espressione di potenzialità che vanno sviluppate e di problematiche che vanno risolte.

Non è un caso che terapeuti cognitivo-comportamentali ora si interessino, invece che ai “*sintomi*” di un essere umano, alla **psicologia della salute**, ossia allo studio di ciò che può permettergli di “*stare bene*”.

La salute viene intesa, secondo la definizione dell'OMS come uno “*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non soltanto assenza di malattia*” (W.H.O. 1946).

“La vita della popolazione si è allungata, e ci si interroga sulla qualità di questa lunga vita.

I malati cronici sono in aumento, ed è necessario dotarli di risorse cognitive e comportamentali per metterli in grado di gestire adeguatamente le loro patologie più o meno limitanti.

I giovani vanno informati dell'importanza di proteggere la loro salute, astenendosi da comportamenti a rischio e adottando uno stile di vita sano...” (Majani 2004).

Ad esempio il fondamentale presupposto della gestione a lungo termine di malattie croniche, che richiede aderenza alle prescrizioni ed una collaborazione convinta da parte del paziente implica che questi sia a conoscenza e si appropri di meccanismi di coping cognitivi e/o comportamentali che lo rendono in grado di convivere in modo accettabile con patologie anche gravi.

Ma si è dedicata molta attenzione alla ricerca ed alla valorizzazione della positività, delle risorse cioè di cui una persona dispone, e dello sviluppo e del potenziamento delle sue capacità non solo di far fronte ad uno stress rappresentato da una malattia cronica o da una diagnosi preoccupante, ma anche capacità di individuare e di coltivare i fattori protettivi della sua salute e del suo benessere.

A tale proposito la TCC fornisce conoscenze e strumenti idonei a questo obiettivo.

Per fare un esempio: secondo l'*auto-efficacia* di Bandura un individuo può apprendere non solo a sviluppare un controllo, ma anche una vera e propria gestione delle situazioni problematiche attraverso l'esercizio di competenze cognitive e comportamentali specifiche, che egli ha imparato a riconoscere nel suo repertorio.

Alla luce di questo scenario si è sviluppato il **"Positive Behavior Support" (PBS)**, un approccio pratico per diminuire i problemi comportamentali e per migliorare la Qualità di Vita degli individui di tutte le età (Dunlap 2008).

Come sottolinea lo stesso Autore "il PBS è una tecnologia di intervento basata sulle scienze sociali, comportamentali, pedagogiche e biomediche che combina pratiche *evidence-based* con un sistema formale di strategie di cambiamento focalizzate al miglioramento degli stili di vita a disposizione di un individuo ed a ridurre i suoi problemi comportamentali.

Questo sempre **nel rispetto delle preferenze e dei valori del soggetto**" (Dunlap 2008).

Questo approccio si fonda sul rispetto del metodo scientifico, sull'empirismo, sulla ricerca di validazione dei risultati attraverso la formale ricerca scientifica.

Esso fa riferimento esplicito, dice Dunlap, alla Terapia Cognitivo-Comportamentale, e in particolare proprio ai concetti dell'Apprendimento Strumen-

tale, al Condizionamento Operante di Skinner: il rinforzo, la gestione delle contingenze di rinforzo, il controllo dello stimolo, *lo shaping*, *il fading*, *il prompting*, l'analisi funzionale, la generalizzazione, ecc.

Solo che questi concetti e questi interventi sono ora rivisti in funzione diversa:

1. gli obiettivi si sono allargati, comprendendo gli stili di vita ed il miglioramento della qualità della vita, raggiunto attraverso la realizzazione dei propri valori;
2. gli interventi vengono considerati e sviluppati in un'ottica di lungo termine;
3. gli interventi devono possedere una *validità ecologica*, nel senso che devono essere efficaci nella vita reale;
4. viene ricercata la collaborazione di familiari, amici, colleghi e quant'altro per il buon fine della terapia;
5. il criterio base per la valutazione dell'efficacia dell'intervento poggia sulla validità sociale dei risultati;
6. particolare attenzione viene dedicata alle variabili del sistema in cui si muove il paziente;
7. l'enfasi viene posta sulla prevenzione, per cui il paziente viene invitato a mantenere il massimo impegno al cambiamento, anche quando i problemi comportamentali non dovessero essere presenti;
8. le strategie di supporto sono fondate sull'analisi delle variabili mediche, comportamentali ed educative/culturali;
9. la valutazione dell'efficienza richiede l'utilizzo di conoscenze provenienti da varie metodologie;
10. la comprensione pragmatica per sviluppare un intervento efficace deve guardare al problema da molteplici prospettive teoriche. (Dunlap et al., 2008)

Ma lo sviluppo della TCC è ancora *"in progress"*, e i suoi ambiti di ricerca e di applicazione subiscono continue evoluzioni.

Una di queste, ad esempio, riguarda l'analisi anche dei processi economici, di quanto viene definito sinteticamente come *"business is business"*: ebbene uno psicologo cognitivo-comportamentale israeliano ha vinto nel 2002 il **Nobel dell'Economia** essendo riuscito a dimostrare, con le sue ricerche sul decision-making, che il mondo dell'Economia, americana e mondiale, è

governato dalla più incredibile irrazionalità.

Daniel Kahneman, professore all'Università di Princeton, è uno dei fondatori della **FINANZA COMPORTAMENTALE**.

Si può ben dire che gli ultimi Comportamentisti siano ormai saliti sulle spalle dei loro progenitori per guardare il mondo.

BIBLIOGRAFIA

- Dunlap G., Carr E.G., Horner R.H., Zarcone J.R. & Schwartz I. (2008): Positive Behavior Support and Applied Behavior Analysis. A familial alliance. *Behavior Modification*, 32, 5, 682-698.
- Hayes S.C. (2004) : Acceptance and commitment Therapy, Relational Frame Theory and the third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Kahneman D., Slovic P. & Tversky A. (1982): *Judgement under uncertainty: heuristics and biases*. Cambridge University Press, New York.
- Kahneman D. (2003): A perspective on judgement and choice: mapping bounded rationality. *American Psychologist*, 58, 697-720.
- Lindenboim N., Comtois K.A. & Linehan M.M. (2007): Skills practice in Dialectical Behavior Therapy for suicidal women meeting criteria for Borderline Personality Disorder. *Cognitive & Behavioral Practice*, 14, 147-156
- Linehan M.M. (1993): *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: the Guilford Press.
- Majani G. (2004): La psicologia della salute nell'ottica cognitivo-comportamentale. In: Galeazzi A. & Meazzini P. (Eds): *Mente e Comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Giunti Editore, Firenze, pagg. 479-490.
- Robins C.J. (2002): Zen principles and Mindfulness Practice in Dialectical Behavior Therapy. *Cognitive & Behavioral Practice*, 9, 50-57.
- Sameet M. Kumar (2002): An introduction to Buddhism for the Cognitive-Behavioral Therapist. *Cognitive & Behavioral Practice*, 9, 40-43
- Segal Z.V., Williams J.M.G. & Teasdale J.D. (2006): *Mindfulness*. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero. Bollati Boringhieri, Torino.

L'ipertensione polmonare: quali novità a Verona?

Gruppo Interdisciplinare Ipertensione Polmonare, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.
e-mail: gruppo.ipertensione.polmonare@ospedaleuniverona.it

L'ipertensione polmonare definisce una situazione clinica complessa caratterizzata da sintomi di disfunzione cardio-polmonare progressivi e ingravescenti, che richiedono una tempestiva individuazione della causa al fine di instaurare una adeguata terapia in tempi brevi. La molteplicità delle cause, così come la pluralità della compromissione d'organo, rende ragione della necessità di un approccio multidisciplinare alla patologia, sia per la diagnosi, come pure per il follow-up e la terapia. Negli ultimi anni infatti si sono resi disponibili una molteplicità di farmaci in formulazione orale e/o inalatoria (antagonisti recettoriali dell'endotelina-1, selettivi e non, inibitori della fosfodiesterasi, prostanoidi per uso parente-

rale ed aerosolico) da associare al trattamento con Epoprostenolo, unico trattamento precedentemente disponibile.

Partendo da questo presupposto, si è costituito presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona il Gruppo Interdisciplinare Ipertensione Polmonare (GIIP), cui afferiscono medici di diverse specialità (anestesia, cardiologia, chirurgia toracica e cardiocirurgia, immunologia clinica ed allergologia, medicina nucleare, pediatria, pneumologia, radiologia, reumatologia).

Il responsabile del gruppo interdisciplinare è il Prof. Claudio Lunardi, Unità Operativa Malattie Autoimmuni, Medicina Interna B del Policlinico GB Rossi, e il segretario è il Dr. Giuseppe Silvestre, Unità Operativa di Chirurgia Toracica, Polo Chirurgico Confortini, Ospedale di Borgo Trento.

1) Definizione e classificazione

L'ipertensione polmonare (IP) è una

condizione emodinamica e fisiopatologica caratterizzata da un incremento del lavoro e del carico del ventricolo destro con aumento dei valori di pressione arteriosa polmonare media (mPAP) a riposo uguale o superiore a 25 mmHg misurata tramite cateterismo cardiaco destro.

L'ipertensione polmonare si suddivide in diversi gruppi in funzione dei meccanismi eziopatogenetici (Tab.1). il livello di gravità dipende dai valori di pressione rilevata in arteria polmonare (Tab. 1 A).

Nel gruppo 1 rientrano le forme di ipertensione arteriosa polmonare, che pur riconoscendo momenti eziologici molto diversi, vengono raggruppate insieme in quanto accomunate da un danno primitivo a carico dell'albero arterioso polmonare e dalla suscettibilità ad un trattamento specifico.

L'ipertensione arteriosa polmonare idiopatica è una malattia rara, con picco di esordio fra seconda e quinta decade di vita, e mostra una leggera predilezione per il sesso femminile (maschi:femmine = 1:2,8).

L'ipertensione arteriosa polmonare associata ad altre cause, pur rimanendo una patologia rara, si diversifica per incidenza e sesso a seconda della malattia di base. Fino alla metà degli anni '90 l'ipertensione arteriosa polmonare era ritenuta assolutamente incurabile ed un paziente affetto dalla forma idiopatica aveva un'attesa media di vita di 2,8 anni, che si riduceva ad un anno e mezzo in coloro che svilupparono la malattia come complicanza della sclerodermia. Le terapie specifiche attualmente disponibili hanno nettamente migliorato l'aspettativa di vita di questi pazienti. La maggioranza dei soggetti nei quali è identificata la presenza di IP sono affetti da patologie a carico del cuore sinistro o del polmone: non sono questi i destinatari delle terapie con analoghi delle prostaciline, inibitori dei recettori dell'endotelina ed inibitori della fosfodiesterasi. Tali farmaci sono utili solamente in caso di ipertensione arteriosa polmonare (gruppo 1) e in alcuni casi di ipertensione polmonare secondaria a tromboembolismo cronico.

Alla luce di queste considerazioni appare evidente quanto sia importante stabilire l'esatta causa di ipertensione polmonare, in modo da mettere a disposizione del paziente in tempi brevi la migliore terapia possibile.

Tab. 1 Classificazione clinica dell'IP (mod. da ESC-ERS Guidelines on diagnosis and treatment of Pulmonary Hypertension. Eur Heart J 2009).

1 IPERTENSIONE ARTERIOSA POLMONARE
1.1 forma idiopatica
1.2 forma ereditaria
1.3 forma secondaria a farmaci o tossici
1.4 forma associata a
1.4.1 patologie del connettivo
1.4.2 infezione da HIV
1.4.3 ipertensione portale
1.4.4 patologia cardiaca congenita
1.4.5 schistosomiasi
1.4.6 anemia emolitica cronica
1.5 forma persistente del neonato
1' MALATTIA VENO-OCCLUSIVA POLMONARE e/o EMANGIOMATOSI
2 IP DA PATOLOGIA DEL CUORE SINISTRO
2.1 disfunzione sistolica
2.2 disfunzione diastolica
2.3 patologia valvolare
3 IP SECONDARIA A PATOLOGIA DEL POLMONE E/O IPOSSIA
4 IP DA TROMBOEMBOLISMO CRONICO
5 IP A MECCANISMO NON DEFINITO/MULTIFATTORIALE

Tab. 1A. Gravità della IP

IPERTENSIONE POLMONARE		
Categoria	Pressione media in AP(mmHg)	Pressione Sistolica in AP (mmHg)
Lieve	25-34	35-44
Moderata	35-44	45-59
Grave	45-75	60-100
Molto grave	>75	>100

(Fink, Abram, Vincent: Terapia Intensiva).

2) Fisiopatologia dell'ipertensione arteriosa polmonare

L'elemento comune è rappresentato da disfunzione endoteliale, ipertrofia e iperplasia della cellula muscolare liscia della parete con ipertono vasale e vasocostrizione con progressiva riduzione fino a obliterazione completa del lume. Al fenomeno complessivo concorrono l'alterazione della bilancia vasodilatazione/vasocostrizione mediata dal sistema della prostaciclina, dell'endotelina-1 e dell'ossido nitrico unitamente ad una proliferazione dei miofibroblasti.

Ne consegue un aumento delle resistenze vascolari polmonari con sovraccarico destro, ipertrofia e dilatazione delle sezioni destre, che favoriscono la comparsa di una disfunzione fino allo scompenso cardiaco destro conclamato.

3) Diagnosi

Il percorso diagnostico di un paziente con sospetta ipertensione polmonare richiede l'esecuzione di una serie di indagini volte a confermare la diagnosi, a chiarire la eziologia della forma e a valutare il grado di coinvolgimento funzionale ed emodinamico. A tale proposito è stato proposto un algoritmo diagnostico che prevede una serie di valutazioni cliniche e strumentali, il cui esito consente di formulare la diagnosi definitiva (Fig. 1).

L'ipertensione polmonare deve essere presa in considerazione ogni qualvolta sia presente dispnea da sforzo, sincope, dolore toracico e/o progressiva limitazione della tolleranza allo sforzo di origine con chiara. Particolare attenzione deve essere posta ai soggetti che presentino fattori di rischio per lo sviluppo di tale condizione clinica, quali soggetti con storia familiare positiva, o affetti da connettiviti, infezione da HIV, anemia emolitica, infezione da schistosoma o storia

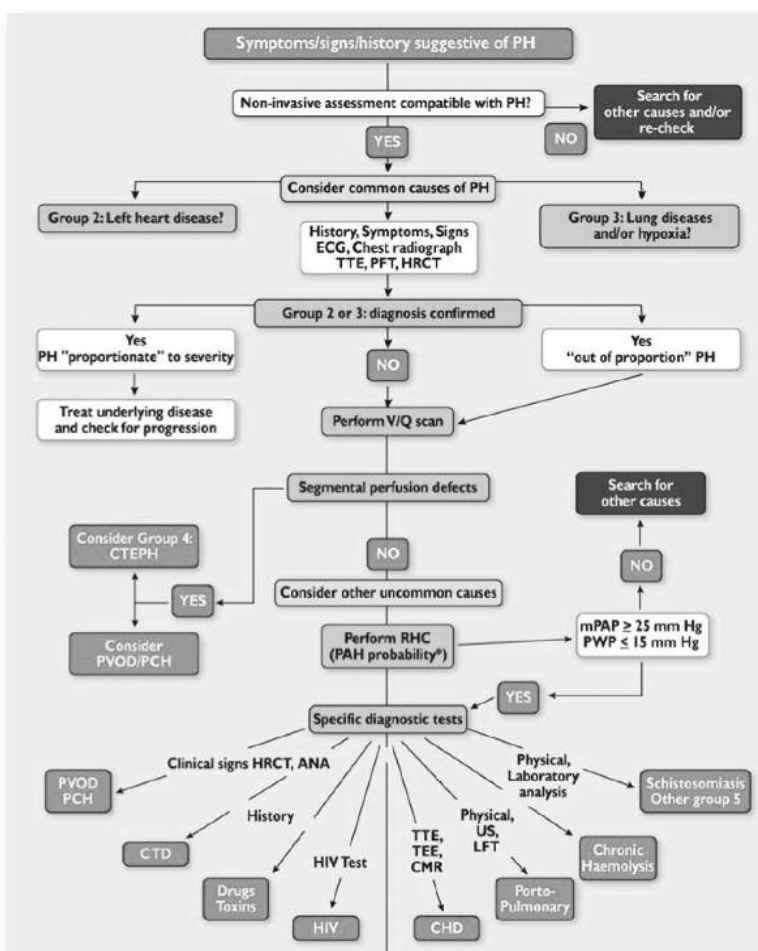
di abuso di farmaci anoressizzanti (Tab. 2).

All'obiettività possono essere presenti turgore delle giugulari, soffio da rigurgito tricuspidalico, rinforzo del II tono o presenza di III tono aggiunto all'auscultazione cardiaca, edemi periferici, epatomegalia, presenti comunque nelle fasi avanzate. Allo stadio iniziale la malattia può essere completamente asintomatica, ma

dall'esordio dei sintomi può assumere un andamento rapidamente progressivo che impone di avviare nel più breve tempo possibile il percorso diagnostico e l'inizio della terapia. Nel caso di sospetto clinico-anamnestico e di ecocardiogramma suggestivo, sono necessari il dosaggio del pro-BnP e l'esecuzione di ECG, radiografia del torace, test di funzione polmonare e TC torace ad alta risoluzione per escludere forme secondarie a patologia del cuore sinistro o del polmone. La scintigrafia ventilo-perfusoria polmonare deve essere eseguita nei pazienti con ipertensione polmonare per escludere la presenza di tromboembolismo cronico. La RMN cardiaca è utile nelle pazienti con Sclerosi Sistemica per una valutazione della disfunzione cardiaca frequentemente presente in queste pazienti.

La diagnosi di certezza così come la

Fig. 1. Algoritmo diagnostico proposto per la diagnosi precoce di IP (mod. da ESC-ERS Guidelines on diagnosis and treatment of Pulmonary Hypertension. Eur Heart J 2009).



quantificazione dell'entità dell'ipertensione è effettuata mediante cateterismo destro, metodica invasiva che rappresenta il gold-standard per la diagnosi. Tale indagine consente inoltre l'esecuzione del test di vasoreattività, necessario per individuare i soggetti che possano giovare di terapia con calcio-antagonista a dosaggio elevato (sottogruppo di pazienti con aspettativa e qualità di vita nettamente migliori).

L'insieme dei dati clinico-strumentali e biomorali consente di stratificare la gravità della patologia e di effettuare la scelta terapeutica più adeguata.

4) Trattamento

La terapia dell'IP si avvale di presidi farmacologici e non farmacologici (Fig. 2). La terapia, in considerazione dell'elevato numero di variabili da considerare, è assai complessa, e necessita, come la diagnosi, di multidisciplinarietà e pluralità di esperienze e competenze. È fondamentale uno stretto follow-up clinico e strumentale (in particolare con visita bi o trimestrale, 6 minute-walking-test, dosaggio del pro-BNP, esecuzione di ecocardiogramma ogni 3-6 mesi, ed eventuale ripetizione del cateterismo destro, secondo la stabilità/evoluitività della situazione) per poter valutare l'efficacia del trattamento e per individuare eventuali segni di progressione (Tab. 3).

4.1 Misure generali

La diagnosi di ipertensione polmonare modifica la qualità di vita del paziente e richiede un'educazione del paziente stesso al fine di minimizzare il discomfort.

Tab. 3 Parametri utili per definire severità di malattia, stabilità e prognosi dell'IP (adattata da McLaughlin VV, McGoon MD. Circ 2006; 114:1417-31.)

PROGNOSI MIGLIORE	DETERMINANTI DI PROGNOSI	PROGNOSI PEGGIORE
No	SCOMPENSO CARDIACO DESTRO	Si
Bassa	PROGRESSIONE DEI SINTOMI	Rapida
NO	SINCOPE	Si
I o II	CLASSE FUNZIONALE NYHA	IV
> 500 m	6 MWT•	< 300 m
Consumo di O ₂ > 15 mL/min/Kg	TEST CARDIO-POLMONARI	Consumo di O ₂ < 12 mL/min/Kg
Normale o quasi nella norma	DOSAGGIO PLASMATICO DI BNP/NT-proBNP	Molto elevato e/o in aumento
No effusione pericardica e TAPSE > 2.0 cm	PARAMETRI ECOCARDIOGRAFICI ♦	Effusione pericardica e TAPSE < 1.5 cm
RAP < 8 mmHg o CI ≥ 2.5 L/min/m ²	PARAMETRI EMODINAMICI	RAP > 15 mmHg o CI ≤ 2.0 L/min/m ²

- l'esito del 6 MWT è variabile con l'età del soggetto
- ♦ TAPSE ed effusione pericardica sono stati scelti in quanto valutabili nella maggioranza dei pazienti.
- BNP= Brain natriuretic peptide
- CI=cardiac index
- 6 MWT= test del cammino dei 6 minuti (6-minute walking test)
- RAP= pressione atriale destra
- TAPSE= escursione sistolica dell'anello tricuspideale

Si consiglia:

- programma di riabilitazione individualizzato per il recupero e/o mantenimento del tono muscolare.
- programma di supporto psicologico individuale o con approccio psico-

comportamentale per la gestione dell'ansia e della depressione.

- prevenzione delle infezioni mediante vaccinoterapia (vaccinazione anti-pneumococcica ed anti-influenzale).
- evitare la gravidanza. La diagnosi di IP è da considerarsi una controindicazione per la gravidanza, essendo associata ad un rischio di mortalità pari al 30-50%.
- uso di O₂ terapia, in quei soggetti in classe funzionale WHO III o IV o in coloro che presentano un'ipossia marcata (pressione arteriosa di O₂ ≤ 60 mmHg).
- ricorso a tecnica di anestesia loco-regionale anziché generale per chirurgia elettiva.

4.2 Terapia di Supporto

La terapia di supporto prevede l'utilizzo di anticoagulanti orali, diuretici, digossina e ossigeno-terapia. In particolare:

Tab. 2 Farmaci e tossici associati allo sviluppo di IP, distinti in categorie sicuri, possibili, potenziali, improbabili.

<p>NOTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • aminorex • fenfluramina • dexfenfluramina • benfluorex 	<p>POSSIBILI</p> <ul style="list-style-type: none"> • cocaina • fenilpropanolamina • agenti chemioterapici • inibitori del re-uptake della serotonina • pergolide
<p>POTENZIALI</p> <ul style="list-style-type: none"> • anfetamine • L-triptofano • metanfetamine 	<p>IMPROBABILI</p> <ul style="list-style-type: none"> • contraccettivi orali • estrogeni • fumo di sigaretta

- il trattamento anticoagulante orale deve essere proposto in caso di ipertensione arteriosa polmonare idiopatica, di ipertensione polmonare familiare o secondaria a tromboembolismo o ad uso di farmaci anoressizzanti e può essere considerata in caso di forma associata.
- i diuretici dell'ansa e gli anti-aldosteronici sono indicati in tutte quelle situazioni caratterizzate da disfunzione ventricolare sinistra e ritenzione di liquidi.
- il trattamento digitalico può essere utile in soggetti con tachiaritmia atriale per il controllo della frequenza cardiaca.
- l'ossigenoterapia continuativa è indicato in quei soggetti con ipossiemia ($PaO_2 \leq 60$ mmHg).

4.3 Terapie specifiche

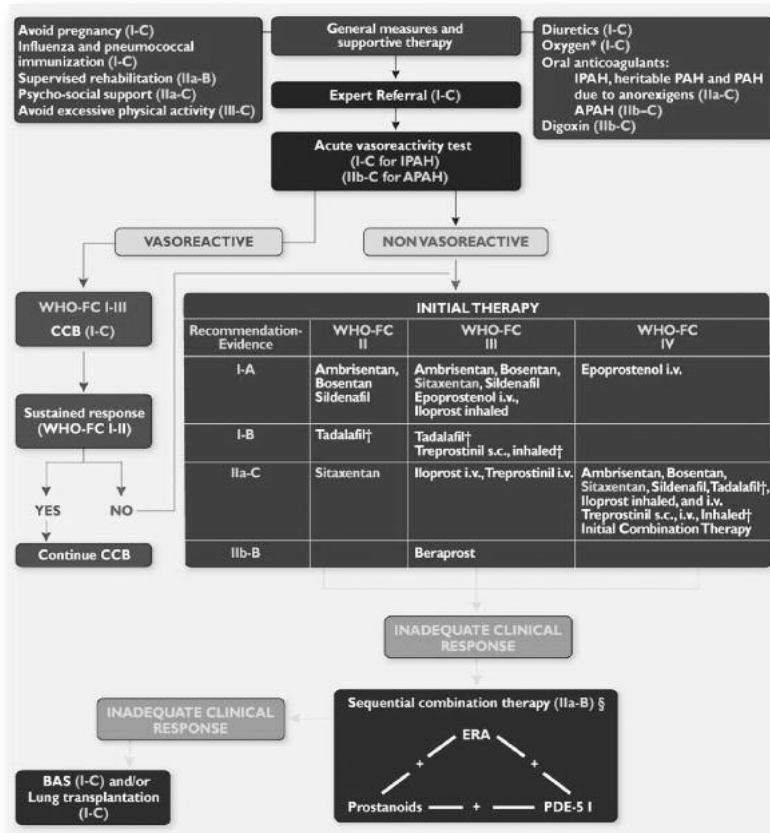
Sono considerati farmaci specifici per l'ipertensione arteriosa polmonare i calcio-antagonisti, i prostanoidi, gli antagonisti recettoriali dell'endotelina, gli inibitori della fosfodiesterasi (Fig. 2). Tali farmaci trovano un impiego razionale in rapporto ai meccanismi fisiopatologici che portano allo sviluppo dell'IP e possono essere utilizzati sia in mono-terapia sia in terapia di associazione, valutando attentamente la tossicità e le interazioni farmacologiche.

I calcio-antagonisti, in particolare nifedipina, diltiazem e amlodipina, trovano un impiego razionale in relazione al ruolo etiopatogenetico di iperplasia delle cellule muscolari e vaso-costrizione.

In corso di IP è presente un'alterazione del sistema della prostaciclina, potente vasodilatatore di tutto il letto vascolare e inibitore endogeno dell'aggregazione piastrinica con potenti effetti citoprotettivi ed anti-proliferativi, rendendo opportuno e altamente efficace l'utilizzo di analoghi di sintesi, quali l'epoprostenolo e l'iloprost, (formulazione parenterale e, solo l'iloprost anche aerosolica), o il teraprostinil o il beraprostinil, rispettivamente a somministrazione sottocutanea e orale.

L'uso degli antagonisti recettoriali dell'endotelina-1, quali bosentan ed ambrisentan, è legato all'effetto mitogeno e vasocostrittore svolto dall'endotelina-1, mentre gli inibitori della fosfodiesterasi-5, quali sildenafil e tadalafil, risultano efficaci nell'indurre riduzione dei valori di pressione

Fig. 2. Algoritmo del trattamento di pazienti affetti da ipertensione polmonare (mod. da ESC-ERS Guidelines on diagnosis and treatment of Pulmonary Hypertension. Eur Heart J 2009). Si segnala che Sitaxentan è stato ritirato dal commercio a dicembre 2010.



polmonare in relazione al loro effetto vasodilatatore e antiproliferativo.

4.4 Trattamento delle complicanze aritmiche

4.5 Trattamento chirurgico e trapianto

Il trattamento chirurgico è riservato alle situazioni di IP secondarie a cardiopatie congenite o a situazioni trombo-emboliche che richiedano la rimozione del trombo per via arteriosa.

Il trapianto di polmone trova indicazione nelle forme di IP idiopatiche o congenite, in considerazione della peggior prognosi in caso di trapianto per forme secondarie.

5. Ipertensione polmonare neonatale e pediatrica

Non è facilmente descrivibile una "classica" sintomatologia del bambino con ipertensione polmonare visto il grande range d'età a cui ci riferiamo. L'ipertensione polmonare neonatale (incidenza 2-6/1000 nati vivi) spesso

si presenta con sintomatologia drammatica caratterizzata dalla classica triade ipossia/cianosi, assenza di soffi cardiaci e campi polmonari negativi alla radiografia del torace. Fondamentalmente vengono riconosciute forme idiopatiche (ipertensione polmonare persistente del neonato) e forme secondarie, associate a sepsi, cardiopatia (ritorno venoso anormale polmonare totale), ipoplasia polmonare, inalazione di meconio, ernia diaframmatica congenita. L'ipertensione polmonare pediatrica (bambini più grandi, adolescenti) si presenta con una sintomatologia più sfumata, più vicina a quella dell'adulto con dispnea, sensazione di "respiro corto", dolore precordiale, talora episodi sincopali. Dato che la diagnosi non risulta così semplice e l'approccio strumentale più complicato per le dimensioni e la scarsa collaborazione dei piccoli pazienti, è capitato talvolta di osservare diagnosi errate di "asma da sforzo" anziché di dispnea associata a ipertensione polmonare. Accanto alla forma idiopatica, anche

nei bambini esiste una quota di forme secondarie associate a cardiopatie operate, oppure a bronco displasia polmonare in ex-prematuri.

In epoca neonatale la diagnosi è basata principalmente sulla clinica (sintomi, anamnesi, test di iperossia, saturazioni periferiche pre e postduttali), sulla valutazione indiretta delle pressioni nelle arterie polmonari mediante ecocardiografia e più raramente con esecuzione di indagini invasive cardiologiche. Le opzioni terapeutiche comprendono l'uso di sedazione, ossido nitrico per via inalatoria, prostacicline, bosentan, sildenafil, ventilazione meccanica. La scelta del farmaco e della strategia terapeutica viene individualizzata sul paziente e la risposta clinica all'intervento terapeutico.

Anche se negli ultimi 30 anni la sopravvivenza dei neonati con ipertensione polmonare è migliorata notevolmente (dal 50% degli anni 80 a più dell'80% attuale), questa diagnosi comporta sempre di un grande impegno del neonatologo e della famiglia.

Take Home messages

- 1) *la diagnosi di ipertensione polmonare va indagata in presenza di sintomi suggestivi e richiede l'applicazione di un percorso diagnostico adeguato e tempestivo;*
- 2) *l'ecocardiogramma è l'indagine non-invasiva più appropriata per stimare la pressione polmonare ma la diagnosi di certezza richiede l'esecuzione di un cateterismo destro;*

- 3) *il cateterismo destro è necessario per confermare la diagnosi di ipertensione arteriosa polmonare e per valutarne la gravità (Tab. 1A);*
- 4) *è fondamentale uno screening regolare nelle categorie a rischio mediante follow-up con ecocardiogramma;*
- 5) *la gestione terapeutica prevede un approccio multidisciplinare e va attuata in centri di riferimento specializzati;*
- 6) *presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona è operativo un Gruppo Interdisciplinare Ipertensione Polmonare (GIIP).*

Contatti: e-mail: gruppo.ipertensione.polmonare@ospedaleuniverona.it

Tel. Segreteria Medicina Interna B: 045 8124401/4627

COMUNICATO AGLI ISCRITTI

Abbiamo attivato il **nuovo servizio** di **segreteria telefonica**.

Quando telefonerete all'Ordine sentirete la voce del **RISPONDITORE AUTOMATICO**, che provvederà a smistare la chiamata secondo le esigenze di chi chiama.

LE OPZIONI SARANNO:

- **DIGITARE 1** PER PRATICHE ENPAM
- **DIGITARE 2** PER PUBBLICITÀ SANITARIA E RUOLI
- **DIGITARE 3** PER AMMINISTRAZIONE, ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI
- **DIGITARE 4** PER COMMISSIONE ODONTOIATRI

Senza nessun input digitato e rimanendo in linea la chiamata sarà dirottata al primo operatore disponibile.

Confidiamo di poterVi dare un servizio migliore

La segreteria dell'Ordine

Valutazione di laboratorio della funzionalità renale

ANTONIO CONTI (MD)
Direttore Laboratorio
Analisi cliniche e Microbiologia
ULSS 21 Regione Veneto - Legnago

Perché è importante

La diagnosi precoce di una insufficienza renale cronica (IRC) è critica per limitare i danni di una patologia insidiosa, molto diffusa e che peggiora drasticamente la qualità di vita del paziente, assorbendo nel contempo rilevanti risorse dal servizio sanitario. È dimostrato da studi epidemiologici e osservazionali che la presenza di danno renale è di per sé un fattore di rischio predisponente per infarto miocardico, scompenso cardiaco e ictus cerebrale. Inoltre i pazienti con malattie renali e con insufficienza renale cronica sono in continuo aumento. Purtroppo tale condizione non può essere evidenziata dalla sola clinica per l'estrema labilità dei sintomi e, storicamente, il dosaggio della creatinina sierica è stata utilizzata come perno per la diagnosi.

Perché la creatinemia da sola non è sufficiente

L'aumento della concentrazione plasmatica della creatinina oltre i valori normali non è un indicatore precoce di decadimento della funzione renale. I reni posseggono un'ampia riserva funzionale; pertanto, quando la creatinina comincia ad elevarsi in modo significativo oltre il 50% della funzionalità renale è già compromesso. Inoltre, per la creatinina, ad una variabilità individuale molto ristretta corrisponde un'ampia variabilità interindividuale e questo impedisce l'utilizzo razionale di intervalli di riferimento generici. Infine è noto che la massa muscolare, il sesso, la razza e il regime dietetico influenzano significativamente le concentrazioni ematiche di creatinina. Ne consegue che la stima dell'insufficienza renale sulla base dei livelli di creatinina è poco sensibile, rispetto la problema.

La Proposta del NKDEP

Su iniziativa dell'NIH e del National Insti-

tute of Diabetes and Kidney Diseases è stato lanciato il programma educativo nazionale per le nefropatie (National Kidney Diseases Educational Program) che ha raccomandato di inserire nella risposta del Laboratorio il valore dell'eGFR (*estimated Glomerular Filtration Rate*, filtrato glomerulare stimato). Questo parametro è migliore perché tiene conto delle variabili principali. Tra le varie formule per il calcolo della filtrazione glomerulare la formula proposta dalla *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD) basata sulla concentrazione plasmatica della creatinina, età, sesso e gruppo etnico, è quella raccomandata in quanto il calcolo è comunque sufficientemente semplice da non introdurre ulteriori bias.

Aderendo alle raccomandazioni della Società Italiana di Nefrologia, della Società Italiana di Medicina di Laboratorio e della Società Italiana di Biochimica Clinica i Laboratori clinici dovrebbero mettere in linea il test eGFR con metodo di dosaggio enzimatico della creatinina, tracciabile IDMS (spettrometria di massa a diluizione isotopica) e con modalità di richiesta, in relazione al sospetto di insufficienza renale, che tengano ben presenti le limitazioni del test. Infatti, la stima del filtrato glomerulare (eGFR) non è applicabile:

- nelle donne in gravidanza
 - nei soggetti defedati e/o affetti da patologie multiple
 - nei pazienti obesi o particolarmente magri (body mass index <18.5 kg/m²)
 - nei pazienti con anomalie della massa muscolare (e.g., amputazioni, paralisi, paraplegia, quadriplegia, spina bifida, patologie della muscolatura scheletrica)
 - nei pazienti vegetariani o con abuso di supplementi dietetici contenenti creatinina o creatina
 - nei soggetti di età <18 anni e >75 anni
- In questi casi, è necessario determinare la clearance della creatinina, tenendo ben presente il rischio di introdurre errori metodologici legati alle modalità di raccolta delle Urine delle 24 ore. È

opportuno anche ricordare che l'uso dell'eGFR dovrebbe essere limitato per lo screening di persone ad alto rischio o per seguire persone già in IRC.

Valori di riferimento

(*Joint specialty committee on renal medicine of the Royal College of general Practitioners.*)

Chronic kidney disease in adults: UK guidelines for identification, management and referral. Modificato)

Classificazione della IRC sulla base della GFR (mL/min/1.73m²)

1 > 60 GFR normale a meno di altre evidenze di danno renale*

2 30-59 Moderata diminuzione della GFR

3 15-29 Marcata diminuzione della GFR

4 <15 Insufficienza renale - Uremia

NOTA: Pazienti con GFR > 60 senza danno renale sono da considerarsi esenti da IRC e non necessitano di ulteriori indagini

* Per altre evidenze di danno renale si intende:

- Microalbuminuria persistente
- Proteinuria persistente
- Ematuria persistente (con esclusione di altre cause urologiche)
- Anormalità strutturali del rene dimostrate con tecniche di imaging (es. rene policistico, nefropatia da reflusso, ecc.)
- Glomerulonefrite dimostrata istologicamente.

M. Panteghini

Estimating Glomerular Filtration Rate from Serum Creatinine Measurements: Analytical Issues and Standardization Programs RIMeL / IJLaM 2007; 3 (Suppl.)

C. Ronco

Glomerular Filtration Rate and Renal Functional Reserve RIMeL / IJLaM 2007; 3 (Suppl.)

D. Giavarina

La refertazione automatica dell'e-GFR RIMeL / IJLaM 2007; 3 (Suppl.)

Cavalier E., Dalanaye P., Ferir AM.

Measurement of uncertainty of creatinine in low values: another good reason not to use the MDRD formula with low creatinine values. Clin Biochem 2007; 40:285-6.

Levey AS, Stevens LA, Hostetter T.

Automatic reporting of estimated glomerular filtration rate - "just what the doctor ordered". Clin Chem. 2006; 52:2188-93.

National Kidney Foundation:

<http://www.kidney.org/> Per il calcolo si può consultare il sito:

<http://www.tinkershop.net/nephro.htm> e scegliere la sezione MDRD GFR:

Greene

Manovra economica (D.L. 98/2011): le principali novità fiscali

- REGIME NUOVI MINIMI: l'art.27 della manovra estiva ha modificato il regime dei minimi, aggiungendo nuove condizioni e riducendo l'aliquota dal 20% al 5%. Il nuovo regime potrà essere utilizzato a partire dal 1 gennaio 2012 solo da chi ha intrapreso un'attività d'impresa arte o professione dopo il 31 dicembre 2007 e varrà per il periodo d'imposta in cui l'attività è iniziata e per i quattro successivi. Per i giovani il periodo potrà essere maggiore ma non oltre il compimento del 35mo anno di età. L'ammontare dei ricavi e/o compensi realizzati nel periodo precedente di riconoscimento del beneficio per poter accedere al regime non deve essere superiore a 30mila euro.

- REGIME MINIMI NON NUOVI: gli ex minimi dovranno applicare dal 2012 un nuovo regime, il quale accoglierà anche quei contribuenti che pur rispettando le condizioni originali dei minimi, non rispettano le condizioni imposte dalla manovra ai nuovi minimi. L'obbligo per questi soggetti è quello di conservare documenti emessi e ricevuti, emettere fatture, ma non obbligo di registrazione e tenuta delle scritture contabili e liquidazione e versamento periodico dell'iva. Esenzione dal pagamento dell'Irap, ma assoggettamento agli studi di settore.

- SANZIONE RIDOTTA PER CHIUDERE PARTITE IVA INATTIVE DA OLTRE 3 ANNI: si dovrà utilizzare il modello F24 pagando 129 euro entro il prossimo 4 ottobre senza la necessità di presentare il modello AA7 o AA9 in Agenzia Entrate per dichiarare la cessazione. La stessa possibilità viene offerta ai contribuenti che non svolgono più alcuna attività economica come le società di comodo e quelle non operative.

- REGOLA UNICA PER GLI SGRAVI CONTRIBUTIVI E FISCALI ESTESI AL 2012 sulla parte di retribuzione che viene erogata come premio per la produttività del lavoro, che viene contrattata a livello territoriale o a livello aziendale.

- INASPRIMENTO DELLE SANZIONI nel caso di omessa presentazione del modello per la comunicazione dei dati rilevanti ai fini dell'applicazione degli studi di

settore (€2065,83). Giro di vite sugli studi anche per il contribuente che indichi dati non veritieri per raggiungere comode posizioni di congruità.

- AUMENTO PROGRESSIVO IMPOSTA DI BOLLO sulle comunicazioni relative ai depositi titoli inviati dagli intermediari finanziari: per depositi fino a € 49.999,00 l'imposta non subisce variazioni, mentre è prevista tassazione progressiva per depositi a partire da 50.000,00 €

Su questo punto si attendono chiarimenti da parte dell'Agenzia Entrate.

- PAGAMENTI PIÙ SEMPLICI PER CONCORDATO E CONCILIAZIONE: nuove regole che valgono anche per le definizioni in caso di omessa impugnazione dell'accertamento. Cancellata la garanzia per il Fisco sui pagamenti rateali se le rate da pagare superano i 50mila euro ma rischio di sanzioni più elevate. L'omesso pagamento di una sola rata determina infatti l'iscrizione a ruolo delle residue somme dovute con l'applicazione di una sanzione raddoppiata, dal 30% al 60%.

- SUPERTASSA PER AUTO CON POTENZA SUPERIORE A 225 KW: i possessori pagheranno 10 euro in più per ogni Kw.

- RIDUZIONE DELLA RITENUTA OPERATA SUI BONIFICI per il pagamento di spese agevolate con le detrazioni 36% e 55% dal 10% al 4% (per le operazioni a partire dal 6 luglio).

- MODIFICA DEL REGIME DELLE PERDITE PRODOTTE DAI SOGGETTI IRES: riporto a nuovo delle perdite senza limiti di tempo e utilizzo in compensazione del reddito degli esercizi successivi solo fino a concorrenza del 80% del reddito stesso.

- REVISIONE DELLA DISCIPLINA DEL REGIME FISCALE DEGLI AMMORTAMENTI: si attende regolamento da emanare. Sono auspicabili innovazioni in quanto l'ultimo decreto relativo alle percentuali di ammortamento ammesse in deduzione è relativo al 1988 (ben più di vent'anni fa).

- INTRODUZIONE DEL CONTRIBUTO UNIFICATO IN MATERIA DI CONTENZIOSO: a partire dal 7 luglio 2011 è prevista la sostituzione della marca da bollo

con il contributo unificato per ricorsi e appelli alle commissioni tributarie il cui importo varia da un minimo di 30 euro per controversie di valore fino a 2.582,28 euro fino a un massimo di 1.500 euro per controversie di valore superiore a 200.000 euro.

- DEFINIZIONE DELLE LITI PENDENTI: sono ammesse solo quelle per le quali l'ente impositore è rappresentato dall'Agenzia delle Entrate fino al tetto di 20.000 euro.

- INTRODUZIONE DEL RAVVEDIMENTO SPRINT che si affianca al ravvedimento breve e a quello lungo. In pratica viene data la possibilità di sanare il ritardo nel versamento dei tributi entro 14 giorni dalla scadenza con una penalità ridotta del 2,80% (cioè 0,2 % per ogni giorno di ritardo dopo la scadenza).

In questi giorni di agosto e di vacanze e di grande bufera sul fronte finanziario, il Governo è al lavoro per predisporre nuove misure per la revisione della manovra imposte dalla UE. Il 13 agosto 2011 è entrato in vigore dopo la pubblicazione sulla G.U. il D.L. 138/2011 (la cosiddetta manovra di ferragosto) il quale prevede oltre ad altre misure: l'armonizzazione della tassazione delle rendite finanziarie al 20% ad esclusione di Bot e Cct, l'introduzione di un'addizionale sull'Irpef del 5-10% per i redditi oltre 90.000 euro, l'ampliamento dal 2012 della possibilità per regioni e comuni di aumentare l'addizionale Irpef, l'inasprimento della lotta all'evasione con sanzioni più severe per chi non emette scontrino o fattura e abbassamento del limite dell' utilizzo del contante a 2.500 euro, l'introduzione di un nutrito elenco di tagli di spesa, la liberalizzazione piena nel settore delle imprese ma anche in quello dei servizi professionali. Per poter valutare la manovra restiamo in attesa quindi che questo decreto passi al vaglio di Senato (probabilmente il 22 agosto) e Camera con le eventuali proposte di modifica e che venga convertito in legge dal Parlamento entro i 60 giorni.

STUDIO COMMERCIALISTA ZANARDI
P.ZZA MUNICIPIO 9 - ANGIARI - TEL. 0442 660245
E-MAIL: INFO@STUDIOZANARDI.COM

Convocazione Assemblea Ordinaria Annuale

*A TUTTI I SIGNORI MEDICI
CHIRURGHI E ODONTOIATRI
ISCRITTI ALL'ALBO PROFESSIONALE
di VERONA*

LORO SEDI

Egregio Collega,

Ti invitiamo a partecipare all'Assemblea Ordinaria Annuale degli Iscritti che si terrà
SABATO 08 OTTOBRE 2011 in 1^a Convocazione alle ore 07.00 ed in
2^a Convocazione alle ore 09.00 presso l'Associazione degli Industriali in Verona
Piazza Cittadella 12, per discutere il seguente

ORDINE DEL GIORNO

- 1) Relazione del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
- 2) Relazione del Presidente della Commissione Albo Odontoiatri
- 3) Relazione del Tesoriere: - Bilancio Consuntivo 2010
 - Bilancio Preventivo 2012
- 5) Varie ed eventuali

Ore 11,30 Premiazione Colleghi con 50 anni di laurea

Ore 12,30 Buffet

Il Presidente
Dott. Franco Alberton

Ai sensi del 3^o comma dell'Art. 24 del DPR 221/50 "Nessun Iscritto può essere investito di più di due deleghe". "La delega deve essere apposta in calce all'avviso di convocazione rimesso al delegato".

DELEGA:

Il sottoscritto Dott. delega a rappresentarlo
nell'Assemblea Ordinaria Annuale del **08/10/2011** il Dott.

In fede

.....

Bilancio Consuntivo esercizio 2010

ENTRATE

Avanzo di amministrazione all'inizio dell'esercizio 2009 Cassa e Banca	€	682.026,16 =
Riscossione c/residui	€	2.028,07 =
Entrate Correnti Ruoli principali e brevi manu	€	907.690,73 =
Entrate per prestazioni di servizi (certificati, pareri congruità, prima iscrizione)	€	16.163,79 =
Entrate redditi e proventi (interessi attivi su depositi)	€	6.044,09 =
Entrate compensative di spese correnti	€	18.984,10 =
Entrate per alienazione beni immobili	€	300.000,00 =
Riscossione di crediti	€	348,00 =
Entrate per partite di giro	€	279.719,31 =
per un TOTALE di ENTRATE pari a	€	2.213.004,25 =

USCITE

Spese Correnti ordinarie	€	127.709,96 =
Pagamenti in c/residui	€	539.401,66 =
Spese di rappresentanza (onorificenze agli iscritti, necrologi e varie)	€	24.864,51 =
Spese per il funzionamento di organi e Commissioni (Fed.ne Reg.le)	€	6.798,00 =
Aggiornamento professionale e culturale, convegni , congressi e manifestazioni	€	0,00 =
Spese per il bollettino VR-MEDICA	€	40.422,29 =
Spese per abbonamenti a Gazzette Ufficiali, BUR, riviste e giornali	€	493,40 =
Spese per il personale	€	412.109,76 =
Spese per oneri e compensi per incarichi speciali (Avvocato, Consulente del lavoro, Consulente Fiscale, Consulente Immobiliare)	€	44.859,36 =
Spese per la Sede (assicurazioni, spese condominiali, enel, riscaldamento, pulizia locali, manutenzione e riparazioni impianti)	€	34.853,60 =
Spese per uffici (cancelleria, assistenza e riparazione attrezzature, macchine e mobili, materiali di consumo e varie)	€	16.403,66 =
Spese postali, telefoniche, fax e sito internet	€	19.851,07 =
Imposte, tasse, tributi e oneri finanziari e quote non dovute iscritti	€	11.072,56 =
Oneri finanziari	€	891,34 =
Spese in conto capitale per acquisto beni strumentali	€	24.157,26 =
Acconto acquisizione beni immobili	€	160.000,00 =
Rimborso quote sottoscrizione mutuo ENPAM	€	174.380,54 =
Uscite per partite di giro	€	285.736,06 =
per un TOTALE di USCITE pari a	€	1.924.005,03 =

SALDO ATTIVO AL 31/12/2010

€ **288.999,22 =**

Bilancio Preventivo esercizio 2012 - entrate

QUADRO GENERALE ENTRATE

Codice	Descrizione	Competenza	Cassa
A-0	AVANZO DI AMMINISTRAZIONE	€+323.150,91	€+0,00
A-1	FONDO DI CASSA	€+0,00	€+323.150,91
E-1	TITOLO I - ENTRATE CONTRIBUTIVE	€+0,00	€+0,00
E-1-01	CATEGORIA I - Contributi associativi	€+892.500,00	€+892.500,00
TOTALI TITOLO I E-1		€+892.500,00	€+892.500,00
E-2	TITOLO II - ENTRATE DIVERSE	€+0,00	€+0,00
E-2-02	CATEGORIA II - Entrate per la prestazione di servizi	€+13.100,00	€+13.100,00
E-2-03	CATEGORIA III - Redditi e proventi patrimoniali	€+0,00	€+0,00
E-2-04	CATEGORIA IV - Poste correttive e compensative di spese correnti	€+14.000,00	€+14.000,00
E-2-05	CATEGORIA V - Entrate non classificabili in altre voci	€+0,00	€+0,00
TOTALI TITOLO II E-2		€+27.100,00	€+27.100,00
E-3	TITOLO III - ENTRATE PER ALIENAZIONE DI BENI PATRIMONIALI	€+0,00	€+0,00
E-3-06	CATEGORIA VI - Alienazione beni mobili	€+0,00	€+0,00
E-3-07	CATEGORIA VII - Alienazione beni immobili	€+0,00	€+0,00
TOTALI TITOLO III E-3		€+0,00	€+0,00
E-4	TITOLO IV - ENTRATE DERIVANTI DA ACCENSIONE DI PRESTITI E MUTUI	€+0,00	€+0,00
E-4-08	CATEGORIA VIII - Assunzione mutui e prestiti	€+0,00	€+0,00
E-4-09	CATEGORIA IX - Riscossione di crediti	€+0,00	€+0,00
TOTALI TITOLO IV E-4		€+0,00	€+0,00
E-5	TITOLO V - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€+0,00	€+0,00
E-5-10	CATEGORIA X - Entrate aventi natura di partite di giro	€+285.500,00	€+285.500,00
TOTALI TITOLO V E-5		€+285.500,00	€+285.500,00
TOTALE GENERALE Entrate		€+1.528.250,91	€+1.528.250,91

Bilancio Preventivo esercizio 2012 - uscite

Codice	Descrizione	Competenza	Cassa
P-0	DISAVANZO DI AMMINISTRAZIONE	€+0,00	€+0,00
U-1	TITOLO I - SPESE CORRENTI	€+0,00	€+0,00
U-1-01	CATEGORIA I - Spese per gli organi istituzionali	€+117.000,00	€+117.000,00
U-1-02	CATEGORIA II - Spese di rappresentanza	€+25.500,00	€+22.500,00
U-1-03	CATEGORIA III - Spese per il funzionamento di organi e commissioni	€+5.000,00	€+5.000,00
U-1-04	CATEGORIA IV - Promozione culturale, convegni, congressi e altre manifestazioni	€+5.000,00	€+5.000,00
U-1-05	CATEGORIA V - Spese pubblicazioni, acquisto libri, riviste, e altre pubblicazioni	€+43.000,00	€+43.000,00
U-1-06	CATEGORIA VI - Spese per il personale	€+411.500,00	€+411.500,00
U-1-07	CATEGORIA VII - Spese per accertamenti sanitari	€+2.000,00	€+2.000,00
U-1-08	CATEGORIA VIII - Oneri e compensi per speciali incarichi	€+45.500,00	€+45.500,00
U-1-09	CATEGORIA IX - Spese per la sede	€+46.000,00	€+46.000,00
U-1-10	CATEGORIA X - Spese funzionamento, acquisto beni consumo, servizi, manutenzioni, noleggio materiali	€+29.500,00	€+29.500,00
U-1-11	CATEGORIA XI - Spese postali, telefoniche, telegrafiche e internet	€+28.000,00	€+28.000,00
U-1-12	CATEGORIA XII - Oneri tributari	€+11.000,0	€+11.000,0
U-1-13	CATEGORIA XIII - Oneri finanziari	€+1.500,00	€+1.500,00
U-1-14	CATEGORIA XIV - Poste correttive e compensative entrate correnti	€+1.500,00	€+1.500,00
U-1-15	CATEGORIA XV - Spese non classificabili in altre voci	€+60.000,00	€+60.000,00
U-1-16	CATEGORIA XVI - Fondo di riserva per stanziamenti insufficienti	€+60.000,00	€+60.000,00
	TOTALI TITOLO I U-1	€+889.000,00	€+889.000,00
U-2	TITOLO II - SPESE IN CONTO CAPITALE	€+0,00	€+0,00
U-2-17	CATEGORIA XVII - Spese beni patrimoniali	€+0,00	€+0,00
U-2-18	CATEGORIA XVIII - Spese per immobilizzazioni tecniche	€+20.000,00	€+20.000,00
U-2-19	CATEGORIA XIX - Accantonamento indennità anzianità e similari	€+6.000,00	€+6.000,00
	TOTALI TITOLO II U-2	€+26.000,00	€+26.000,00
U-3	TITOLO III - ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI	€+0,00	€+0,00
U-3-20	CATEGORIA XX - Quote mutui	€+175.000,00	€+175.000,00
	TOTALI TITOLO III U-3	€+175.000,00	€+175.000,00
U-4	TITOLO IV - USCITE PER PARTITE DI GIRO	€+0,00	€+0,00
U-4-21	CATEGORIA XXI - Spese aventi natura di partite di giro	€+285.500,00	€+285.500,00
	TOTALI TITOLO IV U-4	€+285.500,00	€+285.500,00
	TOTALE GENERALE Uscite	€+ 1.375.500,00	€+ 1.375.500,00

Patente di guida: linee guida per la valutazione di idoneità fisica

INDICAZIONI OPERATIVE PER LA VALUTAZIONE DEL POSSESSO DELLE FUNZIONI VISIVE E PER LA VALUTAZIONE DEL PROFILO DI RISCHIO DEI SOGGETTI AFFETTI DA EPILESSIA O DA DIABETE MELLITO, AI FINI DEL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA

METODICHE PER LA VERIFICA DEL POSSESSO DELLE FUNZIONI VISIVE

Premessa

Il decreto legislativo n.59 del 18 aprile 2011, in attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE, ha modificato i requisiti minimi previsti per il conseguimento e il rinnovo della patente di guida da parte di persone affette da patologie dell'apparato visivo, prevenendo la verifica nei soggetti esaminati del possesso di ulteriori requisiti quali la visione crepuscolare, la sensibilità al contrasto e all'abbagliamento; il numero elevato di rinnovi e rilasci di nuove patenti richiedono da parte del medico monocratico l'utilizzazione di procedure semplificate di screening, tali da consentire una rapida individuazione dei soggetti affetti da patologie dell'apparato visivo che necessitano di accertamenti specialistici per la verifica del possesso dei requisiti visivi minimi prescritti; in caso di mancato possesso di uno o più requisiti visivi richiesti il giudizio è demandato alla Commissione Medica Locale.

Procedure per la valutazione da parte del medico monocratico dell'acuità visiva, della sensibilità al contrasto e all'abbagliamento:

1) Acuità visiva

- **Materiale:** tavola ottotipica a stampa calcolata per 3 – 5 m., con simboli alfabetici di Sloan neri su sfondo bianco con tratto di 1/5 dell'altezza totale della lettera, in una scala decimale che abbia un uguale numero di lettere per ogni riga (cinque per riga) con valori da 1/10 a 12/10 o equivalente dispositivo elettronico programmato e tarato.

- **Illuminazione:** L'illuminazione, da controllare con un luxmetro appoggiato sulla tavola con il sensore rivolto verso la sorgente, deve essere tale da rendere presenti sullo sfondo della tavola un illuminamento intorno a 300 lux con un range di tolleranza da 270 a 1100 lux (Il contrasto secondo Weber tra lettere e sfondo non deve essere comunque inferiore all'85%, è consigliabile illuminare la tavola ottotipica a stampa con una lampada a fascio luminoso concentrato disposta in modo da illuminarla uniformemente e non abbagliare il soggetto).

- **Svolgimento del test:** si chiede al soggetto posto alla distanza di 3 m o 5 m, procedendo dalla prima riga, di riconoscere monocolarmente, ad occhio nudo o con correzione almeno tre su cinque delle lettere presenti nella riga.

- **Risultati:** per patente di guida del gruppo 1, in caso di visione binoculare, è richiesta la lettura non inferiore alla II riga con l'occhio peggiore (in tal caso con l'altro occhio dovrà essere letta la V riga), in caso di visione monoculare lettura non inferiore alla VIII riga; per patente di guida del gruppo 2 è richiesta la lettura non inferiore alla VIII riga con l'occhio migliore e della IV riga con l'altro.

2) Sensibilità al contrasto

- **Materiale:** tavola di sensibilità al contrasto di Pelli-Robson o tavola a stampa equivalente o dispositivo elettronico programmato e tarato. La tavola deve essere messa a 3 metri di distanza dal soggetto (in caso di soggetti portatori di lenti con presbiopia avanzata potrebbe essere necessaria una miglior correzione con addizione di + 1.00 diottria).

- **Illuminazione:** l'illuminazione dell'ambiente deve essere tale da rendere presenti sulla tavola valori di

illuminamento intorno ai 300 lux, con una tolleranza tra 200 e 400 lux misurati come descritto al punto 1). (Se si utilizza una tavola a stampa è consigliabile illuminarla con una lampada a fascio luminoso concentrato disposta in modo da illuminare uniformemente tutta la tavola e non abbagliare il soggetto).

- **Svolgimento del test:** l'esame va eseguito in visione binoculare, ad occhio nudo o con correzione in caso di vizio refrattivo.

Una tripletta della tavola si considera letta quando sono correttamente riconosciute due lettere su tre.

- **Risultati:** per le patenti del gruppo 1 si richiede di leggere almeno la tripletta numero 9 corrispondente al valore logaritmico di 1,20 che indica una soglia di contrasto del 6% circa (0,063), per le patenti del gruppo 2 si richiede di leggere almeno la tripletta numero 11 corrispondente al valore logaritmico 1,50 che indica una soglia di contrasto del 3% circa (0,031).

3) Visione crepuscolare

- **Materiale:** tavola ottotipica a stampa posta alla stessa distanza dal soggetto del punto 1) o equivalente dispositivo elettronico programmato e tarato.

- **Illuminazione:** l'ambiente deve essere oscurato in maniera tale da determinare una illuminazione di 1 o 2 lux., con illuminamento misurato sulla tavola compreso tra 0,8 e 1,2 lux (tale condizione si può ottenere con una lampada a luce regolabile da 15 watt posta a 4 metri dall'ottotipo).

- **Svolgimento del test:** l'esame viene eseguito in visione binoculare; dopo un adattamento massimo alle condizioni di luce ambientali di 10 minuti si procede alla verifica dell'acuità visiva crepuscolare iniziando dalla prima riga dell'ottotipo.

- *Risultati:* l'acuità visiva binoculare deve risultare di 1/10 per le patenti del gruppo 1e di almeno 2/10 per le patenti del gruppo 2.

4) Sensibilità all' abbagliamento

- *Materiale:* tavola ottotipica posta a 3 metri o equivalente dispositivo elettronico programmato e tarato del punto 1), due lampade poste a 1 metro a destra e a sinistra dal centro della tavola ottotipica, con emissione luminosa da 900 a 1200 lumen, tali da consentire una illuminazione da 400 a 500 Lux (questa condizione è ottenibile per esempio con due lampade fluorescenti a basso consumo da 20 Watt del tipo "daylight")
- *Illuminazione:* l'illuminazione dell'ambiente prima dell'accensione delle 2 lampade deve essere tale da consentire sulla tavola ottotipica un illuminamento di 300 lux.
- *Svolgimento del test:* dopo l'accensione delle 2 lampade, si chiede al soggetto, in visione binoculare, di riconoscere almeno le lettere presenti nella prima o nella seconda riga.
- *Risultati:* per le patenti del gruppo 1 per il superamento del test è richiesta la lettura di almeno i due terzi delle lettere presenti nella prima riga, corrispondente a 1/10 nel tempo massimo di un minuto, per le patenti del gruppo 2 è richiesta la lettura entro lo stesso tempo massimo di un minuto delle lettere della seconda riga, corrispondente a 2/10.

5) Tempo di recupero dopo l'abbagliamento

- *Materiale:* tavola ottotipica a stampa posta alla stessa distanza dal soggetto del punto 1) o equivalente dispositivo elettronico programmato e tarato e una sorgente luminosa che produca un illuminamento di 200 lux a 20 cm quando è in posizione ortogonale rispetto al sensore del luxmetro (es. penna luminosa appropriata).
- *Illuminazione:* durante la fase di adattamento al buio l'ambiente deve essere oscurato mentre durante la lettura lo sfondo della tavola e l'ambiente circostante devono avere le caratteristiche descritte al punto 1).
- *Svolgimento del test:* il test viene condotto monocolarmente sui due occhi con l'eventuale correzione dell'ametropia e ai fini del giudizio si prende in considerazione il risul-

tato migliore. Dopo adattamento al buio per un tempo massimo di un minuto, si copre un occhio e si pone la sorgente luminosa a 3 cm dall'occhio controlaterale per dieci secondi, invitando il soggetto a fissarla. Rimossa la sorgente abbagliante si riaccendono le luci e si chiede al soggetto di leggere istantaneamente la riga corrispondente a 2/10 per le patenti di gruppo 1 nel tempo massimo di un minuto e la riga dei 4/10 per le patenti del gruppo 2, nel tempo massimo di 30 secondi, la riga si considera letta se vengono riconosciute il 50 % delle lettere nel tempo. Se la riga relativa non viene letta nel tempo massimo previsto si ripete la procedura sull'altro occhio con le stesse modalità.

- *Risultati:* si considera l'occhio che ha raggiunto il risultato migliore. Per le patenti di gruppo 1 si richiede per il superamento del test un tempo inferiore ai 60 secondi. Per le patenti del gruppo 2 è richiesto un tempo inferiore ai 30 secondi.

Note: Non essendo solitamente possibile regolare il contrasto sugli ottotipi retro-illuminati e a proiezione e non essendo possibile con questi l'esame della visione crepuscolare, si rende necessario l'utilizzazione di un apposito ottotipo a stampa (è consigliabile disporre di 2 o più tavole con diverse combinazioni di lettere da alternare nell'esecuzione dei test). Si dovrà poi agire sull'illuminazione dell'ambiente, con un semplice sistema di regolazione delle sorgenti luminose per ottenere le condizioni previste per ogni test, che dovranno essere inizialmente controllate con l'ausilio di un luxmetro che abbia un range di misura fino a 1000 Lux con una precisione di lettura del 5%. (Considerate le ampie tolleranze previste, i valori di illuminamento delle superfici sono riportati in lux perché misurabili in modo semplice con tale strumento). I test vanno condotti nell'ordine in cui sono previsti, i tempi di adattamento indicati sono da intendere come tempo massimo per i soggetti non in grado di raggiungere il risultato previsto per il superamento del test in tempi inferiori. Ove fosse necessaria la verifica del campo visivo in presenza di indicazioni anamnestiche o evidenze obiettive che facciano sospettare malattie progressive degli occhi, che di per sé escludono la possibilità di una verifica clinica con metodica di comparazione, tale test dovrà essere effettuato per ultimo, suc-

cessivamente al test di verifica del tempo di recupero dopo abbagliamento.

In tali casi, in alternativa all'utilizzazione della campimetria computerizzata con valutazione cinetica o statica impostata per indagare fino alle eccentricità previste, si potrà utilizzare un perimetro manuale di tipo Goldmann o un dispositivo equivalente, eseguendo l'esame in monocolare per verificare le ampiezze previste dalla Normativa verso destra e verso sinistra e verso l'alto e il basso e sommando successivamente i due emicampi tempiali destro e sinistro per ottenere le ampiezze binoculari in orizzontale previste dalla normativa (l'esame in visione binoculare comporterebbe di eseguirlo in condizioni di convergenza sulla mira centrale di fissazione con notevoli errori nelle valutazioni inoltre nello strumento non è previsto un supporto binoculare per le eventuali lenti correttive necessarie per l'esame del campo centrale negli ametropi e presbinti). Per determinare l'estensione del campo periferico si consigliano le combinazioni di mire IV /4 oppure V /3 senza lenti correttive; per il campo centrale le mire II /2 oppure I /3 con eventuali lenti correttive.

Per un esame preliminare, in alternativa a un perimetro manuale di tipo Goldmann si potrà utilizzare uno strumento semplificato così strutturato:

Cupola bianca con mentoniera regolabile e supporto per lente correttiva. Luminanza dell'interno della cupola uniforme su tutta la superficie. Pulsante sonoro per conferma percezione stimolo. Controllo dell'allineamento e della fissazione. Mira di fissazione centrale sul centro di curvatura e serie di mire su 4 meridiani a 180°, 90°, 45°, e 135°. Si devono prevedere mire che indaghino in periferia almeno ogni 10° e nei 30° centrali almeno ogni 5°.

La luminanza dello sfondo, la dimensione angolare e la luminanza delle mire periferiche e centrali saranno assimilabili a quelle del perimetro di Goldmann. Per controllare l'attendibilità delle risposte presentare periodicamente in modo casuale la mira sul meridiano verticale a 90° in alto o in basso, posizione in cui non dovrebbe essere vista.

Svolgimento del test: per l'esecuzione del test occorrerà spegnere le luci dell'ambiente per consentire un adattamento alle condizioni di luminanza previste, di 10 minuti. Si consiglia di eseguire l'esame in monocolare per determinare le ampiezze verso destra e verso sinistra, verso l'alto e il basso e som-

mare poi i due emicampi tempiali destro e sinistro per ottenere le ampiezze binoculari in orizzontale secondo quanto richiesto dalla normativa.

INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE DEL PROFILO DI RISCHIO PER LA CIRCOLAZIONE STRADALE DEI SOGGETTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO O EPILESSIA E RELATIVA MODULISTICA CERTIFICATIVA PER LO SPECIALISTA CHE DEVE ESSERE ACQUISITA DAL MEDICO MONOCRATICO O DALLA CML

Certificazione di idoneità alla guida di autoveicoli per pazienti affetti da diabete mellito

Per la valutazione del profilo di rischio da attribuire ai soggetti diabetici in riferimento alla valutazione di pericolosità alla guida si individuano i seguenti criteri:

- 1) potrà essere considerato come controllo glicemico ADEGUATO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida, un valore di emoglobina glicata <9.0 %, non adeguato in caso di valori >9.0 %;
- 2) per le valutazioni delle ipoglicemie dovranno essere tenuti presenti al fine di attribuzione del giudizio di BUONO, ACCETTABILE o SCARSO i seguenti parametri valutativi:
 - a. valutazione anamnestica della capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente;
 - b. presenza/assenza di ipoglicemie gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) riferite negli ultimi 12 mesi;

3) per formulare il giudizio sul rischio per la sicurezza alla guida, gli elementi che dovranno essere considerati sono:

a) per rientrare in un profilo di **RISCHIO BASSO:**

- assenza di retinopatia
- assenza di neuropatia
- assenza di nefropatia
- ipertensione ben controllata
- assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- controllo glicemico ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia BUONO

b) per rientrare in un profilo di **RISCHIO MEDIO:**

- USO DI FARMACI CHE POSSONO INDURRE IPOGLICEMIE GRAVI
 - retinopatia non proliferante o proliferante, se con buona conservazione del visus
 - neuropatia autonoma o sensitivo-motoria di grado lieve, se con buona conservazione della percezione sensitiva e delle capacità motorie, non trattata con farmaci specifici
 - nefropatia se solo con microalbuminuria o macroalbuminuria
 - ipertensione se ben controllata
 - cardiopatia ischemica se ben controllata
 - assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi

- capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente

- controllo glicemico NON ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia ACCETTABILE

c) per rientrare in un profilo di **RISCHIO ELEVATO:**

- retinopatia proliferante, con riduzione del visus
- neuropatia autonoma o sensitivo-motoria grave, con perdita della percezione sensitiva e delle capacità motorie, trattata con farmaci specifici
- nefropatia con insufficienza renale cronica
- ipertensione non controllata, TIA/Ictus, ischemia cardiaca recente (< 1 anno) o non ben controllata
- ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- incapacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- controllo glicemico NON ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia SCARSO

- Il Certificato diabetologico non deve essere stato rilasciato in data anteriore a 3 mesi.
- Per la redazione del certificato possono essere accettati esami strumentali e di laboratorio effettuati entro l'anno con l'eccezione della emoglobina glicata il cui referto non deve essere superiore a 6 mesi



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

I nuovi Ticket

La giunta regionale del Veneto ha inviato, in data 5 agosto c.a., una circolare esplicativa dell'articolo 17, comma 6 della legge n. 111 del 5 luglio 2011 riguardante "disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziari" riguardante il pagamento della quota fissa per ricetta, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per gli accessi al PS codificati con codice bianco.

È noto che il presidente della Regione all'inizio si era opposta a tale norma, ma dal 6 agosto c.a. anche nella regione Veneto dovrà essere applicato tale ticket a prescindere dalla data di prenotazione della prestazione stessa.

Nella nostra regione si applica un ticket

di 10 Euro per ogni ricetta specialistica ambulatoriale ai soggetti non esenti appartenenti ad un nucleo familiare con reddito maggiore o uguale a 29.000 euro l'anno, mentre per coloro con reddito inferiore a tale cifra il ticket sarà di 5 euro per ricetta. La situazione reddituale del nucleo familiare potrà essere autocertificata sul retro della ricetta come già previsto dal precedente decreto ministeriale del 22 gennaio 1993 e dovrà essere riferita all'anno precedente, che si intende quello precedente alla data di apposizione della firma attestante il diritto di esenzione (l'autocertificazione). Ciò significa che agli assistiti non esenti dovrà essere richiesta tale quota in aggiunta alla normale compartecipazione alla spesa sanitaria prevista nella misura massima di 36,15 euro per ricetta. Pertanto tutti gli erogatori pubblici e privati che erogano prestazioni specialistiche per il SSN sono tenuti ad applicare agli assistiti l'ulteriore quota di par-

tecipazione nei limiti indicati. Per quanto riguarda gli accessi al PS la quota fissa rimane di 25 euro per i cosiddetti codici bianchi, come già avviene dal 1 gennaio 2007, nel caso che il paziente sia:

- Non esente
- Di età superiore a 14 anni
- L'accesso al PS non sia avvenuto per a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti.

Va ricordato che la quota di 25 euro è assorbente del ticket per la sola visita medica effettuata dal medico del PS, per le altre prestazioni eventualmente erogate in regime di PS è dovuta la normale compartecipazione alla spesa secondo le regole generali in aggiunta alla quota fissa di 25 euro.

La circolare suggerisce inoltre di consegnare il verbale di PS all'assistito, solo dopo l'avvenuto pagamento della suddetta quota fissa.

GELMINO TOSI

La quota dei deceduti va rimborsata anche se l'errore è dell'Azienda

Sull'annosa questione delle anagrafi delle ASL, e del loro corretto aggiornamento, il tribunale di Milano si è pronunciato per ben tre volte (**316 di gennaio; 2213 e 2606 di maggio 2011**). Come si ricorderà la questione riguardava i rimborsi delle quote percepite dai medici su pazienti deceduti e non cancellati dagli elenchi delle ASL. Il tribunale di Milano si è quindi pronunciato al fine di indicare le responsabilità per i disagi che si sono verificati in relazione alla mancata comunicazione ai medici di medicina generale dei decessi. In sostanza i medici avevano contestato la competenza delle

ASL a trattenere le somme in autotutela oltre il termine di un anno, termine massimo previsto dalla convenzione entro il quale le ASL avrebbero dovuto comunicare tali decessi. La sentenza 316 ha accolto questa pretesa adducendo la necessaria emissione di un atto amministrativo da parte delle ASL che avessero intenzione di compiere questa operazione. Non è da considerarsi, a detta del giudice, atto valido il solo conteggio allegato al cedolino mensile.

In direzione opposta invece le sentenze 2213 e 2606 le quali vanno ad affermare la prescrizione decennale del credito

relativo alle quote dei pazienti deceduti sulla base della sentenza 13235/09 della suprema corte. In altre parole è vero che l'Azienda è tenuta a comunicare al medico la cancellazione dagli elenchi per decesso tempestivamente e comunque entro l'anno e che a livello regionale possono essere concordate modalità di tutela dei medici massimalisti che si sono trovati, a causa del ritardo, nell'impossibilità di acquisire nuove scelte, è però onere del medico provare questa evenienza, al fine di attivare i necessari meccanismi risarcitori.

GELMINO TOSI

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
di Verona



Entra nel sito Area Riservata

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

www.omceovr.it

Informazioni e servizi "on line"

Un anno in meno per la laurea in medicina. Ma quanti in più per una stabilità lavorativa?

Il sole 24 ore, 1 dicembre 2010: *“Medici: allarme carenza alla seconda conferenza sulla professione della FnomCeO”.*

Repubblica, 6 Dicembre 2010: *“Medici, 45 mila in pensione ma non saranno rimpiazzati. Esodo fino al 2015. Perché il numero di chi entra torni a essere identico a quello di chi esce bisognerà aspettare addirittura fino al 2028”.*

Corriere della Sera, 22 Gennaio 2011: *“In Italia mancheranno 20 mila medici. Più pensionati che nuovi ingressi”.*

Da qualche mese le maggiori testate giornalistiche nazionali hanno focalizzato la loro attenzione su un problema emergente: “Centoquindicimila medici, oggi compresi nella fascia di età tra i 51 e i 59 anni, ovvero il 38% di tutta la popolazione medica attiva, andranno in pensione nei prossimi dieci - quindici anni. Tra questi sono compresi il 48% dei medici occupati in regime di dipendenza dai Servizi Sanitari Regionali e Università, il 62% dei medici di medicina generale, il 58% dei pediatri di libera scelta, il 55% degli specialisti convenzionati interni” (Il sole 24 ore, inserto Sanità 1.12.2010).

Secondo il Piano sanitario nazionale 2010-2012 “ci si attende una carenza dal 2012 al 2018 di 18 mila unità di personale medico nel Ssn e di circa 22 mila medici dal 2014 al 2018”.

La questione diventa ancora più annosa e preoccupante se consideriamo l'andamento crescente della domanda di salute, conseguente all'innalzamento dell'età media della popolazione. Sono veramente cupe le prospettive per chi avrà nei prossimi anni bisogno di chirurghi, anestesisti, pediatri, nefrologi e geriatri.

Al momento stanno per andare in pensione coloro che si sono laureati tra gli anni '60 e '70 (“doctors boom generation”). Secondo le stime fatte quando sarà esaurita la ‘bolla’ di super-iscrizioni alla facoltà di Medicina e Chirurgia prolungatasi fino al 1987, anno in cui il

Ministro Zecchino, sotto il governo Prodi I, istituì il numero chiuso nazionale tramite decreto ministeriale, l'Italia allineerà il rapporto dei medici per abitanti a quello più basso dei Paesi Ocse. Si passerà così dalla pleora del passato alla carenza di medici del futuro.

Difronte all'allarmismo generalizzato di una popolazione sempre più anziana, bisognosa sì di cure mediche ma anche sempre più esigente e generalmente meno disposta a tollerare sintomi anche lievi di malattia, ci si chiede come mai solo ora ci si renda conto della neces-



sità di correre ai ripari.

Durante il corso di questa capricciosa estate hanno risuonato altisonanti annunci di un grande e lungimirante piano di riforma del percorso formativo in medicina e chirurgia, pre e post laurea, tale da garantire la tenuta e l'efficienza assistenziale del SSN e di garantire un iter professionalizzante in medicina compatibile con i più alti standard europei.

Già, però i più sembrano dimentichi che non più di 2 anni addietro l'Ordinamento Didattico delle Scuole di specializzazione di area sanitaria è stato completamente riformato ai sensi del Decreto M.I.U.R. sul Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria (GU n. 258 del 5-11-2005- Suppl. Ordinario n.176). Ispirato alle Direttive Comuni-

tarie in tema di formazione medico specialistica, il nuovo piano è entrato in vigore a partire dall'Anno Accademico 2008/09. Rispetto al vecchio ordinamento (classe 46-S), l'attuale prevede infatti l'introduzione di interessanti e necessarie innovazioni nel percorso di formazione del giovane medico. Ciò nonostante già allora stupiva che tale piano di riforma prevedesse, trasversalmente per tutte le scuole di specializzazione, un aumento della durata del percorso formativo di 1 anno. Attualmente chi desidera qualificarsi come specialista in chirurgia generale ha davanti a sé un percorso di 6 anni, da aggiungere ai 6 necessari per conseguire la laurea in medicina. Facendo qualche conto, senza perdere un anno di scuola dalla prima elementare, tenendo in considerazione i tempi reali necessari per abilitarsi alla professione ed accedere alle scuole di specializzazione, è attualmente possibile concludere il percorso di studi e formazione professionale intorno ai 32 - 33 anni. Iniziata la quarta decade di vita è quindi possibile cominciare a cercare una propria stabilità lavorativa.

Già, perché al momento il contratto di formazione specialistica stipulato tra medici in formazione ed Università-Azienda Ospedaliera (come a Verona realtà integrate) recita che: “Il contratto non dà in alcun modo diritto all'accesso ai ruoli del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università e non determina l'instaurazione di alcun rapporto di lavoro”; come dire che gli anni di servizio prestatati nel periodo di formazione non aprono alcuna porta ad eventuali assunzioni.

Proprio allora ricordo che imperversava la polemica sui “bamboccioni”, leitmotiv lanciato dal ministro Padoa Schioppa, che focalizzava l'attenzione su un problema reale. Per quanto riguarda i medici, la questione non teneva conto tuttavia che a tali condizioni, anche per i più virtuosi diventa difficile emanciparsi. Basti pensare che per accedere un mutuo è praticamente necessario

aver un contratto a tempo indeterminato, in mancanza della garanzia del quale le banche ad oggi faticano e sono reticenti a finanziare ogni tipo di prestito.

Sul versante concretamente attuativo, in questi anni le segreterie didattiche hanno profuso uno sforzo enorme per portare a regime il nuovo ordinamento didattico, dovendo coordinare l'attività clinica dei giovani medici ad una fitta e complessa rete di insegnamenti, tirocini crociati ed esami di profitto in itinere. Il tutto da embriare abilmente con l'organizzazione del vecchio ordinamento didattico, per alcuni ancora in auge. Un rompicapo all'altezza del papiro di Rhind!

In Italia è più facile trovare un talebano afgano da Mc Donald's che ravvedere un briciolo di lungimiranza in politica. A giugno lo stimabile Ferruccio Fazio, ministro della Salute, e l'amabile Mariastella Gelmini, ministro dell'istruzione, annunciano in gran pompa di aver trovato la giusta formula per risolvere il problema dell'incombente aporia di figure professionali mediche: "dobbiamo accorciare i tempi d'entrata dei giovani medici nel mondo del lavoro". Peccato che i provvedimenti presi non più di 3 anni addietro remino nella direzione contraria.

Entriamo nei dettagli delle proposte attuali:

- 1) Al momento sono previsti 3 mesi di tirocini post-laurea a seguito dei quali ci si sottopone all'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione medica. Quindi, una volta iscritti nell'albo professionale dell'Ordine dei Medici, non resta che affrontare il test di ingresso alle scuole di specializzazione. Fazio propone di incorporare i 3 mesi di tirocinio, che seguono alla laurea, nella durata del corso degli studi in medicina e di accorciare i tempi dell'abilitazione professionale conseguendo una "laurea abilitante". Ad oggi chi riesce a laurearsi nei 6 anni didattici canonici, recepisce al più tardi la laurea entro il mese di ottobre. Novembre, dicembre e gennaio per i tirocini post lauream, a febbraio l'esame di abilitazione alla professione. A marzo sarebbe poi prevista l'entrata nelle scuole di specializzazione, peccato che da anni manchi una precisa calendarizzazione delle prove di ammissione. Possono passare an-



che 6 o 7 mesi prima di vedere uscire gli agognati bandi di concorso..

Sarebbe sicuramente utile ad accorciare i tempi definire e RISPETTARE un calendario delle prove di ammissione alle scuole di specializzazione. A poco servirebbe essere medici abilitati ma dover aspettare mesi prima di iniziare la formazione specialistica.

Sono anni che le rappresentanze dei giovani medici pongono il problema... anche stavolta nemmeno una parola sull'argomento..

2. "la durata dei corsi di specializzazione verrà accorciata di un anno" o forse anche più, a quanto si può leggere nelle dichiarazioni del ministro Gelmini. Caro Ministro, tale provvedimento appare schizofrenogeno, meno di 3 anni addietro è stato fatto l'esatto contrario. Quindi si torna indietro per andare avanti? La prospettiva è che docenti, discenti e segreterie didattiche dovranno contemporaneamente districarsi in 3 ordinamenti didattici differenti. Vi lascio immaginare quale caos potrebbe generarsi. Speriamo non ne risenta l'attività clinica pratica, componente fondamentale delle prestazioni quotidianamente erogate alla popolazione non solo negli ospedali universitari.
- 3) La riduzione della durata del corso di specializzazione prevede inoltre l'evoluzione del contratto di formazione specialistica, per gli iscritti agli ultimi due anni di corso, in un più strutturato rapporto di lavoro. Sarà quindi necessario riformulare l'attuale contratto di formazione specialistica, in vigore da circa 4 anni, che recepisce una direttiva europea del 1993 (93/16/CEE, 5 aprile 1993) e il suo successivo decreto legislativo (368 del 17 agosto 1999). Speriamo che una eventuale riformulazione avvenga in tempi ragionevoli.

A voler essere maliziosi poi, come precisato dal Dr Marco Mafri, Vice Presidente Nazionale S.I.G.M., quest'ultimo provvedimento non dovrà rappresentare un espediente appannaggio delle Regioni per ricorrere agli "strutturandi", magari con formule di trattamento economico meno onerose rispetto a quelle del personale strutturato vero e proprio, a discapito della stabilizzazione dei precari e dell'espletamento dei concorsi per l'accesso dei giovani alla dirigenza medica.

In conclusione si ha la netta impressione che ministri, tecnici e legislatori abbiano idee abbastanza confuse riguardo alla riorganizzazione del percorso di formazione dei giovani medici. I più cinici potrebbero commentare che la riforma annunciata non è altro che la solita minestra riscaldata e troppo condita.

Senza essere sardonici speriamo che stavolta un minimo di lungimiranza organizzativa, di memoria degli eventi e, si auspica, il fondamentale coinvolgimento dei rappresentanti di categoria dei diretti interessati (Federspecializzandi, S.I.M.S., S.I.G.M.) possa portare alla formulazione di un riassetto del percorso formativo medico, pre e post lauream, finalmente definitivo.

GIUSEPPE BATTAGLIA

REGISTRO ITALIANO DEI MEDICI

È giunta notizia che il Registro Italiano dei Medici, così come già aveva fatto in passato, sta inviando nuovamente ai professionisti italiani una richiesta di aggiornamento dati concernente, in realtà, una iniziativa di carattere pubblicitario e commerciale da cui discendono sostanziosi oneri economici a carico dei sottoscrittori.

Poiché in passato molti medici, credendo di trovarsi di fronte ad una iniziativa ordinistica, avevano imprudentemente sottoscritto la modulistica inviata dal Registro stesso, trovandosi di fronte a successive richieste onerose di pagamento, invitiamo tutti gli Ordini a dare tempestiva informazione ai propri iscritti.

Il Presidente
Amedeo Bianco

“Libera” . . . Professione

Bollenti.

È l'aggettivo adatto a queste ultime giornate di agosto.

Il termometro, oggi, è arrivato ai 39 gradi e l'afa toglie il respiro.

Al Pronto Soccorso, mi dicono, tanti anziani, ed anche qualche giovane, con i sintomi del colpo di calore.

Bollente è anche la polemica sui giornali e sui media per questa nuova manovra finanziaria che chiede a tutti (o quasi) nuovi sacrifici.

Tra questi c'è quello che, dal 6 agosto, dovranno sostenere tutti i pazienti cui chiederò di eseguire esami o accertamenti.

Perché, dopo le proteste del Governatore Zaia, che aveva bollato come iniquo il “superticket” di 10 euro su ogni prescri-



zione specialistica, e dopo i suoi tentativi di evitare ai Veneti questo iniquo balzello, la nostra Regione ha dovuto allinearsi ed applicare quanto previsto nella manovra economica.

Ora se il mio paziente deve fare un controllo ematochimico, una radiografia o una visita specialistica, deve pagare oltre al normale ticket che pagava anche prima, e che era proporzionale al costo dell'esame, anche il ticket fisso sulla ricetta rossa (quella del ricettario SSN/SSR) che sarà pagato tante volte quante saranno le ricette stesse (perché devo pur sempre rispettare la regola del “massimo otto esami della stessa branca per ogni ricetta”).

Ora è capitato che qualcuno si chiedesse se poi, viste le regole e le tariffe, fosse poi davvero conveniente farsi “assistere” dal sistema sanitario nazionale e regionale. Perché se il mio paziente ha bisogno di

fare un banale esame urine, quando presenta la ricetta SSN/SSR paga 2,35 € di compartecipazione al costo dell'esame + 10 € di quota fissa: in tutto 12,35 €, mentre se presenta una prescrizione sul mio ricettario personale di euro ne paga solo 5,00.

Così è capitato che qualcuno abbia pensato, per cose così “banali”, di dare qualche consiglio e qualche “ricetta bianca”. La cosa è arrivata in alti luoghi, dove è stata valutata, e oggi è arrivata la nuova circolare.

Che mi dice che far cose del genere non è corretto, perché quando lavoro per il SSN devo usare solo ed esclusivamente il ricettario rosso, non posso e non devo usare quello mio personale, perché quello è destinato alla “libera professione”.

E questa non può essere esercitata contemporaneamente negli orari in cui lavoro come medico convenzionato e che questa (la libera professione) “resta sottoposta alle normative fiscali, tributarie e previdenziali di settore, anche per quel che riguarda le tariffe dell'onorario”.

Il che in buona sostanza significa, da un lato, che la mia ricetta rossa diventa per il paziente l'equivalente di una cartella esattoriale che lo “condanna” al pagamento del ticket anche quando questo è superiore al costo della prestazione stessa.

Dall'alto che se dovessi decidere di metter mano al mio ricettario personale dovrei considerare la cosa come un atto di libera professione e addebitare al “cliente” il costo della mia prestazione. Con la scomparsa, in tale modo, dell'eventuale beneficio economico per chi mi sta davanti.

Avevo da poco finito di leggere la circolare quando G.P., un signore di ottanta anni, è arrivato con il foglio rilasciatogli dall'impiegato della “commissione pazienti”.

In cui gli si diceva che siccome era diabetico e aveva una certa età, avrebbe dovuto presentarsi alla visita della Commissione con una serie di esami (dalla visita oculistica all'ECG, una glicemia ed una HbA1c eseguite non più di un mese prima della visita, e.... con una relazione del centro antidiabetico, che, nel suo caso, non l'ha mai conosciuto).

Siccome gli accertamenti svolti a fine

medico-legale non sono prescrivibili a carico del SSN/SSR, stavo per metter mano al ricettario personale.

Ma mi è venuto in mente quanto appena letto; così ho desistito.

Alla fine, gli ho stampato una copia della sua cartella clinica e ho allineato su un anonimo foglio di carta bianca quanto avrebbe dovuto provvedere a prenotarsi al CUP.

Sempre che qui accettino di prenotargli tutta quella roba senza una “prescrizione” ufficiale...!

Perché a complicare le cose sembra che sia stata data anche disposizione che d'ora in poi non si possa accedere “alle prestazioni erogate dalla struttura pubblica e privata accreditata” senza l'apposita impegnativa rossa del SSN/SSR. Chissà come andrà a finire.

Ho il sospetto che, visti i costi da sostenere e le difficoltà, G.P. rinuncerà a farsi rinnovare la patente (che ha da sessant'anni).

Ma mi son ritrovato anche a pensare che con tutte queste nuove disposizioni sui ticket, il nuovo tariffario, le priorità, le esenzioni etc... le cose, per noi e per i nostri assistiti, si stanno facendo sempre più complicate.

Vuoi vedere che il caldo di questi giorni ha creato problemi non soltanto ai poveri anziani finiti al Pronto Soccorso?

ROBERTO MORA

VACCINAZIONE HPV NEL PRINCIPATO DI MONACO IL PROF. BORRUTO TRA I SOSTENITORI DELLA CAMPAGNA

Il Principato di Monaco ha avviato nel marzo di quest'anno una campagna di vaccinazione contro lo HPV identificato come principale responsabile del tumore del collo dell'utero.

Il Prof. Franco Borruto, fino allo scorso anno professore di ginecologia e ostetricia presso la nostra Università è stato uno dei sostenitori della campagna avviata.

A suo sostegno ha anche pubblicato un libro dedicato alla vaccinazione (Sperling & Kupter, Milano 2009) rivolto non tanto ai medici quanto alle donne per convincerle dell'importanza della vaccinazione.

Il Comitato di Redazione si complimenta con Lui per l'instancabile attività.

Autopsie e constatazioni di morte nella Verona di fine Settecento

GIANNA FERRARI DE SALVO

Prima Parte

L'Ufficio di Sanità di Verona, del quale si ha notizia fin dal 1442, ebbe una struttura stabile solo dopo la peste del 1576. L'organizzazione fu migliorata durante la ben più famosa epidemia del 1630. Proprio a partire da questo avvenimento, l'Ufficio tenne il registro dei morti della città cui si aggiunse, dal 1731, anche quello dei nati in città e territorio¹⁾. Competenza di questa istituzione era la prevenzione, effettuata attraverso il controllo rigoroso dei viaggiatori e delle merci per evitare il diffondersi delle epidemie, e la tutela dell'esercizio dell'Arte Sanitaria. L'Archivio di Stato di Verona conserva, almeno in parte²⁾, il rilevante patrimonio riguardante questo organismo.³⁾

Questo fondo archivistico⁴⁾, che permette di conoscere aspetti importanti della medicina e della spezieria veronese del passato, fornisce anche una grande messe di dati su autopsie e constatazioni di morte. Da tali documenti abbiamo attinto le informazioni per il presente saggio. Il materiale consultato (1713-1797) è contenuto in due faldoni comprendenti pure documenti relativi ad alcuni paesi della provincia. Pare di capire che allora l'autopsia fosse praticata su coloro che morivano di morte improvvisa o sospetta e su quelli che in vita avevano sofferto di importanti patologie.

L'esame autopatico veniva eseguito in 'luogo appartato': la chiesa, il cimitero, camere «non abitate e per quest'affare prese a pigione»⁵⁾, locali messi a disposizione dai conventi⁶⁾; più tardi furono creati 'teatri' presso gli ospedali. La sezione del cadavere, previa autorizzazione⁷⁾ dei provveditori alla sanità e il consenso dei parenti, era eseguita dai chirurghi, mentre l'analisi spettava al protomedico⁸⁾. Un rapporto, presumibilmente degli ultimi anni del Settecento, spiega: «Il luogo dell'incisione consiste in una camera grande ove si farà l'incisione anatomica, ed un piccolo gabinetto presso la medesima dove sottochiave sarà custodito il cadavere e le

cose tutte al medesimo spettanti [...] i soggetti a tale esercizio saranno i dottori Terzi, Arrigossi, Leone di Leoni, Giacomo Basilea e, forse, quelli dello studio di Padova. Incisione del chirurgo Giovanni Battista Budella»⁹⁾.

Nella trascrizione dei documenti abbiamo uniformato la punteggiatura e l'ortografia all'uso moderno; il linguaggio dell'epoca talvolta non risulta chiaro a causa della non sempre perfetta intelligibilità dei termini impiegati spesso ormai desueti. Iniziamo con alcune relazioni cliniche riguardanti abusi alimentari per passare poi alle autopsie e ad altre constatazioni di morte scelte fra le più interessanti sotto il profilo diagnostico e terapeutico. Esse ci fanno intendere che in molti casi concorse al trapasso più la cura che la patologia. Le cause più frequenti di morte erano le malattie cardiovascolari e le patologie dell'apparato respiratorio, che colpivano in egual misura uomini e donne. Frequenti anche le calcolosi renali, vescicali e della colecisti, che per la loro conformazione e dimensione destano oggi un certo sconcerto.

Gelio (o Lelio) Franceschini della contrada dei SS. Nazaro e Celso, di circa anni 33, mancò di vita il 21 novembre 1770 dopo una scorpacciata di funghi. Il protomedico Nicola Bongiovanni, accorso al suo capezzale, riconobbe nel fetido e imponente vomito e negli atroci dolori di stomaco la causa del grave male. Dopo la somministrazione degli appositi 'rimedi', le spasmodiche contrazioni si fecero più violente, la febbre divenne più intensa e poco dopo il paziente spirò. I domestici raccontarono che «Lelio, il giorno precedente [...], mangiò straordinaria quantità di funghi dei quali, pure moderatamente e conditi in diverso modo, ne mangiò ciascuno della famiglia». Bongiovanni nella sua relazione si dilunga in una dotta e, per certi versi, stravagante dissertazione sul cibo che costò la vita al Franceschini; cita autori latini e la morte dell'imperatore romano Claudio avvenuta dopo un pasto a base di funghi, riferisce che altre popolazioni temevano i funghi per la loro ve-

nosa pericolosità. Molti medici erano persuasi che la qualità venefica poteva essere dovuta «o dalla natura del terreno ove nascono, o da vicine piante, o da insetti che li guastano, o da velenosa bava che li imbrattano». Bongiovanni era convinto che lo sventurato defunto avesse ricevuto il «mortale nocimento, non tanto dal diverso condimento, quanto dalle eccedenti quantità che ne mangiò. [...] La sua porzione, a distinzione degli altri, fu arrostita sulla graticola, di pepe, sale ed oglio condita, quale avidamente in copia mangiò e forse gli soprabbevve vino gagliardo e puro. Per cui, eccitati gli altri sali, gli si accese interno maggior calore che gli compresse il diaframma e la respirazione. Poiché i detti funghi, essendo di rara tessitura sono per conseguenza spugnosi e atti ad assorbire gli umori, [...] dissimilmente giugulano, come la spugna refritta nel butirro, che esibita a cani soccombono, con analoghi sintomi, alla morte». Secondo le teorie di naturalisti e filosofi autorevoli, i funghi erano ritenuti di «temperie fredda del terzo grado, eccedentemente viscidii e tenaci, [...] atti ad inceppare l'azione del ventricolo ed a sequestrare nelle sue glandule l'umor digestivo, col quale piuttosto che concuocersi e digerirsi, acquistano corruttela e icorosità [= secrezione fetida], talché divengono venefici e perniciosi a segno di eccitare dolori e vomito e ad apportare la morte. Lo sfortunato Lelio, avendone mangiato in maggior quantità degli altri, riempì lo stomaco d'un involupamento maggiore e perciò esperimentò li effetti [...] funesti d'un cibo niente omogeneo, di sua natura [...] venefico e micidiale»¹⁰⁾.

Non è noto l'anno della morte di **Andrea Bragadino** che fu podestà di Brescia, poiché la relazione del medico fisico Bernardo Bono ci indica solo i giorni in cui fu afflitto dalla grave congestione che lo portò alla morte. Bragadino, di «temperamento inclinante all'umido [...], di complessione melanconico bilioso, di anni 49, era solito patir frequentemente di affezioni cardiologiche mortali». Affetto da bulimia, «cercava di soddisfare la

fame epicurea, con cibi di quantità eccedente il suo ordinario e di qualità morbosa». Il 10 febbraio di un anno imprecisato del Settecento a pranzo ingurgitò una grande quantità di gamberi, sardellette salate e molta bottarga. Assalito da sete inestinguibile, cercò invano di attenuarla con tre caraffe di acqua limonata e sette di vino che bevve tutte di seguito. Dopo di che «restò invaso da un'orripilazione», cioè un grande freddo, che durò tutta la notte e il sabato seguente, nonostante fosse coperto con due vesti di pelle volpina e avvolto in una pelle d'orso. Credendo che il suo malessere dipendesse da indigestione, la sera di sabato prese 25 pillole di Francfort¹¹⁾ che fecero un ottimo effetto. Subentrò quasi subito un acuto dolore al capo e una «lassitudine ulcerosa» che persistette tutta la domenica. Il lunedì, febbrato, ma sfinito per le trascorse vicissitudini, prese altre 19 pillole. Martedì sembrava ristabilito, ma colto da grande collera durante un certo incontro, vomitò materia *porracea* e amara. Impaurito, decise di chiamare il medico che, constatata la poca febbre e un po' d'agitazione, consigliò solo qualche cucchiaino di brodo, un'unzione allo stomaco e un clistere d'orzata con tre once di sciroppo rosato solutivo, che «operò copiosamente». Nella notte si ripresentò il vomito di natura biliare. La mattina dopo, rifiutati i medicinali prescritti dal medico, assunse solo un poco di «cremor tartaro con tartaro vitriolato e zucchero, sciolto in forma di emulsione in acqua di tutto cedro»¹²⁾. Per calmare il vomito gli venne applicato sullo stomaco un «empiastro di crosta di pane del Montagnana¹³⁾, legato con il moscato di levante». Il venerdì 17 bevve una bibita di acqua di Nocera con un po' di tartaro *invetriolato*¹⁴⁾ che subito rigettò frammista a muco. La sera gli fu praticato un altro clistere che fece il suo effetto dopo due ore, mentre la febbricola perdurava e il polso era debole. Sabato 18 furono convocati per un consulto quattro medici che consigliarono una pozione di tamarindo¹⁵⁾ con un po' di sciroppo rosato e del siero depurato. La domenica sopraggiunse l'anuria e l'illustre malato, sopraffatto da «moti convulsivi in forma d'accidente epilettico» accompagnati da respirazione affannosa, cessò di vivere.

Il pittore **Marco Marcola**¹⁶⁾, di anni 57, morì la notte del 14 agosto 1793 nella sua casa in contrada di San Vitale. Dalla salma, che fu esaminata dal protomedico Zenone Bongiovanni a 15 ore dal

decesso, si sollevava un'insopportabile esalazione ammoniacale. «Il capo divenuto gonfio, la faccia sfigurata, le braccia ingrossate coperte di macchie livide dalle quali si elevavano molte grandi vesciche piene di nera materia acquosa. La pelle era variegata di strisce giallo-oscure e singolarmente l'addome, da cui pareva che una lieve pressione nell'inghiottire le dita sarebbe stata bastevole a lasciar percolare fuori buona porzione delle intestinali sostanze disciolte. Pareva, insomma, che il cadavere giacesse da molti giorni nel sepolcro e che la carne potesse a brani staccarsi». L'aspetto ributtante e l'avanzata putrefazione costrinsero il medico ad «usare le più valide profumazioni» per potersi avvicinare al corpo da esaminare. Non rilevò segni di morbi contagiosi, ma intuì che la straordinaria corruzione era stata



Lezione di anatomia del dottor Tulp di Rembrandt (1632, Museo Mauritshuis, L'Aja)

prodotta «dal chiuso angustissimo luogo esposto a mezzogiorno in cui venne tenuto tutta la notte il cadavere e, in parte, dall'eccedente quantità di vino e di spiritose bevande che avea trangugiate questo infelice». Era risaputo che il pittore abusava del vino e il giorno prima, per portare a termine un importante lavoro «ne inghiottì esuberantemente, onde estinguere la sete». Verso sera fu assalito da un gran calore che sembrava bruciargli la testa, mentre il desiderio di bere si era fatto insopportabile. Intorno a mezzanotte, incalzato dalla febbre che lo faceva delirare, decise di coricarsi. Una delle sue figlie raccontò di averlo visto dimenarsi inquieto nel letto fino alle 2 di notte, quando incominciò a schiz-

zargli fuori dalle labbra una copiosa quantità di sangue; dopo poco tempo spirò.

Nel marzo 1755, alla sessantenne **Lucia Nadalini**, di indole ipocondriaca, gracile e di vita sedentaria, da lungo tempo afflitta da «lievi perturbazioni dell'animo [...] si manifestò negli occhi un flavo colore». In breve tempo le urine si fecero «scarse, grosse e tingenti in giallo, le quali di là a poco comparvero nere-verdicce e così parimenti tutto il giro del corpo». La donna si lamentava «d'una universale lassezza, con sommo languore nei polsi, nausea al cibo ed una elevazione e pressione alla parte destra di sotto le coste». Il protomedico Nicola Parisi nella palpazione del fegato riscontrò un tumore della grandezza di un pugno, molto duro e di forma irregolare. La poveretta sembrava sempre in procinto di soccombere, ma in quel grave stato morboso arrivò fino alla metà di luglio, quando si notò qualche miglioramento. Poco dopo, invece, il vomito si fece più intenso, quantunque non prendesse cibo, e si instaurò una lieve ma continua febbre alla quale si aggiunsero dolori lancinanti all'addome. «Iniziò a scaricare copiose urine, non più nere, ma gialle, torbide e puzzolenti, mentre furono sempre di grigio colore le feci e stitico il corpo. Comparve [...] una diarrea fetidissima e tinta di vauci. [...] dissipata di spirito ed emaciata all'esterno, il 21 agosto l'inferma cadde in un sonno letale e verso sera cessò di vivere. Fatta l'incisione del cadavere, fu esaminata per prima la 'vescicola del fiele' che fu ritrovata della grossezza di un uovo di gallina, putrida e puzzolente, nel fondo della quale si vedeva un corpo bianco che si rivelò trattarsi <di> sei bianche pietre di forma e similitudine di una fava, più altre dieci, di ugual colore e forma di un grano di giallo frumento [= granoturco], ma molto irregolari. Nel collo della vescica stessa, un corpo più grande di una noce che, esaminatolo, si rivelò uno struma infisso nella stessa sostanza del fegato in quel punto dove la vescichetta resta fortemente rannicchiata».

Dopo l'autopsia effettuata il 25 agosto, il dottor Parisi ipotizzò che la causa del male che portò a morte la donna fosse da ricercarsi nel carattere ipocondriaco, nelle passioni dell'animo e nella vita sedentaria.

La contessa **Beatrice Dalla Torre - Carteri**, «di carattere sanguigno-colletrico», morì all'età di 65 anni circa. Il suo

corpo, «tinto di color giallognolo itterico», fu aperto il 21 luglio 1755 dal chirurgo Battistin Buella. Nella sua relazione, il protomedico Giovanni Dalla Bona dichiara di aver trovato i visceri «nel loro stato naturale, fuorché il fegato, il quale oltre l'esser accresciuto di mole, tramortito nel colore e ripieno d'idatidi¹⁷⁾, nella cistifellea conteneva un calcolo della grandezza e figura di una castagna equina [= il frutto dell'ippocastano] che ne occupava tutta la capacità». La nobildonna «soggiaceva di quando in quando a dolori atroci nella regione del fegato, ai quali succedeva sempre l'itterizia». Da circa un anno era affetta da «certa turbazione di tutto il suo corpo, con smemoratezza, sicché non poteva liberamente camminare: morbo esattamente da Aezio¹⁸⁾ descritto. Curata invano, anche se con «mezzi opportuni», venti giorni prima di morire fu «attaccata da vomiti enormi, dolori acuti e dalla solita itterizia», febbre intensa e il respiro sempre più affannoso. Dopo aver esaminato il corpo, l'anatomopatologo nella sua relazione cita prima il Fernelio¹⁹⁾, il quale asseriva che «nelle diurne itterizie, accompagnate da dolori nella regione del fegato, si ritrovano concrezioni calcose nella cistifellea» e quindi il Baglivio²⁰⁾ «il quale, con tutta costanza, asserisce che l'itterizia recidiva sia un segno infallibile dei calcoli esistenti nella vescichetta del fiele». Allo stesso tempo riporta pareri contrari di altri luminari quali il Vallisneri²¹⁾ e il Boneti²²⁾ che riferiva «parecchie storie di quelli che sovente soffersero d'itterizia senza che nelle loro cisti fossero rinvenuti calcoli, e per il contrario, in alcuni altri che mai patirono d'itterizia, vi furono osservati». E conclude «Ciononostante, dall'itterizia recidiva può con ragione sospettarli [i calcoli] il medico, come appunto feci ancor io in quella dama, e lo predissi ai di lei signori conti fratelli. [...] La qualità angolosa e la smisurata grandezza del calcolo, trovò la strada alle croniche malattie che soprastavano. Imperciocché, irritando le nervose fibrille della cistifellea, produsse una convulsione così violenta che, propagatasi al pur vago e intercostale dei nervi, fu cagione che il sangue ne prendesse remora nei vasi dei polmoni e dei visceri del basso ventre. A quei visceri essi nervi distribuiscono le [...] diramazioni e poscia ne nasce la febbre intensa, la difficoltà di respiro e finalmente la quiete totale delle vibrazioni del cuore».

Dalla sezione eseguita il 16 gennaio 1765 dal chirurgo e litotomo Alessandro

Montagna sul cadavere di **Maria Poli** risultò che il rene destro era molto ingrandito e la metà anteriore si era fatta *absestosa*. «Aperto, sorti libbre²³⁾ due di putrefatta materia, nel mezzo della quale e nelle pelvi di esso rene ritrovai appoggiati starsene due calcoli puntuti ed una pietra grossa quanto una mandorla col guscio. Nel sinistro rene, nella sostanza di esso, un calcolo ramoso sen stava rannicchiato e nascosto. Sceso quindi nella vescica, trovai il corpo interno di essa infiammato, ma molto più piagato e corrotto il collo della vescica medesima e le sue prostate²⁴⁾. Nel fondo dell'utero e nella sua parte esterna, osservai un particolare scirroso tumore della grossezza di un pugno, attaccato al detto utero per via di un gambo lungo quattro dita traverse e grosso quanto una piccola penna da scrivere».

Il cadavere di **Lucia Balini** fu sezionato nella chiesa parrocchiale di San Tomaso Apostolo la sera del 17 maggio 1766. La donna, divenuta amenorroica intorno ai 28 anni, «andò soggetta a qualche sputo sanguinolento, per cui incominciò a soffrire un incomodo di petto. A codesta malattia si accompagnò di poi una qualche elevazione del ventre inferiore, il quale a poco a poco andò crescendo cagionandole [...] un'indisposizione di gonfiemie edematose nelli arti inferiori». All'inizio di maggio, essendo divenuti gli spasimi più insistenti, si ritenne opportuno far intervenire una levatrice per individuare «dove sgorgavano a poco a poco dette acque» e per capire la causa dei dolori. L'ostetrica, nell'esplorare «la bocca della matrice» procurò una lacerazione «dei vasi degli pudendi già edematosi» facendo fuoriuscire una grande quantità di siero, come spesso era successo nel passato, «per le abrasioni inferitegli dalla mordacità delle linfe stagnanti». La perdita di tanto liquido e la tipologia delle contrazioni facevano presagire un parto imminente. Anche la maggior parte dei medici consultati mesi addietro aveva diagnosticato una gravidanza. La poveretta, spirata a poche ore dall'esplorazione vaginale, fu sottoposta all'esame autoptico dal dottor Pio Antonio Ravalchini, da sempre scettico su tale gestazione. Il quadro autoptico evidenziò un ventre piatto, forse a causa della precedente fuoriuscita delle acque. L'utero stava «nella sua naturale piccolezza, figura, sostanza ed essere», mentre i polmoni apparvero ingranditi, lividi e aderentissimi alla pleura, dalla quale furono staccati con molta difficoltà.

«Al diaframma era fortemente attaccato l'ultimo lembo dei polmoni e questi, poiché furono estratti ed ispaccati, si videro vari tubercoli sparsi per la loro sostanza versanti marciume ed un ascesso di maggior capacità delli altri nella parte superiore del lobo destro, da cui si sparsero marce sottili e giallastre. Cotesta offesa degli polmoni, che propriamente tisi polmonale si appella, [...] fu fatal cagione della morte».

Antonia Gioga, moglie di Ermenegildo Poli di Carpi, due giorni prima di morire sentì tumefarsi talmente le tonsille che non poteva inghiottire alcun cibo. Tale «incomodo» sembra fosse stato generato da «gagliarda bile» della quale, però, non era noto il motivo. Benché sofferente, la donna continuò ad attendere alle sue faccende, ma il giorno seguente fu costretta a letto. Il chirurgo di Castagnaro la sottopose inutilmente alla solita «emissione di sangue» dal braccio sinistro, ma il 2 maggio 1770 Antonia morì. Tre giorni dopo, il medico Francesco de Grandis di Villabartolomea intervenne per redigere il certificato di morte. Passò in rassegna «le regioni dell'inguine, le parti ascellari e delle parotidi», senza trovare alcun indizio di «tumore, bubbone, antrocele ossia carbone», né pustole o macchie rosse, solo qualche tumefazione al collo e alla gola. Questo fece propendere per una diagnosi di *squinanzia* [= male che rinserra le fauci e soffoca]²⁵⁾. Un'abnorme tumefazione di tutto l'addome faceva sospettare una gravidanza, ma una parente che aveva spogliato il cadavere subito dopo il trapasso assicurò che il ventre si era dilatato dopo poche ore dal decesso accompagnato da «qualche interno brontolamento [...], effetto dell'aria sprigionata dalla corruttela degli umori». Il dottor Grandis, pur avendo escluso come causa di morte qualsiasi male contagioso, raccomandò al parroco di far chiudere il cadavere in una cassa prima di portarlo in chiesa, e dopo la sepoltura di far rinalzare su di essa molta terra. Per maggior cautela, l'abitazione fu disinfettata con dei suffumigi bruciando delle bacche di ginepro e di alloro.

Antonio Beghel la notte del 27 febbraio 1780 aveva ricevuto una rilevante «contusione nella parte antero - inferiore del sincipite destro che avea rotto la cotica in lunghezza di un pollice e mezzo circa senza scoprire il cranio» rimanendo a terra privo di sensi. Nessun presidio medico servì a calmare le continue

convulsioni e lo stato stuporoso in cui era caduto. Pietro Monterossi, chirurgo presso l'ospedale Santa Casa di Pietà, persuaso che «la lesione di tutte le funzioni animali erano indizi certi di raccolta interna di sangue» gli aveva «praticato invano tutto ciò che può sciogliere il solo ingorgo dei fluidi». Il primo marzo si decise di «istituire l'operazione del trapano», ma l'uomo spirò la sera stessa e il 4 seguente fu eseguita l'autopsia. «Levata la cotica dal cranio, s'incontrò una ben grande fessura, la quale principiava un pollice circa in distanza dalla ferita [...]. Questa fessura [...] intersecava la struttura squamosa e la parte scagliosa dell'osso temporale, avanzandosi poi anteriormente nella base del cranio, intersecava anco l'ala grande, ovvero apofisi temporale dell'osso sfenoide e terminava al retro sfeno-mascellare sotto l'apofisi clinoida anteriore destra, nel qual luogo v'era una scaglia d'osso divisa, ed un'altra scaglia vicina a questa sollevata sostanza. Levato il cranio, apparve la dura madre di livido infiammato colore, ed una raccolta considerabile di sangue tra l'osso temporale, lo sfenoide, e la dura meninge. Levata in seguito la dura madre alla parte opposta della ferita, [...] una grandissima raccolta di sangue raggrumato, specialmente nella base dell'emisfero sinistro del cervello, nel qual luogo anco lo stesso cervello, alterato in sostanza, principiava a putrefarsi. [...] Non solo la fessura avea cagionato l'extravasato di sangue nella parte della contusione, ma la forza del colpo [...] avea causata la rottura di un vaso considerabile della pia madre e si era quindi extravasato in copia grande il sangue dalla pressione del quale, in ambe le parti sopra lo stesso cervello, erano prima avvenuti li sintomi [...] del sopore e delle convulsioni e della lesione di tutte le funzioni animali; in conseguenza di che, e per alterazione del viscere e per l'intercettamento de spiriti influenti nei nervi, avvenne la morte».

Don **Pietro Tinazzi**, di anni 46 e di robusta complessione, vicario della chiesa di Palù, mentre sosteneva l'esame di concorso per la parrocchia di Vigasio, «venne sorpreso da vacillamento, confusione e dolore di testa». Riconosciuto l'insulto di grave pericolo, gli furono immediatamente praticati alcuni salassi «che nulla valsero ad impedirgli la morte». Il 25 aprile 1781 il protomedico Nicola Bongiovanni sezionò il cervello del sacerdote. Le meningi e tutti i vasi

sanguigni superficiali furono ritrovati straordinariamente gonfi e infiammati. «Penetrati col ferro ambedue li ventricoli [...], sgorgò dal destro una mezza libbra di sangue grumato, che in essa cavità [...] si sparse e diffuse». Per spiegare la causa della morte repentina, il protomedico ricorre ad un principio allora in voga: «gli umori si portano più copiosamente, e con maggior forza, a quella parte del corpo che più d'ogni altra viene esercitata e messa in movimento ed azione» e richiama, per dare più efficacia al suo ragionamento, il trattato sulla salute dei letterati del Tissot²⁶). Quindi continua: «Quando il cerebro agisce [...] riceve una nuova, insolita quantità di sangue che, comunicando un troppo valido tono e tensione ai vasi, ed un troppo disordinato intestino movimento negli umori, produce la distensiva delle fibre. Una sensazione dolorosa, una confusione di fantasia ed una offuscazione di vista, da che talvolta, se la tessitura dei medesimi



canali non è vigorosa e forte, ne succede lo scoppio, l'evasione e la morte. Per somma disavventura, in questa meccanica male disposizione toccò ad incorrere il pio sacerdote. Imperciocché, bensì disposto in questa viscere da una natural debolezza – certamente accresciuta dalle profonde e frequenti meditazioni – pure esposto e occupato in quel rispettabile congresso a raccogliere con viva fervidezza della mente e ritenere le più difficili idee ed immagini, ha dovuto imprimere nel cerebro un'azione tanto vivida e forte [...] arrivata con una violenta restrizione a rompere e spezzare la tonaca di uno di quei piccoli canali, da cui trapelando a poco a poco nello spazio di nove ore la indicata quantità di sangue occupò tutta la cavità del ventricolo e gli tolse sì brevemente la vita».

L'operazione anatomica sul cadavere della sessantenne **Oliva Brentonega**,

morta il 2 febbraio 1791 affetta da una rara specie di disfagia, fu eseguita il 6 seguente dai chirurghi Lori e Monterossi alla presenza dei medici Silvestri e Zeviani con la partecipazione di giovani studiosi di chirurgia. La donna, da molti anni soffriva di «dolorosa e difficile discesa degli alimenti al ventricolo». All'inizio dell'anno, dopo aver mangiato del mandorlato, accusò una «profonda trafittura interna sotto lo sterno, con un senso di crepatura, per cui la voce rimbombava al basso ventre»; una tosse convulsa le convogliava alla bocca un catarro che aveva il sapore e l'odore del mandorlato inghiottito. «Da quel giorno in poi, le scarsissime dosi di cibo o bevanda che ingollava per sostenere la vita e moderare la sete, pochi istanti dopo moveano una tosse soffocativa che portava alla bocca [...] una porzione delle cose inghiottite. Visse in questo stato [...], minacciando di soffocazione, per giorni trenta sempre rossa e livida nella destra guancia, sempre afona, sibilonda, col secesso [= evacuazione] rarissimo, con scarse orine infocate, col decubito nel lato destro impedito, con veglie perpetue infine interrotte con un grave sopore, avendo sempre serena la mente e pochissima febbre. Dopo li trenta giorni cominciò a febricitare fortemente, cessò del tutto la tosse, menò dalla bocca un alito grave e cadaverico, si turbò nella mente e soffocata morì. Aperto il petto al cadavere, apparve il destro polmone nella sua superficie livido ed infiammato e fortemente aderente alla pleura, dalla quale volendolo staccare, sorti in cavità molta materia che sembrava purulenta. Estratto [...] il polmone con la trachea arteria unitamente all'esofago ed al ventricolo [...], ebbesi sotto l'occhio l'esofago sovrastante alla trachea arteria. Diviso questo secondo la sua lunghezza, si trovò illeso sino al sito ove finisce di accompagnare la trachea arteria. In questo sito, traforato e consunto, mostrava una grande apertura fatta per erosione di sostanza. Di là da questo vizio tornava illeso l'esofago ed era aperta secondo natura la via al ventricolo, il quale era bensì ristretto, ma pur semipieno di materia degli alimenti mezzo corrotta, ed in tutto simile a quella che spandevasi nella cavità del petto. Divisa [...] la trachea arteria, si trovò internamente in tutto il suo tratto livida e scabra, con le glandole nei dintorni gonfie ed infiammate. Segnatamente nel sito ultimo di essa, dove dividevasi nei bronchi dirimpetto all'apertura morbosa dell'esofago, essa pure si trovò traforata

ed erosa, a segno di poter dare dentro di se libera entrata alle materie dell'esofago stesso. Stendevasi il vizio dietro la prima divisione dei bronchi ed attaccava di gangrena il vicino polmone in cui erano aperte delle bocche che a guisa di grotte s'immergevano profondamente dentro di esso. Questo destro polmone, attaccato nella sua superficie da gangrena insieme con la congiunta pleura, era denso e pesante e zeppo internamente non di sangue, ma di strana materia che lo ingombrava. Il sinistro era lieve e secondo natura. Il cuore era floscio e senz'acqua il suo pericardio. [...] Laonde, a tutta convenevolezza, può questo male definirsi per una disfagia esofagea, con tosse degli alimenti inghiottiti. Or, qual sia stata la prima origine di questo morbo, quali le esterne cause che l'hanno prodotto, quali i gradi per cui a disurato segno è salito, converrebbe indagare. Ma perché questo caso in complesso è del tutto nuovo e singolare e senza esempio nei lugubri fasti della medicina sino ad ora prodotti, merita di essere in altro luogo e tempo più a lungo e compiutamente trattato»²⁷.

Gaetano Bertazzi, di anni 44, lacchè al servizio dei conti Bevilacqua in contrada Santi Apostoli, morì per la rottura di un aneurisma il 30 marzo 1791. L'uomo era da tempo oppresso da artralgie giudicate di origine sifilitica per le quali da qualche tempo «attendeva ad una cura mercuriale colle pillole dette del Plenk»²⁸. In quel giorno il Bertazzi, sollevato dai predetti dolori, dopo un pasto abbondante inaffiato da altrettanto vino, si era dedicato al gioco e al «sommo esercizio del corpo». S'avviò verso le 24 con la torcia a precedere il cocchio, ma gravato nel respiro, appena discesa la nobile dama dalla vettura, salì a bordo non potendo più reggersi in piedi. Giunto a palazzo, il cocchiere aprì la portiera ed il corpo del lacchè, ormai esanime, quasi precipitò a terra. Il protomedico Zenone Bongiovanni sottomise il cadavere alla dissezione anatomica. «Fattasi l'incisione dello sterno, apparvero i polmoni turgidi e lividissimi. Nella sommità del lobo destro era nata tal adesione verso la parte posteriore delle coste, che a stento poté il chirurgo staccarne la coinnestazione, se non [...] col recidere la stessa polmonare sostanza. Esaminata [...] la cavità del torace, si trovò allagata da tre o quattro libbre di sangue che percolare si vide dal luogo dell'accennata adesione pria di tagliarla. Dirigendosi per le diramazioni arteriose e venose maggiori,

dopo aver denudato il cuore dal pericardio che non era alterato, si scoprì dal triplice diametro naturale dilatata l'arteria aorta nella sua curvatura. Si osservò riempita la cavità della stessa da una congestione poliposa dura e membranacea, la qual prolungavasi con alcune diramate braccia lung'hessa arteria e, ripassato il ventricolo sinistro, rimontava lungo la vena polmonare. Anche la vena cava conteneva una simile congestione che compenetravasi con l'auricola destra e ne dava qualche ramo per il sottoposto ventricolo e per l'arteria pulmonica. [...] Di tutti i fatti qui sopra esposti [...] resterebbe qualche dubbietà nello stabilire se di epoca antica fossero le congestioni polipose e per conseguenza avessero esse impedito o alterato il circolo del sangue, [...] o se la dilatazione aneurismatica osservata ne fosse stata una causa prossima, giacché pochi fisici ammettono una congestione di tal sorta prognerata da lungo tempo. In mezzo a queste disparità d'opinioni rispettabili, che per altro non ci potrebbero far recedere dal giudicare che antichi fossero i polipi per la loro somma tenacità membranacea, io trovo tutta la chiarezza nel rassegnare che la dilatazione abbia a poco a poco cagionato e lo squilibrio nel circolo del sangue per i lobi polmonari e la rimarcata adesione che avrà alcuni vasi otturati o diretti ad angoli differenti col conglutinarsi. In un rapido corso, dopo cibi abbondanti che estendendo il ventricolo, premono l'arteria medesima vizziata, maggior copia si avrà ritenuta di sangue nei polmoni come accade ad ognuno dopo una lauta mensa che per tal causa apportò spesso il pericolo d'apoplezia o di rotture vascolari nel petto, se vizi notabili prima vi fossero costituiti».

L'autopsia eseguita dal protomedico Bongiovanni il 13 maggio 1794 su **Sara**, nubile ebrea sessantacinquenne, è una delle poche che comporta l'esame completo di tutti gli organi. Dopo aver ottenuto a fatica il permesso dalla comunità ebraica, la sezione anatomica fu praticata «sotto un opportuno tetto poco distante dal luogo della destinata inumazione, nel chiuso campo verso la Porta Nuova»²⁹. [...] Estratto il cervello, si andò a strati a strati incidendo la sua sostanza che non mostrava alcuna altra alterazione se non qualche grado di floscezza. [...] Mancando un ragionevole fondamento nel cervello di poter riconoscere la causa immediata della morte [...], si passò a rintracciarla nel torace. Un lobo polmo-

nare alla parte destra corrispondente si offerse, appena levato lo sterno, di color e di naturale grandezza. Non eguale era poi il lobo sinistro che erasi intimamente attaccato alla pleura verso la superior parte [...]. Si era generato in tutto il parenchima un tale indurimento che sembrava di cartilaginosa sostanza. Quello che non con facilità tocca mai osservare fu la forma di questo concrescimento, in cui si dimostrava che tutta la parte cellulosa e perfino la congerie dei vasi e le vescicole aeree si fossero in ossosa materia convertite. Imperciocché distribuita erasi in modo che nella metà circa del lobo determinata si era una cisti almeno di cinque pollici di lunghezza e di due di larghezza, le pareti della quale erano quasi lamine ossose, [...] ché più alla natura dell'osso, o almen della cartilagine, inclinavano di quello che alla petrosa coesione. Di qual materia fosse stata bagnata o piena questa fovea non era cosa facile da congetturarsi. Quello che si vide coll'incisione fu una quantità grande di sangue che ne occupava in buona parte la sua capacità. E siccome con un margine confinava verso l'inserzione di alcuni bronchi polmonari più vicini alla biforcazione della trachea e ai grossi vasi sanguigni che per li polmoni si spargono, così quelli si videro carichi di sangue che fino alle fauci proseguiva, sangue che facilmente dai secondi sarà stato somministrato. Il cuore di questa donna conservava l'ordinaria simmetria e solo diminuita in tutta la sua sostanza era la consueta muscolar resistenza. [...] l'addome fu la terza cavità che per compiere un'accurata sezione si aprì [...]. Il fegato, la milza, i reni, la vescica urinaria, tutti questi organi erano illesi da ogni alterazione. L'utero, avanti di penetrar nel quale le pudenda aveano contrassegnato li caratteri di virginità, era passato ad uno stato morboso. La sua grandezza era minore del solito e al tatto sentivasi durissimo. [...] Le membrane erano divenute sottili e molli, ma nella cavità accoglieva un nucleo di sostanza quasi ossea, almeno per la sua durezza, da cui staccavansi con forza lievissima le predette tonache uterine. Dalle osservazioni fatte [...], si rileva che in molti organi si disposero dalla natura gravissime alterazioni. La cisti, da gran tempo formatasi nella polmonare sostanza, fu certamente quella che più da vicino apportò la morte a questa donna che, per le altre male affezioni, potea ancor prolungare la vita. Avendola ritrovata piena di sangue e avendo osservato che del medesimo ne percolava dalla bocca

insinuandosi per li bronchi, coi quali aperta erasi la comunicazione, si può dedurre che sia avvenuta poco pria di morire una erosione di qualche grosso vaso sanguigno polmonare che vicino vi trapassava, da cui, sgorgando il sangue, l'abbia tolto e deviato dal cuore e diffuso nella fovea ad impedire la respirazione [...]. Le altre viziature nell'utero singolarmente rinvenute, dinotare possono che da lungo tempo questa donna erasi allontanata da un sano ordine di animale economia. Soffriva essa, difatti, una abituale difficoltà di respirare in ogni lieve emozione di corpo e sosteneva da lungo tempo una molestissima tosse: cose tutte che coincidono a quanto nel torace colla sezione trovossi. Non è già nuovo avvenimento che alcuni periti sieno per mali di egual natura e [...] che tanto repentina sia stata la morte di alcuni. Nei cadaveri dei quali ossei indurimenti si videro, pure non si può credere che non consimile siano stati, poichè la povertà della donna avrà impedito di notificar meglio la sua morbosa situazione o, in questo solo si può credere singolare, che la dilatazione della dura cisti e la erosione di qualche vaso grande vicino abbia apportata l'istantanea soffocazione».

Davvero tragica la sorte che toccò al tredicenne **Giovanni Milani**, piffero della Compagnia Psalidi³⁰⁾, deceduto il 4 gennaio 1795 presso l'ospedale. Il dottor Pellegrino Morgante, che lo descrive d'aspetto flemmatico e di costituzione debole, annota che nella trascorsa estate, quando era di stanza al Lido di Venezia, aveva sofferto di "febbri periodiche", patologia che afflisse tutta la Compagnia. «Alcune febbri degenerarono in putride [= gastroenteriti] e 'maliziose' [= maligne], molte delle quali si resero refrattarie ai febrifughi, lasciando delle pertinaci ostruzioni, delle aposteme, delle cachessie». Il ragazzo, curato con lo «specifico inglese³¹⁾ e le pillole destruenti», ebbe diverse recidive. Sul finire dell'autunno la febbre riprese il ritmo quaternario e l'ammalato, pur mantenendo un aspetto soddisfacente, non riusciva a deambulare, non sopportava la luce e «gli occhi, pur non presentando lacrimazione, si dimostravano torbidi». Sospettando una febbre verminosa, il dottor Morgante prescrisse un antielmintico di sperimentata efficacia, che però gli infermieri dimenticarono di somministrare. Giovanni «alle cinque della notte [...] afflitto da dolori lancinanti nell'addome, [...] con tutto il corpo agitato da continui contorcimenti convulsivi [...],

torsione degli occhi, [...], il viso ora sparuto ora purpureo, la respirazione anelante, le feci involontarie sparse nel letto scialbe e gialle, il polso esile e contratto, con tremori negli arti», fu soccorso senza esito con un clistere antielmintico e purgativo. Gli fu quindi somministrato faticosamente per bocca del «mercurio vivo», ma nello spazio di 24 ore il ragazzo spirò. Il 18 marzo fu eseguita la sezione anatomica. «Tagliato il ventricolo non si scorse lesione alcuna. All'imbocatura del piloro trovossi il mercurio trangiottito, soffermato e raccolto per la spasmodica contrazione delle tonache. Nel duodeno si vide della bile slava<ta> e degenerata, nel colon si trovò un vermene del genere de lumbrici della specie de teneti lungo dodici pollici. Passando nell'ileo se ne riscontrò un altro [...], nel resto poi del tubo intestinale se ne osservarono molti altri raggrumati. Le alterazioni prodotte da questi sulle membrane erano l'infiammazione parziale tendente alla gangrena ed una strana restrizione nel luogo che occupavano. Il fegato si mostrò ingrandito ed astretto estendendosi l'ala sinistra alla parte delle coste sinistre, la cistifellea lasciava trapelare la bile liquata d'un giallo carico, la milza era ingrandita quattro volte del suo stato naturale, il pancreas nessun vizio dinotava. Passando al torace, si è veduta un'evasione in cavità di una libbra di siero sanguinolento e tutta la sostanza parenchimatosa del polmone infiammata, con una leggera adesione alla pleura». Il dottor Morgante, lamentando di non avere potuto sezionare il «capo per mancanza di lega anatomica necessaria a ciò», così concludeva la sua disamina partendo sempre da pareri espressi da luminari:

- (a) Secondo l'espressione di Leutaud,] nei giovinetti non si deve aspettare gran serie di sintomi, ché spesso mancano, per porgere loro degli antielmintici.
- (b) Che dietro il sentimento di Morgagni e Leutaud (in *observatione*, 301, 302, parte seconda), avvengono negli organi interni, per il vario consenso o nervoso o vascolare o celluloso, mortali impressioni quando la causa primaria del male risieda in differenti organi, come qui s'è osservato ne' polmoni infiammati per un succedaneo afflusso di sangue, e forse nel cerebro carico di qualche stasi o evasione, se si fosse osservato.
- (c) Lo stato d'ostruzione di cui trovonsi affetti il fegato, la milza e la bile alte-

rata dalla sua naturale consistenza e colore, mostra che abbiano queste viscere sofferti tali morbosi cambiamenti dal veleno periodico. Non ritrovandosi poi nel tubo intestinale alcuna colluvie putrida che servir potesse di fornire sviluppo alli vermini, si può sospettare che il miasma periodico, alterando i succhi biliari o gastrici, sia stata la causa produttrice dei vermini o viceversa.

- (d) Questo caso finalmente può convalidare la solita pratica ed amministrazione medica degli antielmintici nelle febbri putride, maliziose o infiammatorie complicate che si tiene in questo militare ospitale, col di cui mezzo non solo si eviterà che i lombrichi traforino le membrane dell'intestini producendo gangrene insanabili, ma anco si potranno rendere le malattie meno difficili e pericolose».

BIBLIOGRAFIA

- 1) Nei registri dei morti viene segnalata anche la causa del decesso.
- 2) La documentazione pervenutaci è incompleta: in parte distrutta o dispersa per varie calamità, per i trasferimenti causati dagli eventi bellici, danneggiata dall'acqua.
- 3) Esso comprende pure una considerevole corrispondenza in materia sanitaria (non solo umana ma anche veterinaria) con gli uffici omologhi degli altri Stati italiani ed europei.
- 4) Il fondo contiene buste e volumi per un totale (fra quelli inventariati) di 1.028 a partire dall'anno 1471 fino al 1805.
- 5) ASVr, *Ufficio Sanità, Scuola di Anatomia* (1737-1779), b. XLV, c. sciolta, 7 gennaio 1737-
- 6) Il 18 aprile 1795 vi fu richiesta ai Provveditori alla Sanità di Verona, da parte di Zenone Bongiovanni, protomedico, e Gianbattista Del Bene, medico, dei seguenti utensili inservienti alle sezioni anatomiche: una tavola di nogara, un serra teste di ferro acciaiato a vite (con accluso disegno), una baccina da acqua ed un secchio, un iniettario grande e uno piccolo, quattro drappi da mano, quattro manicotti di tela con quattro pettorali, due spugne, quattro drappetti da asciugare i ferri (ASVr, *Ufficio Sanità, Scuola di Anatomia*, b. XLV, anni 1737-1779; il fascicolo contiene richieste di licenze per praticare autopsie, decreti, alcune relazioni di sezioni anatomiche). In detta busta, nel fascicolo denominato *Ricette*, un manoscritto mutilo, rilegato, datato 1594, contiene le regole per la medicazione dei cavalli.
- 7) Tra queste vi sono anche diverse richieste per poter prelevare un cadavere «per osservazioni anatomiche» e trattenere alcune parti di esso e, in particolare del «cranio onde servirsi del grasso». L'usanza terapeutica di estratto di cranio umano era stata abbandonata nel Seicento, ma forse era ritornata in auge. A questa preparazione farmaceutica veniva attribuita una straordinaria efficacia anti epilettica.

- | | | |
|--|--|--|
| <p>8) Questi era il medico principale, un vero e proprio magistrato con l'incarico di tutelare l'esercizio dell'Arte sanitaria. Aveva la funzione — istituita negli Stati italiani verso la prima metà del secolo XVI — di coadiuvare l'Ufficio di Sanità esaminando e approvando i medici, gli speziali, i barbieri (chirurghi salassatori) e le levatrici, prima di ammetterli all'esercizio della professione. Aveva inoltre il compito di controllare le spezierie una volta l'anno assistito da due provveditori, un sottopriore, un regolatore all'Arte degli <i>spezieri</i> (speziere abilitato), un bidello (cancelliere, messo giudiziario). Essi dovevano constatare «sub giuramento de veritate la buona o rea qualità de' capi medicinali che loro saranno esibiti da operare».</p> <p>9) I locali erano contigui, ma non comunicanti, all'abitazione del reverendo Longo che ne era il proprietario (ASVr, <i>Ufficio Sanità</i>, b. XLV, c. sciolta). Diverse sono le richieste di questo tenore fatte ai Provveditori alla Sanità. Le 'camare' per l'incisione dei cadaveri venivano prese a pigione dai medici e studenti di medicina e chirurgia e dagli stessi pagate (ASVr, <i>Ufficio Sanità, Scuola di anatomia</i> (1737-1779), b. XLV, c. sciolta, 7 gennaio 1737).</p> <p>10) ASVr, <i>Ufficio Sanità</i>, b. XLVI. Tutti gli altri referti, se non citati altrimenti, fanno riferimento a questa busta.</p> <p>11) Sicuramente un lassativo.</p> <p>12) Si trattava di una pozione lassativa.</p> <p>13) Empiastro usato contro il vomito i cui ingredienti erano: Mastiche, menta, spodio (secondo alcuni autori si trattava di un carbone artificiale, per altri era lo scarto della lavorazione del rame), coralli rossi, sandalo (legno d'origine orientale) rosso, sandalo bianco, sandalo citrino, una dramma. Al tutto si aggiungeva crosta di pane arrostita e macerata per mezz'ora in due once di aceto bianco. Infine, si</p> | <p>amalgamava il tutto con una oncia di olio di mastiche e di cotogni, farina d'orzo, senza cuocere.</p> <p>14) Acqua di Nocera Umbra, detta anche <i>acqua angelica</i> (bicarbonato calcico?); il tartaro vetriolato, derivante dall'evaporazione delle acque termali, era usato come lassativo.</p> <p>15) I frutti salati di questa pianta tropicale erano usati come purgante. Anche lo sciroppo rosato era un lassativo.</p> <p>16) Marco (1740-1793), fu allievo del padre Giovanni Battista, insieme ai fratelli Nicola, Francesco e la sorella Angela. Artista precoce, fantasioso e geniale, lasciò una grande quantità di disegni e scene di teatro — oggi conservati al Museo di Castelvecchio — mentre le sue opere si possono ammirare nella chiesa dei SS. Nazzaro e Celso di Brescia, in casa Dionisi a Ca' del Lago di Cerea (dove operarono anche i suoi fratelli), in molte chiese di Verona e provincia e in numerosi edifici nobiliari veronesi, tra cui villa Pullè a Chievo. La loggia del Seminario conserva una sua caratteristica decorazione che rappresenta le costellazioni secondo la mitologia. Nel 1764 illustrò una serie di quadretti didattici per la Scuola di Ostetricia di Verona</p> <p>17) Formazioni cistiche, sul piano dell'anatomia normale e patologica.</p> <p>18) Aezio d'Amida, medico bizantino (527-565) i cui trattati furono considerati validi fino al Rinascimento.</p> <p>19) JEAN FERNEL (1497-1558), <i>De abditis rerum causis</i>, Parigi 1548.</p> <p>20) Medico di origine dalmata.</p> <p>21) Antonio Vallisneri, nato nel 1661 a Trasilico (LU), insegnò all'università di Padova dove morì nel 1730. Medico, scienziato, naturalista e biologo, fu autore di importanti testi di anatomia.</p> <p>22) THEOPHILE BONET (1620-1689), <i>Sepulchretum sive anatomia pratica, ex cada-veris morbo denatis, proponens historias</i></p> | <p><i>et hobservationes omnium humani corporis</i>, Ginevra 1679.</p> <p>23) Una libbra veneziana corrispondeva a 12 once, pari a 0333 kg. e si distingueva in <i>libbra sottile</i> e <i>libbra grossa</i>.</p> <p>24) Ora note come "ghiandole di Skene", dal ginecologo scozzese Alexander Johnston Chalmers Skene (1837-1900).</p> <p>25) Dal greco kynanche, "angina del cane", da <i>kyon</i>, "cane" e <i>ancho</i>, "io strangolo".</p> <p>26) SAMUEL AUGUSTE ANDRÉ DAVID TISSOT, <i>Della salute dei letterati e dei convalescenti</i>, Venezia 1768.</p> <p>27) ASVr, <i>Ufficio di Sanità</i>, b. XLV.</p> <p>28) Pillole mercuriali di Plenck: Prendi mercurio purificato, una dramma; mucilaggine di gomma arabica, dramme sei. Unisci a perfetta estinzione del mercurio e aggiungi estratto di cicuta, una dramma. Farai pillole di due grammi l'una. Dose: da quattro a sei pillole (ANTONIO CAMPANA, <i>Farmacopea ferrarese</i>, Torino 1825, p. 307).</p> <p>29) Il cimitero israelitico era situato allora presso la Porta Nuova, dove nel periodo fascista fu costruito l'edificio della GIL (sostituito oggi dal palazzo della Camera di Commercio). In origine, il cimitero ebraico ebbe sede in Campofiore, dal 1599 al 1755; successivamente venne spostato presso la Porta Nuova, dove rimase per un secolo esatto; finalmente, lo si trasferì in Borgo Venezia, dove è tuttora funzionante (cfr. NELLO PAVONCELLO, <i>Gli ebrei in Verona dalle origini al secolo XX</i>, Verona 1960, pp. 84-85).</p> <p>30) Dal nome del comandante Francesco Psalidi, ufficiale dell'artiglieria veneta passato poi alla Scuola militare di Pavia (dal 1805 al 1812).</p> <p>31) Solfato di magnesio, noto anche come "Sale inglese", usato come purgante.</p> <p>32) In piccolissime dosi diluite in soluzione alcolica era usato come lassativo e diuretico di eccellente effetto, ma gravemente lesivo delle cellule dei tuboli renali.</p> |
|--|--|--|

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.

Medico competente in ruolo sanitario alle forze armate: chiarimenti

Il 19 maggio 2011 è stata pubblicata dalla **Direzione generale del dipartimento della tutela delle condizioni di lavoro del Ministero del lavoro e delle politiche sociali**, la circolare a titolo "Medici competenti ex art.38, comma 1, lettera d-bis) D.Lgs. 81/2008", riguardante la figura del **Medico competente proveniente ed esercitante nelle Forze armate**. Requisiti professionali ed esperienza destinati all'esercizio di tale mansione e all'iscrizione all'albo dei medici destinati alla **Radioprotezione**, alla **sorveglianza sanitaria** dei lavoratori esposti.

Punto del **Testo unico della sicurezza sul lavoro** citato, spiegato e richiamato è l'Art. 38, modificato e aggiornato dal **D.Lgs. n. 106/2009** nel

comma 1, lettera d-bis che testualmente riferisce:

"Per svolgere le funzioni di medico competente è necessario possedere uno dei seguenti titoli o requisiti: [...] con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze Armate, compresa l'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza, svolgimento di attività di medico nel settore del lavoro per almeno **quattro anni**".

Con la circolare si specifica quindi che gli stessi "**ove non in possesso dei titoli e dei requisiti richiesti** dalla normativa di riferimento generale, **non possono essere ammessi a sostenere gli esami di abilitazione** per l'iscrizione nell'elenco nominativo dei medici autorizzati alla radioprote-

zione". Non possono esercitare quindi il ruolo di Medico Competente se non in possesso di requisiti necessari alla sorveglianza sanitaria.

L'intento del legislatore è stato quello di chiarire ogni aspetto che avrebbe potuto far ipotizzare regimi differenti e particolari, si è inteso confermare quindi che l'aggiornamento della normativa non va a configurare un regime diversificato per la suddetta categoria di medici appartenenti alle Forze Armate e alla Polizia di Stato. Questi, se non in possesso di titoli e requisiti richiesti per legge non possono accedere all'esame di ammissione all'elenco dei **medici abilitati a prestare sorveglianza sanitaria**.

GELMINO TOSI

Elenchi dei medici competenti

Questa Federazione ha verificato che qualche Ordine provinciale inserisce negli elenchi provinciali dei medici competenti i c.d. medici addetti alla vigilanza.

Orbene l'art. 39, comma 3, del D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e integrazioni prevede che "**Il dipendente di una struttura pubblica, assegnato agli uffici che svolgono attività di vigilanza, non può prestare ad alcun titolo e in alcuna parte del territorio nazionale attività di medico competente**".

Il Ministero della Salute – Ufficio II Direzione generale della prevenzione sanitaria - sentito dalla FNOMCeO sulla fattispecie indicata in oggetto, ha chiarito che, restando esclusa la possibilità per tutti i medici assegnati ad Uffici che svolgono attività di vigilanza, nell'ambito disciplinato dal D.Lgs. 81/2008, di poter svolgere una attività di medico competente ad "alcun titolo e in alcuna parte del territorio nazionale", **conseguentemente gli stessi non hanno motivo di far parte degli iscritti negli elenchi**

nazionali (o anche provinciali) dei medici competenti in esercizio, per i quali vige l'obbligo di comunicazione, di cui all'art. 25, comma 1, lett. n) del D.Lgs. 81/2008, del possesso dei titoli e requisiti previsti per l'iscrizione nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute.

Pertanto, stante quanto suesposto, gli Ordini provinciali, nell'ambito delle proprie attribuzioni e al fine di svolgere correttamente la propria funzione di certificazione, accertato lo stato di incompatibilità di cui all'art. 39, comma 3, del D.Lgs. 81/08 sopraccitato, dovranno disporre la cancellazione con delibera approvata dal Consiglio direttivo dei medici addetti alla vigilanza eventualmente inseriti negli elenchi provinciali dei medici competenti.

IL PRESIDENTE
AMEDEO BIANCO

Registro Italiano dei Medici, decisione Antitrust n. 22510/2011

In riferimento alla questione concernente il Registro Italiano dei Medici comuniciamo che l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, con provvedimento n. 22510 pubblicato sul Bollettino n. 24 del 4 luglio 2011 disponibile sul sito dell'Autorità stessa e che ad ogni buon fine alleghiamo, ha stabilito che il messaggio pubblicitario diffuso dalla società, denominata United Directories Lda, costituisce pubblicità ingannevole illecita ai sensi

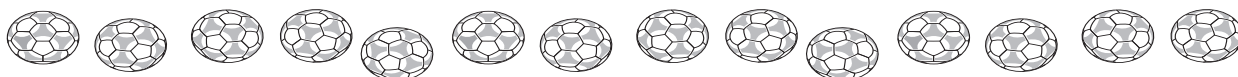
degli artt. 1, 2 e 3 del D.Lgs. 2 agosto 2007, n. 145, vietandone l'ulteriore diffusione ed irrogando alla stessa la sanzione amministrativa pecuniaria di euro 100.000.

La decisione dell'Antitrust conferma la posizione assunta sin dall'inizio dalla Federazione in merito alla ingannevolezza di tale iniziativa pubblicitaria. Alla luce di quanto detto e in considerazione del fatto che continuano a pervenire giornalmente segnalazioni

da parte dei singoli medici che continuano a ricevere richieste sempre più esose di pagamento, invitiamo tutti gli Ordini a pubblicare la notizia e a dare tempestiva informazione ai propri iscritti.

La Federazione provvederà a pubblicare la decisione dell'Antitrust sul portale

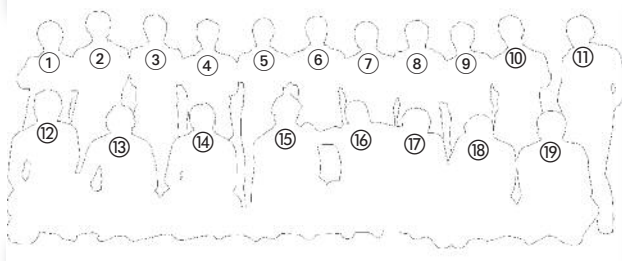
IL PRESIDENTE
AMEDEO BIANCO



Aiutateci ad identificarli

Una vecchia foto, finita tra le tante in un cassetto.

Si riferisce ad una partita di calcio di tanti anni fa tra una rappresentanza dei medici veronesi e una selezione di giornalisti romani. Alcuni volti sono ancora nella memoria dei protagonisti, qualche altro no. Chi può ci aiuti a identificarli.



LEGENDA

- | | |
|---------------------|--------------------|
| ① Luigi Perbellini | ⑩ Lucio Malavolta |
| ② Franco Alberton | ⑪ Zambotti |
| ③ G. Paolo Tognetti | ⑫ ?????????????? |
| ④ ?????????????? | ⑬ Silvano Pedron |
| ⑤ Giaretta I | ⑭ Pino Costa |
| ⑥ Giaretta II | ⑮ Arturo Tamburino |
| ⑦ Perbellini | ⑯ Dobrilla Giorgio |
| ⑧ Paolo Buffatti | ⑰ ?????????????? |
| ⑨ ?????????????? | ⑱ Umberto Tellini |
| | ⑲ ?????????????? |

ENPAM: il Presidente di Latina propone il dimezzamento delle indennità

Viene dal Presidente di Latina., il Dott. Giovanni Maria Righetti, l'ultima notizia sull'ENPAM.

In una lettera datata 21 giugno 2011 ed inviata a tutti i Presidenti di Ordine d'Italia, il Dott. Righetti annuncia che al prossimo Consiglio Nazionale ENPAM proporrà "di ridurre del 50% le indennità di carica, i gettoni di presenza e ogni altro emolumento connesso alle spese per il funziona-

mento degli organi collegiali della Fondazione e delle strutture gestionali del patrimonio di proprietà dell'Ente". Nel trasmettere una tabella riassuntiva dei costi sostenuti dall'ENPAM negli anni 2007-2008 e 2009 per tali indennità, informa che proporrà di "destinare la metà dell'ammontare del risparmio conseguito" (attraverso appunto il dimezzamento delle indennità) "alla riduzione della quota

annuale a carico dei giovani medici" e l'altra metà "all'incremento dei contributi di solidarietà ai medici anziani in difficoltà".

Riportiamo di seguito le tabelle trasmesse e che il Dott. Righetti ha ricavato dal "controllo eseguito sulla gestione finanziaria della Fondazione ENPAM" da parte della Corte dei Conti e pubblicato a pagina 6 nella Determinazione n.24/2011.

Tav. 1 - INDENNITÀ DI CARICA

(euro)

	2007	2008	2009
Presidente	117.000	117.000	117.000
Vice presidente vicario	78.000	78.000	78.000
Vice presidente	63.000	63.000	63.000
Consigliere di amministrazione	31.200	31.200	31.200
Presidente collegio sindacale	39.000	39.000	39.000
Componente collegio sindacale	31.200	31.200	31.200
Presidente supplente del collegio sindacale	10.800	10.800	10.800
Componenti suppl. collegio sindacale	8.400	8.400	8.400
Compensi accessori			
Gettone di presenza	600	600	600

Le due tabelle successive espongono, rispettivamente, il numero delle riunioni tenute dagli organi collegiali e la spesa complessiva sostenuta nel biennio in esame.

Tav. 2 - RIUNIONI ORGANI COLLEGIALI

	2007	2008	2009
Consiglio Nazionale	2	2	2
Consiglio di amministrazione	13	19	14
Comitato esecutivo	8	10	11
Comitati consultivi dei fondi	6	5	10
Collegio sindacale	21	25	24
Commissioni varie	16	15	23

Tav. 3 - SPESA PER GLI ORGANI

(euro)

	2007	2008	2009
Compensi e gettoni di presenza al Presid. ed ai vice Presidenti	488.400	529.050	527.400
Compensi e gettoni di presenza al Collegio sindacale	554.865	587.858	649.972
Compensi e gettoni di presenza ai membri di organi collegiali	1.964.835	2.079.658	2.230.710
Spese di viaggio e trasferta ai membri di organi collegiali	785.562	821.045	749.204
TOTALE	3.793.663	4.017.612	4.157.286



Incarichi nelle Case di Riposo: attenzione ai rinnovi! La normativa in vigore espone a rischi

Il giudice Antonio Matano del Tribunale del Lavoro di Verona con sentenza emessa in data 01.07.2011 ha respinto i ricorsi di due MMG operanti in due Case di Riposo, che con atto effettuato senza preavviso e senza motivazioni, erano stati sospesi dal loro incarico e immediatamente sostituiti. I Medici chiedevano il reintegro e il risarcimento per il mancato guadagno motivando la richiesta con il mancato rispetto delle procedure previste dagli AIR per gli incarichi e le revoche.

Il provvedimento del Direttore Generale è avvenuto dopo 14 mesi dalla scadenza del contratto, mentre, i due medici continuavano a prestare servizio in casa di Riposo nelle more del rinnovo, come tutti gli altri medici incaricati dell'ULSS. Nel cambio della Direzione Generale dell'ULSS si era verificato un ritardo nel rinnovo di tutti i contratti di assistenza in Casa di Riposo.

I medici motivavano il ricorso sottolineando il mancato rispetto delle procedure previste dagli AIR in quanto non era stato acquisito il parere delle Direzioni delle Case di Riposo, non erano segnalati rilievi nel merito dell'assistenza, e il provvedimento del DG era avvenuto senza nessuna preliminare convocazione o preavviso ai MMG, con una semplice lettera raccomandata che ingiungeva la cessazione del servizio entro pochi giorni.

La motivazione del rigetto del ricorso secondo il giudice sta nel fatto che gli AIR e i contratti stipulati non prevedono esplicitamente il tacito rinnovo dell'incarico alla scadenza del contratto. Nel dispositivo viene richiamato l'Accordo Regionale di cui alla

DGR 3921 del 30.12.2002, e l'AIR del 2005, che prevede che "nelle more delle procedure di conferimento degli incarichi, cui le Aziende provvederanno secondo i criteri sopra descritti, i medici già incaricati potranno operare fino all'individuazione dei nuovi titolari dell'incarico" e l'art. 7 del contratto attualmente in uso che prevede che alla scadenza "il rapporto potrà essere rinnovato secondo le procedure previste nel relativo vigente accordo regionale". Il giudice, ribadendo che non è previsto il rinnovo tacito "nega l'esistenza del presupposto logico-giuridico" dei ricorsi e stabilisce che "in nessun modo è possibile affermare che la protrazione dell'incarico oltre la scadenza, abbia integrato un comportamento delle parti idoneo a far presumere la volontà comune di rinnovare tacitamente l'incarico, l'ipotesi peraltro vietata dai contratti (art. 7 cit.). Semplicemente si è trattato di un effetto naturale previsto dagli stessi contratti". Inoltre sancisce che "eventuali irregolarità della procedura di conferimento dell'incarico sono irrilevanti nel caso di specie".

La FIMMG dell'ULSS, prima delle valutazioni degli aspetti giuridici della sentenza stigmatizzata il comportamento dell'azienda che, per le modalità con cui ha risolto gli incarichi, ha leso la professionalità dei medici che pur avevano continuato a garantire assistenza regolare per 14 mesi, assumendosi tutti gli oneri e i rischi, incrinando il rapporto di collaborazione e di serenità che comporta il lavoro nelle residenze protette.

La sentenza peraltro richiede una particolare attenzione per tutti i MMG incaricati di servizio nelle Case di

Riposo che alla scadenza del contratto, in assenza di rinnovo, se proseguono l'assistenza, potrebbero trovarsi esposti a rischi di vario tipo (deontologico, legale, assicurativo...) senza idonee garanzie.

La vicenda richiede un approfondimento dei termini giuridici. È in valutazione da parte del sindacato l'eventuale ricorso ai gradi superiori di giudizio. È opportuno inoltre una iniziativa per la revisione degli accordi regionali che disciplinano la materia.

IL FIDUCIARIO FIMMG DELL'ULSS 22
GUGLIELMO FRAPPORTI

SPECIALIZZANDI ED INDENNITÀ DI RISCHIO RADIOLOGICO

La sentenza del Tribunale di Palermo, che accoglieva la domanda dei medici in formazione specialistica del riconoscimento dell'indennità mensile di rischio radiologico e del congedo biologico, previsto per il personale esposto a rischio di radiazioni ionizzanti, era stata poi ribaltata in sede di appello, dove la domanda era stata accolta.

La Corte di Cassazione, con recente decisione, ha accolto il ricorso dell'Università di Palermo che sostiene che la posizione del personale, per obblighi professionali esposto a radiazioni ionizzanti, non è assimilabile a coloro i quali, nello svolgimento del tirocinio pratico, possono in qualche misura essere chiamati a prestare la propria attività in ambienti a rischio.

Per gli specializzandi quindi niente indennità.

S.O.S. – Sostituzioni

**Chi è interessato alle sostituzioni è pregato di compilare e spedire l'apposito tagliando (vedi pag. 51).
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
AGRESTI LUIGI	Via G. Trezza	Verona	NO	340 4069008	
AMANTEA CAMILLA		Verona	NO	340 8493077	
ANNECA ROSANNA	Via Oslavia 11	Legnago	NO	335 1928285	
ARMANI SERENA		Buttapietra	NO	347 1371202	
ARZENTON MARIANNA	Via Pozzotto 3	Bevilacqua	NO	348 7075297	
BAMBACE CLARA			NO	348 7625192	
BAR MARIANA	Via Don Sturzo 5/B	Negrar	NO	338 7925720	045 7500193
BARAC ALA	Via Gen. Dall'ora 54	Monzambano	NO	340 0699282	
BASCHIROTTI CINZIA	Via Torrente Vecchio 5/A	Verona	NO	349 1258067	045 916357
BAZZUCCO GIGLIOLA	Via Ariosto 13	Castel d'Azzano	NO	349 7837584	
BENEDETTI BEATRICE	Via Pieve Di Cadore	Verona	NO	045 915767	
BERGAMINI CORINNA	Via Rosmini 7	Verona	NO	347 2111574	
BIONDANI TATIANA	Via Paglia 7	Verona	NO	347 0875231	
BISCARDO CARLO ALBERTO	Via Del Bersagliere 14	Verona	NO	347 2314109	
BONANI ANNA	Str. De Pont Arif 1	Moena	NO	328 823037	
BONGIOVANNI GIULIO	Via Bengasi 7	Verona	NO	340 3624720	
BRISTOT CATERINA	Via Ognissanti 4	Verona	NO	349 5344121	
BUSCEMI LAURA	Via Chioda 115	Verona	NO	340 3492111	
BUZZI ELEONORA		Povegliano V.se	NO	380 1759564	
CAPONE FILOMENA			NO	340 5389117	
CASAROTTO SERENA			NO	347 6807374	
CASTELLINI MAURIZIO	Piazza Marconi 6	Sommacampagna	NO	347 2229569	
CATTAZZO ELENA		Cazzano di Tramigna	NO	346 7666549	
CAVALIERI VALENTINA	Via Boschi	Povegliano (Vr)	NO	045 7970790	328 6957047
CERAVOLO ROSSANA	Via Polesine 65	Verona	NO	338 3641543	
CHEMELLO FRANCESCA	Via Toscanini 19	Schio	NO	328 1750499	
COATI IRENE		Violarne di Dolcè	NO	340 1733199	045 7731244
COGHI ALESSANDRA	Via Oberdan 14	Castel d'Azzano	NO	347 4029759	
COLOMBAROLI ELENA	Via Camalavicina 31	Valeggio s/M	NO	340 2391194	045 7902445
COSTANZI SILVIA		Verona	NO	346 5736917	
CUBRANIC KORACA ZELJKICA		Pastrengo	NO	347 3487487	
CUSUMANO CATERINA	Via Spina 16	Verona	NO	045 2020845	239 7145001
DALLE VEDOVE FRANCESCO		Villafranca di Verona	NO	349 4589495	
DANCHIELLI CARLOTTA PAOLA		Vicenza	NO	0444 922789	349 0084078
DELL'ANTONIO ALESSANDRA		Trento	NO		3403482360
DI GAETA GIUSEPPE	Via Adria 3	Verona	NO	338 1007117	
DI LEO ERNESTO	Via Lanaroli 35	Verona	NO	349 1058696	
EPURE MIHAELA CRISTINA	Via B. Montanari	Verona	NO	392 7509915	392 8270825
FAINELLI GIULIA	Via Gardesana dell'Acqua, 31	Bardolino	NO	347 8921208	
FERRARA GIADA		Verona	NO		3472136164
FILIPPINI GIULIA	Via Roma	Gazzo Veronese	NO		339 2505919
FORIERI ELISA	Via ruffo 11	Verona	NO	340 8742930	045 520191
GABALDO MONIA	Via Della Speranza 38	Villafranca	SI	347 1649233	045 6302944
GEREMIA GIULIA	Lungadige Cangrande 6	Verona	NO	348 5253592	
GEREMIA GIULIA			NO	348 5253592	
GIANNELLI FRANCESCA	Via Centro 22	Verona	NO	338 3625647	
GIORDANO MARIA VITTORIA	Via Anzani 11	Verona	NO	349 8645500	
GIUSTOZZI GLORIA	Via Santi 2	Caldiero	NO	333 3147739	
GOJINETCHI VASILE	Via Mantova 59	Peschiera d/G	NO	328 8020358	
GUARDALBEN EMANUELE		Bussolengo	NO	347 9420737	
GUARDINI NADIA	Via Gela 31	Verona	SI	045 566969	349 2325336
HABASH ELIAS	Via Praissola 18	San Bonifacio	NO	339 4573366	
HAYEK ABDALLAH			NO	348 5763324	
HAZIZOLLI DRITJON		Verona	NO	349 4361506	
HIJAZI QUITAIBA	Via Giordano Bruno 26/4	Verona	NO	328 7735031	
IHNATAVA TATSJANA	Vicolo Santa Cecilia	Verona	NO	327 7448096	
INDOLINO MARIA	Via Adria 11	Verona	NO	333 7045943	
INZALACO GIULIA	Via Cesiole 20	Verona	NO	320 0208129	045 8344245
KALOUT KAMEL	Corso Milano 136	Verona	NO	347 6724694	
LAVORGNA BARBARA	Via Favretto 16	Verona	NO	329 4239871	
LULLI CHIARA	Via Maroncelli 12	Verona	NO	328 0240410	
MALFERMONI GIULIO	Via S. Da Polenta 4	Verona	NO	340 5394964	
MANCUSO MICHELA	Via Adria 3	Verona	NO	392 1668363	
MANTOVANI ELENA	Via Cherso 65	Verona	NO	347 6972730	
MARANGONI ERICA	Via Marsala 81/a	Verona	NO	045 8348055	333 6013613
MARCOLINI LISA	Via Brigata Savoia 1	Verona	NO	347 7336779	
MARCONI VALERIA	Via San Matteo	Soave	NO	349 1857154	
MASSAGRANDE NICA	Via 24 Maggio 73	S. Giovanni Lupatoto	NO	045 549869	347 9644976
MASSARUTTO ALESSIA	Via Aldo Moro 1/a	Sommacampagna	SI	328 2660746	
MENEGHINI VALENTINA	Via XIII Maggio 1	Arcole	NO	348 7647901	
MESSINA OLIMPIA	Via Sant'Angela Merici 4	Verona	NO		320 8816205
MICHELETTI NICOLA	Via Saval 19	Verona	NO	3480625422	
MINERVA GIORGIO	Via Zattoni 56	Verona	NO	347 0487352	
MINGOLLA LUCIA	Via Giorgione 2	Verona	NO	045 2224406	346 3131450
MOLIBARI ALBERTO	Via Orazi 1	verona	NO	347 1526814	045 7810780

GIOVANI E PROFESSIONI

Cognome - Nome	Via	Località	Dipl. formaz. M.G.	Telefono 1	Telefono 2
MUSETTI PAOLA	Via Sicilia 12/b	Verona	NO	338 1339033	
NIENSTED RICHARD			NO	3297422678	
NUZZO TERESITA		Domegliara	NO	340 8020582	
OBINU LUCA			NO	346 0237386	
OTTOBONI MANUELA		Peschiera d/G	NO	340 4811841	
PARISI GRAZIELLA	Via J. Kennedy 60	Zevio	NO	347 5856766	
PASETTO TRYSA	Via Roveggia 27/a	Verona	NO	339 7286242	
PASINI ALBERTO	Via Mattaranetta 10	Verona	NO	328 8832413	
PASQUALETTO CRISTIANA		Verona	NO	328 0393800	
PASQUALETTO CRISTIANA	Via Ravenna 13	Verona	NO	328 0393800	
PASSARIN OLGA	Strada Peschiera 15	Verona	NO	349 2367156	
PAVANELLO LAURA	Via B. Giuliani	Verona	NO	348 7708480	
PELLEGRINI NADIA	Via Vilmezzano 62	Caprino V.se	NO	349 5202798	
PELLONE ANTONIETTA	Via Franchetti 4	Verona	NO	347 1749664	
PERON SILVIA	Via L. Einaudi 1/a	Monteforte d'Alpone	NO	340 0631022	
PISONI NICOLA	Via Scrimiani, 31	Verona	NO	392 9793035	340 1588910
PIAZZI UMBERTO FILIPPO GIULIO		Villafranca di Verona	NO	349 3504274	
PIGHI ANDREA	Strada per Montecchio 6	Verona	NO	340 0671750	045 918550
POUR ESMAELIAN MONIREH	Via Mazzini 35	Caprino V.se	NO	334 2007690	045 6230887
PRANDO SILVIA	Viale Europa 5	Vigasio	NO	349 1880958	
PROSPERO ELISA	Via Milano 40	Peschiera d/G	NO	328 3097609	
RAMA ROMANA	Lega Veronese 8	Verona	NO	320 1896140	
RAPAGNANI PAOLA			NO	349 1202236	
RIGATELLI ALBERTO	Via F. Cilea 7	Legnago	NO	347 9764278	0442 23924
ROSSATO RICCARDO FRANCESCO	Via A. Vespucci 35	Sanguinetto	NO	0442 365273	349 2961114
ROSSI ANDREA	Via Teatro Vecchio 12	Mantova	NO	393 3305881	037 6224114
ROSSI MARIANNA	Via G. Vincenti 10	Verona	NO	340 6763709	
RUTA ELENA	Via Del Doatore 12	Albaredo d'Adige	NO	347 2597635	
SABBAGH LARA		Verona	NO	335 6575282	393 4167295
SABBAGH DANIA	Via Imola 12	Verona	NO	340 7774501	
SANNINO ANNA	Via Muro Padri 24	Verona	NO	338 8304440	
SANSOTTA NAIRE	Via S. Angela Merici 4	Verona	NO	329 7158223	
SARTORI VALENTINA	Via L. Da Quinto 111	Verona	SI	340 6235787	
SCARPERI ANNA	Via Quattro Novembre 11	Verona	SI	328 4840238	045 835227
SCHINELLA STEFANO		Verona	NO	045 918428	340 3434528
SCRINZI GIULIA	Via Nicola Mazza 75	Verona	NO	340 6024850	
SHOKA ZAHİ	Via Imola 2	Verona	NO	347 2313146	333 2384260
SONKOUÉ HOMÈRE	Via Campetti 20	Caldiero	NO	347 8207893	
SORLETO MICHELE	Via Bellette 16	San Giovanni Lup.	NO	347 8937362	
SPATOLA LEONARDO	Via A. Mocenigo 2	Verona	NO	340 4143371	
SPOLADORE CRISTINA	Via G. Verdi 168/b	Minerbe (Vr)	NO	0442 640823	347 9008048
SPOLADORE ILARIA	Via G. Verdi 168/b	Minerbe (Vr)	NO	0442 640823	347 9007880
STAGNOLI CLAUDIA		Verona	NO	340 3061639	
STANCARI LORENZO	Via Campagnazza 11/b	Marmirolo (Mn)	NO	349 8328416	
STEFANI AMBRA		S. Pietro di Morubio	NO	380 4154933	
STUMPO MARIO FRANCESCO	Via C. Angiolieri 18	Castel d'Azzano	SI	333 4890436	
SURANO MARIA GRAZIA	Via Martini 2	Verona	NO	349 1949826	
TEZZA GIOVANNA		Stallavena	NO	340 6687216	
TEZZA GIOVANNA		Verona	NO	340 6687216	
TOFFANELLO GIULIA	Via M. Ortigara 9/a	Verona	NO	347 7161347	
TOMELLERI SILVIA	Via Nogare 10	Dossobuono	NO	045 516494	329 4048413
TORNIERO CLAUDIA	Via Dei Grolli 14	Verona	NO	333 8010289	
TRESPIDI CARLOTTA		Verona	NO	340 2627979	
TURATI MARIA GRAZIA	Via Matteotti 8/9	S. Maria di Zevio	NO	335 6302775	
TURCO CAMILLA	Via Cesiole 18	Verona	NO	045 918321	347 5156098
ULERI STEFANO	Via Olmo 8	Vigasio	NO	335 7440613	
VERNA ANNAMARIA	Via Castello 12/a	Castel d'Azzano	SI	347 7861608	328 9067502
VOLPE GIUSEPPE	Via Murano 43	Roana (VI)	NO	335 6763374	
WEYNE MAGNUS FERNANDA		Verona	NO	045 8166039	346 9489862
ZAMPIERI ELISA	Via Tombeio 12/a	Grezzana	NO	045 980198	340 3739880
ZANGHI SALVATORE			NO	340 4173550	
ZARDINI DANIELA	Via S Sofia 5	San Pietro Incariano	SI	045 6801986	340 2865879
ZATTERA MASSIMILIANO	Via Valpantena 92/c	Verona	SI	348 0617360	045 8701245
ZECCHINI MONICA		Caprino V.se	NO	349 4308917	
ZENORINI ANDREA	Via Siedice 21	Pescantina	NO	340 6031137	340 9768134
ZIVELONGHI CAMILLA		Bussolengo	NO	349 6701248	
ZOCCARATO ANTONELLA	Via S. Giovanni 1	Legnago	NO	339 8714514	0442 629280
ZONZIN CRISTINA	Via Mantova 3	Bonavigo	NO	349 2984405	

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN PEDIATRIA

Cognome - Nome	Via	Località	Telefono 1	Telefono 2
AGRESTI LUIGI	Via G. Trezza 36/a	Verona	340 4069008	
AKASHEH GEORGE	Via del Capitol 13/b	Verona	045 526846	340 0910058
ANDREOTTI GIANCARLO	Via Calcirelli 3	Verona	348 2932506	
BARAC ALA	Via Gen. Dall'ora 54	Monzambano	340 0699282	
DEPLANO EMANUELA		Verona	338 9979145	
FABBRICI ROMINA		Verona	338 5959949	
HABASH ELIAS	Via Praissola 18	San Bonifacio	339 4573366	
KALOUT KAMEL	Corso Milano 136	Verona	347 6724694	
PASQUINI ANNA	Via C. Cadrega	Verona	349 7288070	
PJESHKA MYRVETE	Viale Spolverini 112	Verona	338 4174551	
POUR ESMAELIAN MONIREH	Via Mazzini 35	Caprino V.se	045 6230887	334 2007690
RIGOTTI ERICA	Via V. De gama 1	Negrar	347 9097447	
SHOKA ZAHİ	Via Imola 2	Verona	347 2313146	333 2384260
STUMPO MARIO FRANCESCO	Via C. Angiolieri 18	Castel d'Azzano	333 4890436	
ULMI DANIELA	Via A. Vivaldi 7	Tregnago	340 2335107	
VERNA ANNAMARIA	Via Castello 12/a	Castel d'Azzano	347 7861608	328 9067502
VOLPE GIUSEPPE	Via Murano 43	Roana (vi)	335 6763374	

Chi cerca... trova

Preghiamo chi è interessato a compilare il modulo che si trova a pag. 31 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".

CERCO Odontoiatra per collaborazione o assunzione direzione sanitaria in ambulatorio odontoiatrico a Verona.
Tel. 335 433375
Tessera Ordine Vicenza n. 489

Studio dentistico CERCA assistente tempo pieno o part-time.
Tel. 045 575859
Tessera Ordine n. 3297

VENDO a San Bonifacio (centro), in contesto signorile, due ambulatori al piano terra con ingresso diretto e sala d'attesa indipendenti, di circa 60 mq. ciascuno.
Tel. 045 6103416 - 338 8850554
Tessera Ordine n. 5456

OFFRO collaborazione in conservativa endodonzia e protesi. Esperienza pluriennale.
Tel. 349 5510668
Tessera Ordine n. 707

VENDO chitarra classica Gran Concerto Yamaha GC41 (ottimo stato) anno 2008.
Tel. 347 0306001
Tessera Ordine n. 02748

Medico chirurgo odontoiatra con ventennale esperienza, VALUTA proposte di collaborazione in conservativa, endodonzia, protesi fissa e mobile e piccola chirurgia. Disponibile anche ad assumere incarico di direzione sanitaria presso studi dentistici zona Verona e provincia. Si richiede e si offre massima serietà.
Tel. 349 5474991

AFFITTASI a colleghi odontoiatri, unità operativa con disponibilità di servizio assistenza alla poltrona e segreteria in un nuovo studio di Verona città. Lo studio è composto da varie unità odontoiatriche ed una sala chirurgica, in dotazione posti auto riservati ai pazienti.
Tel. 339 8171273
Tessera Ordine n. 01223

VENDESI appartamento di mq. 120, ultimo piano zona Valverde, panoramico, luminoso, recentemente ristrutturato integralmente con finiture di alto livello. due camere, due bagni, ampia zona giorno, doppio posto auto coperto nel piano interrato dello stabile.
Tel. 339 8171273
Tessera Ordine n. 01223

AFFITTO monolocale arredato a Milano in pieno centro.
Tel. 045 7513347 - 333 2115075
Tessera Ordine n. 7741

AFFITTASI ad odontoiatra con clientela propria, integralmente o parzialmente, studio odontoiatrico in Verona nei pressi del centro storico in orario pomeridiano. Autorizzazione alla struttura, 4 riuniti di cui 3 nuovi, sterilizzazione, locale tecnico, reception, sala d'attesa, 2 bagni, radiografico digitale, ecc., escluso materiale di consumo. Possibilità di collaborazione.
e-mail: ambulatori123@libero.it
Tessera Ordine n. 5104

Ambulatorio odontoiatrico zona Golsine, AFFITTA all'interno della propria struttura studio medico arredato di scrivania, lettino e bilancia medica.
Tel. 335 433375
Tessera Albo Odontoiatri Vicenza n. 00489

AFFITTASI a medico specialista o paramedico, ambulatorio arredato in studio medico appena ristrutturato con sala d'aspetto comune, vicinissimo ospedale B.go Roma, facilità di parcheggio, ben servito dai mezzi pubblici.
Tel. 347 1855492
Tessera Ordine n. 7472

VENDESI in zona Quinzano, casa indipendente di 200 mq. su due livelli costituita da: zona giorno open space, camera matrimoniale con cabina armadio e bagno padronale, due camere singole, due bagni finestrati e piccola taverna. Completano garage con soppalco. Da vedere!
Tel. 347 3157874 - 348 8540669
Tessera Ordine n. 5746

VENDO lampada sbiancante su statilo light cure unit joudent, perfetta, documentata.
Tel. 045 8034688 - 348 5112586
Tessera Albo Odontoiatri Verona n. 694

OFFRO collaborazione in endodonzia e conservativa. Serietà e continuità.
Tel. 045 527264
Tessera Ordine n. 7006

CERCO Odontoiatra con esperienza in conservativa e protesi fissa.
Tel. 045 6301674
Tessera Ordine n. 3330

Medico Chirurgo Odontoiatra, esperienza ventennale, CERCA, causa trasferimento, collaborazione presso studio dentistico privato o altra struttura.
Tel. 333 4698910

AFFITTO casa con possibilità di realizzare poliambulatori con n. 5 stanze, n. 2 bagni, tot. 174 mq. Inoltre possibilità di realizzare palestra per riabilitazione o sale radiologiche nel semi-interrato n. 5 stanze, n. 1 bagno, garage, tot. 230 mq. Zona borgo roma, Via Palazzina nella stessa struttura degli uffici postali. Davanti grande parcheggio, fermata autobus.
Per contatto tel. 328 7259300 oppure 045 508276
Tessera Ordine n. 5214

AFFITTASI a medico specialista ambulatorio arredato in Legnago centro.
Tel. 333 5953263
Tessera Ordine n. 5786

OFFRO studio dentistico in affitto a Villafranca, zona centrale, parzialmente arredato, già autorizzato.
Tel. 348 7494706
Tessera Ordine Odontoiatri n. 667

VENDESI studio medico, zona Ponte Crencano, di 60 mq, al piano terra, composto da: sala d'attesa, studio medico, studio segreteria, bagno, ripostiglio.
Tel. 348 3072699 ore serali-no intermediari
Tessera Ordine n. 4955

CERCASI ginecologo/a per studio associato medici di base. Bacino di utenza 6000 persone. Ottime possibilità lavorative.
Tel. 045 7971664 - 338 8035736
Tessera Ordine n. 4709

In poliambulatorio a Borgo Trieste, possibilità di INSERIRE collega specialista o paramedico.
Tel. 3400910058
Tessera Ordine n. 2258

Specializzando in Ortognatodonzia **OFFRE** collaborazione in ortodonzia e gnatologia e al bisogno in endodonzia, restaurativa, chirurgia estrattiva e protesi.

Tel. 328 3197382
e-mail: unn1908@libero.it

AFFITTO appartamento in p.le Cadorna, semiarredato di 90 m2 circa, primo piano con ascensore, composto di cucina, sala, due camere, due bagni, balconcino, cantina.

Tel. 347 2109406
e-mail: serolod@alice.it
Tessera Ordine n. 03704

In villa con parco secolare zona Boscochiesanuova **AFFITTANSI** appartamenti per i mesi estivi, 3 e 4 posti letto.

Tel. 340 4615758
Tessera Ordine n. 4058

VENDO studio dentistico, zona lago di Garda sud, 80 mq., a norma di legge, composto di reception, sala d'attesa, 2 studi con 2 unità KAVO, RX panoramica digitale, sterilizzazione e bagno, completamente attrezzato e arredato, con cantina e garage grande.

Tel. 340 0888399
Fax 045 7238500
Tessera Ordine n. 872

In villa con parco secolare zona Boscochiesanuova **AFFITTANSI** appartamenti per i mesi estivi, 3 e 4 posti letto.

Tel. 340 4615758
Tessera Ordine n. 4058

Odontoiatra con esperienza **OFFRO** collaborazione in conservativa, endodonzia, protesi, chirurgia.

Tel. 349 3694209
Tessera Ordine n. 6662

VENDESI in zona S. Lucia appartamento ristrutturato, al terzo piano con ascensore. Costituito da: zona giorno open space, due camere matrimoniali, bagno, due balconi, completo di cantina e garage

Tel. 347 3021273 - 349 1943701
Tessera Ordine n. 6344

OFFRO collaborazione in pedodonzia per contatti mandare una e-mail a: pedodonzista@gmail.com

Odontoiatra con decennale esperienza **OFFRE** la propria collaborazione a studi dentistici in Verona e provincia.

Tel. 349 3694209
Tessera Ordine n. 6662

OFFRO multiproprietà inserita in circuito RCI. Prezzo molto interessante.

Tel. 333 2115075
Tessera Ordine n. 7741

AFFITTASI locale uso studio medico, piano terra con sala d'attesa, bagno, parcheggio. No spese condominiali.

Tel. 340 4103315
Tessera Ordine n. 7578

AFFITTO appartamento in palazzo antico in centro storico di Barcelona, brevi periodi.

Tel. 045 524092
Tessera Ordine n. 6624

VENDO molti pezzi arredamento originale '800 in noce per trasferimento TRA CUI tavoli, scrittoio, armadio, sedie, oggetti rame ecc.) prezzo da concordare dopo visita.

Tel. 0442 21307 - 339 8032600 (Legnago)
Tessera ordine n. 2456.

AFFITTASI a Lipari (Isole Eolie), anche settimanalmente, grande casa singola (2-5 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 panocconte, 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
Tessera Ordine n. 2740

AFFITTO Villa, 4 stanze, 2 bagni, ampio giardino, in Lignano pineta.

Tel. 045 8001936 - 349 8052644 (ore serali)
Tessera Ordine n. 643

CEDESI lettino per uso medico, colore bianco, provvisto di supporto per rotolo della carta, pieghevole (di grande praticità, una volta piegato si trasporta agevolmente come una valigia). È in ottime condizioni.

Tel. 340 2643650
Tessera Ordine n. 4082

AFFITTASI a medico specialista o paramedico, ambulatorio arredato, in studio medico appena ristrutturato con sala d'aspetto comune, vicinissimo ospedale B.go Trento, facilità di parcheggio. Ben servito da mezzi pubblici.

Tel. 347 1855492
Tessera Ordine n. 7472

VENDESI o **AFFITTASI** annualmente a Serrada di Folgaria, caratteristico appartamento di mq. 65 circa.

Tel. 333 2153742
Tessera Ordine n. 1001

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

TEMPO LIBERO

Elegante studio dentistico, ottima posizione alle porte di Verona, **METTE A DISPOSIZIONE** ad odontoiatri: poltrone, macchinari e personale! Massima disponibilità organizzativa, interessanti soluzioni di collaborazione. Tel. e Info 345 5836055

Medicina di Gruppo di Lavagno **CERCA** medici specialistici medicina non invasiva da inserire nel proprio ambulatorio. Tel. 338 7048997
Tessera Ordine n. 4843

Poliambulatorio (Domegliara fronte strada Statale con ampio parcheggio e vicino uscita tangenziale) **OFFRE** a collega odontoiatra Studio Dentistico dotato di tutto (riunito, attrezzatura radiologica, centrale di sterilizzazione, personale di poltrona, smaltimento rifiuti speciali, segreteria, pulizie, spese di riscaldamento, uso telefono etc. escluso SOLO materiale di consumo) per canone di affitto mensile adeguato
Cell. 3349065966
Tessera Ordine n. 6212

Medico di Medicina Generale Massimalista **AFFITTA** stanza in poliambulatorio sito in Borgo Roma, via Monfalcone 7. Possibilità di sostituzioni e subentro. Tel. 3393851357
Tessera Ordine n. 3014

OFFRO seria collaborazione impianto-protetica e chirurgica a Mantova, Vicenza e provincia di Verona. Eventuale disponibilità di propria attrezzatura e assistenza. Tel. 045 594447 - Tel./Fax 045 8032155 (dalle ore 11.00 alle ore 17.00)
Tessera Ordine n. 615

OFFRO autoclave Newmed Krnos B. Tel. 339 5246330
Tessera Ordine n. 00290

AFFITTO posto auto, vicinissimo entrata Ospedale Borgo Trento. Tel. 333 4221326
Tessera Ordine n. 3467

VENDESI studio dentistico in Rovereto (TN), di mq. 75, a norma di legge. Ampia unità operativa, ufficio, sala di attesa, sala di sterilizzazione, bagno, cantina, sala macchine esterna protetta, avviato con attrezzature recenti. Canone affitto mensile € 500+iva. Possibilità di affiancamento per competenze di chirurgia avanzata e riabilitazione di casi complessi. Lo stabile ha 7 anni ed è collocato in zona residenziale con ampie possibilità di parcheggio. Tel. 333 2574206

AFFITTASI in Poiano, zona tranquilla, appartamento di circa 55 mq., con 2 camere, soggiorno, servizi e ripostiglio. Tel. 349 7549725
Tessera Ordine n. 5960

AFFITTO locale per ambulatorio con sala d'aspetto a specialista (no medico di famiglia), zona Borgo Roma-Palazzina. Tel. 338 4793570
Tessera Ordine n. 3187

AFFITTASI monolocale signorile, arredato, zona Arche Scaligere. Tel. 030 9990545 - 9145367
Tessera Ordine n. 4548

AFFITTO appartamento 50 mq in zona stadio, con garage. 450 € mensili. Tel. 045 8100654
Tessera Ordine n. 03583

OFFRO ECOGRAFO PORTATILE SSD-PROSOUND 2 Aloka, nuovo modello, 1 anno, con sonda Convex, sonda transvaginale e stampante. Tel. 347 8577013
e-mail: eediet@tin.it
Tessera Ordine n. 6464

AFFITTO a Borgo Trento, locale in studio medico per attività medica o paramedica. Tel. 340 3893625
Tessera Ordine n. 726

Giovane collega odontoiatra preparato, autonomo, con clientela propria **OFFRO** (con possibilità ora da concordare), la possibilità di esercitare in studio odontoiatrico con 2 poltrone (utilizzato solo il martedì, mercoledì, giovedì dalle ore 16) sono libere tutte le mattine ed i pomeriggi di lunedì, venerdì e sabato. Se veramente interessati contattare il numero: 347 2641168, lo studio è in Verona-San Michele Extra.
Tessera Ordine n. 4736

A Legnago (Porto) per trasferimento **VENDO** villa indipendente con ampio parco posizione semicentrale, vicina servizi, silenziosa panoramica, eccellente stato esterni e interni [350 mq totali], 2 garage, mansarda, vari servizi attrezzati, impianti antifurto, condizionamento, irrigazione, tv satellitare, eventualmente divisibile, subito abitabile. No vincoli, no intermediari. Tel. 3398032600 - 044221307
Tessera Ordine n. 2456

AFFITTO appartamento 50 mq in zona stadio, con garage. 450 € mensili. Tel. 045 8100654

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

MEDICINA GENERALE PEDIATRIA

COGNOME

NOME.....

VIA N.

CAP..... CITTÀ

TELEFONO / /

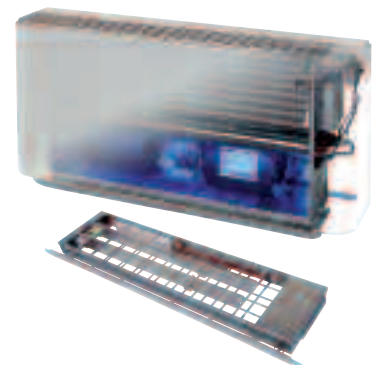
Possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale SI NO

Adesso mi sento più tranquilla in ambulatorio perchè il mio medico ha installato il climatizzatore Aermec dotato di purificatore d'aria che elimina germi e batteri nell'aria...



Messaggio agli operatori sanitari

Volete rendere tutto il vostro studio un ambiente più sicuro per voi e per i vostri pazienti? Con il **ventilconvettore FHX brevettato con lampada germicida di Aermec**, potrete raggiungere questo importante obiettivo. Infatti Aermec, che si è impegnata da tempo nella riduzione delle occasioni di contagio in ambienti particolarmente sensibili, come le sale d'attesa ambulatoriali, dotando i suoi prodotti di filtri precaricati elettrostaticamente e del sistema Plasmacluster, con la lampada germicida garantisce ambienti purificati e quindi più salubri. **Aermec, la prima per il clima (e per la salute).**



AERMEC



la prima per il clima

Numero Verde
800-843085

www.aermec.com