

VERONA MEDICA

Bimestrale di informazione medica

In questo numero:

Assemblea annuale e relazione del Presidente	pag. 9
Orticaria: inquadramento e gestione	pag. 16
IRAP non dovuta anche con segretaria	pag. 21
ENPAM: come cambia la pensione	pag. 44
ONAOSI e richieste di quote arretrate	pag. 46

5

**DICEMBRE
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 *Tempo di crisi... e di elezioni*

NOTIZIE DALL'ORDINE

6 *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*

9 *Assemblea annuale e Giornata del Medico e dell'Odontoiatra 2011*

ALBO ODONTOIATRI

13 *Verbali della Commissione Odontoiatri*

CONVEGNI E CONGRESSI

15 *Convegni e Congressi*

AGGIORNAMENTO

16 *Orticaria: inquadramento e gestione*

PROFESSIONE E LEGGE

21 *Farmaci anoressizzanti D.M. 2 agosto 2011*

21 *IRAP non dovuta dal medico di famiglia anche se con segretaria part-time*

ATTUALITÀ

23 *Al via in Veneto la riorganizzazione della Medicina Generale*

23 *Premio Morgagni 2010 al Dr. Giulio Molon*

24 *Camici Bianchi e occupazione*

STORIA DELLA MEDICINA

25 *Autopsie e constatazioni di morte nella Verona di fine Settecento (Seconda parte)*

33 *Il male di Fedra*

FNOMCeO

38 *Spot RAI incentiva la conflittualità medico-paziente. Protesta della FNOMCeO*

39 *Groupon S.r.l.: prestazioni mediche in "liquidazione"*

40 *Attenti alle fatture*

41 *Rivalutazione rendite per danni da raggi X*

41 *DDL sulle DAT direttive anticipate sul trattamento*

ENPAM

44 *ENPAM: come cambia la pensione*

45 *Pensioni, nel 2018 l'anzianità a 68 anni*

46 *Serafino Zucchelli nuovo Presidente dell'ONAOISI*

46 *Onaosi e richieste di versamento quote arretrate*

LIBRI RICEVUTI

47 *La clausola di Iside e Osiride*

47 *Manuale di Gerontologia e Geriatria*

GIOVANI E PROFESSIONE

48 *S.O.S. - Sostituzioni*

TEMPO LIBERO

50 *Chi cerca... trova*

ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VR

NUOVO ORARIO DI APERTURA DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE

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

VERONA MEDICA

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

Anno XLVI n. 5 Dicembre 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, Marchioretto Fabio
Dalla Riva Alessandro, Battaglia Giuseppe, Gadioli Paolo

Consiglio Direttivo

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

Consiglieri

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

Revisori dei Conti

Claudio Balestrieri, Mario Beltrame, Mario Celebrano

Revisore dei Conti Supplente

Giuseppe Battaglia

Commissione Odontoiatri

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

Fotocomposizione Videoimpaginazione e stampa

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

Foto di Copertina

Mora Roberto
- Matrioske a Praga -

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)

Tempo di crisi... e di elezioni

Mentre scrivo, la televisione ci racconta gli ultimi momenti della crisi di Governo.

Con questa cadono gli ultimi veli che fino a ieri ci hanno nascosto la profonda crisi finanziaria, economica e sociale in cui sembra essere precipitato il nostro Paese. Non sono bastate le manovre finanziarie estive (58 miliardi di euro) per rafforzare la fiducia dei mercati sulla nostra capacità di pagare i debiti (1900 miliardi di euro). Al cosiddetto maxiemendamento, inserito del DDL di Stabilità, è ormai chiaro a tutti che dovranno seguire ulteriori misure di correzione della finanza pubblica.



Quella che ci aspetta sarà un'era di sacrifici, per tutti, con una contrazione di crescita, consumi e produzione.

Inevitabile che la scure del risanamento sia destinata a calare, ancora una volta, su servizi come Università (e ricerca), scuola e assistenza.

E che a soffrirne, ancora più degli altri, siano quelli che sono più deboli.

Come medici conosciamo il disagio economico e sociale che vivono tanti nostri "pazienti" appartenenti ai ceti più fragili (pensionati,

giovani disoccupati o precari, meno giovani ma non più occupati, famiglie monoreddito, specie quando ammalati e bisognosi di cure) e che sta risucchiando verso il basso quelli che fino a ieri erano stati gli strati sociali intermedi. Non è certo nostro compito quello di indicare soluzioni economiche e politiche, ma non possiamo sottrarci alla responsabilità di fornire, a chi avrà il compito delle scelte, suggerimenti e raccomandazioni. Così non potremo non chiedere che le scelte siano fatte in una prospettiva di attenzione agli interessi del Paese ma anche nel segno dell'equità sociale e del mantenimento di principi di solidarietà.

Nel segno dell'attenzione agli interessi di tutti piuttosto che a quello della paura della perdita di consenso elettorale. Nel segno dell'equità sociale ma anche in quello della speranza in un futuro migliore.

Dove ai sacrifici siano chiamati non soltanto i soliti noti, ma anche quanti fino a ieri hanno potuto accumulare ricchezze grazie all'evasione e all'elusione, fiduciosi in un sistema fiscale che ha premiato i disonesti con il sistema del condono a prezzi di "saldi". Chi ci chiede sacrifici e si propone come guida per uscire dalla crisi dovrà guadagnarsi la credibilità e la fiducia rinunciando, come prima cosa, ai tanti privilegi che hanno contribuito ad alimentare l'indignazione e la sfiducia della gente. Ma soprattutto dovrà saper disegnare vie d'uscita che, al di là delle manovre contabili e finanziarie, sappia anche indicare un orizzonte etico e civile in cui collocare i sacrifici che ci verranno richiesti.

Nella speranza che quello che ne uscirà, alla fine, sia un Paese migliore e più equo. Ma, per tornare alle nostre cose, e a fatti meno angoscianti, è arrivato per noi, il



tempo delle elezioni per rinnovare il Consiglio dell'Ordine.

Dall'ultima tornata sono già passati tre anni.

Come sempre, in queste occasioni, ci si ritrova a discutere, quasi a litigare, per cercare di mettere tutti d'accordo.

Ogni sindacato indica i propri candidati e rivendica, ciascuno per la propria appartenenza, la giusta rappresentatività.

Improvvisamente l'Ordine è diventato il centro dell'attenzione di tutti.

La speranza, voglio augurarmelo, è che sappia rappresentare, al meglio, le aspirazioni, le ambizioni e le giuste rivendicazioni della categoria.

Che sappia difenderne capacità e ruolo. Che sappia rappresentare la peculiarità di una professione che ha radici antiche quanto la storia e richiede, a chi la pratica, l'obiettività della scienza e al contempo la sensibilità di farsi carico, empaticamente, del singolo nelle sue debolezze e nella malattia, indipendentemente dalle capacità economiche, dalle idee, dalla religione, dal colore della pelle ... etc..etc.

Che sappia prodigarsi perché, anche nei prossimi tempi, sia assicurato, a tutti, un equo accesso alle cure.

Chi dovrà rappresentarci, dovrà, per questo, sapersi anche proporre come interlocutore a chi avrà la responsabilità delle scelte politiche.

Il mio augurio è che sappia farlo con intelligenza e passione.

Perché le buone ragioni difficilmente vanno lontano se non sono accompagnate anche da buone passioni.

ROBERTO MORA

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

**VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO
DEL 15 GIUGNO 2011**

Presenti: Alberton, Mora, Bovolin Braga, Codella, Colletta, Facincani, Fostini, Lombardo, Mirandola, Molino, Rosa, Soraci.

Revisore dei Conti: Balestriero, Beltrame, Celebrano

Direttore: Cerioni Paolo.

Assenti Giustificati: Carrara, Marchioretto, Guglielmi, Oreglia, Battaglia.

1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE CONSIGLIO PRECEDENTE

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

2) DELIBERE AMMINISTRATIVE

Viene approvata la delibera amministrativa per nr. 6 mandati per un importo totale di € 27.348,67 (per spese correnti superiori a €2500,00).

3) COMUNICAZIONI

- a) Il Presidente comunica che l'Ordine, aderendo all'invito formulato dalla FNOMCeO, sta provvedendo alla raccolta ed alla registrazione degli attestati dei crediti E.C.M. conseguiti dagli iscritti dal 2002 ad oggi. Tale adempimento, che richiede un notevole aggravio di lavoro per il personale, è iniziato partendo dai crediti relativi agli Specialisti ambulatoriali, secondo richiesta DEL Comitato Zonale di Verona.
- b) Il Presidente cede la parola al Dr. Soraci, il quale affronta l'argomento ENPAM illustrando tutte le problematiche ed i dubbi emersi, anche alla luce delle azioni legali promosse da 5 Ordini provinciali, che

hanno chiesto anche il commissariamento dell'Ente. A seguito di ciò il Prof. Parodi ha presentato una denuncia nei confronti dei cinque Presidenti; la prima udienza è fissata per il mese di marzo 2012. Seguono gli interventi di vari Consiglieri, al termine dei quali il Dr. Soraci comunica che dopo aver partecipato, quale delegato dal Presidente, all'Assemblea Annuale per l'approvazione dei Bilanci Consuntivo 2010 e Preventivo 2011 dell'Ente (che si terrà il 25 giugno p.v.), stilerà una relazione particolareggiata da pubblicare su Verona Medica.

- c) Il Presidente comunica che è pervenuta da parte dei Titolari della Cattedra di Chirurgia Plastica delle Università di Napoli, Pavia e Siena, un invito (diffuso a tutti gli Ordini Provinciali) a costituire un elenco dei Medici in possesso del diploma di "Master Universitario in chirurgia Estetica".

Il Consiglio decide, per ora, di non aderire all'iniziativa.

- d) Medici di Guardia Medica- Sicurezza. Relazione sull'argomento la Dr.ssa Mirandola che fa presente le difficoltà esistenti presso le sedi di Guardia Medica e la mancanza di sicurezza dei Colleghi che vi operano, i quali hanno subito varie aggressioni (a San Bonifacio, nei confronti di due colleghe).

La dott.ssa Mirandola comunica che la situazione della sede di Verona Centro è notevolmente migliorata, a seguito della possibilità di utilizzare locali idonei per lo svolgimento del servizio. Suggestisce che in ogni sede di G.M. non debba accadere che un/una collega si trovi da soli e quindi esposti ad eventuali aggressioni o atti di violenza.

Il Presidente, al termine della relazione, invita la dott.ssa Mirandola a redigere una relazione da pubblicare su Verona Medica.

- e) Federazione Regionale
Il Dr. Bovolin comunica che a causa di vari problemi sorti all'interno della FROMCeO, tutti i Presidenti CAO del Veneto – escluso Venezia – si sono dimessi da Consiglieri della Federazione Regionale stessa. Il Consiglio ne prende atto ed il Presidente informa che aggiornerà i Consiglieri su eventuali futuri sviluppi.

- f) Il Presidente comunica che la Società che ci fornisce il Servizio di Rassegna Stampa tramite internet, per proseguire nel servizio ha chiesto il pagamento di una somma che non appare adeguata, considerata soprattutto la scarsa presenza di notizie desunte da quotidiani veronesi.

Attualmente il servizio è ancora in corso e quindi, alla sua eventuale cessazione, il problema verrà ridiscusso in Consiglio.

- g) Iscrizioni Albo Psicoterapeuti.

Il giorno **08 GIUGNO 2011** alle ore 14.30 si è riunita la Commissione composta dal Dott. Franco Alberton, Prof Antonio Balestrieri, Prof. Luciano Bonuzzi, Dott. Flavio Nosè. Dopo un dibattito preliminare sulle normative vigenti, la Commissione inizia l'esame delle domande, pervenute in numero di 5, esprimendo il seguente parere inerente l'iscrizione nell'elenco degli Psicoterapeuti:

Dott. CASATI Carlo POSITIVO
Dr.ssa CORTESI Maria Grazia POSITIVO

Dr.ssa PELLEGRINI Nadia POSITIVO

Dott. VIVENZA Valerio POSITIVO

Dr.ssa ZARDINI Daniela POSITIVO

4) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate.

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. VITTORII Silvia
da ASCOLI PICENO

Cancellazioni su richiesta:

Dott. CASTELLI Corrado
Dott. GALANTE Otello

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. CITARELLA Roberto
a REGGIO EMILIA

Cancellazioni per decesso:

Dott. BENATI Roberto - Dott. FENZI Franco - Dott. ORRICO Marco

5) VARIE ED EVENTUALI

- a) Il Dr. Bovolin propone che il Consiglio si costituisca parte civile

NOTIZIE DALL'ORDINE

nel confronti di un soggetto indiziato di "abusivismo".

Il Consiglio approva.

Il Presidente ritiene di porre attenzione all'esito del caso e di valutare di volta in volta i nuovi eventuali casi che si presentassero.

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

COMMISSIONE DISCIPLINA MEDICI CHIRURGHI

La Commissione Disciplina delibera:

- n. 1 archiviazione provvedimento
- n. 1 apertura procedimento disciplinare
- n. 2 sospensioni procedimenti disciplinari in attesa sentenze Tribunale di Verona.

VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO DEL 31 AGOSTO 2011

Presenti: Alberton, Mora, Carrara, Marchioretto, Bovolin, Braga, Codella, Colletta, Fostini, Guglielmi, Molino, Oreglia, Rosa, Soraci

Revisore dei Conti: Balestriero, Battaglia, Celebrano.

Direttore: Cerioni Paolo

Assenti Giustificati: Facincani, Lombardo, Mirandola, Beltrame

1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE CONSIGLIO PRECEDENTE

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

2) DELIBERE AMMINISTRATIVE

Viene approvata la delibera amministrativa per nr.11 mandati per un importo totale di € 146.998,00 (per spese correnti superiori a €2500,00).

3) APPROVAZIONE BILANCIO PREVENTIVO 2012

Il Tesoriere illustra analiticamente le voci relative alle entrate previste per l'esercizio 2012, pari a € 1.528.250,00 e le uscite previste pari a € 1.375.500,00 con un presunto avanzo di amministrazione al 31.12.2012 di € 152.750,00.

Il Consiglio lo approva all'unanimità.

4) COMUNICAZIONI

- a) Il Presidente illustra i contenuti della circolare FNOMCEO del 01.07.2011 con la quale vengono fissate nuove regole concernenti gli elenchi provinciali dei Medici Competenti ed i vincoli normativi per i Medici addetti alla vigilanza.
- b) Il Presidente relaziona brevemente sulle norme inviateci dalla FNOMCEO in data 01.07.2011, relative alle "regole riguardanti la tracciabilità dei flussi finanziari". Interviene il Dr. Marchioretto il quale fa presente che il nostro

Ordine da tempo si è adeguato a tale regola.

- c) Il Dr. Mora relaziona in ordine alla riunione del Consiglio Nazionale FNOMCEO, svoltasi nei giorni 7 e 8 luglio 2011 (documento già inviato a tutti i componenti il Consiglio), nel quale è stato approvato il Bilancio Consuntivo 2010 con un cospicuo avanzo di amministrazione da destinare all'acquisto di una sede con la sottoscrizione di un mutuo, mantenendo il costo della rata identico alle spese di affitto dell'attuale sede. In tale riunione è stata discussa la situazione dell'ENPAM, da cui sono emerse da una parte la solidità economica attuale dell'Ente, dall'altra la preoccupazione per la tenuta di alcuni fondi nel prossimo futuro.
- d) Il Presidente comunica che l'Ordine dei Medici C. e O. di Padova ha trasmesso un questionario (pubblicato sul nostro sito), indirizzato a tutti gli Iscritti sull'argomento "benessere e qualità della vita".
- e) In merito alla richiesta di convenzione formulate dalla Società PRESS SERVICE relativamente alla trasmissione delle testate giornalistiche nazionali e regionali ad un costo annuale per l'Ordine di € 1.000,00 – il Consiglio dopo ampia discussione ritiene di non aderire alla convenzione.
- f) Il Consiglio, su richiesta dell'inte-

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

NOTIZIE DALL'ORDINE

ressato, delibera la modifica del nome di un iscritto: da Antonio Guidorizzi a Dott. ANTONIO CARLO GUIDORIZZI.

- g) Il Presidente comunica che il Responsabile del Comitato Consultivo Zonale per gli Specialisti Ambulatoriali dell'ULSS 20, ha inviato una lettera di ringraziamento per la sollecita soluzione delle problematiche relative alle certificazioni dei crediti E.C.M. degli Specialisti Ambulatoriali. Il Presidente ritiene di formulare un ringraziamento particolare al personale di Segreteria.

5) CIRCOLARE FNOMCEO DEL 17 GIUGNO 2011 - RICHIESTA DI PARTENARIATO PER L'E.C.M.-

Sull'argomento interviene il Prof. Guglielmi, il quale illustra la richiesta della FNOMCEO ed allega il documento esaustivo sulle normative da attivare che è, parte integrante del presente verbale. Il Consiglio dopo ampia discussione, ritiene di aderire all'iniziativa proposta dalla Fnomceo, riservandosi, nel futuro, di valutare anno per anno il mantenimento dell'iscrizione.

6) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott. BELLORIO Diego
Dott. BISSOLI Paola
Dott. LEHMAN Stefano
Dott. MECCHI Valentina
Dott. ORSETTI Gaia
Dott. POSENATO Ilaria
Dott. RIZZI Riccardo
Dott. RODELLA Giulia
Dott. TABACCO Carmine

Reiscrizioni:

Dott. LOBELLO Salvatore: reiscrizione senza soluzione di continuità.

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. FRIGERIO Isabella Maria da MILANO
Dott. HASANAJ Roana da BOLOGNA
Dott. NEYNABER Sven da BOLZANO
Dott. PERUZZINI Carlo Matteo da TRENTO

Cancellazioni su richiesta:

Prof. DALL'OGGIO Dino
Dott. GABURRO Leda

Cancellazioni per decesso:

Dott. MANCANIELLO Leopoldo
Dott. SEGNA Pietro
Dott. SERGI Antonino
Dott. PUPPINI MARTINI Mario

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. CIRELLI Gaetana a VICENZA
Dott. GALLO Mauro a TREVISO

ODONTOIATRI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott. BENETTI Mirco

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

COMMISSIONE DISCIPLINA MEDICI CHIRURGHI

La Commissione delibera:
n. 4 archiviazioni provvedimenti
n. 1 richiesta memoria difensiva
n. 2 conferme apertura e sospensione procedimenti



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 ANTISETTICA

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

Assemblea annuale e Giornata del Medico e dell'Odontoiatra 2011

Come è ormai consuetudine, l'assemblea annuale degli iscritti è stata, anche quest'anno seguita dalla cerimonia di premiazione dei colleghi che hanno raggiunto i cinquant'anni di Laurea.

La cerimonia si è svolta nella sala riunioni dell'Associazione Industriali, in Piazza Isolo, sabato 8 ottobre u.s. Una ventina i colleghi premiati.

Ecco i nomi: Giusto Ancona, Anna Luisa Bariani, Alberto Bazzani, Leonildo Bettilli, Lino Paolo Boran, Guido Fraticelli, Agostino Fratton, Dante Graffigna, Gaetano Mignosa, Walter Mozzo, Pierluigi Oreglia, Sandro Perini, Pier Giorgio Pravadelli, Nicolò Rizzuto, Giovanni Russo, Giancarlo Salazzari, Sergio Tomasoni, Luciano Vettore, Fabio Zenatelli.

A tutti loro le felicitazioni del comitato di Redazione.

La cerimonia è stata seguita dalla consegna del premio alla carriera intitolato a Pier Marcello Fazzini che ha visto quest'anno come prescelta la Dottoressa Anna Luisa Bariani.

Riportiamo di seguito la "Relazione Morale" del Presidente Franco Alberton.

RELAZIONE DEL PRESIDENTE

All'inizio dell'assemblea vi chiedo un momento di raccoglimento per onorare la memoria dei nostri Colleghi scomparsi in questo ultimo anno.

Essi sono:

Dott. ADAMOLI Pietro
Dott. BENATI Roberto
Dott. CANTALUPPI Giovanni
Dott. FENZI Franco
Dott. MANCANELLO Leopoldo
Dott. ORRICO Marco
Dott. PUPPINI MARTINI Mario
Dott. SEGNA Pietro
Dott. SERGI Antonino
Dott. SPIAZZI Giuliano
Dott. TOFFALI Luciano
Dott. VANGELISTA Domenico
Dott. VERONESI Adriana

Il 2011 coincide, come è noto, con la conclusione del triennio e pertanto è obbligatorio un consuntivo. Non intendo tuttavia dilungarmi con resoconti che troverete ampiamente descritti nel sito dell'Ordine; mi limiterò a delineare le tappe fondamentali e più significative che hanno caratterizzato il percorso di questo Consiglio uscente.

IL RUOLO DELL'ORDINE

Questo tema è sempre stato prioritario, non solo nelle mie relazioni degli anni precedenti, ma anche – soprattutto – negli intenti e nei progetti del Consiglio nel suo complesso.

Abbiamo sempre richiamato l'attenzione sulla necessità di allargare la partecipazione dei colleghi alla vita ed alle attività ordinarie; ciò soprattutto allo scopo di favorire l'aggregazione di una categoria professionale che, al di là di obiettivi diversificazioni, mantiene obiettivi ed interessi comuni che possono realizzarsi solo con l'unità e la solidarietà collegiale.

Proprio a tale proposito voglio sottolineare l'impegno della nostra commissione Ospedale/Territorio, che ha operato con efficacia e continuità, coordinata dal dott. Mario Celebrano. Vi sono stati numerosi incontri con Direttori Sanitari e medici di medicina generale, finalizzati a creare basi comuni e condivise per un miglioramento dei rapporti non soltanto in termini generali, ma anche su temi concreti che ci riguardano tutti, quali ad esempio la lettera di dimissione, l'utilizzo diffuso della ricetta regionale, la condivisione di momenti formativi ecc.

Tornando al ruolo dell'Ordine, è tuttora in discussione la riforma degli Ordini professionali; evidentemente i tempi attuali non sono favorevoli ad un'ampia convergenza parlamentare, ma è auspicabile che il progetto vada avanti, perché noi esistiamo e funzioniamo ancora sulla base di normative emesse 65 anni fa e che ormai appaiono obsolete e inadeguate.

Anche se pare scongiurato il rischio di una liberalizzazione "selvaggia", almeno per quanto riguarda le professioni "connesse alla tutela della salute umana, dobbiamo registrare prese di posizione politiche che, con l'intento dichiarato di liberalizzare le attività professionali, sembrano mirare a cancellare l'Ordine dei Medici.

Di tutto ciò si parlerà e si discuterà in futuro, speriamo in un clima di collaborazione e di ampia convergenza; da



Il gruppo dei colleghi premiati.
Al centro la Dott.ssa Bariani che ha ricevuto anche il Premio alla Carriera.

parte mia posso solo dire che sarà benvenuto ogni rinnovamento destinato ad allargare la base partecipativa dei medici alle problematiche della professione e ad avvicinare (ri-avvicinare) il cittadino al suo medico, superando il clima di diffidenza e rivendicazione che purtroppo oggi si sta sempre più diffondendo.

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E CONTENZIOSI

Ancora una volta (ed è ormai un tema ricorrente) devo constatare la persistenza da parte dei medici di preoccupazione e disagio provocati dall'aumento incontrollato di contenziosi per presunti casi di "malasanità".

Le conseguenze di questa situazione sono ben note e vanno dal ricorso alla c.d. medicina "difensiva" alla demotivazione professionale; ancora una volta – e non esito a ripeterlo - c'è da chiedersi come non siano evidenti i gravi danni che si determinano per tutti, medici e pazienti, a seguito di attacchi generalizzati e ingiustificati.

Ciò detto, vanno sottolineati alcuni segnali che potrebbero (ripeto, potrebbero) essere interpretati come prospettive di miglioramento per una maggiore tranquillità operativa.

Mi riferisco ad una deliberazione della Giunta Regionale del maggio 2011 in cui si delinea una nuova modalità di gestione del danno in ambito sanitario. In breve, si tratta di un'ipotesi di gestione diretta dei sinistri, centralizzata a livello dei capoluoghi di provincia, mediante la creazione di un fondo regionale dedicato alla liquidazione dei danni da responsabilità civile in ambito clinico nel limite di 500.000 euro.

Ciò dovrebbe consentire di superare l'attuale regime assicurativo, dai costi ormai insostenibili per le Aziende.

Le linee guida regionali entreranno in vigore dall'1 gennaio 2012 e tutti auspichiamo che risultino efficaci.

AGGIORNAMENTO – ECM

L'azione di riforma di questo importante settore della nostra professione sta procedendo tra molte difficoltà ed è costantemente seguita dalla nostra commissione coordinata dal prof. Alfredo Guglielmi.

Stanno per essere introdotte nuove procedure e regole di accreditamento dei provider, di individuazione degli obiettivi di formazione, di valutazione delle attività formative, di registrazione e certificazione dei crediti formativi.



La Dott.ssa Vania Braga festeggiata dopo la lettura, a nome di tutti i presenti, del Giuramento di Ippocrate.

L'intervento della FNOMCeO è stato riconosciuto determinante per il rilancio di un sistema di aggiornamento che corrisponda maggiormente alle esigenze della professione, pur nel rispetto del modello ECM, che nonostante difetti e carenze rimane un l'unico strumento (il migliore, sino ad oggi) per misurare il livello di capacità ed aggiornamento del singolo professionista.

Risale a pochi mesi fa il lancio della proposta di accreditare la FNOMCeO come provider nazionale per la formazione ECM, secondo quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009.

Tale accreditamento sarà esteso agli Ordini provinciali i quali potranno così programmare, accreditare, organizzare ed erogare attività formative per i loro iscritti.

L'iniziativa è da accogliere (ed è stata accolta dall'Ordine di Verona), anche se va ribadito il principio secondo cui il medico dovrebbe considerare la propria crescita culturale e scientifica come una necessità professionale e come un obbligo deontologico, a prescindere dalle eventuali imposizioni e sanzioni (che allo stato attuale peraltro non sono previste).

ENPAM

Consapevole della grande rilevanza dell'argomento, l'Ordine dedica ad esso da sempre energie ed impegno, grazie soprattutto ai Consiglieri delegati (e fra gli altri, voglio menzionare il referente dott. Carlo Soraci) che seguono con impegno le complesse problematiche. L'obiettivo principale di quest'anno è stato il consolidamento

dei rapporti con la dirigenza ENPAM di Roma, da cui la partecipazione a riunioni romane ed anche, per delega del Consiglio, alle elezioni del Presidente Nazionale.

Il bilancio dell'ENPAM è consultabile presso la sede dell'Ordine e sul nostro sito, per cui non mi dilungo sulle cifre; posso solo dire che l'Ente sta bene (per ora) e che i saldi attivi vanno ad incrementare il patrimonio, che è in parte immobiliare ed in parte mobiliare e che, al 31 dicembre scorso, risultava pari a 11,4 miliardi di euro.

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).

Per quanto riguarda la parte mobiliare del patrimonio, vi sono state alcune criticità, del resto ampiamente pubblicizzate, che hanno portato anche ad una denuncia alla Magistratura e agli Organi di Controllo.

Nel particolare, per quanto riguarda la situazione attuale, sapete tutti che la gestione ENPAM è tradizionalmente divisa in FONDI, la cui gestione per legge deve prevedere la possibilità di pagare le pensioni per alcuni anni; la sostenibilità dei vari Fondi è sempre stata prevista a 15 anni, ma dal 2007 essa è stata obbligatoriamente portata a 30 anni.

Da qui nascono essenzialmente le difficoltà di cui si è parlato anche sui gior-

nali, tanto che si prevedono "sbilanciamenti" di alcuni fondi con ipotesi di utilizzo di parte del patrimonio.

A tutto ciò vanno aggiunti la crisi finanziaria internazionale ed il fatto che un grosso numero di medici andrà in pensione entro i prossimi 10-15 anni (si parla GOBBA PREVIDENZIALE).

In definitiva, l'allungamento della aspettativa di vita renderà necessario un adeguamento delle regole previdenziali a partire dal prossimo gennaio 2012.

INFORMATIZZAZIONE DELL'ORDINE

Questo obiettivo rimane primario per l'intera collettività dei medici ed odontoiatri veronesi.

Il nostro Tesoriere, il dott. Fabio Marchioretto, è referente della commissione informatizzazione che si è particolarmente impegnata in questo settore, conseguendo brillanti risultati:

- nella distribuzione, già avviata da tempo, del nuovo tesserino identificativo in formato elettronico, nonché della casella di posta certificata che ciascuno può richiedere, sempre tramite il nostro sito.
- Nella gestione del nuovo portale dell'Ordine: sono state implementate le funzionalità, generando una sezione galleria immagini, una mailing list, un'area per la distribuzione online di certificati di iscrizione etc.
- Nel sito è stata poi generata un'area riservata nella quale si sono registrati, ad oggi, circa 1600 iscritti, con possibilità di inserire commenti e proposte. Segnalo che il personale di Segreteria è stato coinvolto nell'amministrazione del sito anche attraverso un training di apprendimento progressivo delle diverse e sempre nuove funzionalità.

Infine, è doveroso fare un accenno alla

NUOVA SEDE:

la sua definitiva acquisizione è ormai un fatto compiuto, dato che alla fine di questo mese verrà definitivamente sancito dinanzi al notaio il passaggio all'acquirente anche dell'ultima porzione del palazzo di via S. Paolo la cui cessione, come è noto, era stata prevista "in permuta" nell'ambito del contratto di acquisto.

Il ritardo con cui la transazione è giunta a conclusione può apparire eccessivo ma è del tutto giustificato: la cessione dei vecchi locali, situati in un edificio tutelato come bene di valore storico-artistico, ha richiesto moltissimo tempo

a causa di procedure complesse, con percorsi burocratici difficili.

L'avv. Donatella Gobbi, la nostra consulente legale, ha profuso notevole impegno nel portare avanti questa pratica, per cui sento il dovere di ringraziarla personalmente.

A PROPOSITO DI RINGRAZIAMENTI

Di solito i ringraziamenti precedono la relazione ma quest'anno, che è conclusivo di un ciclo, ho desiderato dare ad essi una particolare enfasi, per non farli apparire solo un doveroso rituale. Innanzitutto, un personale ringraziamento va a tutti i Consiglieri ed in particolare ai colleghi del Comitato Direttivo, che hanno operato sempre in sintonia e disponibilità: il vicepresidente Roberto Mora, il segretario Giorgio Carrara, il tesoriere Fabio Marchioretto, il Presidente della Commissione Odontoiatri Francesco Bovolin.

Posso dire con soddisfazione che il "clima" è stato sempre ottimo (a parte qualche occasionale, fisiologica divergenza). Questo significa che il lavoro è stato proficuo ed intenso e che sono state consolidate le basi per una sempre migliore prosecuzione dell'attività ordinistica.

Un grazie sentito, sempre fuori dalla convenzione e dalla ritualità, ai componenti della segreteria, coordinata con la consueta, straordinaria dedizione dal direttore dell'Ordine, Paolo Cerioni: le Signore Sabrina, Rosanna, Angelisa e Virna che, oltre ad aver operato con

professionalità ed efficienza, hanno rappresentato per tutti gli iscritti un costante riferimento per ogni problematica.

CONCLUDO

questo triennio con soddisfazione per le cose fatte ma anche con rimpianto per quelle che non sono riuscito a fare; ho vissuto un'esperienza di impegno e talora di fatica, ma anche di grande gratificazione di cui porterò sempre il ricordo.

Un ultimo pensiero a tutti i Medici ed Odontoiatri veronesi affinché difendano il loro Ordine e lo valorizzino come strumento importante per raggiungere l'obiettivo di una reale e leale collaborazione tra colleghi per una sempre migliore qualificazione personale e professionale.

A quella del Presidente ha fatto seguito la relazione del Presidente della Commissione Odontoiatri Francesco Bovolin.

Anche questa viene riportata integralmente di seguito.

RELAZIONE DEL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI

È trascorso un anno, come di consuetudine, dal nostro ultimo incontro. Un anno intenso, condizionato certo dai progressi della scienza, odontoiatrica, ma ancor più dai mutamenti della vita sociale. Non occorre ve li dettagli.

L'attività professionale dei dentisti e



La dott.ssa Anna Bariani riceve il premio alla carriera

odontoiatri, da molto tempo ormai, si deve confrontare con le rivoluzioni connesse al progresso, che non è sempre tale, dei tempi. Non mi impegno certo ad analizzare i rimescolamenti razziali e sociali, i cambiamenti legati alle leggi comunitarie piuttosto che economiche, non è il luogo e voi tutti li conoscete meglio di me. Dobbiamo però parlarne, sono queste le cose che interessano.

Fino all'anno scorso, ricorderete, il turismo odontoiatrico soprattutto verso i paesi dell'est europeo, costituiva un argomento principe di discussione e gli alti lai dei professionisti erano dovuti a questo fenomeno. Non è più così. Oggi il turismo odontoiatrico è in netta flessione e preoccupa sempre meno. Le cause, facilmente individuabili, si concretizzano in primis nella mancata soddisfazione di coloro, pazienti, che hanno avuto l'ingenuità di credere di poter avere molto a poco. Oggi ne pagano le conseguenze e il tam tam delle lamentazioni ha ormai reso meno appetibili i viaggi verso l'Ungheria o la Romania o la Croazia. E in secondo luogo i prezzi, un tempo stracciatisimi, non lo sono più. L'adeguamento al mercato europeo ha fatto subito gola e le cifre stanno lievitando.

Ma c'è un'altra ragione per cui non si va più all'estero. E questa è residente qui, fuori casa, vicino a noi. Sono i centri LOW COST. Centri odontoiatrici d'arrembaggio, alla caccia del paziente facile, da fagocitare subito, mordi e fuggi. Centri con numerose poltrone, che investono moltissimo in pubblicità, moderni e efficienti, almeno in apparenza, ma soprattutto categoricamente privi di caratteristiche di eticità e dedizione professionale. Business center

e null'altro. Per loro stessa ammissione interessati alla quantità piuttosto che alla qualità. Il loro obiettivo è conculare nel cittadino paziente, soprattutto quello privo delle necessarie conoscenze che gli permettano di esercitare un efficace senso critico, la necessità di falsi bisogni. Si sta sviluppando, in questo modo, un mercato drogato. Il cittadino ormai condizionato da anni di propaganda che in ogni campo fa sognare il "tutto subito e a poco", forse dimenticando che nessuno fa niente per niente, scivola verso l'esca, la afferra e il gioco è fatto. La nostra tranquilla coscienza professionale ci dice che quest'illusione durerà poco, qualche anno e i pazienti torneranno da quei sanitari che con loro aveva instaurato un corretto e sano rapporto medico/paziente. Avvertiranno la differenza che c'è tra il farsi curare da una persona con la sua umanità e l'essere invece clienti di un'organizzazione avente il solo obiettivo di lucrare. Intanto, però, quanti studi in difficoltà, quanti giovani costretti a subire umiliazioni e ricatti economico professionali, quanti abusivi al galoppo in questo mercato senza regole.

Noi ordinisti, cioè la Commissione Odontoiatri, abbiamo fatto e facciamo quanto possibile per controllare il fenomeno e confortare i Colleghi. Vigiliamo sul rispetto delle regole deontologiche, applichiamo i dettami delle leggi dello Stato o della Regione. Ma siamo in difficoltà. Viviamo in una società pseudo liberista, in realtà orientata a una deregulation generalizzata, che in questa anarchia, appunto, permette a chi ha meno scrupoli di barare senza rischi. Le ultime leggi emanate hanno scardinato le barriere, tutti possono

fare quasi tutto, basta non aver scrupoli. Guarda caso si è anche ventilata l'abolizione degli Ordini, come dire che ogni seppur difficile controllo sarebbe stato di fatto polverizzato. La minaccia per ora è rientrata, ma temo che possa rappresentare una ghiotta opportunità politica per futuri leader. Peccato.

Nessun numero quest'anno. Non elencherò sedute fatte, procedimenti disciplinari portati a termine, colloqui tenuti con i Colleghi, partecipazione a eventi scientifici o istituzionali. Non parlerò nemmeno del fenomeno dell'abuso come ho sempre fatto in passato o delle difficoltà applicative della legge sulle autorizzazioni. Informo solo che è in itinere la prima nostra "costituzione di parte civile" nei confronti di un esercente abusivo dell'odontoiatria. Una soddisfazione.

Ringrazio invece tutto il personale dell'Ordine, come sempre, e in particolare il Direttore per i riguardi che ha verso di noi e la Signora Virna Giampieri, nostra segretaria dedicata, per il costante impegno e la dedizione ai compiti di cui la Commissione Odontoiatri Le fa carico.

Sono 1.003 a tutt'oggi gli iscritti all'Albo Odontoiatri di Verona. A loro un particolare saluto della Commissione Odontoiatri e un invito naturalmente a venire a votare alle elezioni ormai alle porte. Mi auguro che qualcuno possa avvicinarsi alla vita ordinistica e apprezzarne le caratteristiche, garantendoci così quel ricambio generazionale di cui sentiamo il bisogno. È un invito personale che sento il dovere di fare.

A voi tutti, invece, un sempre sincero grazie per l'attenzione.

FRANCESCO BOVOLIN

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 SNIAMI, 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

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DEL 13 LUGLIO 2011

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

Letture ed approvazione verbale precedente: l'approvazione del precedente verbale, viene rimandata alla prossima riunione.

Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente da lettura di una copia della modulistica aggiornata da utilizzare per i nuovi Procedimenti Disciplinari. Particolari modifiche riguardano lo "Svolgimento del Procedimento".
- Il Presidente riferisce di un fascicolo arrivato da un Centro dentistico ungherese low cost, (che ha come Direttore Sanitario un collega palermitano), che vorrebbe pubblicizzarsi su riviste locali. Il Presidente manderà alla Commissione Nazionale quanto ricevuto per avere un'opinione sul comportamento da tenere per ottemperare alle richieste ricevute.
- Il Presidente informa circa una richiesta del dr. Rizzo -Presidente CAO Padova- sulla possibilità che le ambulanze dismesse possano essere recuperate ed utilizzate come Unità Mobili Odontoiatriche. Il Dr. Renzo -Presidente CAO Nazionale- risponde che questo servizio, può essere effettuato solo dal servizio pubblico e per motivazioni ben specifiche
- Il Presidente presenta un documento che comunica le motivazioni delle dimissioni dei Presidenti CAO di BL, PD, RO, TV, VI e VR, dalla Federazione Regionale. Si costituirà nei prossimi giorni una Commissione dei Presidenti Albo Odontoiatri del Veneto.

Relazioni istruttorie:

- Il Dr. BK, giustifica il comportamento avuto con il Dr. NH. Ammette di aver usato toni elevati, ma si scuserà di questo direttamente con l'interessato. Si decide di archiviare il caso.
- Il Dr. ©Ø, ha pubblicizzato il proprio Studio mediante brochure non autorizzata per la dicitura "visita gratuita". Il collega, invitato a colloquio dal Presidente, dichiara di non aver ricevuto alcuna lettera di comunicazione relativa alla "non autorizzabilità" della voce specifica. Si dice disponibile a modificare manualmente gli opuscoli pubblicitari ancora in suo possesso, e dichiara che le nuove brochure non conterranno più questa frase. Il Presidente richiamerà il collega per visionare i nuovi opuscoli.

VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DEL 14 SETTEMBRE 2011

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

Letture ed approvazione verbale precedente: vengono approvati all'unanimità i verbali del 9 giugno e del 13 luglio.

Comunicazioni del Presidente:

- il Presidente relaziona i presenti sul documento riguardante il workshop tenutosi a Udine su pubblicità e deontologia in odontoiatria.
- Il Presidente informa di aver ricevuto da parte della Dott.ssa XY un quesito riguardo la liceità di una iniziativa odontoiatrica proposta a Verona da parte di Groupon. La CAO decide di ricercare ulteriori informazioni riguardanti la Srl presso la quale si svolge l'attività

pubblicizzata per verificarne la composizione e la regolarità.

- Dott.ssa Lo WÆ: il Presidente informa i presenti di aver ricevuto, da parte del legale della Dott.ssa YY, una lettera, da parte dell' avv., riguardante il suo coinvolgimento nella vicenda "XX" ove viene ribadita la sua totale estraneità ai fatti contestati. Non pare di intuire, però, che vi siano in ipotesi azioni legali nei confronti della Società XX.
- Dott. ÖQ: il Presidente da lettura della lettera/querela che il legale del Dott. Ö ha inviato nei confronti del Sig. KK e del Dott. ZZ per la vicenda "XX".
- Dott.ssa QÜ: il Presidente ripercorre il caso relativo alla Dott.ssa Q e di come la CAO non abbia potuto celebrare il procedimento disciplinare a causa di sua mancata presentazione. Avendo ricevuto certificato medico del curante che attesta una patologia tale da richiedere ulteriori accertamenti, viene deciso di sospendere l'iter del procedimento in attesa di avere ulteriori informazioni.
- Il Presidente da lettura di una lettera/denuncia scritta dalla Signora BÜ nei confronti di uno studio dentistico ove è stata sottoposta a cure odontoiatriche da una persona priva dei titoli abilitanti all'esercizio dell'odontoiatria. Il direttore sanitario della struttura risulta essere il Dott. ÖÖ. Il presidente ha provveduto ad inoltrare copia della denuncia al Nucleo NAS di Padova. Viene deciso di contattare l'esponente per chiarimenti. Il direttore sanitario sarà convocato dopo ulteriori indagini.
- Dott. ÝK: il presidente ripercorre il caso relativo al Dott. ÝK. L'Ufficio Provinciale del Lavoro, al quale era stata inviata segnalazione congiuntamente ad altri enti, comunica di aver intrapreso le iniziative competenti.
- Il Presidente da lettura di una segnalazione anonima pervenuta all'Ordine relativa alla prossima apertura di una struttura sanitaria denominata "centro medico a" ove non compare il nome del direttore sanitario. Viene deciso di attendere un ulteriore approfondimento delle indagini.
- Il Presidente informa i presenti che

la pratica di costituzione di parte civile nei confronti del Sig. WQ sta seguendo l'iter intrapreso dal legale della Commissione Avv. Zanoni.

10. Il Presidente da lettura di una segnalazione/esposto presentata dal Dott. IÈ nei confronti del Dott. Öy. Nell'esposto il Dott. È denuncia gravi mancanze avvenute nello studio ove operava. Viene deciso di invitare a colloquio il Dott. Ö per chiarimenti.

Relazioni istruttorie:

1. Dott. Hß: il Presidente ripercorre il caso relativo al Sanitario coinvolto nella vicenda Ø. Su sollecitazione del Presidente il Dott. H provvedeva ad inviare copia del contratto stipulato. Successivamente perveniva all'Ordine un

altro volantino ove, ancora, non compariva alcun nominativo di Medico/Odontoiatra responsabile dei servizi offerti. Veniva di nuovo invitato a colloquio il Dott. H per chiarimenti e in quella sede il sanitario dichiarava di aver espressamente chiesto a chi si occupa della pubblicità di far comparire il proprio nome. Dichiarò nel verbale di colloquio di riservarsi di agire legalmente. La CAO dopo ampia discussione decide di aprire procedimento disciplinare a carico del Dott. H per violazione degli articoli 55, 56 e 64 del Codice di Deontologia Medica.

2. Dott. Æ: il Presidente ripercorre il caso relativo alla vertenza Ç/Æ. Era stato dato incarico ad un membro della Commissione di visionare e studiare la docu-

mentazione depositata, riassumendone poi alla CAO. Prende la parola il collega incaricato, che espone i fatti relativi alla memoria inviata dal Dott. Æ e presenta ai membri CAO la sua relazione scritta. Dopo ampia discussione, a fronte della permanenza di pareri discordanti sulla correttezza del comportamento tenuto dai sanitari in lite, il Presidente chiede che venga espresso parere per voti sull'apertura o meno di procedimento disciplinare nei confronti del Dott. Æ. I presenti si esprimono nel merito con 4 voti favorevoli e uno contrario. Verrà quindi aperto procedimento disciplinare nei confronti del dott. Æ per violazione dell'articolo 58 del Codice Deontologico.

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

Convegni e Congressi

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

9° evento formativo

GRUPPO SENOLOGICO VERONESE

AGGIORNAMENTI IN SENOLOGIA

17 dicembre 2011
ore 9 - 17
Sala Convegni
Banco Popolare di Verona

Patrocini richiesti:  

17 DICEMBRE 2011

Aggiornamenti in Senologia
9° evento formativo del Gruppo Senologico Veronese

Presentazione:

Obiettivo dell'evento è esporre l'attività del Gruppo Senologico Veronese e l'importante risultato raggiunto con la certificazione di qualità burraeus veritas del PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL CARCINOMA MAMMARIO all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona. Verranno affrontati gli argomenti più recenti e le tecnologie più innovative in campo diagnostico, chirurgico e oncologico senologico e discutere i casi clinici relativi. Il moderatore introdurrà i nodi principali,

ponendo quesiti specifici ai relatori. I relatori interagiscono con i partecipanti nella discussione dei quesiti posti e nella soluzione dei casi clinici relativi con l'ausilio di cartoncini colorati.


Metodologia didattica prevalente:

B2 - Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo.

Az. Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, U.O. Oncologia di Verona, Gruppo Senologico Veronese (Direttore Prof.ssa Annamaria Molino)
Verona, Sala Convegni del Centro Servizi del Banco Popolare di viale delle Nazioni 4, Verona
Inizio lavori ore 9.00

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

2° evento formativo
GRUPPO INTERDISCIPLINARE URO-ONCOLOGICO



CARCINOMA PROSTATICO

Follow-up Integrato Multidisciplinare

21 gennaio 2012
Centro Mons. Carraro, Verona

21 GENNAIO 2012

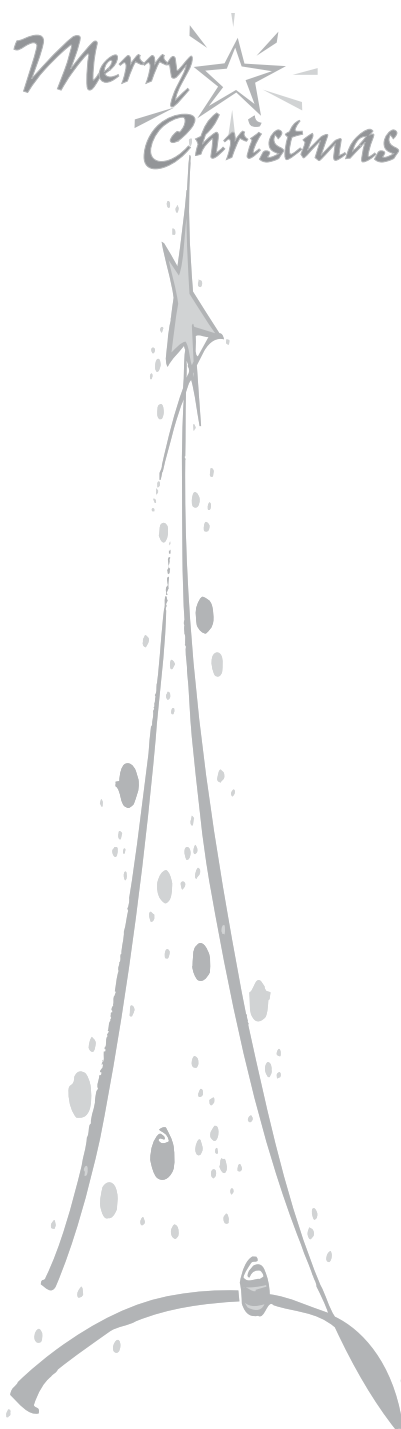
Il Carcinoma Prostatico: Follow Up Integrato Multidisciplinare

Azienda Osp. Universitaria Integrata di Verona
U.O. Urologica (Dir. Prof. W. Artibani)
U.O. Oncologica (Dir. Prof.ssa A. Molino)
Gruppo Interdisciplinare Uro-Oncologico
Verona, Centro Mons. Carraro
Via Lungadige Attiraglio 45
Inizio Lavori ore 8.30

10 e 11 FEBBRAIO 2012

Studiando il Sangue Verso La Medicina Personalizzata, l'Eredità di Giorgio De Sandre

Convegno in onore del Prof. Giorgio De Sandre (1928-2002) nel decennale della sua morte.
Verona, Aula Magna "Giorgio De Sandre", Policlinico G.B. Rossi
Inizio lavori ore 8.00



Orticaria: inquadramento e gestione

**ANNA PERONI,
GIAMPIERO GIROLOMONI**

Clinica Dermatologica, Università di Verona

La Clinica

L'orticaria è una malattia estremamente comune la cui gestione tuttavia può porre delle difficoltà. Il paziente ed il medico spesso si focalizzano sulla ricerca spasmodica delle cause. In realtà il primo passo di fronte ad un paziente con orticaria è *stabilire con certezza che si tratti di orticaria e non di una malattia diversa*.

La lesione primaria e distintiva dell'orticaria è il *pomfo*, che appare come un rilievo cutaneo circoscritto, di consistenza teso-elastica, di colore bianco o rosato chiaro, spesso con un alone eritematoso periferico. Le lesioni possono essere molto variabili sia come dimensioni, da pochi millimetri a vari centimetri, sia come numero, rare e sparse, oppure numerose ed estese a coprire vaste aree cutanee (Figura 1), generalmente con distribuzione casuale ed asimmetrica sulla superficie corporea. *I pomfi sono tipicamente pruriginosi* o raramente associati a sensazione di bruciore, e non si associano a sintomi sistemici. Le singole lesioni persistono per un tempo breve, che varia da pochi minuti ad ore, ed usualmente non più di 24 ore. *Le lesioni scompaiono senza esiti quali*



Figura 1 - Orticaria spontanea: pomfi eritematosi classici, di dimensioni variabili, diffusi sul dorso.

iperpigmentazione o stravasi ematici. Altra manifestazione clinica presente in circa il 40% dei pazienti è l'*angioedema*, che è determinato da un edema dermico localizzato più in profondità e si presenta, quindi, come una tumefazione a margini mal definiti; si localizza nelle sedi dove il connettivo è più lasso (caratteristicamente palpebre, labbra, genitali, regioni palmo-plantari) e si associa a *sensazione di tensione anche dolorosa piuttosto che a prurito*. Può richiedere anche fino a 72 ore per risolvere completamente; non lascia esiti.

I pomfi presenti nell'orticaria acuta ed in quella cronica presentano uguale aspetto clinico, ma le due patologie hanno distinti fattori eziologici oltre che diversa durata.

Dal punto di vista istologico i pomfi dell'orticaria spontanea mostrano *edema dermico con infiltrato perivascularolare* di intensità modesta e a composizione mista, con macrofagi, linfociti e granulociti, sia eosinofili che neutrofili. Sono, invece, *sempre assenti alterazioni dell'epidermide e segni di danno endoteliale indicativi di vasculite*.

L'orticaria spontanea acuta è definita dalla ricorrenza di pomfi per un periodo che *inferiore alle 6 settimane*. È una patologia ubiquitaria che colpisce adulti e bambini, e si stima che il 15-30% della popolazione ne sia affetto almeno una volta nel corso della vita, più frequentemente nei soggetti atopici. Di solito risolve in pochi giorni (entro 3 settimane nel 90% dei casi).

L'orticaria spontanea cronica è caratterizzata dalla ricorrenza dei pomfi per un periodo *superiore alle 6 settimane*, ed ha una durata media di 3-5 anni; anch'essa è ubiquitaria, ma non altrettanto frequente di quella acuta (0,5-3% della popolazione generale), ed è rara nei bambini.[1,2]

Come entra in gioco il Medico

I pazienti con orticaria acuta afferiscono di solito al medico di Medicina Generale o al Pronto Soccorso.

Al contrario i pazienti con orticaria cronica spesso si rivolgono o sono inviati agli specialisti, principalmente Dermatologi o Allergologi, per una conferma della diagnosi, per identificare le cause o malattie associate e per impostare un trattamento adeguato. Nonostante la diagnosi di orticaria sia chiara nella maggior parte dei pazienti, essa può porre in alcuni casi delle difficoltà.

Aspetti eziopatogenetici

Nell'**orticaria acuta** *la causa è spesso identificabile anche solo con l'anamnesi*, anche se rimane non chiarita in più del 30% dei casi. La causa più frequente di orticaria acuta è rappresentata da infezioni (40% dei casi) per lo più virali, più o meno sintomatiche, o malattie febbrili e solo in seconda battuta (circa 30% dei casi) sono invece responsabili farmaci (inclusi mezzi di contrasto) e cibi (soprattutto frutti di mare e frutta), con frequenze diverse a seconda delle fasce di età. Nella maggioranza dei pazienti con **orticaria cronica** *un fattore eziologico non è identificabile, anche se molti fattori, tra cui farmaci, infezioni, stress emotivi e cibi, possono fungere da stimoli scatenanti*. È importante sottolineare che l'orticaria cronica non è quasi mai dovuta a meccanismi IgE-mediati; in particolare i farmaci (in primo luogo FANS e oppioidi) e gli additivi alimentari sono solo raramente implicati nel mantenimento o esacerbazione dell'orticaria cronica spontanea ed agiscono tramite meccanismi pseudo allergici (non IgE mediati) di vario tipo. In alcuni pazienti l'orticaria cronica sembra avere una *eziologia autoimmune*, legata alla presenza di auto-anticorpi diretti contro il recettore ad alta affinità per le IgE (FcεRIα) o contro le IgE stesse. L'orticaria cronica ha un profondo *impatto sulla qualità di vita dei pazienti*, perché il prurito intenso e la presenza di lesioni cutanee interferiscono con il sonno, ma anche con le attività lavorative e ricreative. Un particolare sottogruppo è costituito dalle *orticarie fisiche*, in cui i pomfi sono indotti da *stimoli termici, luce ultravioletta, pressione o sfregamento a livello cutaneo*.

La diagnosi differenziale

La principale patologia che va esclusa quando si presenta un paziente con orticaria acuta, quindi di recentissima insorgenza, è l'**anafilassi**, che è caratterizzata da pomfi cutanei o eritema

AGGIORNAMENTO

diffuso, associati a sintomi sistemici a carico principalmente dei sistemi cardiovascolare, respiratorio e gastrointestinale. Le manifestazioni di anafilassi sono generalmente improvvise, ma esistono forme a decorso prolungato ed anche bifasico. *Le cause principali di reazioni anafilattiche sono veleno di imenotteri, cibi e farmaci.* Abitualmente l'importanza dei sintomi sistemici associati è tale da non lasciare dubbi sulla diagnosi differenziale tra le due affezioni. Eventualmente, la dimostrazione di un *incremento nei valori di triptasi ematica* può

essere utile per confermare la diagnosi, anche se i risultati di questa analisi non sono di solito disponibili in urgenza e, quindi, servono come conferma ex-post anziché come test diagnostico in acuto.

Già all'esordio dell'orticaria, ma soprattutto quando le manifestazioni tendono a protrarsi nel tempo, è necessario considerare nella diagnosi differenziale numerose condizioni caratterizzate da lesioni cutanee simili ai pomfi o cosiddette orticarioidi (Tabella 1).[3,4] Tali **sindromi orticarioidi** possono essere complessivamente *distinte in due cate-*

gorie. La prima di queste categorie include patologie ad interessamento esclusivamente cutaneo che si possono presentare con una componente orticarioide, come ad esempio *entomodermatosi, eruzioni esantematiche da farmaci, pemfigoide in fase prebollosa, mastocitosi cutanea (orticaria pigmentosa)* nei bambini e la cosiddetta dermatite orticarioide. Spesso i dati clinici (età del paziente, lesioni elementari associate) ed anamnestici (andamento temporale delle lesioni, stimoli scatenanti) sono sufficienti ad orientare la diagnosi, ma la

Tabella 1 - Principali patologie cutanee e sistemiche che possono manifestarsi con lesioni orticarioidi

PATOLOGIE CUTANEE	PATOLOGIE CON INTERESSAMENTO SISTEMICO
Dermatite orticarioide Dermatite da contatto (irritante o allergica) Entomodermatosi Scabbia Eruzioni esantematiche da farmaci Mastocitosi maculo-papulosa (bambini) Vasculite dei piccoli vasi (orticaria vasculite) Malattie bollose autoimmuni: Pemfigoide bolloso Pemfigoide della gravidanza Dermatite ad IgA lineari Pemfigo erpetiforme Papule e placche pruriginose della gravidanza (PUPPP) Dermatite autoimmune da progesterone Dermatite granulomatosa interstiziale Cellulite eosinofila (Sindrome di Wells) Idrosadenite eccrina neutrofilica	Disordini immunologici
	Lupus eritematoso sistemico Sindrome di Sjögren Dermatomiosite Connettivite mista (Sindrome di Sharp) Artrite reumatoide giovanile Sindrome di Cogan Policondrite recidivante Orticaria vasculite ipocomplementemica (Sindrome di McDuffy) Deficit acquisito di C1 inibitore Crioglobulinemia Malattia da siero
	Vasculiti
	Granulomatosi di Wegener Malattia di Churg and Strauss Arterite di Takayasu Poliarterite nodosa
	Malattie ematologiche
	Emoglobinuria parossistica Policitemia vera Sindromi ipereosinofile Sindrome di Gleich Sindrome di Schnitzler
	Malattie genetiche
	Sindrome di Muckle-Wells Malattia di Wissler-Fanconi Sindrome autoimmune familiare da freddo Febbre familiare mediterranea Febbre familiare da freddo Osteomielite ricorrente multifocale cronica Sindrome iper-IgD Sindrome neurological cutanea ed articolare cronica infantile (CINCA)



Figura 2. Dermatite orticarioide: lesioni eritemato-edematose, fisse, con minima desquamazione, sulla porzione postero-laterale dell'arto superiore.

differenziazione può risultare particolarmente difficoltosa per esempio nel caso della *dermatite orticarioide*, la quale rappresenta una forma principalmente dermica di un processo eczematoso ed appare clinicamente come una eruzione di chiazze eritemato-edematose persistenti, con variabile componente vescicolosa e desquamante, simmetricamente distribuite al tronco ed alle estremità (Figura 2).[5] Le lesioni sono abitualmente molto pruriginose. Altra importante

diagnosi che deve essere sempre esclusa in presenza di lesioni orticarioidi, in ragione della sua alta frequenza, sono le *eruzioni esantematiche da farmaci*, che rappresentano le più comuni reazioni avverse ai farmaci (Figura 3).

Le lesioni cutanee di solito iniziano da 4 a 14 giorni dopo l'inizio di un nuovo farmaco, talora anche dopo che la sua assunzione è terminata, o più precocemente in caso di successive esposizioni. Le lesioni cutanee appaiono come macule eritematose che talora divengono lievemente palpabili, con aspetto morbilliforme o a volte orticarioide o purpurico, e con distribuzione bilaterale e simmetrica. L'eruzione interessa inizialmente il tronco e gli arti superiori, spesso iniziando alle grandi pieghe ascellari ed inguinali, e progressivamente diviene confluyente; le mucose sono in genere risparmiate. Prurito e/o febbre possono essere associati all'eruzione cutanea, la quale di solito risolve in pochi giorni. L'esame istologico può essere di aiuto.

La seconda categoria di malattie che si possono presentare con lesioni orticarioidi include malattie o sindromi sistemiche, come ad esempio le

sindromi autoinfiammatorie, connettiviti, vasculiti e patologie ematologiche (Tabella 1). Tra esse la più frequente è l'*orticaria vasculite*, che è una vasculite dei piccoli vasi con predominante interessamento cutaneo (Figura 4).[6] Essa è caratterizzata da lesioni pomfoidi che durano ben più di 24 ore e sono accompagnate da una sensazione di bruciore o dolore oppure da prurito; esse risolvono con stravasamenti o iperpigmentazione. Più raramente possono essere presenti altre lesioni elementari cutanee (per es. ulcerazione). Angioedema è presente in meno della metà dei pazienti.[6] La diagnosi richiede *sempre conferma istologica* su una biopsia cutanea, che dimostra una vera vasculite dei piccoli vasi dermici, di solito leucocitoclastica.[6]

L'*orticaria vasculite*, soprattutto nella variante *ipocomplementemica* (cioè con riduzione dei livelli di C3 e C4 verificata in prelievi seriati), spesso si associa a connettiviti (lupus eritematoso sistemico), malattie infiammatorie croniche dell'intestino, epatiti virali e paraproteinemie, malattie renali o neoplasie. Perciò le lesioni cutanee sono spesso associate a manifestazioni sistemiche quali artralgie (50% dei pazienti), di solito transitorie e migranti, a sintomi respiratori, febbre e dolore addominale. L'*orticaria vasculite* richiede pertanto un'attenta valutazione globale del paziente al momento della diagnosi ed anche nel tempo.

Quando all'orticaria si associa iperperissia diventa fondamentale escludere le *sindromi autoinfiammatorie* (ad esordio prevalentemente in età pediatrica o giovanile) e alcune *patologie ematologiche* (più frequenti nell'età adulto-avanzata).

Riassumendo perciò, i principali caratteri che possono essere di ausilio per differenziare la vera orticaria dalle eruzioni orticarioidi sono la presenza di manifestazioni cutanee che mostrano anche altre lesioni elementari (papule, necrosi, vescicole, emorragie) oltre ai pomfi, e/o la distribuzione bilaterale e simmetrica, la durata delle singole lesioni superiore alle 24 ore e/o la risoluzione con esiti e la presenza di sintomi sistemiche associati (Tabella 2). In tutti questi casi l'esecuzione della biopsia cutanea e di ulteriori indagini clinico-strumentali sono fondamentali per il corretto inquadramento diagnostico.

Tabella 2 - Principali caratteri clinici per differenziare l'orticaria dalle eruzioni orticarioidi

ORTICARIA	Lesioni orticarioidi: uno o più dei seguenti:
Solo pomfi tipici: Lesioni eritemato-edematose Transitorie (<24-36 ore) Distribuzione asimmetrica Risoluzione senza esiti (ipo/iperpigmentazione, cicatrice, ..)	"Pomfi" atipici: Placche infiltrate Persistenti (>24-36 ore) Distribuzione simmetrica Risoluzione con esiti (ipo/iperpigmentazione, cicatrice, ..)
Non altre lesioni elementari associate (papule, vescicole, porpora, croste,...)	Differenti lesioni elementari associate (papule, vescicole, porpora, croste,...)
Pruriginosi (raramente pizzicore o bruciore)	Pruriginosi / dolorosi
Angioedema eventualmente associato	Usualmente non angioedema associato
Non associati sintomi sistemiche	Talora altri sintomi sistemiche associati: Febbre, artralgie, dolore addominale, perdita di peso, anomalie circolatorie acrali, segni neurologici.

Tabella 3 - Principali caratteristiche farmacologiche degli antistaminici di seconda generazione alle dosi standard

Agente	Sedazione	Potenziale interazione con farmaci / alimenti
Desloratadina	-	-
Levocetirizina	+	-
Fexofenadina	-	+
Loratadina	-	+
Cetirizina	+	-
Ebastina	+	+
Rupatadina	+	+

Una volta inquadrato il problema...

Dopo aver stabilito che il paziente è affetto da orticaria vera potrà essere utile determinare, specie per le forme croniche, *da quale tipo di orticaria è affetto*. [1,2] Le orticarie croniche più frequentemente sono spontanee oppure dovute a stimoli fisici, per esempio da freddo, ritardata da pressione oppure dermografica, mentre le altre forme sono più rare. Più tipi di orticaria possono essere contemporaneamente presenti in uno stesso paziente.



Figura 3. Eruzione esantematica da farmaci: lesioni maculo-papulari eritematose fisse, con tendenza alla espansione centrifuga ed alla confluenza, distribuite simmetricamente su tronco ed arti superiori.

Nell'**orticaria acuta spontanea** non è raccomandata l'esecuzione di esami ematochimici in tutti i pazienti. Eventuali esami possono essere effettuati in base ai dati anamnestici specifici per il singolo paziente e possono includere: emocromo con formula, velocità di eritrosedimentazione, proteina C reattiva, tampone faringeo, dosaggio delle IgE sieriche, skin prick test, test di provocazione orale.

Nell'**orticaria cronica spontanea** non è raccomandata l'esecuzione di esami ematochimici in tutti i pazienti, se essi

rispondono adeguatamente alla terapia con anti-istaminici anti-H1. Eventuali esami devono invece essere effettuati in pazienti che non rispondono alla terapia con detti farmaci dopo un periodo adeguato di trattamento e includono: emocromo con formula, velocità di eritrosedimentazione, proteina C reattiva, esami di funzionalità tiroidea ed anticorpi anti-tiroide, dosaggio delle frazioni del complemento (C3, C4, CH50), test al siero autologo, biopsia cutanea. Le indagini volte ad identificare eventuali patologie infettive associate devono essere effettuate solo se vi sono evidenze cliniche che suggeriscano la presenza di tali affezioni: non è indicato eseguire screening a tappeto su tutti i pazienti.

La terapia

Il trattamento del paziente con orticaria include *misure comuni* da adottare in ogni caso e interventi specifici da individualizzare. È sempre indispensabile **eliminare i fattori scatenanti** eventualmente individuati (farmaci, stimoli fisici), e comunque consigliare ai pazienti di *evitare l'assunzione di aspirina ed altri farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) ed oppiacei*, poiché queste classi di farmaci possono indurre liberazione di istamina tramite meccanismi non allergici. Ai pazienti che presentino *angioedema* e che siano in terapia con ACE inibitori è opportuno consigliare di sostituire tali farmaci con altri anti-ipertensivi. Eventuali *diete* di eliminazione vanno effettuate solo se all'anamnesi emerge una significativa associazione tra l'andamento delle manifestazioni cliniche ed uno specifico fattore scatenante.

Il **trattamento farmacologico** è volto principalmente al controllo delle manifestazioni e si basa innanzitutto sull'impiego di antistaminici anti-H1, in parti-

colare quelli di seconda generazione, che associano una ottima efficacia a una maggiore tollerabilità e ridotte interazioni farmacologiche (Tabella 3). In particolare, la desloratadina sembra avere un miglior profilo di sicurezza con minor effetto sedativo e una assente interazione con farmaci e alimenti, rispetto ad altri anti-istaminici. [7] *Circa l'80% dei pazienti con orticaria cronica può essere controllato con la sola terapia antistaminica a dosaggio standard*. Esiste, comunque, una frazione di pazienti che non risponde agli antistaminici a dosaggi standard; per la gestione di tali situazioni è possibile rifarsi alle linee guida della European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI)/ European Dermatology Forum pubblicate nel 2009 (Tabella 4). [8]

Nei pazienti *non responsivi* a dosaggi standard di antistaminici attualmente *si ritiene indicato aumentare* i dosaggi dell'antistaminico in uso fino ad un massimo di *2-4 volte* prima di considerare un farmaco alternativo. Questa indicazione è stata inizialmente suggerita da report aneddotici, ma recentemente sono stati pubblicati degli studi clinici che hanno supportato l'efficacia e sicurezza di tale provvedimento (tuttora off-label) in specifici sottogruppi di pazienti. [9-11] *Qualora anche l'aumento del dosaggio non porti ad un controllo dei sintomi* dopo un periodo adeguato di trattamento si può associare all'anti-istaminico in uso *un secondo antistaminico non sedativo o sedativo oppure un anti-leucotrieno* (Montelukast 10 mg/die o Zafirlukast 20 mg bid), in considerazione della bassissima tossicità di tali farmaci, anche a fronte di dati di efficacia non univoci; gli anti-leucotrieni sarebbero efficaci



Figura 4. Orticaria vasculite: lesioni eritemato-edematose figurate, fisse, con stravasi purpurici, alla faccia anteriore della gamba.

Tabella 4 - Raccomandazioni per la terapia dell'orticaria cronica Secondo le linee guida EAACI/GA2LEN/EDF 2009.[8]

Prima linea
Eliminare fattori scatenanti noti Antistaminici anti-H1 di seconda generazione quotidianamente (per almeno 2 settimane)
Seconda linea
Aumentare il dosaggio dell'antistaminico (fino a max 4 volte, per 1-4 settimane)
Terza linea
Considerare antistaminico non sedativo alternativo (per 1-4 settimane) Oppure associare anti-leucotrieno (per 1-4 settimane) Per esacerbazioni: Steroidi sistemici (solo per breve periodo, 3-7 giorni)
Quarta linea
Antistaminici anti H2 Ciclosporina A Dapsone altri Omalizumab Per esacerbazioni: Steroidi sistemici (solo per breve periodo, 3-7 giorni)

soprattutto in pazienti con test al siero autologo positivo e intolleranti ai FANS. *Gli steroidi sistemici* sono ampiamente utilizzati nella pratica clinica con buona efficacia, nonostante pochi siano i dati di letteratura disponibili riguardo al loro uso nell'orticaria. Tuttavia, in ragione dei ben noti effetti collaterali legati al loro uso a lungo termine, attualmente si ritiene che essi *dovrebbero essere utilizzati per controllare le riaccensioni gravi della patologia e per brevi periodi* (prednisone 0,3-0,5 mg/kg/die o metilprednisolone 16 mg/die per 3-7 giorni) e poi *gradualmente sospesi*. [8] Nei casi in cui ancora la patologia non fosse controllata, si può considerare l'impiego di *altri farmaci immunosoppressori*, tra cui principalmente ricordiamo la *ciclosporina* (3-5 mg/Kg/die per 3-6 mesi), la cui efficacia è confermata da vari studi clinici e il cui impiego richiede un attento controllo clinico e dei parametri di laboratorio. [12] Infine esistono segnalazioni di efficacia per vari farmaci, ma i livelli di evidenza sono bassi ed essi sono per lo più utilizzati "off-label" nell'orticaria cronica. Tra questi *trattamenti alternativi* ricordiamo ciclofosfamide, metotrexate, dapsona, colchicina, sulfasalazina, idrossiclorochina, doxepina, fotote-

rapia (nb-UVB, UVA, PUVA), eparina, warfarin, immunoglobuline e.v. ad alte dosi, plasmaferesi, stanazolo. [8] Da ultimo, recentemente sono stati riportati vari casi di efficacia della terapia con omalizumab, un anticorpo monoclonale anti-IgE, in pazienti con orticaria non responsiva ad altri trattamenti. [13,14]

BIBLIOGRAFIA

1. Tedeschi A, Girolomoni G, Asero R and the AAITO Committee for Chronic Urticaria and Pruritus Guidelines. AAITO Position paper. Chronic urticaria: diagnostic workup and treatment. Eur Ann Allergy Clin Immunol 2007;39:225-31.
2. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Canonica W, Church MK, Giménez-Arnau A et al. EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. Allergy 2009;64:1417-26.
3. Peroni A, Colato C, Schena D, Girolomoni G. Urticarial lesions: if not urticaria, what else? The differential diagnosis of chronic urticaria: Part I. Cutaneous diseases. J Amer Acad Dermatol 2010;62:541-55.
4. Peroni A, Colato C, Zanoni G, Girolomoni G. Urticarial lesions: if not urticaria, what else? The differential diagnosis of chronic urticaria: Part II. Systemic diseases. J Amer Acad Dermatol 2010;62:557-70.
5. Kossard S, Hamann I, Wilkinson B. Defi-

- ning urticarial dermatitis: a subset of dermal hypersensitivity reaction pattern. Arch Dermatol 2006; 142:29-34
6. Devillier P, Roche N, Faisy C. Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of desloratadine, fexofenadine and levocetirizine: a comparative review. Clin Pharmacokinet 2008;47:217-30.
 7. Dincy CVP, George R, Jacob M et al. Clinicopathologic profile of normocomplementemic and hypocomplementemic urticarial vasculitis: a study from South India. J Eur Acad Dermatol 2008;22: 789-94.
 8. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Canonica GW, Church MK, Giménez-Arnau AM et al. EAACI/GA2LEN/EDF guideline: management of urticaria. Allergy 2009; 64:1427-43.
 9. Zuberbier T, Munzberger C, Haustein U et al. Double-blind crossover study of high-dose cetirizine in cholinergic urticaria. Dermatology 1996;193:324-7.
 10. Asreo R. Chronic unremitting urticaria: is the use of antihistamines above the licensed dose effective? A preliminary study of cetirizine at licensed and above-licensed doses. Clin Exp Dermatol 2007;32:34-8
 11. Siebenhaar F, Degener F, Zuberbier T et al. High-dose desloratadine decreases wheal volume and improves cold provocation thresholds compared with standard-dose treatment in patients with acquired cold urticaria: a randomized, placebo-controlled, crossover study. J Allergy Clin Immunol 2009;123: 672-9.

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.

Farmaci anoressizzanti *D.M. 2 agosto 2011*

Il Ministero della Salute, con l'allegato D.M. 2 agosto 2011, pubblicato sulla G.U. n. 180 del 4 agosto 2011, ha disposto il trasferimento dell'amfepramone (dietilpropione) e della fendimetrazina dalla Tabella II B alla Tabella I. Pertanto, a decorrere dal 05.08.2011, **ne è vietata in Italia la fabbricazione, l'importazione e il commercio, anche attraverso la vendita via Internet, ed è fatto di-**

vieto ai farmacisti di eseguire preparazioni magistrali contenenti amfepramone (dietilpropione) e/o fendimetrazina e i medici sono tenuti ad astenersi dal prescrivere.

La Federazione ritiene opportuno segnalare che l'esperienza ormai maturata ha ormai pienamente confermato la pericolosità di questi preparati per la salute dei cittadini, spesso attratti da farmaci che consentireb-

bero di raggiungere lo scopo del dimagrimento.

Occorre considerare che alcune delle molecole, spesso rinvenibili nei preparati magistrali anoressigeni, sono state ritirate dal commercio perché ad alto rischio di tossicità (ipertensione polmonare primitiva e valvulopatie cardiache con fenfluramina, dexfenfluramina, fendimetrazina e altri anfetaminici; ictus cerebrale emorragico con i simpaticomimetici). Inoltre non hanno dimostrato di mantenere la riduzione del peso nel lungo periodo, né di ridurre morbilità e mortalità correlate all'obesità. Pertanto le prescrizioni di preparati galenici di cui si parla sono non solo prive di "evidenza" scientifica e gravate da una tossicità inaccettabile, ma anche sprovviste di un razionale che le renda plausibili.

IRAP non dovuta dal medico di famiglia anche se con segretaria part-time

**Commissione Tributaria Prov. Teramo
Sez. II, Sent. n. 90 del 06.04.2011**

Il fatto: Un medico di assistenza primaria, pur avvalendosi della collaborazione part-time di una segretaria, impugnava una cartella di pagamento emessa a seguito del mancato versamento dell'IRAP, sostenendo di non dovere l'imposta.

Il diritto: nell'attività del medico di famiglia non è presente quel quid pluris collegabile alla maggiore capacità di arricchimento derivante dalla struttura, dall'ampiezza dello studio, dai dipendenti, dai collaboratori, dalla segretaria, dai beni strumentali, perché nonostante la loro presenza il reddito non subisce un incremento aggiuntivo, essendo lo stesso parametrato su valori diversi, che rappresentano situazioni oggettive non influenzabili dalla presenza del personale dipendente o di beni particolarmente sofisticati.

Esito della controversia: La Commissione tributaria provinciale ha accolto il ricorso proposto dal medico.

Omissis ...

FATTO

Il ricorrente in epigrafe individuato impugnava la cartella di pagamento, emessa ex art. 36 bis DPR 600/73, relativamente all'IRAP ap, sostenendo che detta imposta non era dovuta.

Il contribuente prendendo spunto dalla molteplice giurisprudenza della Corte di Cassazione, formatasi sul punto, sosteneva che svolgendo l'attività di medico di base massimalista, seppure con l'ausilio part-time di una segretaria e con mezzi minimi richiesti per lo svolgimento di tale attività, non era configurabile nei suoi confronti una forma di lavoro autonomamente organizzata, come richiesto ai fini Irap, poiché inserito in una struttura sovraordinata quale la ASL, che come da buste pagata allegate, rimborsava anche lo stipendio versato per la dipendente. Relativamente alla posizione di libero professionista, sosteneva, che essa era del tutto marginale, rispetto all'attività di medico di base e veniva svolta, senza ausilio di personale e con i mezzi mi-

nimi richiesti per la professione. Chiedeva, quindi l'accoglimento del ricorso. Si costituiva l'ufficio il quale eccitava in via preliminare l'infondatezza del ricorso, perché trattandosi di cartella emessa a seguito di controllo automatizzato, nessuna doglianza poteva essere sollevata circa la debenza o meno dell'imposta, essendo esposta in sede di dichiarazione ma non versata successivamente dal contribuente, per cui riteneva che il contribuente non poteva contestare nel merito il recupero. Nel merito sosteneva che il contribuente essendo un libero professionista, avendo un reddito alto, e personale dipendente, non poteva considerarsi esente dal versamento dell'Irap, potendosi configurare nei suoi confronti un'autonoma organizzazione. Chiedeva, quindi il rigetto del ricorso. In sede di pubblica udienza venivano ribadite dalle parti le rispettive eccezioni e deduzioni, in particolare il rappresentante del contribuente richiamava la Circolare n. 28/E del 2010, proprio relativa sia all'impugnazione nel merito della cartella

emessa ex art 36 bis, sia l'esenzione dall'Irap per i medici di base.

DIRITTO

Osserva la Commissione come l'eccezione preliminare sollevata dall'ufficio circa l'improponibilità della domanda attorea, perché formulata nell'ambito di impugnazione di una cartella emanata ex art. 36 bis, non possa essere accolta, in quanto questa Commissione deve prendere atto che la Corte di Cassazione a sezioni unite nella sentenza n. 21749/09, concernente proprio una controversia avente ad oggetto una cartella di pagamento emessa a seguito di omesso versamento dell'IRAP indicata in dichiarazione, ha affermato che "dal principio della emendabilità e ritrattabilità della dichiarazione... discende la possibilità per il contribuente di emendare la dichiarazione allegando errori di fatto o di diritto commessi nella sua redazione, ed incidenti sull'obbligazione tributaria, è esercitabile non solo nei limiti in cui la legge prevede il diritto al rimborso ai sensi del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 10 602, art. 38 ma anche in sede contenziosa per opporsi alla pretesa tributaria dell'amministrazione finanziaria (in questo senso Cass. 22021/06)". Tale sentenza ha confermato il precedente orientamento della giurisprudenza di legittimità secondo cui "la liquidazione in base alla dichiarazione D.P.R. n. 600 del 1973, ex art. 36 bis ed D.P.R. n. 633 del 1972, art. 54 bis, non preclude al contribuente, attraverso la impugnazione della relativa cartella, di rimettere in discussione la debenza del tributo, in quanto solo la mancata impugnazione della cartella comporta la preclusione del rimborso previsto dal D.P.R. n. 602 del 1973, art.

38" (Cass. 8456/2004). Del resto, la stessa Agenzia delle Entrate, attraverso la circolare n. 28/E del 2010 emanata dopo l'ulteriore pronuncia richiamata della Corte di Cassazione sezioni unite ha invitato le Agenzie delle Entrate periferiche a omettere di sollevare in giudizio tale eccezione preliminare.

Entrando nei merito, occorre richiamare nuovamente la citata circolare, con la quale **in merito ai medici di base, è stata posta in evidenza come lo svolgimento dell'attività convenzionata, non possa essere soggetta a pagamento Irap, quando la stessa venga svolta con i mezzi minimi richiesti dalla professione medica.**

A questo proposito, la Commissione sulla base del suo orientamento fondato sull'attenta lettura delle norme che sottendono il rapporto lavorativo intercorrente tra medici di base e Asl, **ritiene che la prestazione lavorativa personale del medico è sempre prevalente sia sull'organizzazione di beni che dei dipendenti**, poiché in base alla normativa di settore, senza la presenza del medico, uno studio convenzionato seppure organizzato con personale e beni non può operare ma soprattutto il reddito da questo prodotto proviene esclusivamente dal compenso pagato dalla ASL, il quale è predeterminato in base ai criteri disciplinati dall'art. 8 Divo n. 502/92, con riferimento a standard normativi quali il numero di pazienti convenzionati con il medico, il raggiungimento da parte di questo di alcuni obiettivi fissati ex lege, che risultano essere indipendenti dalla struttura o dal personale dipendente, presente nello studio.

Pertanto, come sostenuto nella ormai consolidata giurisprudenza di Cassazione, **nell'attività del medico di famiglia non è presente comunque, quel**

quid pluris collegabile alla maggiore capacità di arricchimento derivante dalla struttura, dall'ampiezza dello studio, dai dipendenti, dai collaboratori, dalla segretaria, dai beni strumentali, perché nonostante la loro presenza il reddito del medico di base non subisce un incremento aggiuntivo, essendo lo stesso parametrato su valori diversi innanzi evidenziati, che rappresentano situazioni oggettive non influenzabili dalla presenza del personale dipendente o di beni particolarmente sofisticati.

In merito poi alla presenza della **segretaria part-time**, il versamento del suo stipendio viene restituito al medico in busta paga dalla Asl, come si evidenzia dalle stesse allegate in atti, pertanto la segretaria o il personale di segreteria, può considerarsi come un elemento, che la convenzione Asl, considera facente parte della struttura che la stessa richiede al medico, tanto che ne rimborsa il costo.

Relativamente, all'attività residua che il contribuente svolge, come odontoiatra, a parere di questa Commissione sfugge all'imposizione irap, perché la stessa viene svolta senza ausilio di personale e con mezzi minimi necessari, in considerazione che la segretaria part-time, rientra nella struttura del medico di base, per le motivazioni esplicate in precedenza. La Commissione pertanto, accoglie il ricorso. Compensa le spese P.Q.M. La Commissione Tributaria Provinciale di Teramo sez. II, pronunciando definitivamente sul ricorso 76/10 depositata il 02.02.2010 promosso x. avverso cartella esattoriale Ommissis emesso dall'Agenzia delle Entrate ..ommissis... così provvede: accoglie il ricorso. Compensa le spese.

Così deciso il 31.03.2011



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

Al via in Veneto la riorganizzazione della Medicina Generale

**(dal Comunicato stampa della Reg
Veneto del 18 ottobre 2011)**

Con una delibera approvata in questi ultimi giorni, su proposta dell'assessore alla sanità Luca Coletto, la Giunta regionale ha dato il via ad un'articolata riorganizzazione della medicina territoriale che, una volta a regime, potrà garantire al cittadino un'assistenza sul territorio (medici di base, guardie mediche, distretti) organizzata in rete e operativa 24 ore su 24.

Il fulcro della nuova organizzazione sono le "medicine di gruppo integrate", forme associative di medici di medicina generale che garantiranno la disponibilità per i cittadini 24 ore su 24 per 7 giorni su 7, operando in rete ed in sinergia con le guardie mediche.

"È un'operazione – sottolinea con soddisfazione Coletto – che risponde appieno ad uno dei cardini fondamentali del nuovo piano socio sanitario regionale: rafforzare la medicina sul territorio, spostare dall'ospedale al territorio tutti i

servizi non prettamente ospedalieri, alleggerire la pressione dei codici bianchi impropri sul pronto soccorso, portare insomma la sanità più vicina al cittadino, che potrà così trovare vicino a casa tutti quei servizi che gli necessitano.

Non si tratterà di sostituire il Pronto Soccorso che dovranno dedicarsi alle emergenze, ma di liberarli dalla massa di richieste improprie dei cosiddetti codici bianchi.

"Abbiamo sempre sostenuto – aggiunge Coletto – che i medici di medicina generale sono uno snodo fondamentale del nostro sistema sanitario: ebbene, con questa riorganizzazione, anche la loro figura e la loro professionalità verranno fortemente valorizzate".

L'operazione sarà finanziata con 20 milioni 705 mila euro, dei quali quasi 6 milioni 902 mila già per il 2012; 13 milioni 803 mila per il 2013, per arrivare così ad aver investito l'intero stanziamento già nel 2014, quando l'intera riorganizzazione entrerà completamente a regime.

Una specifica commissione tecnica veri-

ficherà in corso d'opera la concreta realizzazione di quanto previsto, alla luce della quale scatteranno i finanziamenti previsti. Lo sviluppo, l'operatività e la messa in rete delle medicine di gruppo saranno supportati da Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), con compiti di coordinamento tra gli studi medici in esse presenti.

Le AFT saranno istituite dalle Ulss sulla base di criteri che prevedono una popolazione assistita non superiore a 30.000 abitanti e comunque un numero di medici di norma non inferiore a 15/20, organizzati in team. Si prevede l'attivazione di 3 AFT per ciascuno dei 53 distretti attualmente presenti, per un totale di 159.

Coletto ha posto l'accento anche sulla spiccata impronta socio-sanitaria della nuova organizzazione: "le medicine di gruppo integrate infatti – sottolinea l'assessore – saranno supportate anche dalla presenza di figure professionali importanti come gli infermieri e gli assistenti sociali".

Premio Morgagni 2010 al Dr. Giulio Molon

Assegnato al dottor Giulio Molon, del Dipartimento di Cardiologia dell'ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar, il "Premio Morgagni 2010" del Collegio dei primari cardiologi del Veneto per la migliore ricerca con argomento cardiologico pubblicato su una rivista scientifica internazionale.

È stato assegnato al dottor Giulio Molon, del Dipartimento di Cardiologia dell'ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di

Negrar, il "Premio Morgagni 2010" del Collegio dei primari cardiologi del Veneto. Si tratta di un prestigioso riconoscimento che viene attribuito ogni anno alla migliore ricerca con argomento cardiologico pubblicata su una rivista scientifica internazionale, e che abbia come primo autore un cardiologo di una struttura ospedaliera veneta. Non è la prima volta che il dottor Molon riceve questo premio: nel 2007 gli è stato assegnato per uno studio sul

rischio cardiologico in pazienti diabetici, pubblicato sulla autorevole rivista statunitense *Pacing And Clinical Electrophysiology*.

Il lavoro scientifico vincitore del "Morgagni 2010", pubblicato sulla rivista americana *Annals of Noninvasive Electrocardiology*, riguarda una particolare tecnica di valutazione dei risultati della terapia. Sono stati infatti estratti i dati (tra cui l'Heart Rate Variability) memorizzati nei defibrillatori biventricolari di pazienti il cui cuore ha un importante deficit di contrattilità; questi pazienti generalmente hanno una prognosi non favorevole. Con un modello statistico innovativo (chiamato "complessità") è stato confermato che i pazienti con Heart Rate Variability depressa vanno maggiormente incontro ad eventi quali scompenso cardiaco, aritmie ventricolari minacciose e morte improvvisa. L'Heart Rate Variability è un parametro

che indica la variazione in ciascun soggetto tra il battito più lento del cuore e il battito più veloce: quando questa differenza è bassa, in pazienti con importante deficit contrattile, c'è un'alta probabilità statistica che abbiano una prognosi meno favorevole. Pertanto sono pazienti che richiedono una maggior attenzione nel loro percorso clinico.

Il dottor Giulio Molon ha già al suo attivo 23 lavori pubblicati su riviste internazionali indicizzate; lavora nel Dipartimento di Cardiologia dell'ospedale di Negrar dal 1992 e si è sempre occupato specificamente di aritmie, con impianto di pace-maker, defibrillatori, biventricolari ed ablazioni di aritmie complesse; dal 2008 è responsabile del Laboratorio di Elettrofisiologia e cardio-stimolazione all'interno dello stesso Dipartimento di Cardiologia.



Il dott. Molon festeggiato da alcuni colleghi alla consegna del premio

Camici Bianchi e occupazione

A un anno dalla laurea oltre l'81% di medici e professionisti della salute lavora. Un record al confronto degli altri laureati, occupati in modo stabile solo nel 36% dei casi. Tra le 22 professioni sanitarie non mediche il 93% degli infermieri a un anno dalla laurea lavora, mentre "solo" il 56% dei tecnici di fisiopatologia cardiocircolatoria è occupato.

Il 98,6% dei medici a tre anni dalla laurea si sta specializzando ed è retribuito, ma il 36,5% di dottori, quasi tutti quelli che hanno concluso il corso di medicina generale e sono tornati all'università per una specializzazione, in media è già a tempo indeterminato. A tracciare il quadro e stilare la classifica dell'occupazione per le professioni di area medica (quelle che fanno capo alle facoltà di medicina) è Angelo

Mastrillo, esperto dell'Osservatorio delle professioni sanitarie del Miur e Segretario della Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, analizzando i dati Almalaurea e Cilea, il consorzio tra le università di Milano, Milano Bicocca, Pavia, Brescia, Varese, Palermo, Pisa.

Nelle università del Nord per le professioni sanitarie il lavoro a un anno dalla laurea è sempre sopra la media (84%), ma al Sud per i 22 profili resta indietro Catanzaro che rispetto al 93,4% di occupati di Padova, prima in classifica, ha solo il 63,4% di laureati già al lavoro. Dato confermato sempre per le professioni da quello regionale: la Calabria è il fanalino di coda con il 63% di occupati, mentre in testa ci sono Piemonte (93%), Liguria, Veneto e Lombardia (92%). Per i medici invece la geografia non conta e se al Sud c'è qualche "disoccupato" in più, il livello occupazionale è sempre molto al di sopra di quello di tutte le altre lauree a ciclo unico.

Tra le professioni di area medica insomma, la parola "disoccupazione" è rara e medici, infermieri e operatori sanitari battono tutte le altre attività nei livelli occupazionali come in quelli retributivi, visto che la media di incasso

mensile, sempre a un anno dalla laurea è già oltre i 2mila euro, contro i poco più di mille delle altre professioni.

I dati dicono che in media l'83% dei professionisti sanitari lavora a un anno dalla laurea. Tasso che si stacca nettamente dal valore medio del 45% dell'insieme di tutti gli altri gruppi disciplinari. Va inoltre considerato, che il tasso occupazionale delle professioni sanitarie sale al 95% nel corso dei successivi 3 anni dal conseguimento del titolo. Per gli ultimi posti nella classifica occupazionale, ad esempio per il tecnico di neurofisiopatologia (62%), la causa è l'eccessiva offerta formativa annuale di 250 posti nel triennio 2004-2006 per sostituire circa 500 infermieri; esubero che, tuttavia, è stato ridotto a circa 140 dal 2007, proprio in coerenza con gli sbocchi occupazionali.

Per i medici invece nessun problema: «La specializzazione è un lavoro retribuito e deve essere considerato tale, anche se a termine (5 o 6 anni) - spiega Andrea Lenzi, Presidente del Consiglio universitario nazionale e della conferenza nazionale dei presidenti di corso di laurea specialistica in Medicina e chirurgia - e la specializzazione è comunque a tutti gli effetti la "porta del lavoro", senza eccezioni».

Autopsie e constatazioni di morte nella Verona di fine Settecento

GIANNA FERRARI DE SALVO

SECONDA PARTE

Il soldato padovano **Santo Pelle**, di anni 22, della Compagnia di Fanteria del capitano Nicolò Moretti del Reggimento di Treviso, di stanza da quasi un anno a Verona, di robusta e ben conformata costituzione, soffriva da 15 giorni di flusso di sangue. Era debilitato, ma non tanto dall'astenersi di giocare una partita di pallone. Rientrato nel proprio quartiere nella contrada dei SS. Nazaro e Celso, «sull'idea popolare che tutti i mali procedono da affezione verminosa, inghiotti gran quantità d'oglio col pepe e l'aceto». Poco dopo, nello sfilarsi le scarpe, cadde a terra e «schiudendo sangue dalle narici e dalle labbra, in un istante morì». Il 16 marzo 1795, il protomedico Zenone Bongiovanni esaminando il cadavere rilevò che il colore dei polmoni «era fosco» e nell'inciderli non si presentava altro che un ammasso di sangue ristagnato. Anche i bronchi erano pieni di sangue, parte grumoso e parte liquido, il che

faceva intuire che a lacerarsi fosse stato «un ramo dell'arteria polmonare [...] al luogo dove s'inserisce fra li bronchi [...]». Il sangue [...], riempi tutta la capacità delle vescicole polmonari, fra le quali mancando [...] l'accesso dell'aria, rimase soffocato e privo di vita. Nelle opere di Storch³³, di Portal³⁴ e di Hessio³⁵ [...] si leggono simili e repentine morti [...]. In quasi tutti i casi menzionati, [...] si riscontra che precedette quasi sempre alla morte di tutti qualche profluvio di sangue per altre parti, come in questo osservarsi il flusso. Si potrebbe [...] arguire che una mala disposizione organica interna, [...] prestar possa facilmente occasione a si fatte rotture, ma che molto vi debba influire una particolare cachochimia umorale coll'abradere le tonache dei stessi vasi. In secondo luogo, potrebbero le emorragie [...] inferire qualche ragionevole timore di si fatali conseguenze e, perciò, tenere animato il prudente clinico a qualche difesa». Il medico, non riscontrando altre lesioni, ipotizzò che il 'flusso' fosse derivato «da un'affezione emorroidale e da un'acrimoniosa crasi di sangue».

Dal mese di giugno 1794 al marzo 1795 furono ricoverati presso l'ospedale militare di Verona oltre duemila soldati ventitré dei quali perirono in pochi giorni. Sospettando un'epidemia, fu richiesto ai Provveditori alla Sanità l'autorizzazione a praticare l'autopsia sul cadavere di **Giovanni Battista Basso**, soldato delle Cernide della Compagnia Spinetta, allo scopo di «spargere chiara luce sulle varie morbose affezioni che ne decretarono la morte». Il giovane, di appena 18 anni, era affetto da diarrea biliosa e febbre contratta nel passato settembre. Ricoverato nel gennaio 1795 presso il nosocomio, gli furono somministrati per sei giorni «refrigeranti e subacidi³⁶». Continuando una leggera piressia «ed appena qualche ricordo della diarrea», venne curato per quattro giorni con dei leggeri astringenti che gli diedero un apprezzabile sollievo. Si passò poi all'uso di tonici e correttivi della bile viziata e, finalmente guarito, fu dimesso «conservando ancora il colorito morboso suo proprio». Il 10 febbraio seguente, accusando ancora febricola e dolori di ventre con «lingua paniosa e purpurea», Basso ritornò all'osservazione dei medici. Gli fu prescritto un antelmintico che gli fece evacuare un solo verme. In sesta giornata la febbre si esacerbò, la respirazione si fece breve, mentre un «dolore puntorio sotto la mammella destra [...] cedette coi lenimenti pettorali». Nel quattordicesimo giorno la febbre si fece «più intensa, il polso vibrante, irregolare e piccolo, la tosse più molesta, la respirazione anelante». Gli fu applicato un vescicatorio che gli portò grande beneficio solo per breve tempo e ben presto si aggiunsero conati di vomito. Il giovane non riusciva a riposare, l'occhio divenne «cristallino ed espanso, la voce rauca, ed una pulsazione alla regione dell'arteria celiaca faceva sospettare un vizio aneurismatico». Il quadro clinico rivelò chiaramente «l'istocardia, a cui invano i più accreditati clinici prestarono i più eroici rimedi». Il trentesimo giorno la sintomatologia «divenne più atroce, gli sputi marziosi scomparvero, la tosse incessante, la respirazione soffocante, la veglia continua, il polso esile, profondo e inter-



The sick woman (Jan Steen)

mittente, i sudori copiosi e freddi, la tensione al diaframma sempre più molesta. [...] Dal sommo aggravamento di tutti questi sintomi precipitò nell'idrotorace, manifestatosi nel fine colla tumefazione improvvisa della faccia». Il trenta-quattresimo giorno il soldato cessò di vivere. All'ispezione anatomica, «il polmone destro apparve consunto nella parte inferiore e tabido in quella superiore, la pleura infiammata e tendente alla cancrena. La cavità toracica conteneva quattordici libbre d'acqua sierosa e sanguinolenta. Nel lato sinistro il lobo polmonare era adeso in ogni sua parte alle costole. Un'effusione d'una libbra d'acqua nel pericardio, e in minore quantità nella cavità sinistra che nella destra. Il cuore era rimpicciolito, floscio e pallido, le arterie e la vena cava deboli e lasse. Nell'addome si manifestò un'effusione di acqua sierosa, l'omento allargato e tutto aderente al peritoneo, a destra superiormente e a sinistra inferiormente, quasi fino all'inguine. Il peritoneo ingrossato alla parte destra, il fegato pallido e adeso al diaframma fino alla milza». Il 18 marzo 1795, a conclusione della sua perizia, il dottor Pellegrino Morgante traccia alcune riflessioni: «[...] i sintomi riguardanti il torace conducono facilmente alla spiegazione della causa immediata dei sputi puriformi sull'esame del polmone. La tosse era in ragione composta delle suppurazioni polmonari e dell'idrocardia, sintomo costante in tali lesioni di visceri come c'insegna Weber³⁷. [...] Passando all'addome, resta da considerarsi la tensione dolorosa specialmente all'epigastrio e la pulsazione alla regione della celiaca. [...] La potenza della respirazione e della circolazione aveano sofferto delle mortali impressioni. Ciò rischiarò lo stato quasi timpanico costituitosi per tali vizi che faceva sentire per le troppo estese adesioni una dolorosa distensione. I vizi delle adesioni della tabe polmonare e consunzione, saranno stati il prodotto d'infiammazioni sofferte che, per una mala crisi avranno fatto suppurare alcune parti e aderenti alcune altre. Al quale stato morboso succedendo una depravazione nella crisi umorale, s'avrà inondata negli visceri mal affetti del cuore, pericardio, polmone, fegato, intestini, sistema arterioso e venoso e linfatico quella condizione di floscezza che divenne la causa affettrice dell'idrocardia, poi idrotorace fatale».

Nella sua relazione del 22 agosto 1795 il dottor Giovanni Battista Del Bene ci fa sapere che il cadavere di **Francesco**

Pasetti, morto nell'ospedale della Misericordia per una malattia cronica, fu aperto per sua istruzione e per quella dei suoi giovani studenti di medicina, intuendo che da tale esame si sarebbero scoperte della novità sorprendenti.

Pasetti, che era stato curato da Del Bene, viene da questi descritto «di temperamento sanguigno – melanconico, di statura vantaggiosa, di una robustezza non ordinaria [...]». Fin oltre la media età fece il contrabbandiere nel Tirolo, ma questo genere di vita, che è forse il più disordinato ed il più laborioso di qualunque altro, potè mai sminuirgli la salute. Costretto a procurarsi un asilo di sicurezza, lo trovò in mezzo ad un'aria palustre, ma gli costò una terzana ostinatissima». Si trasferì quindi in località più salubre e mediante nuovi aiuti farmaceutici recuperò finalmente la salute. Stabilitosi a Verona, visse discretamente sano fino al 1793 quando riprese a tormentarlo la febbre periodica. Si accorse di un peso all'ipocondrio sinistro dove con la mano percepiva «tensione e gonfiezza». Coll'avvicinarsi dei parossismi, la febbre da periodica si fece continua e là dove si sentiva quella tumefazione si rivelò un tumore che ingrossava poco a poco. Con l'aggravarsi del male, e venendo meno il sostegno finanziario, alla fine d'aprile l'infermo cercò ricovero nell'Ospedale della Misericordia. Nell'esame obbiettivo, Del Bene riscontrò che l'ipocondrio sinistro fino all'epigastrio era prominente e gonfio e vi si rilevava un corpo duro, non dolente, «di figura quasi ovale che non cedeva a qualunque pressione». Il paziente mangiava poco e beveva molto («ma acqua non volle berne mai»), le sue urine erano «scarse e crude». Il polso si manteneva sempre dicroto e febbrile. Per circa due mesi gli furono somministrati alternativamente degli aperitivi e dei diuretici di varia specie, ma sempre invano. Nel frattempo subentrò l'ascite e «ben presto si gonfiarono anco le gambe e le cosce. La testa e il petto [...] manifestarono degli aggravati linfatici». Insorsero tosse e difficoltà di respiro, si gonfiarono alternativamente ora le guancie, ora le palpebre, però l'ammalato rifiutava ogni rimedio. Si pensò allora di somministrargli delle cantaridi, ma con solo due grani suddivisi in due giorni, si scatenò l'ematuria e un'irrefrenabile dissenteria. Aggravato sempre più nel respiro e «teso fuor di modo il ventre, morì». Aperto l'addome «non ne sortì acqua, [...] si vide con sorpresa comune, che ciò che l'avea così gonfiato e teso era un tumore che vi era collocato nel mezzo, [...] di forma

quasi sferoidale e (fuori dagli interiori) che ne riempiva pressoché tutta la cavità. Sciolto da ogni parte, era attaccato soltanto alle vertebre lombari dalla parte sinistra [...] strettissimamente». Questa sorprendente massa, del peso di trentun libbre sottili, «era vestita di due membrane, la prima forte, intorno alla quale si vedevano dei vasi sanguigni, tenue l'altra». Tagliata a metà, si evidenziò un aggregato di tredici tumori divisi tra loro dalle proprie membrane e richiusi e ristretti nelle stesse. «Contenevano pressoché tutti dei pezzi carnosì con fibre distinte circolari e della gelatina in gran copia. I visceri del basso ventre non ne risentirono danno alcuno [...]. Soltanto il rene sinistro era un poco ingrossato ed avea la sua membrana aderente a quella del tumore. [...] Gli intestini erano stati cacciati tutti a destra, tolta una parte del colon che si aggirava obliquamente sulla parte sinistra del tumore. Punto il diaframma, sgorgò nel ventre molta acqua».

La contessa **Eleonora Maffei** sposa del conte Turco, morta cinquantacinquenne il 14 dicembre 1754, aveva sofferto sin dall'età di 17 anni di dolori nefritici e spesso fu in pericolo di vita. «Quasi ogni giorno scaricava sabbie e renelle con urine torbide e limacciose e molti calcoli di varia solidità e grandezza, alcuni dei quali arrivarono alla mole di un nocciolo d'oliva». Da circa un anno la dama si sentiva oppressa in modo particolare nel fianco sinistro, le urine si erano fatte 'marciose' e nel decorso maggio si era liberata di un calcolo. La contessa per quasi un anno non palesò i suoi malesseri, poi non potendo più nasconderli e gravata da febbre «fu obbligata a letto giacendo ora supina ora sopra il lato dolente. Il dolore, già fisso nella regione del rene sinistro, incominciò ad estendersi perfino sotto lo stomaco, e negli ultimi giorni di sua vita anche al rene destro. Le urine furono pallide e marce, sempre di colore bianco, né di plumbeo o di livido furono mai tinte. Scese talvolta con esse una qualche caruncola ed alcune granelle di bianca sabbia. Il loro odore divenne al fine assai fetido, la consistenza si fece sempre più tenace e filamentosa [...]. Vi furono gli altri sintomi: uno stupore [= torpore] della coscia e della gamba sinistra, una totale avversione al cibo, ma senza vomito, una sete continua, una veglia quasi costante, una debolezza e dimagrimento universale. Infine una flogosi alla gola, una voce roca e sommessa con qualche vaniloquio,

un'anomalia dei polsi, un tremore frequente di tutta la persona, un dolore acerbissimo, pungente e lacerante, una febbre acuta, uno stentoreo catarro soffocativo furono gli ultimi assalti ed effetti della nefritide calcolosa». All'apertura del cadavere il protomedico Leone de Leoni evidenziò «la membrana adiposa carica di un colore giallo naranzato [= arancione], le viscere dipinte di fosco, i reni di insolita gravità avevano al loro interno alcune pietre. Il sinistro ne conteneva ben cinque, il destro una. Il loro peso non era proporzionato alla loro mole, abbastanza friabili, parevano composte di minuti calcoli, circoscritte da una superficie aspra e bernoccoluta, colorate parte in bianco e parte in giallo languido»³⁹.

Il dottor **Giovanni Barnardelli** «soggiacque per alcuni anni ad un'ulcera erpetica nella gamba sinistra dalla quale tratto tratto scorreva un siero di natura mordace. Soppresso ad arte così fatto spurgamento dal medesimo infermo e curata l'ulcera [...], non andò guari tempo che apparvero urine cruenti, senza però alcun dolore ne' reni o nella vescica». La cosa continuò per circa quindici mesi nei quali Barnardinelli, colpito da grave astenia, dimagrì sensibilmente. A diciotto giorni dalla morte sopravvenne una febbricola, «un ardore intollerabile ed un dolore acerbo nel pube, nel perineo e nella coglia o scroto, che alcune volte propagavasi sino alla ghianda [=glande] qualunque volta voleva urinare. Anzi, alla vescica non perveniva gocciola d'urina che tosto a scaricarla non venisse stimolato da crudelissimi dolori e premiti convulsivi. Per tutto il corso del male non vi fu giammai soppressione di detta urina, ma solamente un qualche ritardo qual'ora alcun grumo sanguigno si opponeva al tragitto, oppure veniva l'onda molto sottile quando gl'ingrappamenti ne restringevano il condotto. Finalmente, fattasi maggiore la febbre, passata in una incontinenza la grave disuria, [...] della vescica il dolor veemente, gonfiatosi tutto l'addome con dolori tensivi e tutta spesso convellendosi la persona, dopo un giorno di cruciosissima agonia, di questa vita trapassò». L'esame *post mortem* fu eseguito il 23 febbraio 1754 dal protomedico Leone de Leoni e dal chirurgo Giovanni Battista Buella, assistiti dal dottor Costanzi. Dal controllo minuzioso della vescica non fu riscontrata alcuna anomalia; solo il collo presentava una «escrescenza fungosa della mole di un ovo colombino [...], l'intera superficie non era in alcuna [...] parte infiammata,

livida [...] o alterata, era spoglia soltanto del suo muco naturale o membrana villosa».

Nella relazione del protomedico Zenone Bongiovanni, del 9 aprile 1791: «Fra gli artefici sedentari che per il lungo esercizio della loro arte incontrano gravi morbi nei primari organi della circolazione e del respiro, non lasciò di annoverare sopra tutti i ciabattieri il celebre professore di Padova Ramazzini³⁹. Più volte ebbe egli il giocoso, ma non men compassionevole spettacolo d'osservarli, qualora in gran numero attruppati sogliano accompagnare i loro consoci al sepolcro. Incurvati in una mala conformazione di vertebre e di femori, vanno l'un dietro l'altro quasi saltellando, con faccia smunta e per lo più con laboriosa respirazione che denota qualche alterazione organica generatasi o nei polmoni o nei vasi del cuore». Non diversamente avvenne all'infelice **Pietro Manhein** morto alle ore 19 dell'8 aprile a 52 anni in contrada di San Pietro Incarnario. Fin dalla prima giovinezza aveva esercitato l'arte di ciabattino. Da un po' di tempo era molestato da frequente difficoltà di respiro, che si accentuava nel movimento o nei repentini cambiamenti climatici. «A queste male affezioni si accompagnò negli ultimi tempi un dolore di sterno che, qualora lo coglieva, costretto egli era di star lungamente coricato. Nel levarsi dal letto anche ieri mattina fu similmente aggravato e, adescato dalla lusinga che l'aria libera e un poco di moto lo ravvivassero, uscì di casa e si lasciò vedere per qualche strada della città. Non diminuì l'aggravio, ma verso le ore 15, rimessosi alla sua abitazione anelante, vide sgorgar sangue dalla bocca che, in pochi istanti accresciuto, giacque riverso sul letto in un allagamento di 4 o 5 libbre di sangue e, svenuto con qualche tremito convulso, morì. La succitata storia del terminar la vita dimostra di quanto basta che un ramo di una vena polmonare si sia lacerato in quell'istante, ed esaurendo il sangue e dai polmoni e dal cuore, l'abbia fatto perire.

Gli è facile già che il proprio mestiere abbia a poco a poco influito a rendere forse aneurismatica qualche arteria di grosso diametro che trapassa verso i bronchi, dove sembra accaduto lo scoppio e quello che non avrà compiutamente operato il suo esercizio, avrà efficacemente prodotto una valida contusione che da due anni riportò sullo sterno ed a cui non s'oppose con alcun presidio di medicina».

Il cadavere di **Agostino Carattoni**, stampatore di circa 74 anni morto improvvisamente il 7 aprile 1791 in contrada della Fratta, fu dissezionato il giorno seguente dal protomedico Zenone Bongiovanni. Entrambi i polmoni «si mostrarono lassi e rimpiccioliti», mentre nella parte posteriore i vasi sanguigni erano gonfi e straordinariamente impregnati di sangue. Divisi dal chirurgo e leggermente compressi, dalle cellule del lobo sinistro schizzò una «saniosa materia» che certamente andava erodendo da molto tempo il parenchima polmonare. L'aorta toracica era ben conformata, non così quella polmonare «che nella destra biforcazione era divenuta cartilaginosa e, per un piccolo tratto, coperta nell'interna faccia da lamine ossose. Questa alterazione doveva mettere in sospetto di qualche altro vizio nel ventricolo destro che [...] risentiva il danno dell'impedita oscillazione di sistole e diastole [...]. Era, difatti, un poco ingrandito e la parete assottigliata a segno che stava per lacerarsi. Nella cavità toracica [...] era una quantità di siero del peso di sei o otto libbre circa, che denotava un idrope in quella parte forse da qualche tempo formatosi». Carattoni, tempo addietro aveva sofferto di un «reuma di petto che non curò con tutto il severo regime voluto dal male medesimo e dall'età sua». Da allora «alcune congestioni nella sostanza polmonare si andarono disponendo all'accennata suppurazione, suscitando la tosse» divenuta molesta e abituale. «L'inerzia di alcuni vasi linfatici, la densità che in tali malattie acquista la linfa e una rodente acrimonia avrà a poco a poco dilacerato qualche vaso linfatico e sparsa la osservata quantità di siero». A causa di questa effusione era accresciuta anche la quantità della materia purulenta da cui non potè mai liberarsi e per la mancata opportuna cura, ma soprattutto per il vizio organico dell'arteria polmonare che «sbilanciando la circolazione ne favoriva l'accrescimento». Giunse a tal quantità la suppurazione che gravando oltremodo sui polmoni rese sempre più difficoltosa la respirazione. Nel vano tentativo di espettorare, il povero Carattoni perse la vita.

Sebbene l'arte dei vetrai non sia da porsi fra quelle che creano rapidamente danni gravissimi alla salute degli operai, pure a causa della lunga permanenza nell'infuocata officina, dove con l'insufflazione tengono liquefatta la massa rovente per dare forma alle «vetriscibili materie, non lungo tempo trascorre che pervertita rimanga la circolazione, alterate le viscere

del torace e notabili cambiamenti risentano gli organi inservienti alla traspirazione». Chi per buona parte della sua vita esegue questi lavori, è certamente assalito da affezioni vertiginose o da ortopnee. Questa la fine che fece **Giovanni Moratto** da Marano di circa 40 anni. Da molti anni soffriva di violenti attacchi d'asma e già più volte per le gravi oppressioni del respiro fu sul punto di soccombere. «Assuefatto a temperare il suo male con frequenti emissioni di sangue», era giunto da Venezia «col solo ricordo di usare alcune teiformi bevande dal suo medico ordinategli». Un mese prima di morire si era sottomesso a due salassi che gli diedero grande sollievo. La sera del 6 settembre 1793, giocando con degli amici vicino al suo laboratorio in contrada di San Vitale, «si trovò troppo affaticato nel respiro e per fatalità [...], inghiottita eccedente copia di vino e [...] un'esuberante quantità di cibi grossolani, dopo mezz'ora circa di accelerata e penosa respirazione, giacque morto tra le braccia dei suoi compagni. Qualunque fosse stata la specie d'asma che l'opprimeva, è dimostrato dalle fisiologiche osservazioni e dagli esempi [...] che viziata la sostanza polmonare, come l'insistenza dell'asmatia affezione assicura, fa passare chi ne è soggetto, o per la troppa distensione sei vasi, o per la lacerazione dei medesimi, o suppurazione di congestioni, alla morte istantanea». Il medico Bongiovanni, dopo un sommario esame del cadavere, ipotizzò che la morte fosse sopravvenuta per soffocamento «a causa dello scoppio di una vomica, già celata nei lobi polmonari», poiché dalla bocca sgorgava una grandissima quantità di materia purulenta, come per lo più si forma nelle malattie asmatiche.

Il sessantenne **Tommaso Salsani** della Valle di Caprino, di statura mediocre e di temperamento collerico, il 27 settembre 1796 si ricoverò nell'ospedale della Misericordia affetto da poca febbre e grave difficoltà respiratoria. Raccontò di aver goduto sempre di buona salute e fin da giovanetto aveva fatto il mestiere di *sartore* [= sarto]. Da un mese, per mancanza di lavoro, seguiva le armate in qualità di carrettiere. «Il suo polso era celere, ma uguale ed espanso, il respiro laborioso [...] tanto se giaceva supino, quanto se mettendosi a sedere nel letto teneva piegato il tronco anteriormente. [...] Non tosse, non difficoltà di decubito, non palpitazioni, non sincopi, non peso sullo sterno o sul cuore, non edemazie». Ogni indagine «che rischiarasse la sua malattia fu

inutile». Trascorse la notte in continua *agripnia* [= insonnia] con respiro laborioso anche se il polso era meno celere. Il mattino, dal braccio gli furono estratte sei once di sangue «che comparve assai coleroso» e la stessa sera gliene levarono sei dal piede. Il giorno seguente, dopo aver ingurgitato tre once di olio, gli furono levate altre sei once di sangue dal piede. L'indomani gli fu praticato un altro 'piccolo salasso'. Il sangue risultò ricoperto da «una grossa cotenna, e questa da una gelatina tenace pellucida [= membrana], [...] il siero giallastro ed assai torbido». Il povero Salsani, già provato dal male e dalle continue flebotomie, nella notte cessò di vivere. Con l'incisione del cadavere «dalla cavità destra del torace, staccando le coste, si vide sortire dell'acqua verdastra la quale, compresa quella che



The doctor's visit (Frans Van Mieris)

v'era nel fondo del torace, fu giudicata del peso di cinque - sei libbre. [...] Il polmone destro, duro e pesante, [...] era inzuppato d'acqua della quale parve ne contenesse due libbre. Il pericardio conteneva otto once di acqua. Il cuore era floscio: nei suoi ventricoli si trovarono delle concrezioni gelatinose, l'auricola destra e l'aorta, presso l'inserzione nel cuore, eccedevano del doppio l'ordinaria capacità. [...] Si trovò il fegato assai più voluminoso di quello che portasse la statura del soggetto, così la milza che era più grande del doppio e aderente al diaframma». Nel suo rapporto, Giovanni Battista Del Bene ricorda che «a dire di Brown⁴⁰, l'anatomia è reputata utile in ciò solo che ne discopre gli effetti, non già le cause delle malattie [...] e siccome le interne affezioni locali sono per lo più [...] una conseguenza di

previe cause universali perciò, scoperta coll'aiuto dell'anatomia l'interna locale affezione, resta da indagare la causa universale che l'ha prodotta. Il Morgagni e il Ramazzini, dei quali il primo riferisce la storia di un *sartore* morto con acqua sparsa nel petto e nel pericardio, con gran dilatazione dell'arteria magna. Il secondo, tratta delle malattie del petto alle quali tali artefici vanno soggetti. È sembrato di poterla dedurre dalla vita sedentaria che essi conducono, ma assai più dal tenere [...] inflesso e incurvato il tronco anteriormente donde, per la continua pressione che fanno li visceri del ventre sopra de' vasi, l'universale sistema della circolazione soffre de' ritardi e quella non compiersi se non a stento e difficilmente. Quindi, la dilatazione dell'aorta e dell'orecchietta, le durezze ed ingorghi del polmone, e l'acqua finalmente che la dilatazione e l'irritamento fanno gemere in maggior copia nella cavità, non le permettono poscia di rientrare nei vasi». In quest'individuo, sembra che tali affezioni siano state prodotte dal nuovo genere di vita molto laborioso e disordinato intrapreso e per questo, «il sangue, battuto e spinto nei vasi con maggior forza e celerità» trovava valide resistenze al suo passaggio.

Da molto tempo il quarantenne **Giovanni Massari**, fabbro ferraio nella contrada di San Paolo Campo Marzo, era gravemente molestato da un acuto dolore sternale antero - posteriore laterale sinistro. Spesso oppresso da affanno e da difficoltà di respiro persino nelle più semplici emozioni, era ricorso frequentemente al medico che l'aveva consigliato di «intraprendere la cura mercuriale onde diminuire e rintuzzare li progressi della celtica virulenza». Dopo cena, la sera del 17 aprile 1795, era uscito di casa e nei pressi di palazzo Moscardo cadde a terra e subito spirò. Il medico fisico Zenone Bongiovanni, dopo aver escluso che la morte fosse avvenuta a causa di morbo epidemico, stabilì con l'esame anatomico che le condizioni del decesso risiedevano nel torace e nei polmoni. «Tutta la superficie dei lobi polmonari [...], ove era inflitto l'antico dolore, stava tenacemente adesa alle coste. Nello staccare la sostanza parenchimatosa, livida e piena di sangue, a brani a brani si stracciava. Le coste del sinistro lato avevano contratto un grado tale di carie che si spezzavano con una minima forza. Nell'ala inferiore del lobo sinistro si scorgevano le tracce di un accesso sanguigno e dava a conoscere che in cavità era già trapeolata nei giorni

antecedenti non poca quantità di sangue che, aggrumato, formò delle sostanze polipose che col coltello difficilmente incidendosi. [...] Queste sole furono le alterazioni veramente mortali alle quali probabilmente la sifilitica infezione l'avrà a poco a poco condotto, [...] donde derivò in progresso l'adesione e l'ascesso e, finalmente, l'effusione e la soffocazione improvvisa. Non si può lasciare inosservato, che il mestiere da questo infelice sempre instancabilmente esercitato non v'abbia moltissimo cooperato. L'esperienza, difatti, comprovò in ogni tempo che la diversità degli impieghi e dei lavori, ai quali gli uomini si dedicano, confluiscono ad apportare certe determinate speciali alterazioni nella loro animale economia e, per conseguenza, a disporli a perdere la vita per malattie quasi sempre uniformi. Li medici più illustri, tra li quali il celebre nostro Ramazzini, ce ne tramandano fedeli osservazioni. Altre malattie furono pertanto vedute assalire li esercenti di mestieri che vita sedentaria richiedono, oltre quelli che a varie commozioni di corpo l'uomo costringono e ad altre, finalmente, quelli che si espongono all'azione di sostanze che affettano gravemente o i sensi o l'irritabilità delle parti e che inducono un grado di ispessimento o di fusione nella crasi umorale. A queste due ultime specie pare che appartengano i danni che ai fabbri col lungo lavoro nella loro officina risultano. Quantunque dal prelodato medico siano state solamente accennate le oftalmie (come toccò a soffrire il padre di Demostene), pure conviene già persuadersi che le violente mozioni degli arti superiori per vibrar colpi sopra l'incudine, inferendo una straordi-

naria fatica ai muscoli pettorali, debbano contrapporsi ad una regolare dilatazione del torace ed una equilibrata circolazione per la viscera polmonare. Quanto inoltre contemporaneamente non dovrà l'azione del fuoco, quella delle carboniche emanazioni perturbare la sensibilità dei bronchi e delle cellule e disporre ostruzioni nel tessuto celluloso, adesioni e congeneri vizi? Guai a chi poi si combinasse che questi miasmi singolarmente sifilitici contaminassero la massa umorale!».

L'ultrasessantenne **Giacomo Marcello**, da molto tempo dispenico, mentre lavorava in un filatoio da seta cadde improvvisamente a terra morto. L'autopsia del 6 aprile 1796 pose in evidenza che il «polmone sinistro era attaccato superiormente alla pleura e nel lobo inferiore strettissimamente al diaframma. Presso il luogo di questa adesione si sentì nel polmone un corpo duro che, estratto ed esaminato a parte, si è trovato essere un osso di una figura quasi semicircolare lungo quattro pollici, largo uno e grosso tre libbre all'incirca. Tal osso era circondato all'intorno [...] con una sostanza cartilaginosa della stessa figura ed estensione ed era coperto dal periostio. [...] nel fondo del torace vi era un poco di sangue travasato. [...] Aperto il cranio si videro i vasi del cervello ripieni di sangue, tre once ne scapparono fuori nell'aprirlo e tre altre, all'incirca, se ne trovarono nel fondo della teca. Il cervello e cervelletto erano sani e di quella maggior consistenza che per ordinario suol riscontrarsi nei vecchi. La dispnea alla quale il defunto era da molto tempo soggetto credo si possa dedurre dalla floscezza

del parenchima polmonare. L'osso poi, che con esempio certo straordinario si è trovato nel lobo inferiore del polmone sinistro, sembra essersi formato da un progressivo indurimento di quella porzione di questo viscere che da molle e basculante era divenuta cartilaginosa». Il medico Gianbattista Del Bene concludeva la sua relazione asserendo che la morte repentina di quell'uomo fu prodotta da «fortissima apoplessia per lo scoppio di quel vaso che tramandò sangue dentro il cranio [...]: facendo una forte compressione sopra il cervello ed intercettando il libero afflusso dello spirito motor sopra il cuore ha causato [...] conseguentemente la morte».

L'autopsia del conte **Bonaventura Rizzi** fu eseguita dai medici Pietro Lombardo, Alessandro Montagna e Antonio Manzoni nella chiesa delle monache di Santa Caterina da Siena la mattina del 17 aprile 1796. All'esame esterno il cadavere si presentava «assai emaciato coll'addome alquanto incavato, di colore livido e collo scroto e il pene scorticato forse dalle urine acri e mordaci». Introdotto un «siringone solcato», fu scoperto «che nella vescica non solo esisteva la pietra, ma che era di volume più tosto grande». Aperto il ventre, apparvero «gli intestini e lo stomaco lividi, poco gonfi, nerastra la milza e di mole ordinaria, voluminoso il fegato e duro colla cistifellea ripiena di bile gialla. La vescica urinaria, la cui faccia esterna era di colore tendente allo scuro, s'innalzava di mezzo dito traverso sopra le ossa del pube. Estratti gli organi urinari [...] ed aperta la vescica, si rilevò contenere due pietre, l'una situata verso il fondo del recipiente, di figura rotonda e grossa come una noce scorticata, l'altra situata nel davanti verso il collo, di figura conica a foggia di picciolo pero la di cui punta si era intrusa nel collo medesimo della vescica. Ambedue queste pietre erano di superficie scabra della sostanza del tufo e quella che riguardava il collo conteneva nel mezzo un ago da crine di ferro, di mezzana lunghezza. Tale era il volume delle due pietre che il recipiente dell'urina era da esse quasi interamente riempito, il pochissimo spazio che rimaneva conteneva poco umore urinoso, guasto, un po' crasso, di colore cenerognolo. Fu singolar cosa che la glandula prostata, la quale nei vizi urinari si aumenta di volume e s'indura, fosse in tal guisa estenuata che di essa non restava che un picciolo vestigio. Tagliata, apparve di color rosso carico com'è la rosa damascena. Una mucosità del colore del piombo spalmava la cavità



La lezione di anatomia (Michiel Van Mierevelt)

della vescica, la di cui sostanza era dura. Gli ureteri, ove sboccano nella vescica, erano assai ristretti, larghi al contrario dalla parte dei reni e larghi pure in tutta la loro lunghezza. Il destro più del sinistro e potevano essi contenere la punta del dito mignolo della mano. Pieni erano dello stesso umore guasto della vescica meschiato a piccoli calcoletti di figura irregolare. Grandi, duri e pallidi erano i reni, men grande il sinistro del destro. Ample erano le pelvi e i tubuli senza che in essi ci fosse umore o calcolo. [...] Risulta che l'ago crinale diede origine alla pietra in cui esso si nascose e questa diede origine all'altra pietra e successivamente a tutti gli altri morbosi disordini sopra rimarcati da quali poscia provenne la consunzione e la morte»⁴¹).

La relazione stesa il 31 luglio 1793 dal medico fisico Mario Cuzziere illustra vita e morte di «**Isabella**, tedesca d'origine, pervenuta da vari anni nella nostra città, sola, senza modo e senza aderenze; trascelse procacciarsi uno stentato mantenimento col fare di se stessa commercio. Invecchiò pertanto, soggiacendo sovente a quei morbi che quasi mai non vanno da tal professione disgiunti; [...] un erpete icoroso sull'esterna superficie delle cosce, probabilmente di celtica indole, de' frequenti insulti d'asma, una lunga ed invincibile diarrea e la total consunzione della persona furono le più recenti vicende di quell'infelice. Ieri finalmente, correndo l'anno 56esimo di sua età, su d'una pubblica, ma solitaria via della contrà di San Stefano ove da tre mesi facea dimora, fu da un deliquio assalita, per cui là da pochi passeggeri inutilmente le venne alcun volgare sussidio prestato, giacché non più riavendosi, nello spazio di tre ore [...] passò ad altra vita. [...] All'esterna ispezione del cadavere, nessun indizio [...] di contagioso malore, non mi si presentò che la stessa figura della consunzione, verun'altra esterna lesione, rimarcando l'erpete suaccennata alle cosce. Quale dunque sarà stata la prossima causa di sì sollecita morte? L'aspetto esteriore, la condizione preventiva sembrano escludere i sospetti d'apoplessia, sia sierosa che sanguigna; nessuna improvvisa rimarcabile estrusione v'ha luogo parimenti di credere nata nella cavità del torace, giacché né sangue sgorgò dalla bocca che potesse dar sospetto d'uno scoppio vascolare, né pus che indicasse la rottura di qualche vomica, né perfino si sono giammai rimarcate edemazie che fossero indizi di colluvie sierose che, portandosi ad aggra-

vare il polmone od il cuore, divenisse causa di morte. Parrebbe piuttosto che una sincope prodotta da uno stato di sommo languore abbia troncato il filo di sì misera vita. La inveterata diarrea che condusse la nostra defunta al perfetto marasma [...] sembrano dar la conferma a tal congettura. I frequenti asmatici insulti non bastano [...] quando mancano gli altri sintomi per pronunziare. La presenza dell'idrotorace o dell'idrocardia, giacché laddove esiste un erpete non sono rari quegli accidenti per il facile risalimento dell'erpetico umore».

L'indagine anatomica sul cadavere del soldato croato **Angelo Sodarisc**, cocchiere nella Compagnia Stuari mancato ai vivi il 25 agosto 1794 nell'ospedale militare, fu eseguita il giorno seguente dal medico Mario Cuzziere. L'uomo, di anni quaranta, di temperamento bilioso, era stato assalito da un dolore alla regione del rene sinistro che si estendeva verso la milza, accompagnato da febbre vespertina. Venne assistito inutilmente nella sua casa per sette giorni con ripetute «emissioni di sangue, con bibite oleose, con purgativi refrigeranti». Il 30 luglio si era trasferito nell'ospedale per «assoggettarsi ad una più agiata ed assidua medicatura. Persisteva il dolore suaccennato, la milza era tumefatta e resistente, gli ureteri sembravano ristretti, la secrezione delle urine era un po' ritardata, il polso febbrile e vibrante». Rivelando il complesso dei sintomi uno stato reumatico infiammatorio, furono prescritti ripetuti salassi, clisteri oleosi, bibite diluenti e diuretiche e della «*peruviana corteccia*». All'ospedale sopravvennero anche varie altre patologie, sempre curate con i soliti sistemi, più un impiastro di cicuta sopra l'addome per moderare l'ostruzione della milza. In settima giornata, un ostinato dolore renale irradiatosi alla coscia e al ginocchio, fu mitigato con l'applicazione in loco di alcune coppette e un ampio vescicatorio, e delle fomentazioni all'arto inferiore. Non gli fu mai fatta mancare la solita pozione d'olio. I frequenti e irregolari accessi febbrili facevano supporre un'infiammazione del peritoneo. «Per sedare l'irritato sistema dei nervi, per opporsi alla minacciata corruzione umorale, e per mantenere la vacillante energia della macchina, si fece proseguire all'infermo un discreto uso della china e di alcune pillole *oppiate canforate* da prendersi mattina e sera». Nel ventunesimo giorno comparvero le emorroidi, le feci si fecero «liquide e fetenti con qualche traccia di purulenza [...]». La cute divenne secca ed urente, la lingua

asciutta, le funzioni animali alterate, l'emorroidi [...] davano segni di gangrenismo». Gli furono prescritte delle bevande acidulate. Si arrivò così alla ventiquattresima giornata quando il polso divenne piccolo e la febbre intensa. «Comparvero i tremori, la faccia si fece ippocratica e la corruzione umorale era giunta a segno di generar sulla cute parecchie pustole suppuranti. In vigesimasesta si rimarcò qualche tensione di ventre, polsi esilissimi, [...] sonnolenza continua, una tendenza delle suaccennate pustole al gangrenismo, la favella confusa. Un'estesa esulcerazione dell'osso sacro, da cui sembrava trapeolare, per le connessioni delle sue vertebre, una sanie corrotta» a causa dei copiosi continui sudori. Nel ventisettesimo giorno di malattia, ed ultimo della sua vita, sopraggiunse uno stato letargico, il polso sempre più piccolo e una «materia gangreniforme sgorgava dalla bocca e dalle narici. Verso sera, finalmente, lasciò di vivere». Ottenuta l'autorizzazione, il protomedico Pietro Monterossi analizzò il cadavere. «Aperto l'addome si vide l'omento consunto e scuro di pinguedine, il ventricolo impicciolito e tutto occulto sotto le coste del lato sinistro, il fegato squallido, la cistifellea tumefatta. Il colon era di capacità molto ristretta per tutta la sua lunghezza e di una consistenza quasi cartilaginea; i vasi venosi degli intestini, del mesenterio e del peritoneo erano rigonfi e lividastri; la milza un po' maggiore del naturale, mentre i reni e il pancreas erano nella norma. L'intestino retto era assai ristretto, la sua tonaca interna era come impiestrata di una materia mucosopurulenta, le cellulari che lo rivestono scomposte nella tessitura ed alterate nel colorito; gangrenismo all'osso sacro nella superficie esteriore e qualche contaminazione nella faccia interna delle vertebre lombari dell'osso sacro e delle ossa innominate; il peritoneo agevolmente distaccabile dalle parti a cui naturalmente è molto adeso». Il medico Cuzziere, che aveva tracciato anche il diario clinico, concludeva le osservazioni ricavate dall'esame anatomico ipotizzando che «nella ristrettezza marcata del colon e nel retto intestino fossero i vizi più antichi della sofferta infermità; [...] che lo stato dei vasi venosi dimostra aver precipuamente una condizione infiammatoria e che il facile distacco del peritoneo dalle altre parti indica la distruzione delle cellule adiacenti [...]. Infine, che la materia marciosa ritrovata nella cavità del retto intestino, la contaminazione delle cellule che lo attorniano e della superficie interna ed esterna

della piccola pelvi, significa aver quivi la malattia stabilita fatalmente la sua ultima sede».

Il medico fisico Matteo Barbieri, che conobbe il soggetto in esame solo negli ultimi sei giorni di vita, tracciò un quadro anamnestico «per far conoscere la vera e recente causa della di lui morte». Il fu **Gasparo Colombo** aveva contratto molti anni addietro una «semplice gonorrea virulenta» che non adeguatamente curata degenerò «in abituale gemizio». Si trovò molto tempo dopo esposto a frequenti fastidi nell'orinare, a episodi di disuria e stranguria. Sopraffatto negli ultimi mesi da incontinenza, «da ricorrenti accessi febbrili, da molestia alla regione lombare destra, peso al perineo, tensione e tumefazione all'ipogastrio e vomito», cessò di vivere a causa dell'incontinenza, mutata in totale iscuria aggravata da difficoltà respiratoria. Quattro giorni prima del decesso, si era tentato inutilmente di cate-terizzare il paziente, ma un ostacolo alla metà dell'uretra aveva impedito al catetere di passare in vescica. Il 27 settembre 1794, nel sezionare il cadavere, si cercò di capire quale fosse stato l'ostacolo controllando minuziosamente «l'obice istesso, come ugualmente l'ipogastrio e la regione ombelicale tesi e tumefatti». Aperto l'addome, apparve la vescica con la faccia anteriore fortemente aderente al peritoneo, con i vasi «turgidi e rubicondi», talmente gonfia che nascondeva la maggior parte dei visceri. In essa, che nella faccia posteriore già minacciava gangrena, erano contenute otto e più libbre di urina torbida e puzzolente. Gli intestini e il mesenterio erano infiammati; un po' scuro, grande e consistente il fegato; flaccido e quasi vuoto il ventricolo; il rene destro «rubicondo», il cui uretere, fino alla sua inserzione in vescica, era sensibilmente dilatato. Separate dal corpo la vescica e l'uretra e aperte longitudinalmente, si vide il collo vescicale assai tumefatto e indurite le rispettive ghiandole, ma in modo speciale la prostata nella parte sinistra. «Compatto e quasi calloso il lungo tratto dell'intera faccia dell'uretra, [...] in un solo punto però era sì angusto e sì ristretto il passaggio che non solo non avrebbe dato l'ingresso al catetere o minuggia, ma neppure al più sottile capello. Fatale non sarebbe stato certamente ai tempi nostri l'esito di questo caso, se con più premura e maggior avvedutezza si fossero posti [...] quelli opportuni mezzi che non suggeriscono gli antichi, ma che i recenti clinici fortunatamente conoscono.

Impercioché la morte non deve ascrivarsi al veleno sifilitico, ma al difetto non insuperabile del passaggio dell'urina. Da questo ritardo e total soppressione ebbero origine le febbri, le ricorrenti infiammazioni viscerali, le adesioni fra le parti ed in conseguenza la morte»⁴².

L'odissea di **Giacomo Ungarin**, di nazione *friulese, cernida* della Compagnia Spineda del Reggimento Treviso «di sanguigno bilioso temperamento e che non sorpassava 30 anni d'età», è così descritta dal medico fisico Mario Cuzzeri nella sua *Esposizione anatomica*: «Un morbo che segni colla morte l'ultimo termine di sua lunga durata, che non abbia nel suo andamento presentato se non una serie di strani e complicati fenomeni opponendo un'invincibile resistenza alla più energica medicatura meritar deve che se ne compia il processo colla dissezione del cadavere, giacché in questa o trova il medico la conferma di sua teoria – ed ecco un qualche conforto al suo rammarico – o vede il suo disinganno e ne trae delle norme per l'avvenire ». Il soldato si era ricoverato presso l'ospedale militare il 19 marzo 1795 perché afflitto da otto giorni da febbre, tosse ostinata e un dolore persistente nella regione del ventricolo. Ben presto i dolori si propagarono al ventre e al petto, mentre il polso si manteneva «duro e vibrante». Il protomedico gli fece «usare una medicatura, diretta soltanto a debellare» quello che riteneva essere un dolore reumatico e dopo otto giorni questo parve risolto, tranne la febbre, la tosse e l'oppressione respiratoria. «Le deiezioni liquide gialloverdastre, il polso ineguale, gonfio ma lasso, i copiosi sudori facevano scorgere quanto fosse illusoria la cessazione dei dolori». Palpando l'addome, si constatò un importante infarcimento al fegato ed alle sue adiacenze, così gli fu somministrata «una lunga dissoluzione di tartaro emetico e di alcune pillole canforate»⁴³[...]. Quella a mantenere una continua nausea, dando eccitamento agli organi della digestione illanguiditi, queste per ridonare a tutto il sistema la perduta energia opponendosi inoltre alla setticità degli umori nella quale sembrava propendere». Più tardi si evidenziò una tensione addominale e «in sedicesima giornata un vero stato timpanitico accompagnato da stitichezza di corpo» che si cercò di riparare con lenimenti e «frequenti prese di olio». La febbre continuava in modo irregolare accompagnata da brividi. La tosse era molesta e diaframmatica, «la fisionomia si faceva oscura» e notevole il dimagri-

mento. Al poveretto, «minacciato da una tabe che a ragione sembrava di fegato», fu propinata una pozione giornaliera di «una pianta epatica qual è il marrubio bollito nel siero di latte». In ventottesima giornata insorse un dolore puntorio sotto la mammella sinistra. Aumentò la febbre, e la tosse sempre più intensa era accompagnata da vomiti di materie biliuose. Il dolore scomparve per pochi giorni, persisteva però la tensione addominale all'ipocondrio destro e il polso era debole e irregolare; tutti indizi di «grandi disordini viscerali». Il quarantesimo giorno, «ceduto lo stato timpanitico, si scopri più facilmente l'effusione d'acqua nella cavità addominale». Gli venne prescritta l'acqua di mille fiori⁴⁴; la diuresi aumentò divenendo più chiare le urine. «Una colliquazione generale, contrassegnata dal sommo e rapido emaciamento, generata dalle interne suppurazioni [...] fece passare, in quarantavesima giornata, all'uso di una decozione di china [...] antinfettiva e febbrifuga. Ma nulla valse ad arrestare i progressi d'un morbo che dovea essere per sua natura fatale. Il ventre infatti era meno teso, ma la febbre sempre viva, la consunzione, le oppresioni di respiro, la celerità e piccolezza del polso, i sudori colliquativi indicavano appressarsi lo sviluppo di sì lunga tragedia». Per non lasciar nulla d'intentato, il protomedico volle sperimentare una «preparazione antimoniale»⁴⁵ molto vantata per mali di questo tipo. Fattosi il vomito più intenso e copioso, si passò alla somministrazione di vino scillitico⁴⁶. Sopravvenne infine il catarro soffocativo e, finalmente, dopo sessantacinque giorni di «cure» ospedaliere il Nostro cessò di vivere. Il 27 maggio il chirurgo Pietro Monterossi aprì il cadavere. « Appena incisa la muscolatura, sgorgò una quantità d'acqua giallognola. L'omento si mostrò tutto adeso al peritoneo. Specialmente nel lato sinistro prolungavasi all'epigastrio; era alteratissimo nel colorito dimostrando d'aver sofferto una superficiale infiammazione suppurativa. La sua sostanza era indurita, quasi scirrosas, grossa, specialmente nei lembi dove la grossezza giungeva a un dito e mezzo traverso. Non lo si vedeva più composto di due lamine comprendenti dell'adipe, giacché era tutto ripieno d'una dura condizione infiammatoria. Gli intestini tutti erano aspersi d'un'infinità di bianchi grani glanduliformi sebaceo - purulenti. Il mesenterio infiammato e pieno di glandulette ostrutte scirroso. Il fegato fosco e livido [...], alquanto resistente al coltello anatomico. La cistifellea gonfia di sciolta

bile, la milza semi-ostrutta e ripiena [...] di grani bianchi scirrisi. [...]. Nuotavano i polmoni in una contro naturale quantità di siero, la loro superficie mostravasi livida; il destro lobo rimpicciolito, il sinistro conteneva un ascesso rimarchevole il cui pus pareva racchiuso da una capsula steatomatosa. Nei lembi dello stesso [...], così pure nelle cellulari del mediastino [...], si trovarono dei corpi glanduliformi di scirroso natura, [...] dell'acqua nel pericardio».

Da tutte queste informazioni il Cuzzi dedusse:

1. «Che uno stato infiammatorio erisipalaceo» aveva occupato la superficie dei visceri addominali.
2. «Che il sistema glandolare sia quindi progredito ad uno stato ostruttivo per cui alcune glandule siano arrivate alla condizione scirroso, altre a quella di steatoma».
3. «Che la suppurazione rinvenuta nel lobo sinistro polmonare fosse posteriore a quella doglia che assalì il nostro defunto alla mammella [...] e che una disposizione generale all'indurimento abbia costituito i contorni di quell'ascesso sotto forma di steatoma».
4. «Che l'acqua effusa nel basso ventre fosse un prodotto della ostruzione glandolare per cui era impedita l'apportazione dell'umore linfatico».
5. «Che il siero trovato nella cavità del

torace e nel pericardio si fosse ivi raccolto negli ultimi giorni di vita per uno stato spasmodico degli organi delle respirazioni».

6. «Che i brividi frequenti, che mentivano degli accessi periodici, non fossero che sintomi delle interne successive suppurazioni».
7. «[...] la continuità della febbre e la consunzione, erano gli effetti di una prava chillificazione e d'una conseguente degenerazione umorale».

BIBLIOGRAFIA

- 33) Medico di Eisenach (Turingia), tra il 1719 e il 1741 raccolse 1600 casi clinici sulle malattie femminili che servirono a formare una poderosa opera in otto volumi.
- 34) Docente d'anatomia al Collegio di Francia, ha presentato il primo quadro comparativo dello stato degli organi umani in malattia e in salute, raccogliendo nel suo *Traité d'Anatomie* (1820 ca.) molti materiali per gli ulteriori progressi nell'anatomia patologica.
- 35) Giovanni Hessio, medico di Norimberga.
- 36) Abituamente, nelle forti febbri venivano propinati dei "refrigeranti" consistenti in decotti d'orzo, limonate e bagni generali tiepidi, insieme a dei "subacidi": spirito di sale (sale ammonico non caustico) e di vetriolo somministrati nel brodo o nel vino nella dose di 10-12 gocce per 3 volte al giorno.
- 37) FRIEDERICH AUGUST WEBER (1753-1806), *De causis et signis morborum*, Lipsia 1786-1787.
- 38) Il calcolo più grande misurava cm 5.50 x

3.50 e aveva le sembianze di un tubero di topinambur.

- 39) BERNARDINO RAMAZZINI, *De morbis artificum diatriba*, Modena 1700. Nel testo, universalmente considerato la base della Medicina del Lavoro, l'autore prende in considerazione le malattie collegate al lavoro fisico e intellettuale relative a 52 categorie professionali indicando le misure profilattiche e terapeutiche da usare.
- 40) John Brown (1736 – 1788) medico scozzese, docente ad Edimburgo. Avanzò una teoria sulla base dell'eccitabilità del cervello e delle fibre neuromuscolari da parte dell'ambiente esterno: se gli stimoli esterni vengono meno, si configura uno stato patologico. Influyente in tutta Europa, la sua ipotesi venne ripresa in Italia da Giovanni Rasori, che nel 1792 ne tradusse l'opera *Elementa Medicinae*.
- 41) ASVr, Ufficio Sanità, b. XLVI-
- 42) ASVr, Ufficio Sanità, b. XLV.
- 43) Tartaro emetico = tartrato doppio di potassio e antimonio di base, sostanza cristallina bianca molto tossica. La canfora era usata come antisettico e debole analgesico.
- 44) Composta con fiori d'arancio.
- 45) L'antimonio era usato per le sue quattro virtù medicamentose: sudorifera, emetica, purgativa e fortificante. Vi erano preparati in pomata e sotto forma di "pillole eterne", così dette perché dopo aver esercitato un'azione emetica venivano recuperate e riusate da...tutta la famiglia. Usato in modo indiscriminato, gli Accademici delle Università francesi ne decretarono il divieto data la sua reale tossicità (Parigi 1566).
- 46) Vino scillitico (o squillitico) — da scilla, pianta delle gigliacee. Dai bulbi macerati in aceto di vino si ricavava un medicinale usato come diuretico e espettorante.

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

Il male di Fedra

di LUCIANO BONUZZI

SUMMARY PHAEDRA'S DISEASE

The author hints at Phaedra's passion, described by Euripides, highlighting in particular the incest taboo. Phaedra in fact is love-sick for her own step-son Hippolytus, a human figure with a not well defined sensual identity.

Key Words: Phaedra – love-sickness – incest.

Fedra, struggente figura travolta dall'amore per il figliastro Ippolito, ha coinvolto drammaturghi insigni come Euripide, Seneca, Racine e d'Annunzio (1), ma nella letteratura arcaica le allusioni a questo mito sono piuttosto fragili per quanto il nome di Fedra sia ricordato da Omero: Odisseo, quando evoca i morti, la vede accanto a Procri e alla "bella Ariadne" (2). La prima testimonianza ben strutturata prende corpo solo con Euripide, in un'età quanto mai inquieta, mentre ulteriori motivi che movimentano ed arricchiscono il nucleo originario del racconto sono dovuti a scrittori tardi come Diodoro Siculo, Apollodoro, Plutarco, Pausania. L'interpretazione di Euripide ha, in ogni modo, un valore centrale non solo per l'ampiezza con cui affronta il mito ma anche per l'essenzialità dei problemi che pone sul tappeto. Parlando di Fedra Euripide si misura con la problematicità dell'esistenza richiamando l'attenzione, in maniera perentoria, sul tabù dell'incesto, il crinale che sostanzia l'enigmaticità della condizione umana, instabilmente sospesa fra natura e cultura. Il rovinoso amore di Fedra è illustrato da Euripide nell'*Ippolito coronato* (3), il rimaneggiamento di una precedente versione perduta – *Ippolito velato* – dove il comportamento di Fedra sarebbe stato descritto con toni liberi, estranei al sentire del tempo. L'audacia narrativa di Euripide è stata, quanto prima, stigmatizzata da Aristofane che gli rimprovera il relativismo etico e la spregiudicatezza (4). Il Prologo dell'*Ippolito coronato* esor-



disce con l'apparizione di Afrodite sul frontale della reggia di Trezene: è gelosa per la familiarità di Ippolito con Artemide e fa sapere di aver deciso di vendicarsi. Il gioco le riesce facile inducendo, in occasione dei Misteri Eleusini, un fulmineo amore per il giovane Ippolito da parte di Fedra che nel vederlo è trafitta da un vissuto tormentoso: diventa silenziosa, piange e nessuno dei familiari conosce la natura del male. Fedra, figlia di Minosse e di Pasifae, è moglie di Teseo, il padre di Ippolito nato da una precedente relazione con la regina delle Amazzoni. Dopo il monologo di Afrodite, sulla scena compare Ippolito: è intento ad offrire ad Artemide una corona di fiori raccolti in un prato incontaminato dove a lui solo è concesso il privilegio della presenza mentre può, addirittura, parlare con la dea, sia pure senza vederne il volto. Orgoglioso della propria castità, Ippolito, dopo aver commentato che gli dei e gli uomini hanno gli stessi costumi, elude il suggerimento di un servo che lo invita ad onorare tutti gli immortali senza esclusioni di sorta, lo invita ad onorare Afrodite. Assoluto il contrasto fra Ippolito, narcisisticamente raccolto su se stesso, e Fedra che il Coro presenta nella Parodo: è a letto con leggeri veli che oscurano appena la bionda capigliatura, non si alimenta, è infelice, soffre in silenzio, pensa alla morte. Si sa che la natura della donna è fragile ma nessuno può accantonare la curiosità di conoscere le cause che hanno sconvolto il suo aspetto: ci si

chiede se sia posseduta da qualche divinità – Ecate, Pan o i Coribanti (5) – o non sia piuttosto incorsa in un sacrilegio o sia invece preoccupata per un nuovo amore del marito. La nutrice vuole aiutarla ma è disorientata e non sa cosa fare o cosa non fare ed argomenta che è preferibile la condizione del malato a quella del terapeuta, oppresso sia dalle preoccupazioni interiori che dalle fatiche di chi deve correttamente operare; la vita dell'uomo, del resto, non è mai libera da affanni. Fedra, che ormai è in uno stato di profonda prostrazione, chiede di essere sollevata, prega che le sia sorretto il capo, non riesce più a reggersi sulle ginocchia ed ordina che le sia tolto il velo che ha sulla testa permettendo ai riccioli di ondeggiare sulle spalle. Di fronte a tanta sofferenza la nutrice le raccomanda la nobiltà d'animo e la invita alla calma senza cedere a dolorose inquietudini ma Fedra fantastica: aspira a dissetarsi con l'acqua di una sorgente boschiva, vuole andare nella foresta e, accompagnata da cagne da caccia, intende assalire le cerva mentre nella mano ben sollevata, accanto ai biondi capelli, oscilla la lancia pronta ad essere scagliata. La nutrice tenta il dialogo per capire che cosa ne sconvolga la mente ma Fedra è reticente: ammette di essere folle per colpa di un dio e chiede che le venga nuovamente velato il capo per la vergogna delle proprie parole. La nutrice, tuttavia, incalza con le domande invitandola ad aprirsi e le offre il proprio

aiuto, l'aiuto che possono fornire le donne se il male deve essere tenuto segreto, se invece si tratta di un disturbo dove non c'è nulla da nascondere propone di chiedere l'aiuto dei medici. Finalmente a Fedra sfugge un'imprecazione e, alludendo alla passione della propria madre per un toro, lascia intendere di essere innamorata. È innamorata di Ippolito, il figliastro, il figlio dell'Amazzone e di Teseo. Alla nutrice non resta che prendere atto della forza dirompente di Afrodite – se Afrodite esiste – e consiglia a Fedra di accettare la situazione osservando che per guarire non ha tanto bisogno di buone parole quanto del proprio innamorato e, per uscire da uno stato tanto doloroso, le proporre un filtro ma quando Fedra vuol sapere se si tratti di un unguento o di una pozione liquida la redarguisce dicendo che ad altro non deve pensare che di star bene: ha bisogno di recuperare la salute e non di informazioni tecniche. A tal punto la nutrice tenta una mediazione con Ippolito che, scandalizzato alle sue proposte, si abbandona ad un'invettiva contro l'ambiguo malanno del sesso femminile e si rivolge a Zeus dicendo che se proprio voleva perpetuare la specie umana non doveva pensare alla donna ma piuttosto fare in modo che gli uomini potessero acquistare, con adeguato compenso, il seme dei figli lasciando le case libere dalla presenza femminile. Ippolito, per quanto sconvolto dalla notizia del sentimento di Fedra, ha però giurato di mantenere il silenzio ed anche se è la lingua ad aver giurato e non l'animo non potrà parlare con nessuno di quanto gli è stato rivelato. Fedra peraltro si rende subito conto che per sbloccare la situazione è indispensabile trovare parole nuove, nuove soluzioni, mentre la nutrice deve riconoscere, sconsolata, che la sua politica era errata e che il successo e la saggezza dipendono solamente dalla sorte. A Fedra non resta che morire ma è ben consapevole che, morendo, sarà la rovina di un altro, ovviamente di Ippolito. Il Coro commenta che adattando una corda intorno al candido collo si impiccherà al talamo e libererà l'anima dal tormento d'amore. Quando la presenza di Fedra si è ormai dissolta, con un vero *coup de théâtre*, arriva Teseo reduce da un pellegrinaggio a Delfi. È sconvolto dalla notizia che lo trova impreparato quando una tavoletta

nella mano di Fedra risveglia il suo interesse: è una lettera con cui accusa Ippolito di aver tentato di sedurla. Teseo ironizza allora sulla castità di Ippolito, sulle sue abitudini vegetariane e sulla devozione per i libri di Orfeo e lo bandisce chiedendo a Poseidone di farlo perire. Poseidone, infatti, era il vero padre di Teseo in quanto sua madre, nella notte in cui l'aveva concepito, aveva amato sia Poseidone che il marito Egeo e Poseidone aveva promesso al proprio figlio che avrebbe esaudito tre suoi desideri. Ippolito insiste nel ribadire la propria castità, afferma di avere la sola aspirazione a primeggiare nelle gare sportive senza alcuna ambizione politica e si rammarica per la mancanza di un sereno giudizio su tutta la vicenda ma deve andarsene e mentre si allontana con il proprio carro, viaggiando lungo il mare, da un'onda esce un toro che spaventa le puledre: le briglie lo travolgono e batte il capo contro una roccia. Ormai respira a fatica: il biondo capo ed il giovane corpo sono straziati. Chiede di essere sollevato con delicatezza – come aveva domandato anche Fedra, per quanto compromessa con un'altra condizione morbosa - e mentre si trova in questo stato si avvicina Artemide: ne avverte immediatamente il profumo, un vero sollievo, un balsamo per il suo corpo. La storia si avvia ormai verso la conclusione con un lungo discorso di Artemide che denuncia la responsabilità di Afrodite per tutto quanto è accaduto ed in onore di Ippolito istituisce quel rito per cui le vergini, prima delle nozze, gli dedicheranno le proprie chiome: l'amore di Fedra non sarà pertanto dimenticato. Al figlio del vecchio Egeo chiede di abbracciare Ippolito, il proprio figlio, che ha ucciso senza una volontà autenticamente libera come è inevitabile che gli uomini possano fare se gli dei lo permettono. Ad Ippolito, infine, rivolge l'invito edificante di perdonare il padre. Con Diodoro Siculo (6) la vicenda viene ad essere, per così dire, demitizzata: Fedra, secondo Diodoro, avrebbe sposato Teseo per l'imposizione del fratello che aveva stretto un'alleanza con Atene e innamoratasi di Ippolito si era poi impiccata quando era stata invitata da Teseo a dare spiegazioni in merito al proprio stato d'animo. Anche Apollodoro (7) e Plutarco (8) confermano i tratti essenziali di questa storia d'amore ma caricandone

le argomentazioni razionalistiche. Suggestivi, piuttosto, alcuni particolari registrati da Pausania: a Trezene descrive un tempio consacrato ad Afrodite Kataskopia da dove Fedra spiava Ippolito mentre faceva ginnastica (9) e ricorda anche un mirto dalle foglie bucherellate che avevano assunto questo aspetto da quando Fedra, angosciata dal desiderio, le tormentava con lo spillone che aveva nei capelli (10).

Euripide designa la tragedia di Ippolito e di Fedra con il nome di Ippolito ma le note più coinvolgenti e le osservazioni psicologicamente più penetranti riguardano il vissuto di Fedra, così come si verificherà anche negli autori posteriori. È, infatti, Fedra che agisce per prima e che soffre inguaribilmente: soffre in maniera dilemmatica, senza via d'uscita.

La sintomatologia di Fedra, travolta dal dolore, si articola attraverso un doppio registro: da una parte la sofferenza interiore e dall'altra un gruppo di testimonianze visibili, di segni, che annunciano il disagio a quanti le vivono accanto e, innanzi tutto, alla nutrice. Dominata da un amore vietato oscilla fra colpa e vergogna e soffre con tanta intensità da pensare alla morte mentre la perplessità interiore è tradita dalle contraddittorietà delle richieste: vuole stare a letto dentro la reggia ma subito dopo chiede di essere accompagnata all'aperto; desidera che le sia tolto il velo dal capo ma poco dopo chiede che il capo sia nuovamente coperto. È deperita, non riesce a reggersi sulle ginocchia, piange, è mutacica e nel contempo fantastica: sogna di essere a caccia nella foresta, sogna di essere immersa nella natura selvaggia, agli antipodi della reggia che è il centro della vita sociale ben regolamentata dalle norme della cultura. Nessuno dei sintomi elencati autorizza una precisa diagnosi, tanto sono generici, anche se il pianto, il silenzio e l'incapacità di reggersi sulle ginocchia, in un contesto di deperimento generale che permette di escludere l'emergenza di un vissuto improvviso quale potrebbe essere un accesso di paura, suggeriscono di pensare ad un turbamento della vita affettiva e sessuale. Orienta in tal senso la stessa compromissione delle ginocchia, un disturbo che illumina di senso il pianto ed il silenzio. Le articolazioni, infatti, come il cervello e i testicoli contengono, secondo gli Antichi, quel liquido che è deputato

alla trasmissione della vita (11). Anche la qualità dei sogni ad occhi aperti è di qualche interesse per orientare la diagnosi: questi sogni, piuttosto che il contenuto nero e triste che è proprio della malinconia, hanno il carattere di libere fantasie ben orientate per compensare le carenze e le frustrazioni dell'esistenza. Insofferente per la propria situazione, Fedra immagina di essere nel mondo selvaggio della caccia proprio di Ippolito e di ripeterne i gesti. In nessun caso, tuttavia, abdica alla propria femminilità: se quando si fa togliere il velo i riccioli ondeggiavano sulle spalle, quando fantastica di essere a caccia immagina che la lancia, pronta ad essere scagliata, oscilla con elastica e dondolante eleganza accanto ai biondi capelli. La sintomatologia, nell'insieme, sembra incerta fra quella esibita da Saffo (12) quando è presa dal patimento d'amore, e quella di Medea, un'altra innamorata delusa, quando, abbandonata e di-sperata, ha lo sguardo ancorato a terra (13), dominata – per ricorrere ad un'espressione tassonomica contemporanea – da uno stato di malinconia delirante. Il quadro clinico, tuttavia, si chiarisce sufficientemente quando Fedra confessa il proprio sentimento escludendo ogni possibile interpretazione magica o teurgica del disturbo. Nel contempo, mentre l'intervento maldestro della nutrice ferisce Ippolito, la situazione precipita. A Fedra non resta che farla finita e per morire sceglie di impiccarsi fissando la corda ad un appiglio del talamo: uno spazio quanto mai intimo dall'intensa carica simbolica intrisa di valenze aggressive contro Teseo. L'impiccagione è una morte da donne (14), stigmatizzata da Elena (15) che la considera poco elegante rispetto alla nobiltà esaltante del colpo di pugnale anche se ritiene il suicidio una via d'uscita inevitabile quando il marito è fisicamente ripugnante tanto da poter indurre nella donna il disgusto per il proprio corpo. Il suicidio per impiccagione non è poi casuale. Quando Fedra, per morire, cinge il candido collo con un laccio colpisce alle radici la sorgente dei suoi tormenti affettivi. L'interruzione del respiro, infatti, blocca il funzionamento delle *phrènes* che supportano il *thymos* che è sede delle emozioni e del turbamento d'amore. Data la particolare fragilità dell'animo femminile, postulata dall'Autore ippocratico (16) e ribadita da Euripide (17), si capisce,

insomma, come il suicidio per impiccagione possa avere nelle donne il carattere di una scelta quasi elettiva. Il male di Fedra è stato scatenato dallo sguardo. Si è infiammata vedendo Ippolito e Pausania conferma che le occhiate dall'alto al basso erano tutt'altro che occasionali, tanto che, come si è ricordato, nel luogo dove si appartava per guardare era stato in seguito costruito un tempio in onore di Afrodite Katascopia. Queste occhiate erano peraltro unilaterali, estranee alla *Blickkommunion* che anticipa ed annuncia l'incontro nella patria dell'amore. Ed è questa asimmetria radicale nello sguardo, uno sguardo privo di rimandi (18), che alimenta e fa lievitare l'angoscia di Fedra che, per scaricare la tensione interiore, punzecchia con uno spillone alcune foglie di mirto, l'arbusto che, sacro ad Afrodite, diventa l'ironico simbolo della fedeltà coniugale (19).

Fedra, in sintesi, è stata travolta dallo sguardo ma la passione ha potuto nascere e fiorire non solo per la generica fragilità del sesso femminile ma anche per una oscura predisposizione ereditaria: come la madre Pasifae (20) si dimostra, infatti, incapace di armonizzare le istanze della natura con le regole della cultura. È noto che Pasifae – si tratta della moglie di Minosse, il legislatore mitico per eccellenza – si era invaghita di un toro bianco e per essere posseduta, immemore di ogni norma e di ogni legge, si era fatta costruire da Dedalo una vacca artificiale dove poteva nascondersi per rendere possibile l'amplesso che peraltro ha avuto conseguenze funeste con la nascita di un essere mostruoso dalla testa di toro: il Minotauro. Il comportamento di Pasifae, dalle conseguenze tanto nefaste, è intonato dalla dismisura aggravata dallo stravolgimento della natura grazie agli artifici della tecnica dedalea. Nella storia di Fedra, tuttavia, non si registra alcun ricorso ad artifici tecnici ma piuttosto, proprio come nella madre per quanto in forma più attenuata, si coglie l'abbandono incontrollato alle pulsioni della natura senza tener conto delle norme culturali che regolano la vita della famiglia e della società. Fedra, in altre parole, non compie alcuna scelta innaturale e non scavalca le barriere della specie, né Ippolito è suo consanguineo e pur tuttavia tenta di infrangere l'ordine della famiglia come avevano fatto Stenebea con Belle-

rofonte (21) o, in altre culture, la moglie di Putifarre con Giuseppe (22). Ma la passione di Fedra è di gran lunga più corrosiva in quanto forza il tabù dell'incesto, la scintilla grazie alla quale, per usare l'espressione di Claude Lévi-Strauss, "si compie il passaggio dalla natura alla cultura" (23).

La scelta amorosa di Fedra è assai problematica, non solo perché ha per oggetto un figliastro ma anche per la singolarità della figura di Ippolito. Gli è che, nell'immaginario di Fedra, Ippolito impersona la forza della natura ma in un contesto francamente ambiguo. Il figlio dell'Amazzone, in effetti, è un cacciatore che vive nella foresta in uno spazio che condivide con gli animali, lontano dal territorio coltivato e al di fuori della città con le sue regole familiari e sociali. Ma, a guardar bene, questa figura umana, per quanto immersa nella naturalità selvaggia, non ha quei tratti di vitalità animale che, in maniera emblematica, avevano sedotto la madre di Fedra: è fedele al magistero libresco della religiosità orfica, è casto (24) e si nutre di vegetali e si sa che la lattuga (25), un vegetale tanto comune, ha addirittura un effetto depressore sul vigore virile. Il suo senso della realtà è piuttosto fragile: parla con Artemide ma non la vede. L'identità sessuale è dubbia: è angosciato dalla presenza femminile, predilige le compagnie maschili e vagheggia, addirittura, qualche artificio tecnico-commerciale per il mantenimento della specie pur di non dover ricorrere alla mediazione di un incontro d'amore. Apprezza l'impegno sportivo per avere la gratificazione narcisistica della vittoria, ma rifugge nel contempo dall'impegno politico reclamato dai protocolli della cultura: sembra, insomma, piuttosto lontano dalla maturità psicologica e dalla pienezza umana. Quando poi, sulla via dell'esilio, è travolto da un incidente mortale regredisce ad un livello profondamente arcaico, al livello della primissima infanzia quando la comunicazione con la madre è sostanziata dagli odori e dalla musica del battito cardiaco: avverte l'odore di Artemide – una madre mitica, una cacciatrice come le Amazzoni – e percepisce la musica dolce delle sue parole, parole di perdono e di tenerezza.

Fedra, in verità, non è priva di motivazioni per allontanarsi da Teseo, un bigotto della consolidata instabilità sentimentale, ma l'incontro con Ippo-

lito non sembra proprio averla aiutata e svela, piuttosto, qualche aspetto problematico della sua stessa personalità. Il confronto con il giovane cacciatore, biondo come lei, oscilla infatti fra la radicale asimmetria e la specularità fantasmatica; in altre parole, Ippolito, dominato dall'udito, sembra muoversi in un universo inconciliabile rispetto a quello di Fedra che è virilmente dominata dallo sguardo. Quando, d'altra parte, lei stessa è invasa dal desiderio, mentre Ippolito abita la sua mente, non si vedono chiare pulsioni ad un effettivo incontro: gli è che non fantastica tanto di essere accanto ad Ippolito quanto piuttosto immagina di essere un altro Ippolito – un doppio di Ippolito – dedita alla pratica della caccia ma anche intenta ad abbeverarsi alle fonti boschive, fortemente allusive alle fonti mistiche dell'orfismo, per ottenere una beatitudine che ha poco da spartire con i bisogni dell'esistenza terrena (26). È ben vero che nell'amore si realizza una sintesi di estraneità e di riconoscimento, ma nel vissuto di Fedra la radicalità abnorme della passione rende inconciliabili questi aspetti complementari del vissuto d'amore. In ogni modo, al di là di tanti aspetti problematici ed inconciliabili, Fedra ed Ippolito hanno in comune un rapporto quanto mai difficile con i protocolli delle norme sociali, con il contesto della cultura che, plasmando la natura, porta alla pienezza psicologica ed umana e ad un'identità sessuale ben definita.

Quella di Fedra, in breve, è una scelta d'amore altamente problematica, bisognosa di chiarimenti e di sostegni che, in effetti, sono offerti dalla nutrice ma l'affetto che prova per la propria pupilla oscura irrimediabilmente l'efficacia dell'aiuto che ha in animo di portare. La nutrice non è un'ingenua: sa che vi sono turbamenti dell'animo che possono trovare conforto nell'aiuto che proprio le donne sono in grado di offrire ma sa anche che vi sono disturbi che reclamano gli interventi tecnici dell'arte medica: da una parte difficoltà propriamente umane e dall'altra disturbi radicati nel disordine dell'assetto umorale. Questa distinzione di competenze è in sintonia con il sapere del *Corpus* ippocratico che in più luoghi delinea i limiti e l'ambito operativo che sono propri della medicina (27). La nutrice, peraltro, si dimostra piuttosto flessibile in merito ai vincoli

dei moduli terapeutici: quando Fedra vuol sapere con quali farmaci intende curarla, taglia corto e sentenzia che a chi è sofferente non deve tanto interessare quale sia l'ambito tecnico dei provvedimenti che vengono posti in essere ma, lasciando aperta ogni possibilità, commenta che ciò che conta è il recupero della salute. Chiarito che si tratta di mal d'amore è, del resto, possibile escludere quelle malattie, esterne ed interne, dove unguenti e decotti trovano l'indicazione elettiva. La nutrice, nel contempo, sa bene che Fedra, per guarire, avrebbe bisogno del proprio innamorato come la pastorella di cui parlerà Molière (28) tanti secoli dopo. Verosimilmente consapevole che la passione si nutre di ostacoli pensa pertanto di rivolgersi ad Ippolito per appianare ogni difficoltà, ma sorvola non solo sulla forza cogente del contesto sociale che vieta l'incesto(29) ma anche sul profilo personologico del giovane cacciatore. I buoni uffici della nutrice, sostenuti dall'affetto ed intonati dal buon senso, si rivelano deleteri. Il dialogo, infatti, può essere un vero farmaco per chi soffre ma l'uso inappropriato della parola, come aveva affermato Eschilo (30), può rivelarsi quanto mai pericoloso. Per Eschilo, tuttavia, la forza icastica della parola rimanda elettivamente alla stabilità normativa dell'etica, con le sue regole condivise, mentre per Euripide la parola e il dialogo sono intesi come strumenti funzionali ai bisogni psicologici e alle aspettative del singolo individuo con il suo disagio e con la sua sofferenza (31). Illustrando la vicenda della nutrice con il palese insuccesso che la connota, Euripide sembra poi voler dire che per la cura dei mali dell'animo non bastano le buone intenzioni né il buon senso, ma è indispensabile una tecnica così come è indispensabile una tecnica per affrontare correttamente i mali del corpo; nel contempo lascia intendere che per portare l'aiuto in parola è necessario quel distacco emotivo che era precluso alla nutrice. Fra le righe, insomma, sembra quasi affiorare l'esigenza di una sorta di psicoterapia avanti lettera anche se Fedra, una figura umana tanto bisognosa di aiuto, aveva avanzato ampie riserve sulla reale efficacia della parola (32). Euripide, in sintesi, anche in merito al mal d'amore ed alla possibile terapia ricorda, con sconsolata lucidità, quanto sia dolente la condizione

umana ma non offre soluzioni scontate. Scrive, del resto, Dario Del Corno: "L'enigma è lo statuto formale della tragedia" (33). Per Euripide non vi sono certezze neppure in merito al fondamento dell'esistenza: non è chiaro se Afrodite, Artemide, Poseidone siano divinità immortali o non siano, invece, personificazioni metaforiche del desiderio, del bisogno di protezione materna, della forza virile. Le pulsioni che orientano e plasmano l'incontro d'amore.

Note e richiami bibliografici

1. CIANI M. G. (a cura di), *Euripide, Seneca, Racine, d'Annunzio. Fedra. Variazioni sul mito*. Venezia, Marsilio 2007.
2. OMERO, *Odissea*, XI, 321.
3. Si fa riferimento a: EURIPIDE, *Medea-Ippolito* Trad. di CANTARELLA R., introduzione note e commento di CAVALLI M., a cura di DAL CORNO D., Milano, Mondadori, 1990.
4. Ne *Le rane* di Aristofane, in un serrato dibattito che si svolge nell'Ade, Eschilo, difendendo i valori dell'etica tradizionale, dice ad Euripide: "Non ho fatto Fedre puttane io, né Stenebee, e nessuno può dire che abbia mai rappresentato una donna in amore." (ARISTOFANE, *Le rane*, 1043-1044. Trad. PADUANO G., Milano, BUR, 2006, p. 155).
5. Di Ecate, divinità preolimpica, si narra che "vagasse di notte con le anime dei morti, accompagnata dal latrato dei cani"; Ecate rimanda, con il suo corteo notturno di anime, alla perdita della presenza. Pan, figlio di Ermes, era invece un dio fallico "provvisto di corna e di zampe caprine"; abitava le cime dei monti e dato l'aspetto era comprensibilmente poco fortunato nei suoi amori con le ninfe che per sfuggirgli si trasformavano: Pitis era diventata un pino, Siringa una canna, Eco una voce. Ancor oggi si parla di attacchi di panico. I Coribanti, infine, facevano parte del corteo della Grande Madre e la seguivano danzando in estasi fra "le stridule note" di flauti, cembali etc. (KERENI C., *Gli dei e gli eroi della Grecia. Gli dei*. Trad. TEDESCHI V., Milano, Il Saggiatore, 1922, p. 41, 76, 149).
6. DIODORO SICULO, *Biblioteca storica*, lib. IV, 62. Introduzione di CANFAORA L., Palermo, Sellerio, 1986, p. 230.
7. APOLLONODORO, *Biblioteca, Epitome*, 18. A cura di GUIDORIZZI G., Milano, Adelphi, 1995, p. 132.
8. PLUTARCO, *Le vite parallele. Teseo*, XXVIII. A cura di RIBERA A., Roma, Casini, 1960, p. 22.
9. PAUSANIA, *Guida della Grecia. La Corinzia e l'Argolide*, II, 32, 3. A cura di MUSTI D., Vicenza, Valla-Mondadori, 1986, p. 171.
10. PAUSANIA, *Guida della Grecia. L'Attica*, I, 22, 2. A cura di MUSTI D., Farigliano (Cn), Valla-Mondadori, 1982, p. 115.
11. ONIANS R.B., *Le origini del pensiero europeo intorno al corpo, la mente, l'anima, il mondo, il tempo e il destino*. Trad. ZANINONI P., Milano, Adelphi, 1998, p. 207-219.
12. Saffo, colpita dalla squillante presenza d'amore, trema, impallidisce, si sente vicina alla morte e "rapita di mente" (*A me pare uguale agli dei*. In: QUASIMODO S. (a cura di), *Lirici greci*, Verona, Mondadori, 1953, p. 27-28).
13. Medea, irrimediabilmente segnata da una passione che ha sconvolto il cuore si rifugia nel proprio letto, non si alimenta, piange,

- guarda a terra etc. (EURIPIDE, *Medea*, 24-28, 99, 1012); da questo vissuto matura poi la vendetta delirante che la induce ad uccidere nemici e figli, prima di scomparire in cielo su un carro alato.
14. LORAUX N., *Il femminile e l'uomo greco*. Trad. BOTTERI P., Bari, Laterza, 1991. Si veda, in particolare, il cap. VI sul corpo strangolato. Si ricorda al proposito, in tema di impiccagione, che anche Arianna, la sorella di Fedra, si sarebbe suicidata impiccandosi dopo essere stata abbandonata da Teseo (PLUTARCO, *Le vite parallele. Teseo*, XX).
 15. EURIPIDE, *Elena*, 293-305.
 16. HIPPOCRATIS *Liber de virginum morbis*, 1. In: Opera, Venetiis, Valgrisius, 1575, fo. 92r.
 17. EURIPIDE, *Medea*, 927.
 18. La tematica del vedere e dell'essere visti, come avverte Jean-Pierre Vernant, costituisce un motivo centrale nella *Weltanschauung* propria dei Greci (VERNANT J.-P., *Dans l'oeil du miroir: Méduse*. In: MACCHI G. (a cura di), *Lo specchio e il doppio. Dallo stagno di Narciso allo schermo televisivo*, Milano, Fabbri, 1987, p. 26-32). Quando poi uno sguardo è privo di rimandi – come quando è opaco al dialogo, o deviato, o autisticamente riflesso – diventa uno sguardo compromesso con la morte, come confermano le storie di Medusa e di Narciso.
 19. Sui riferimenti erotici del mirto che "serve a indicare sia la clitoride sia il sesso femminile": DETIENNE M., *I giardini di Adone. I miti della seduzione erotica*. Trad. BERRINI PAJETTA L., Torino, Einaudi, 1972, p. 84. Si veda anche: IMPELLUSO L., *La natura e i suoi simboli*, Milano, Electa, 2004, p.55.
 20. La vicenda è sintetizzata in KERÉNYI C., *Gli dei e gli eroi della Grecia. Gli dei*. Op. cit. I, p. 98.
 21. Si veda: KERÉNYI C., *Gli dei e gli eroi della Grecia. Gli eroi*, Milano, Il Saggiatore, 1963, II, p. 86.
 22. *Genesis*, 39. La complessità della passione della moglie di Putifarre per Giuseppe è magistralmente analizzata da MANN TH., *Giuseppe e i suoi fratelli*. Trad. ARZEN B., Milano, Mondadori, 2000, II, p. 507 e seg.
 23. LÉVI-STRAUSS C., *Le strutture elementari della parentela*. Trad. CIRESE M. e SERAFINI L., Milano, Feltrinelli, 1969, p. 67. Per una sintesi in merito alle varie norme categoriali per definire l'incesto si veda: HERTIER F., *Incesto*. In: *Enciclopedia*, Torino, Einaudi, 1979, vol. VII, p. 234.
 24. La castità dei cacciatori rimanda ad un tabù arcaico (BURKERT W., *Mito e rituale in Grecia*. Trad. NUZZACO F., Bari, Laterza, 1987, p. 189).
 25. Teseo – per la precisione – allude semplicemente alle abitudini vegetariani di Ippolito anche se l'inclinazione per la lattuga sembra essere implicita; la lattuga è invece la pianta erbacea di Atteone, figura assai cara ad Afrodite a differenza di Ippolito. Sulla lattuga: DETIENNE M., *I giardini di Adone. I miti della seduzione erotica*. Op. cit., p. 88 e seg.; ID., *Dioniso e la pantera profumata*. Trad. DE NONNO M., Bari, Laterza, 1981, p. 40 e seg.
 26. CARRATELLI G.P. (a cura di), *Le lamine d'oro orfiche. Istruzioni per il viaggio oltremondano degli iniziati greci*. Milano, Adelphi, 2001, p. 58.
 27. La medicina non investe l'ambito della metafisica (*Male sacro*, 1) né si occupa di mali incurabili (L'arte, 14).
 28. MOLIÈRE, *Il malato immaginario*, Prologo. Trad. LUNARI L., Milano, Rizzoli, 1982, p. 47.
 29. La situazione in cui si trova Fedra è diametralmente opposta a quella di Antioco innamorato della matrigna Stratonice che, dietro suggerimento di Erasistrato, gli viene ceduta dal padre Seleuco desideroso di guarire il proprio figlio dal mal d'amore che lo aveva colpito. Seleuco, peraltro, una volta presa la decisione di cedere Stratonice convoca un'assemblea e comunica la volontà di affidare ad Antioco e Stratonice le province settentrionali del regno. Vi è pertanto un coinvolgimento della pubblica opinione, informata in merito ad una decisione politica ed orientata dal parere normativo del sovrano (PLUTARCO, *Le vite parallele. Demetrio*, XXXVIII. Trad. RIBERA A., Roma Casini, 1960, vol. II, p. 403).
 30. ESCHILO, *Prometeo incatenato*, 377-380.
 31. Aristofane dissente profondamente dall'impiego euripideo della parola. Ne *Le rane*, mentre Euripide si vanta di essere stato il vero maestro dell'uso tecnico, preciso e ben misurato, del discorso (956), gli fa dire, con marcata ironia, che la parola è il tempio della persuasione (1391): ne consegue che, grazie all'artificio verbale, tutto diventa relativo.
 32. Quando la nutrice la deresponsabilizza e la rassicura dicendo che è malata, Fedra non è priva di riserve in merito alla credibilità delle parole troppo belle che possono essere la rovina della famiglia (486) e della comunità; si rende poi conto che le parole possono portare fuori strada (706).
 33. DEL CORNO D., Sull' "Ippolito" di Euripide. Quaderni dannunziani 1989; 5-6: 47-50.

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

Spot RAI incentiva la conflittualità medico-paziente. Protesta della FNOMCeO

Ecco la lettera inviata dalla FNOMCeO all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato e ai NAS.

Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato

Quale Presidente della federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, ente pubblico non economico che ha come proprio compito istituzionale, quello di coordinare l'attività degli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri italiani, richiedo l'intervento di codesta Autorità, ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. 11 luglio 2003, n. 284 al fine di ottenere l'inibizione degli atti di pubblicità ingannevole posti in essere dalla società "Obiettivo Risarcimento".

Si fa riferimento, in particolare, allo spot pubblicitario andato in onda più volte negli scorsi mesi sulle reti RAI tendente a promuovere la conflittualità tra i pazienti e i medici, offrendo sostegno medico-legale per azioni giudiziarie nei confronti di danni alla persona eventualmente derivanti dallo svolgimento dell'attività sanitaria.

Nell'allegare copia della pagina iniziale e di quella dei contatti, tratte dal sito della società rinvenibile all'indirizzo internet **www.obiettivorisarcimento.it** dalle quali si evincono le persone responsabili della predetta società, e ricordando che lo spot pubblicitario è visibile in quanto riportato nel sito stesso, evidenziamo che il messaggio appare ingannevole per i seguenti motivi:

- non è richiesta la natura gratuita od onerosa dei servizi offerti e se l'attività della società si limiti ad indirizzare i pazienti verso strutture convenzionate o se le visite medico-legali siano svolte direttamente in un'apposita struttura sanitaria della società. In questo secondo caso, sarebbe ovviamente necessaria l'indicazione di un Direttore Sanitario e il possesso della specifica autorizzazione

amministrativa per l'apertura della struttura stessa;

- è necessario approfondire le modalità dei servizi offerti, anche per quanto concerne il rispetto degli obblighi fiscali;
- il messaggio costituisce una indubbia ambiguità informativa, inducendo a credere che ogni esito indesiderato di un intervento sanitario sia o possa essere la conseguenza di una malpractice professionale o di cattiva organizzazione dei sistemi sanitari, attribuibile sempre ad una responsabilità terza.

La Federazione scrivente chiede, quindi, a codesta Autorità l'apertura di una formale indagine volta a verificare l'ingannevolezza del messaggio pubblicitario trasmesso da Obiettivo risarcimento, adottando altresì, con provvedimento cautelare, ogni misura ritenuta idonea a impedire il procrastinarsi del danno che deriva ai consumatori.

Chiede, inoltre, di poter essere ascoltata in istruttoria.

IL PRESIDENTE
AMEDEO BIANCO

Comando Carabinieri per la tutela della Salute

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, che ha, come proprio compito istituzionale, quello di coordinare l'attività degli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri italiani, segnala, per gli eventuali adempimenti di competenza, l'attività della società Obiettivo Risarcimento che, attraverso spot pubblicitari, offre servizi medici e medico legali a sostegno di azioni giudiziarie nei confronti di danni alla persona derivanti dallo svolgimento dell'attività sanitaria.

La società di cui trattasi, rinvenibile all'indirizzo internet **www.obiettivo risarcimento.it** ha reclamizzato anche, attraverso spot pubblicitari sulle reti

nazionali, la propria attività. Ad avviso di questa Federazione, non è assolutamente chiaro se l'attività di questa società sia a titolo gratuito od oneroso e se le attività di perizia medico-legale offerte ai possibili clienti siano svolte direttamente da medici dipendenti e/o convenzionati con la società stessa. Se l'attività professionale medica fosse svolta direttamente dalla società, sarebbe necessaria, ai sensi della normativa vigente, la nomina di un Direttore Sanitario e la autorizzazione amministrativa per l'apertura della struttura.

Potrebbe essere necessario, inoltre, approfondire le modalità dell'eventuale pagamento dei servizi offerti anche per quanto concerne il rispetto degli obblighi fiscali.

Il messaggio costituisce una indubbia ambiguità informativa, inducendo a credere che ogni esito indesiderato di un intervento sanitario sia o possa essere la conseguenza di una malpractice professionale o di cattiva organizzazione dei sistemi sanitari, attribuibile sempre ad una responsabilità terza.

Nel trasmettervi copia della pagina dei contatti tratta dal sito, dalla quale si evince quali siano le persone responsabili della predetta società, restiamo a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

IL PRESIDENTE
AMEDEO BIANCO



Groupon S.r.l.: prestazioni mediche in “liquidazione”

Questo il testo delle lettere inviate dalla FNOMCeO all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato e ai NAS per segnalare l'attività ingannevole della GROUPON srl che offre prestazioni mediche e odontoiatriche in modo ingannevole per i consumatori.

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, con sede in Roma, P.zza Cola di Rienzo n. 80/A in persona del suo Presidente legale rappresentante *pro tempore* dr. Amedeo Bianco (P. IVA 02340001582), a seguito delle molteplici segnalazioni e richieste pervenute da consumatori, da medici e da strutture operative nel mercato della salute, ritiene di dover denunciare a codesta Autorità la pratica commerciale posta in essere dalla società GROUPON in collaborazione con gli operatori del mercato sanitario ritenuta scorretta e di grave rischio per la salute dei consumatori.

1) La pratica commerciale

La società GROUPON S.r.l. con sede a Milano - Corso Bueno Aires, 54 - in collaborazione con operatori professionali del mercato della salute (studi medici, ambulatori odontoiatrici, strutture sanitarie, etc.) ha ideato la diffusione, tramite il sito internet www.groupon.it (v. anche <http://www.consorzionetcomm.it/Soci/Groupon/Groupon.kl>) di comunicazioni commerciali volte a promuovere servizi medici, odontoiatrici e sanitari per consumatori che intendono acquistare uno o più coupons a prezzi vantaggiosi. L'iniziativa, che abbraccia indifferentemente ogni settore commerciale, promuove l'acquisto di visite mediche o odontoiatriche o prestazioni specialistiche quali visita cardiologica con ECG o visita ginecologica con ecografia o altre prestazioni a costi irrisori, indiscutibilmente inferiori ai costi di produzione, senza altre spiegazioni ulteriori delle condizioni del servizio offerto inducendo i consumatori a credere, a causa della equivoca formu-

lazione dei messaggi, che prestazioni mediche o odontoiatriche complesse possano essere acquistate a prezzo oggettivamente inferiore al costo di loro produzione.

2) La scorrettezza della pratica

L'approfondimento svolto dalla scrivente ha consentito di individuare scorrettezza nell'ingannevolezza dei messaggi divulgati sui siti internet là dove l'offerta è impercettibilmente accompagnata dalla indicazione “solo per oggi” senza essere seguito da alcuna data, né altra indicazione che consenta al consumatore di cogliere l'equivocità del messaggio e l'ingannevole promozione oggettivamente impossibile ad essere contestata.

3) I riflessi sul mercato

L'individuazione di informazioni essenziali all'interno del link di difficile e non obbligatoria consultazione (caratteri di dimensione ridotta, marginalità della collocazione grafica, etc.) non consentono quella libertà di autodeterminazione del consumatore che costituisce l'obiettivo primario della tutela introdotta dal D.Lgs. 206/2005, imponendo all'operatore commerciale un preciso onere di completezza e chiarezza nella redazione della propria comunicazione d'impresa. La più parte dei messaggi non indicano neppure la struttura o il professionista, limitandosi a fornire un numero telefonico da contattare, contengono specificazioni di non immediata percezione come “solo per oggi”, pregiudicano le scelte economiche dei consumatori previste per i servizi reclamizzati a costi inferiori a quelli dei fattori di loro produzione.

L'intero mercato della salute ne subisce negativo danno considerato che viene veicolato un messaggio che induce a credere che le prestazioni mediche abbiano costi vivi risibili e le stesse Aziende Sanitarie e del SSN speculino, considerati i costi dei tickets superiori al costo delle prestazioni offerte da Groupon.

L'ambiguità informativa è resa ancor più rilevante a fronte dell'impossibilità per il consumatore di esigere che la prestazione sia erogata al costo promesso, come è risultato non solo per l'ideazione dei messaggi, ma per il fatto che solitamente vengono esposti costi aggiuntivi di prestazioni prodromiche e funzionalmente ed inscindibilmente connesse a quelle promozionate.

4) La normativa di settore

La normativa di settore ed in particolare il codice del consumo ritengono sufficienti alla qualificazione illecita di queste pratiche la potenzialità lesiva ed il mero pericolo per il consumatore che siano idonee a condurre alle conseguenze che la disciplina di legge ha invece inteso scongiurare.

L'ingannevolezza non esclusa dalla possibilità che il consumatore, contattando l'impresa di cui è pubblicizzata l'attività, sia posto in condizione prima di stipulare un contratto di acquisire maggiori dettagli in quanto è il messaggio in sé a condizionare le scelte dei consumatori, indipendentemente dalle informazioni che il professionista renda disponibili, il più delle volte a contratto concluso considerata la mancata indicazione nei messaggi della stessa impresa erogatrice.

La pratica commerciale è ingannevole per il falso convincimento cui inducono i suoi messaggi, per il rischio cui essa espone la salute del consumatore, per l'oggettiva impossibilità di verifica attuativa della promessa.

La Federazione scrivente chiede quindi a codesta Autorità l'apertura di una formale indagine volta a verificare la scorrettezza della pratica commerciale denunciata, adottando altresì con provvedimento cautelare ogni misura ritenuta idonea a impedire il procrastinarsi del danno che ne deriva ai consumatori. Chiede inoltre di poter essere ascoltata in istruttoria.

IL PRESIDENTE
AMEDEO BIANCO

Comando Carabinieri per la Tutela della Salute

A seguito delle molteplici segnalazioni pervenute a questa Federazione Nazionale sulla singolare iniziativa commerciale ideata da Groupon, si ritiene doveroso interessare codesta Autorità ai fini di tutela della salute pubblica, potenzialmente messa a rischio sul territorio nazionale da svianti messaggi pubblicitari.

La società di cui trattasi, rinvenibile all'indirizzo internet www.groupro.it, promuove la possibilità di acquisto di prestazioni mediche e odontoiatriche a tariffe irrisorie, indiscutibilmente inferiori ai costi di produzione.

L'iniziativa è quindi ingannevole perché non consente il controllo del rispetto della promessa e suscita allarme, non essendo sostenibile un'offerta a costo inferiore agli stessi fattori di produzione. Occorre, quindi, verificare che le prestazioni siano rese da personale specializzato, nel rispetto dei limiti di sicurezza e siano erogate in strutture a norma e con strumentazioni, farmaci e materiali idonei.

La scrivente federazione chiede, quindi l'intervento di codesto Comando, volto ad eseguire verifiche a campione degli studi, delle strutture e dei professionisti che partecipano all'iniziativa ideata da Groupon, al fine di verificare:

- l'idoneità e l'autorizzazione delle strutture;
- che le prestazioni siano erogate da personale specialistico;
- le fatture da cui sia possibile desumere la veridicità delle offerte;
- la regolarità delle attrezzature;
- l'utilizzazione di personale dipendente in regola con il costo del lavoro.

IL PRESIDENTE
AMEDEO BIANCO



Attenti alle fatture



Legge 14 settembre 2011 n. 148 - aumento dell'IVA sulle fatture assoggettate a tale imposta, introduzione sanzione accessoria a carico di professionisti iscritti ad albi e liberalizzazioni delle professioni.

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 216 del 16 settembre 2011 è stata pubblicata la Legge 14 settembre 2011, n. 148 recante **“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, recante ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo. Delega al Governo per la riorganizzazione della distribuzione sul territorio degli uffici giudiziari”**. L'art. 2, commi da 2-bis a 2-quarter, del provvedimento prevede l'aumento dell'aliquota IVA ordinaria dal 20% al 21%. Tale misura riferita alle prestazioni mediche soggette ad IVA trova applicazione dal 17 settembre 2011, data di entrata in vigore della Legge indicata in oggetto.

Si segnala inoltre che l'art. 2, comma 5, introduce una sanzione accessoria a carico dei professionisti iscritti in albi od Ordini professionali.

In particolare la norma prevede che **“Qualora siano state contestate a carico di soggetti iscritti in albi ovvero ad ordini professionali, nel corso di n quinquennio, quattro distinte violazioni dell'obbligo di emettere il documento certificativo dei corrispettivi compiute in giorni diversi, è disposta in ogni caso la sanzione accessoria della sospensione dell'iscrizione all'albo o all'ordine per un periodo da tre giorni ad un mese. In caso di recidiva, la sospensione è disposta per un periodo da quindici giorni a sei mesi”**.

Si dispone inoltre che il provvedimento di sospensione sia immediatamente esecutivo. Gli atti di sospensione sono comunicati dall'Agenzia

dell'Entrate all'Ordine professionale ovvero al soggetto competente alla tenuta dell'albo affinché ne sia data pubblicazione sul relativo sito internet. Nel caso in cui tali violazioni siano commesse nell'esercizio in forma associata di attività professionale la sanzione accessoria è disposta nei confronti di tutti gli associati.

Si sottolinea che la particolarità della norma deriva dal fatto che la sanzione della sospensione sia comminata direttamente dall'Agenzia dell'Entrate, Organo terzo, rispetto alla gestione del c.d. potere disciplinare devoluto per Legge agli Ordini professionali. Di fatto non si può non sottolineare che nel caso di specie il Consiglio dell'Ordine diventa un “mero” esecutore, perché dovrà prendere atto di provvedimenti adottati da un altro Ente.

Si rileva che l'art. 3 della L. 148/11 reca disposizioni in materia di liberalizzazioni delle professioni.

Di particolare rilievo risulta essere la norma di cui all'art. 3, comma 5, che prevede che entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore della Legge 148/11 gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati per recepire i principi dettati dalla stessa Legge che hanno lo scopo di rendere più moderna la regolamentazione delle professioni.

La riforma riguarderà l'obbligo della formazione permanente la cui violazione costituirà illecito disciplinare, l'assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, le tariffe minime, che pur rimanendo abolite, dovranno essere prese quale punto di riferimento per la pattuazione tra cliente e professionista, la liberalizzazione con ogni mezzo della pubblicità informativa avente ad oggetto l'attività professionale, le specializzazioni ed i titoli professionali posseduti, la struttura dello studio ed i compensi delle prestazioni. Le informazioni pubblicitarie dovranno peraltro essere trasparenti veritiere, corrette e non equivoche, ingannevoli, denigratorie.

Pertanto, considerato la rilevanza della materia, al fine di consentirne un esame più approfondito è possibile scaricare copia del provvedimento indicato in oggetto sul portale della fnomceo al canale Gazzetta Ufficiale.

AMEDEO BIANCO

Rivalutazione rendite per danni da raggi X

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 207 del 6 settembre 2011 è stato pubblicato il decreto 13 giugno 2011 recante **“Rivalutazione delle prestazioni economiche per infortunio sul lavoro e malattia professionale con decorrenza 1°**

luglio 2011, in favore dei medici colpiti da malattie e da lesioni causate dall’azione dei raggi X e delle sostanze radioattive”.

Il decreto è stato emanato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in attuazione dell’art. 5 della

legge 10 maggio 1982, n. 251 e dell’art. 11 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38 che prevedono rispettivamente la riliquidazione e la rivalutazione annuale delle rendite in favore dei medici colpiti da malattie e lesioni causate dall’azione dei raggi X e delle sostanze radioattive.

Il decreto in esame, pertanto, fissa in € 56.023,37 con effetto dal 1° luglio 2011, la retribuzione annua da assumersi a base per la liquidazione delle rendite di cui all’oggetto.

Ai fini di un maggior approfondimento della materia è possibile scaricare copia del provvedimento sul portale della fnomceo al canale gazzetta ufficiale.

DDL sulle DAT direttive anticipate sul trattamento

**Audizione del Presidente della FNOMCEO Amedeo Bianco alla Commissione Igiene e Sanità del Senato
Roma 12 Ottobre 2011**

PREMESSA

Illustre Presidente, illustre Relatore, illustri Senatori, la FNOMCeO ha ufficialmente reso al Parlamento il suo contributo sulle materie oggetto del D.d.l.: *Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento* in due successive audizioni rispettivamente alla Commissione Igiene e Sanità del Senato il 13 novembre 2008 ed alla Commissione Affari Sociali della Camera l’8 ottobre 2009 e ringraziamo per l’ulteriore attenzione che avete inteso riservare alle nostre valutazioni.

Nel riconfermare lo spirito ed il merito di quelle dichiarazioni, che si rifanno al Documento di Terni approvato a larghissima maggioranza dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO, così come richiesto, Vi proponiamo oggi alcune ulteriori considerazioni sulle

modifiche al testo legislativo apportate dalla Camera, assumendo come chiave interpretativa i principi di riferimento del nostro Codice Deontologico, che crediamo rappresentino un punto di equilibrio dei valori etici e civili caratterizzanti la nostra società plurale, l’ambiente di ascolto e di incontro delle diversità, il laboratorio dove ogni giorno costruire e rinnovare la solidarietà tra persone, cittadini e istituzioni. La nostra Deontologia è una costruzione etica e civile più che secolare, non statica né autoreferenziale ma costantemente rinnovata sulla base del diritto primario espresso dalla Costituzione e dalle leggi, dei valori fondanti la moderna bioetica ed infine delle regole della buona pratica clinica basata sulle evidenze delle prove di efficacia.

Da questa complessa matrice originano le coordinate per un esercizio professionale posto a garanzia della qualità, efficacia e sicurezza delle cure, della dignità e libertà del paziente e del medico nelle loro scelte per la tutela della salute fisica e psichica e della vita, per il sollievo delle sofferenze, in una relazione

costantemente proiettata a realizzare un rapporto equo e bilanciato tra chi cura e il soggetto di cura, capace di ascoltare ed offrire risposte diverse a domande diverse.

Su queste fondamenta poggia quella posizione di garanzia del medico che va sempre promossa e protetta in ogni relazione di cura nel rispetto dei diritti costituzionalmente sanciti dei cittadini sani e malati e che assume particolare significato nelle DAT non per eludere o evadere le dichiarazioni anticipate ma per declinarle dal passato al presente, dall’ipotesi al fatto, dall’ignoto alle migliori evidenze disponibili, per accompagnare ognuno nella sua storia di vita, unica ed irripetibile.

L’Universalità e l’Equità

Questo ruolo di garanzia non può riconoscersi in alcun tipo di discriminazione e quindi apprezziamo le modifiche apportate all’Art 1 (comma 2) sull’universalità dei destinatari ed in particolare il neo comma 3 che valorizza l’approccio palliativo nella cura delle malattie evolutive in fase terminale.

Condividiamo altresì la riscrittura

dell'art.5 che identifica l'assistenza ai soggetti in stato vegetativo o altre forme neurologiche correlate come un livello essenziale di assistenza di cui al DPCM 29/11/ 2001.

Il Consenso informato

Il tema del consenso informato in rubrica del D.d.l. in esame è già da tempo oggetto di articolata e puntuale normazione deontologica che tuttavia non può compiutamente surrogare, anche ai sensi e per gli effetti della legge penale, la definizione della natura giuridica del trattamento medico, sancendo anche i confini di rilevanza della volontà del malato e gli stessi cd. requisiti di validità del consenso (età per consentire, forma del consenso, quantità di informazione da ricevere ecc.).

Si ritiene che, al fine di ridurre i margini di soggettività e di controvertibilità inevitabilmente presenti nelle soluzioni interpretative proposte in sede giurisprudenziale, la disciplina, come articolata all'interno dell'art. 2, anche alla luce delle positive modifiche a questo apportate, esigerebbe un intervento di integrazione:

a) manca anzitutto l'individuazione del fondamento della liceità penale dell'attività sanitaria e la specificazione, all'interno di quest'ultima, del ruolo giuridico del consenso espresso dal malato, causa prima dei contrasti giurisprudenziali in materia di rilevanza penale dell'atto medico eseguito in consapevole assenza del consenso del paziente.

Al riguardo potrebbe proporsi di qualificare il trattamento medico-chirurgico come causa di giustificazione (alla pari della legittima difesa o dello stato di necessità), la cui operatività esimente debba essere condizionata da tre fondamentali requisiti:

1) che la prestazione del medico sia destinata alla tutela della salute e della vita della persona; 2) che essa venga eseguita nel rispetto delle leggi dell'arte e di ogni regola cautelare dettata dalle evidenze tecnico scientifiche; 3) che l'atto medico sia preceduto dalla acquisizione del consenso informato del paziente.

(Ad esempio: "Ogni trattamento medico e sanitario di carattere preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo, se condotto

secondo perizia, diligenza e prudenza è sempre diretto alla tutela della salute e della vita della persona. Salvo i casi previsti dalla legge, ogni trattamento medico e sanitario è attivato previo consenso informato, esplicito ed attuale del paziente prestato in modo libero e consapevole").

- b) neppure si ritrova, nella disciplina in preparazione, un principio condiviso ed atteso, ossia la introduzione, quale nuova causa scriminante, della cd. necessità medico-chirurgica, diretta ad assicurare copertura legale (oggi controversa) all'intervento medico a beneficio di paziente incapace – anche per causa transitoria - di intendere e di volere in situazioni di urgenza medica, essendo l' emergenza vera e propria, (così come recita il comma 9 dell'art. 2)già da tempo riconducibile all'esimente dello stato di necessità (ex art. 54 c.p.);
- c) il disegno di legge, inoltre, nulla dice in ordine al reato che si configura in caso di trattamento medico-chirurgico eseguito senza preventiva acquisizione del consenso del malato. Al riguardo, si potrebbe ipotizzare la introduzione di ipotesi di reato contro la libertà di autodeterminazione del malato, perseguibili a querela di parte e graduate in termini di gravità (maggiore, se il medico interviene nonostante il rifiuto del paziente, minore quando il sanitario agisca senza acquisire l'adesione informata di quest'ultimo); salvo ad applicare le fattispecie dei delitti contro la vita e l'incolumità individuale allorché conseguano esiti lesivi per effetto di "cattiva"esecuzione della prestazione da parte del medico.

Questa impostazione appare del tutto coerente con gli orientamenti consolidati della Cassazione in materia di rilevanza giuridica e penale del consenso informato: Cass. Sez. IV, 9 marzo 2001, Barese; Cass. Sez. I, 29 maggio 2002, Volterrani; Cass. Sez. IV, 16 gennaio 2008, n. 11335 etc, secondo i quali la commissione del fatto nell'esercizio di un'attività medico chirurgica o sanitaria diretta alla tutela della salute e della vita, esclude la punibilità sempre se condotta secondo perizia, prudenza e diligenza e vi sia stata l'acquisizione del consenso del paziente.

In assenza o in difetto di consenso, il trattamento medico e sanitario se

condotto con perizia, diligenza e prudenza, non diventerebbe ascrivibile ai reati contro la persona ovvero lesioni personali o omicidio ma ad altre fattispecie di reati comunque da sanzionare, nell'ambito dei delitti contro la libertà morale (violenza privata).

È superfluo sottolineare, in tempi di devastante diffusione delle pratiche difensivistiche, il significato positivo di siffatta definizione giuridica (e penale) del consenso informato, che peraltro nulla sottrarrebbe ai diritti alla sicurezza e al risarcimento per un danno ingiusto in capo ai cittadini nel contenzioso civilistico e in ogni caso un profilo di colpa grave in sede penale per reati contro la persona se il trattamento si discosta in modo significativo dai principi di prudenza, perizia e diligenza.

Contenuti e limiti delle DAT: Etica forte e diritto mite(Modifiche art.3).

Siamo convinti che ogni relazione di cura disegni uno spazio di "intimità" nella quale la legislazione non deve intervenire in modo rigido e prescrittivo, ma limitarsi a definirne i confini etici e civili condivisi da tutta la comunità. (diritto mite), lasciando spazio alle libertà ed alle responsabilità di chi cura e di chi è curato.

La moderna deontologia medica rappresenta l'espressione più alta di quei valori che, nella tutela dell'autonomia dell'atto medico, si propongono di tutelare la libertà di scelta dei cittadini ed in questo senso è niente affatto paradossale affermare che l'obiezione di scienza e coscienza prevista dall'art.22 del Codice garantisce tutte le libertà in campo, alla luce di un No all'eutanasia, un No a trattamenti futili e sproporzionati, un No all'abbandono dei più fragili ed invece un Si all'autonomia del paziente e un Si alla autonomia del medico per una alleanza terapeutica quale unico luogo, tempo e strumento idoneo a dare risposte proporzionate, condivise e legittime. (etica forte).

Queste osservazioni hanno una valenza meramente pratica e non possiamo non sottolineare come le modifiche apportate al comma 4 e comma 5 dell'art. 3, volendo queste definire, in un contesto giuridico, situazioni patologiche e/o entità nosologiche di incerta valutazione clinico-strumentale, creino di fatto corto circuiti organizzativi e assistenziali, fonte di incertezze e, temiamo, di probabili

contenziosi in sede civile e penale. Al riguardo sottolineiamo come le strutture e le moderne tecnologie idonee (ad es. la risonanza magnetica funzionale) abbiano una limitata e disomogenea distribuzione territoriale e che, ad evidenze scientifiche disponibili, sono gravate da alti tassi di falsi positivi e falsi negativi. Crediamo dunque opportuno rivisitare questi due commi permettendo di ricordare che numerose sentenze della Corte Costituzionale, a cominciare da quelle n. 338 e n. 282 del 2002 a vario titolo riprese in quelle più recenti n.438/2008 e n.151/2009 ribadiscono un orientamento costante che possiamo riassumere con passi originali a partire dall'ultima secondo la quale: "[...] in piena linea ed in severa sintonia con la costante giurisprudenza costituzionale la quale testualmente e ripetutamente ha denunciato i limiti di discrezionalità legislativa sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali sulle quali si fonda l'arte medica (n.151/2009) [...] Sicché, in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo risiede pur sempre ed insostituibilmente nell'autonomia e nella responsabilità del medico che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali" (n. 338/2002).

La "vincolatività" delle DAT: il ruolo del medico

"Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti di persona incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente [...]". (art. 35 del C.D.M.)

"[...] Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato". (art 38 del C.D.M.)

In questi due passaggi deontologici, a nostro giudizio in totale sintonia con l'art. 32 della Costituzione e dell'art. 9 della Convenzione di Oviedo, recepita nel nostro ordinamento con L. n. 145 del 28 marzo 2001, si afferma che il medico deve tenere conto delle precedenti volontà, intervenendo in scienza e coscienza.

A nostro parere, in queste particolari ed eccezionali condizioni, il bilanciamento delle autonomie e delle connesse responsabilità non può non

esaltare la posizione di garanzia del medico curante che, in accordo con il fiduciario se nominato e i familiari, chiamati ad tutelare, in una compiuta alleanza terapeutica, il migliore interesse della persona attualmente incapace, può disattendere, in tutto o in parte, le dichiarazioni anticipate di trattamento qualora sussistano motivate e documentabili possibilità, non prevedibili all'atto della dichiarazione, di poter diversamente conseguire ulteriori benefici per la persona assistita. Questi benefici vanno sempre commisurati, nel tempo e negli obiettivi, agli orientamenti precedentemente espressi e al rispetto della dignità della persona e tali decisioni vanno puntualmente esplicitate e riportate nella documentazione clinica.

Al riguardo riportiamo uno stralcio della citata sentenza n. 282/2002: "[...] *La pratica terapeutica si pone, come già si è accennato, all'incrocio fra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica; e quello ad essere rispettato come persona, e in particolare nella propria integrità fisica e psichica, diritto questo che l'art. 32, comma 2, secondo periodo, Cost. pone come limite invalicabile anche ai trattamenti sanitari che possono essere imposti per legge come obbligatori a tutela della salute pubblica. Questi diritti, e il confine fra i medesimi, devono sempre essere rispettati, e a presidiarne l'osservanza in concreto valgono gli ordinari rimedi apprestati dall'ordinamento, nonché i poteri di vigilanza sull'osservanza delle regole di deontologia professionale, attribuiti agli organi della professione.*

Salvo che entrino in gioco altri diritti o doveri costituzionali, non è, di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni. Poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione.

Autonomia del medico nelle sue scelte professionali e obbligo di tener conto dello stato delle evidenze scientifiche

e sperimentali, sotto la propria responsabilità, configurano dunque un altro punto di incrocio dei principi di questa materia.

A questi principi si riconduce anche il codice di deontologia medica (3 ottobre 1998), che l'organismo nazionale rappresentativo della professione medica si è dato come "corpus di regole di autodisciplina predeterminante alla professione, vincolanti per gli iscritti all'Ordine che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta professionale. [...]"

Con tale autorevole conforto riteniamo dunque che la pratica medica e la riflessione tecnica e deontologica che la sorregge e indirizza, possano garantire l'individuazione più appropriata e consapevole delle connotazioni e dell'essenza dell'atto, o trattamento, sanitario; sicché, in questo ambito, come in quelli similari, il diritto dovrebbe più prudentemente rendersi mutuuario delle valutazioni e delle conclusioni generalmente condivise all'interno della comunità scientifica. Illustre Presidente, illustre Relatore, illustri senatori, siamo a Vostra disposizione per ogni ulteriore chiarimento ritenuto utile al vostro difficile compito dal quale ci auguriamo possa nascere un'offerta ai cittadini, alle istituzioni, alla nostra comunità professionale, di ragioni e luoghi di incontro, di dialogo, nello sforzo di unire e non dividere. Nel nostro Paese, nella sua storia e nelle sue tradizioni civili e religiose che solennemente ricordiamo e celebriamo nella ricorrenza dei 150 anni di Unità Nazionale, ci sono energie e risorse straordinarie di prossimità, tolleranza, solidarietà e libertà e tutto questo patrimonio in più occasioni è stato investito per superare passaggi difficili della nostra storia civile e sociale; oggi quelle ricchezze vanno nuovamente messe in campo, in un grande sforzo di concordia e tolleranza etica e civile.

AMEDEO BIANCO



Enpam: come cambia la pensione

Sono stati oltre 250 i partecipanti al Convegno Enpam "Le Strategie del Cambiamento", che si è tenuto a Roma il 4 e il 5 novembre 2011.

Secondo stime non ufficiali, gli iscritti alla Cassa sono così distribuiti: medici dipendenti, la cui previdenza è affidata per la quota maggiore all'Inpdap, 10%; medici di medicina generale, 56%; liberi professionisti puri (quasi esclusivamente odontoiatri), 17% e dagli specialisti ambulatoriali, 15%.

I lavori sono proseguiti in tre sessioni: Statuto, Patrimonio e Previdenza

Il dibattito sui futuri cambiamenti statutari è stato introdotto dalle relazioni di Amedeo Bianco (Presidente della Fnomceo), di Alberto Volponi (Direttore generale Fondazione Enpam) e dell'ex Presidente del Consiglio Giuliano Amato. Nella sessione dedicata al patrimonio, moderata dal Vice-presidente dell'Enpam Giampiero Malagnino, è stato presentato nel dettaglio il nuovo modello organizzativo degli investimenti. La sessione è culminata con la relazione del Prof. Mario Monti. L'economista è autore dello studio scientifico comparato che è servito da base al nuovo modello di governance degli investimenti della Fondazione Enpam.

Sullo statuto il fine principale è quello di riadattare le regole della rappresentatività in modo da mantenere la legittima e doverosa rappresentatività degli Ordini professionali, ma anche trovare il modo di rappresentare il contribuente, attraverso le forme associative e sindacali. La strada per riequilibrare la situazione potrebbe essere quella di dare rappre-

sentanza decisionale alle Consulte, ampliando il Consiglio nazionale e magari rendendo invece più snello e operativo il CdA. Per preparare la base di discussione, nelle scorse settimane è stato inviato a tutte le organizzazioni del mondo medico un questionario.

Si è parlato quindi di riforma del patrimonio. In questo ambito, la proposta è di eliminare la distinzione tra investimenti immobiliari e mobiliari, che in totale nel 2010 rappresentano 11 miliardi di euro. L'intervento di Mario Monti si è posto soltanto in una prospettiva generale, in risposta alla domanda introduttiva posta da Giampiero Malagnino, il quale, ricordando lo studio realizzato da Monti e dal team di Goldman Sachs per definire la nuova strategia di gestione del patrimonio della Fondazione, ha chiesto se l'investimento in titoli di Stato italiani sia compatibile con una valutazione scientifica degli investimenti.

Durante la terza sessione il Vice-presidente vicario dell'Enpam Alberto Oliveti e il Direttore del dipartimento della Previdenza Ernesto Del Sordo hanno illustrato le bozze di riforme pensionistiche studiate per garantire l'equilibrio a 30 anni, con proiezione a 50 anni. La dinamica previdenziale sono state approfondite nella relazione scientifica del Prof. Massimo Angrisani, Ordinario di Tecnica attuariale della previdenza dell'Università La Sapienza di Roma.

Le modifiche più cogenti concernono l'aumento dell'**aliquota contributiva, che per i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta passerà per gradi dall'attuale 16,5% al 26% nel 2026, per**

gli specialisti ambulatoriali interni dal 24% al 32% nel 2022 e per i liberi professionisti dall'attuale 12,5% al 15,5% nel 2017, con riduzione del rendimento tra lo 0,1 e 0,3%, e innalzamento dell'età della pensione di vecchiaia da 65 a 68 anni nel 2018. Tutto

ciò potrebbe entrare in vigore con gradualità a partire dal 2013, senza toccare i diritti acquisiti. Tra le altre ipotesi allo studio la possibilità della pensione anticipata con una penalizzazione al ribasso sulla base della maggiore aspettativa di vita, e la diminuzione dell'aliquota di rendimento della quota A, col passaggio al sistema contributivo. Oliveti ha pertanto spiegato che non saranno toccate le pensioni in atto, né il valore dei contributi già incassati; l'obiettivo della riforma è piuttosto soddisfare i nuovi criteri di equilibrio a 30 anni. E per farlo si stanno predisponendo due mosse: minore valorizzazione dei contributi (anche se sarà sempre più alta rispetto al pubblico); **innalzamento dell'età pensionabile da 65 a 68 anni con gradualità a cominciare dal 2013 per arrivare a regime nel 2018.**

Il contributo esterno ai lavori è arrivato dal Prof. Massimo Angrisani. Il cuore della riflessione di Angrisani riguardo ai sistemi previdenziali sta nella necessità di applicare regole chiare sui rendimenti, sia per il profilarsi di una contrazione del numero dei professionisti, sia per una dinamica negativa dei redditi della categoria. Proprio mentre si avvicina la temuta "gobba previdenziale", ovvero l'ingresso in età di pensione della generazione più numerosa rappresentata dai medici che oggi hanno oltre 55 anni, i professionisti del futuro saranno, sembra, meno numerosi e meno ricchi. Per questo Angrisani ha invitato tutti a rivedere, ovvero ad alzare, le aliquote contributive, come in effetti è previsto nelle linee di riforma dei diversi Fondi che l'Enpam sta elaborando.

CARLO MATTEO PERUZZINI

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
di Verona



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

www.omceovr.it

Informazioni e servizi "on line"

Pensioni, nel 2018 l'anzianità a 68 anni

Il vicepresidente Enpam Oliveti sulle riforme al via nel 2013.

L'età per la pensione di vecchiaia passerà, gradualmente, da 65 a 68 anni, ma resterà la possibilità di andare in pensione a partire dai 58 anni. Altra novità il ritocco dei coefficienti di rendimento, che passeranno dall'attuale 1,5% all'1,4%. E dal 2015 aumenterà l'aliquota contributiva, se recepite nei prossimi rinnovi contrattuali.

Aumento dell'età di pensionamento per vecchiaia a partire dal 2013 e fino a raggiungere i 68 anni,

contributi più elevati (ma solo dal 2015 in poi) e coefficienti di rendimento un po' più ridotti. Sono queste le linee su cui si sta orientando l'Enpam, l'ente previdenziale dei medici, per attuare una riforma del sistema pensionistico per i camici bianchi che porterà alla garanzia della sostenibilità economica a 30 anni e una copertura patrimoniale a 50 anni.

Il progetto messo a punto dall'istituto viene presentato ai medici di medicina generale (circa 69 mila professionisti che rappresentano oltre la metà delle entrate contributive dell'Enpam) al congresso della Fimmg, e sarà illustrato in un incontro tecnico al ministero del Lavoro. L'occasione è una assemblea serale nella quale il CdA dell'Enpam si confronta con i partecipanti al Congresso in un question time aperto a tutti. Una formula innovativa, che testimonia la volontà di lavorare nella massima trasparenza da parte del nuovo CdA e che registra una grandissima partecipazione. Il clima è attento, animato da qualche ansia, alcuni dubbi, ma poche polemiche.

E, come spiega il vicepresidente vicario dell'ente, Alberto Oliveti, "dopo un passaggio di condivisione e concertazione con tutte le categorie interessate" potrebbe vedere la luce già prima della fine dell'anno. Intanto se ne discuterà anche con gli

specialisti ambulatoriali (al congresso Sumai, dal prossimo 18 ottobre) e all'inizio di novembre agli "stati generali" dell'Enpam, dove l'istituto presenterà anche la nuova governance sugli investimenti patrimoniali e la riforma dello Statuto. **La riforma delle pensioni dei medici, chiarisce Oliveti "risponde ai nuovi criteri di equilibrio dei fondi spostati da 15 a 30 anni dalla finanziaria del 2007"** e va incontro alle "sollecitazioni che ci sono arrivate dai nostri enti vigilanti, Corte dei Conti, commissione Bicamerale di controllo sugli enti previdenziali e ministero del Lavoro".

La riforma dei Fondi, alla quale il CdA sta lavorando dal momento del suo insediamento nel luglio del 2010, **dovrebbe essere varata in modo definitivo a fine anno**, ma le scelte di fondo sono già state tracciate.

Innanzitutto **l'età per la pensione di vecchiaia passerà gradualmente da 65 a 68 anni. In pratica sarà ancora fissata a 65 anni nel 2012, mentre dal 2013 aumenterà di sei mesi ogni anno, fino ad arrivare nel 2018 a 68 anni.** Oliveti spiega la ragione della scelta con l'immagine dell'elastico a due colori: "Vita lavorativa e vita in pensione sono i due colori dell'elastico. Se l'elastico si tende, ovvero se la vita complessivamente si allunga, il punto di passaggio da un colore all'altro si sposta necessariamente". E d'altra parte, secondo i dati dell'Enpam, già oggi circa la metà dei medici convenzionati lavora fino a 70 anni, anche se è in crescita il numero di coloro che scelgono invece di andare in pensione prima dell'età di vecchiaia: erano solo il 2,5% nel 2001, mentre oggi sono il 27,4%. **Per chi intendesse fare questa scelta resterà comunque aperta la possibilità di andare in pensione di vecchiaia a partire dai 58 anni, fermo restando avere accumulato almeno 35 anni di contribuzione.**

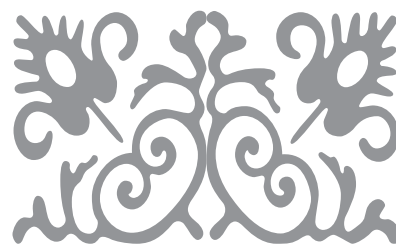
Altro punto nodale, l'innalzamento

dell'aliquota contributiva, a partire dal 2015. Per il Fondo di Previdenza di Medicina Generale, Continuità Assistenziale e Pediatri di libera scelta, che rappresenta quasi la metà degli iscritti all'Enpam, si passerà, sempre con gradualità, dall'attuale 16,5% al 17% e aumentando di un punto l'anno fino ad arrivare al 26 o 27% da raggiungere nel 2026 (la quota esatta sarà definita al momento del varo della riforma sulla base dei calcoli attuariali).

La riforma dei Fondi, insieme alla riforma della gestione del patrimonio, dovrebbe consentire all'Enpam di raggiungere l'equilibrio temporale a trent'anni richiesto dalla finanziaria 2007. In realtà, la riforma nel suo insieme sembra possa produrre un risultato ancora più positivo, garantendo l'equilibrio dei conti previdenziali fino al 2059.

Il blocco delle Convenzioni, in vigore fino al 2014, obbliga a un brusco innalzamento dell'aliquota contributiva a partire dal 2015.

Nella riforma troveranno posto anche interventi di sostegno come una rivalutazione più elevata per le pensioni più basse e un sistema di correttivi per favorire le generazioni più giovani. «Il piano chiede ai medici sacrifici» è il commento di Alberto Oliveti, «perché pesante è stato il provvedimento della Finanziaria 2007 che da un giorno all'altro ha innalzato da 15 a 30 anni il requisito della sostenibilità. In un paese che ha un rapporto deficit/Pil del 120%, non si possono adeguare i conti ai nuovi parametri senza chiedere qualcosa agli iscritti». La riforma, che sarà votata dai presidenti dei 106 Omceo provinciali entro la fine del 2011, sarà presentata nelle prossime settimane anche alle altre categorie (liberi professionisti, specialisti ambulatoriali e specialisti esterni).



Serafino Zucchelli nuovo Presidente dell'ONAOSI

Serafino Zucchelli è stato eletto presidente dell'ONAOSI.

Con l'insediamento di tutti gli organi statutari della Fondazione ONAOSI trova compimento la riforma dell'Ente sancita dal nuovo Statuto con il voto diretto di tutti i contribuenti che hanno voluto partecipare nella determinazione dell'organo di indirizzo di cui fanno parte anche i rappresentanti delle Federazioni Nazionali degli Ordini dei Medici ed Odontoiatri, dei Farmacisti e dei Veterinari. Senza soluzione di continuità la Fondazione può così proseguire nella sua funzione di assistenza.

Dopo il passaggio di consegne tra il Presidente uscente Aristide Paci e il nuovo, espressione del nuovo Consiglio di Amministrazione eletto a larghissima maggioranza ha avuto inizio la nuova "consigliatura".

Tappe operative della nuova presidenza: "Zucchelli e il suo vice Aldo Grasselli come primo atto incontreranno le organizzazioni sindacali dei dipendenti della Fondazione. La necessità di potenziare l'attività dell'ente e mettere in evidenza l'immagine presso i contribuenti rappresenta l'obiettivo di questa "consigliatura".



Serafino Zucchelli, il nuovo Presidente ONAOSI

ONAOSI e richieste di versamento quote arretrate

Stanno provocando una valanga di telefonate agli Ordini provinciali le lettere spedite in questi giorni dall'Onaosi ai medici che ancora non hanno provveduto a versare le quote associative relative al periodo 2003-2006. La richiesta di pagamento in via bonaria riguarda gli anni successivi alla legge 289/2002, che aveva esteso a tutti gli iscritti all'albo l'obbligo della contribuzione all'ente per essere poi dichiarata incostituzionale nel 2007.

Da notare che nella sentenza i giudici costituzionali non misero in discussione la legittimità della contribuzione per gli anni 2003-2006, ma ne bocciarono la quantificazione perché non determinata dalla legge.

Di qui una querelle legale che si

trascina ancor oggi, come dimostra la mole di chiamate che sta sommergendo gli ordini.

L'Onaosi fa sapere che la richiesta di versamento in via bonaria è frutto di sollecitazioni provenienti dal ministero del Lavoro.

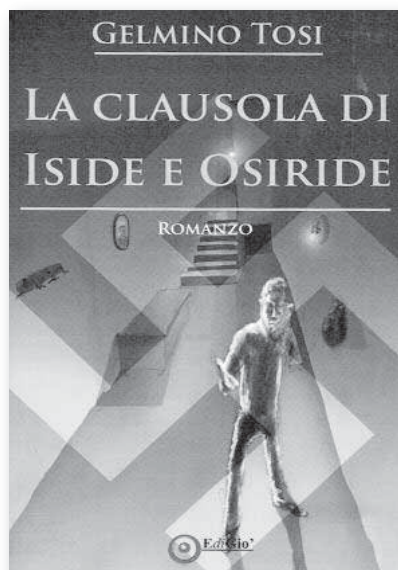
Fosse dipeso dall'ente forse le lettere non sarebbero neanche partite, come dimostra la proposta di emendamento che a luglio il presidente della Fondazione, **Serafino Zucchelli**, aveva fatto circolare tra le forze di maggioranza e opposizione senza ottenere però risultati: l'obiettivo, infatti, era quello di sollevare l'Onaosi dall'obbligo di riscuotere gli arretrati 2003-2006, per i quali tra ingiunzioni e contenziosi si dovrebbe spendere più di quanto incassabile.



La clausola di Iside e Osiride

Un thriller ?

Direi piuttosto un merletto che contrappunta una trama intrigante, resa più sapida da escursioni psicoaffettive, con un amarcord gradevolissimo di un'Italia dell'altroieri. Un'Italia dove i più attempati in buona misura si riconoscono e dove i più giovani possono recuperare indizi interessanti per un confronto più convinto con i maggiori. Una lettura piacevole, insomma, e sorprendente che ti prende subito e non ti scioglie totalmente neanche dopo l'ultima pagina. Leggere per credere. Il libro è disponibile presso la libreria



Ninive in Vic. Pomodoro (traversa corso Cavour) a Verona.

A. PERONI

Il Romanzo del Dott. Gelmino Tosi, ambientato nel Territorio Veronese, è intriso di mistero e di verità nascoste che coinvolgono fino all'ultima pagina in una lettura avvincente.

L'Autore descrive con pregevoli tratti di "stile Manzoniano" alcuni scorci del Lago di Garda, ambientandovi la vicenda di un giovane cronista che si trova a ricostruire un pezzo della Storia del primo dopoguerra, apparentemente dimenticata, ma in realtà viva e per nulla sopita nell'animo dei protagonisti, partendo da un misterioso omicidio che sconvolge la quiete apparente di un paesotto del Veronese.

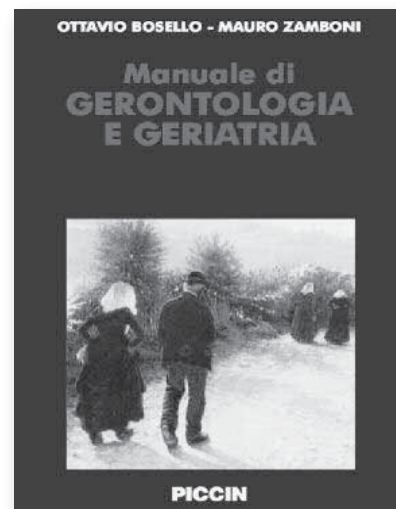
L'Amore per i figli, il desiderio di vendetta, la passione e tutta la gamma dei sentimenti umani sono descritti in questo Romanzo che, in un crescendo di colpi di scena, conduce ad un finale inaspettato.

FABIO MARCHIORETTO

Manuale di Gerontologia e Geriatria

La Medicina geriatrica è, verosimilmente, la disciplina medica che nell'ultimo mezzo secolo è maggiormente cresciuta sul piano culturale. Gerontologia e Geriatria hanno portato una rivoluzione scientifica e metodologia nella gestione del malato anziano che, attualmente, è il malato più frequente nelle corsie degli ospedali e negli ambulatori dei medici, siano generalisti o specialisti. La Gerontologia è la scienza che studia i meccanismi di invecchiamento sia fisiologico sia fisiopatologico: dalle sue osservazioni vengono gli spunti per una medicina anti-aging, che tanto interessa ognuno di noi e che tanti scoop ha suggerito ad ogni tipo di media, nella speranza di prevenire o ritardare l'invecchiamento e, soprattutto di migliorare la qualità di vita negli ultimi, difficili anni. La Geriatria ha portato consolidate evidenze che il malato anziano non può essere gestito con le stesse pur raffinate metodologie dell'adulto, specie quando questo paziente è molto vecchio, molto malato, complesso e, soprattutto fragile. La fragilità ha svelato nuove problema-

tiche della medicina: ha messo in evidenza la compromissione dell'omeostasi, specie quando la situazione clinica si fa difficile, quando si associa perdita di autosufficienza sia fisica sia cognitiva. Allora, la Geriatria ha creato e adottato il criterio della Valutazione Multidimensionale, che costituisce sia un modello di intervento sia un essenziale strumento tecnico, che utilizza parametri non solo fisici e mentali, ma anche sociali ed economici, ma soprattutto funzionali. Questo Manuale non ha lo scopo di affrontare etiopatogenesi, fisiopatologie e clinica dei più vari stati morbosi: per questo vi sono molteplici ottimi Trattati. L'intento è quello di mettere in luce le caratteristiche e le modalità con cui le malattie si manifestano nel paziente anziano, suggerendo le più corrette metodologie di inquadramento e di gestione. L'ambizione di questo Manuale è quello di aiutare lo studente in medicina e il medico in formazione geriatrica a sviluppare una nuova mentalità e le necessarie abilità per affrontare il paziente anziano, specie quando è com-



plesso, fragile e non autosufficiente. Queste abilità gli saranno, però, assai utili anche se le sue scelte saranno diverse da quelle della Geriatria, perchè la maggior parte dei pazienti che arrivano all'osservazione medica è di tipo "geriatrico".

In particolare, pensiamo, possono essere di grande utilità al Medico di Medicina Generale che, per la tipologia della maggior parte dei suoi pazienti configura le caratteristiche del geriatra e dovrebbe adottarne anche le metodologie.

È, infine, da sottolineare che, se nella medicina tradizionale l'obiettivo clinico è sempre stata la malattia, per la Geriatria il fine ultimo è il paziente.

S.O.S. – Sostituzioni

Chi è interessato alle sostituzioni è pregato di compilare e spedire l'apposito tagliando (vedi pag. 7). 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	
BALDUCCI TIZIANA	Via Redentore 9		NO	339 6954129	342 1287849
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	
BISSOLI PAOLA	Via Del Bracciante 1/a		NO	340 6128277	
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	
CARPEGGIANI GUILHERME	Lug. Riva Battello 10		NO	328 2410290	
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		Volargne 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
CORTESI MARIA GRAZIA	Corso Porta Nuova 42		NO	347 4884646	
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
DELLANTONIO ALESSANDRA		Trento	NO		340 3482360
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
FERRARA GIADA		Verona	NO		347 2136164
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
GARIBBA ALESSANDRA TINA	Via Spina 16		NO	347 7065231	
GEREMIA GIULIA	Lungadige Cangrande 6	Verona	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 TATSIANA	Vicolo Santa Cecilia	Verona	NO	327 7448096	
INDOLINO MARIA	Via Adria 11	Verona	NO	333 7045943	
INZALACO GIULIA	Via Cesio 20	Verona	NO	320 0208129	045 8344245
KALOUT KAMEL	Corso Milano 136	Verona	NO	347 6724694	
LA FRANCA ELUISA			NO	329 2142882	091 8782596
LAVORNA BARBARA	Via Favretto 16	Verona	NO	329 4239871	
LEHMAN STEFANO	Via P. Sgulmero 34	Verona	NO	3475583282	
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	
MENECHINI 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 Zattori 56	Verona	NO	347 0487352	

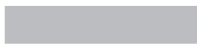
GIOVANI E PROFESSIONI

Cognome - Nome	Via	Località	Dipl. formaz. M.G.	Telefono 1	Telefono 2
MINGOLLA LUCIA	Via Giorgione 2	Verona	NO	045 2224406	346 3131450
MOLIBARI ALBERTO	Via Orazi 1	Verona	NO	347 1526814	045 7810780
MORETTI FRANCESCA	Quartiere Palladio	Zevio	NO	393 9607106	
MUSETTI PAOLA	Via Sicilia 12/b	Verona	NO	338 1339033	
NIENSTED RICHARD			NO	329 7422678	
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	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	
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	
ROSSI MASSIMILIANO	Via Algeri 19	Verona	NO	349 2653070	
RUTA ELENA	Via Del Doatore 12	Albaredo D'adige	NO	347 2597635	
SABBAGH DANIA	Via Imola 12	Verona	NO	340 7774501	
SABBAGH LARA		Verona	NO	335 6575282	393 4167295
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 ZAH	Via Imola 2	Verona	NO	347 2313146	333 2384260
SONKOUÉ HOMERE	Via Campetti 20	Caldiero	NO	347 8207893	
SORLETO MICHELE	Via Bellette 16	San Giovanni Lupatoto	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	
TABICA ANGELA	Salita Santa Lucia	Verona	NO	328 5919598	
TEZZA GIOVANNA		Stallavena	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
ZANETTE EMANUELA			NO	349 2340599	
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 Siedlce 21	Pescantina	NO	340 6031137	340 9768134
ZIVELONGHI CAMILLA		Bussolengo	NO	349 8784442	045 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 Capitell 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	
MONTERA BENEDETTA	Via S. Maria in Chiavica 4	Verona	339 6503204	
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 ZAH	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. 22 ed a volercelo 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".

VENDO/AFFITTO Studio Dentistico, zona Isola della Scala.
Tel. 393 8019749
Tessera Ordine n. 4883

VENDO/AFFITTO Studio dentistico, zona Bovolone.
Tel. 393 8019749
Tessera Ordine n. 4883

OFFRO Ablatore Vector della Dürr, tenuto in buone condizioni e utilizzato poche volte. Buona occasione. Prezzo 500,00 euro.
Tel. 045 7211011 - 045 6470213
Tessera Ordine n. 167

VENDESI/AFFITTASI Studio Dentistico in Borgo Venezia in Contesto recente al piano terra. Due unità operative, sala d'attesa, ufficio, doppio bagno, sala di sterilizzazione, quattro posti auto ad uso esclusivo.
Tel. 333 2574206
Tessera Ordine n. 7090

Medico chirurgo specialista in odontostomatologia con esperienza ventennale, **OFFRE** collaborazione di ortodonzia (intercettiva, su adulto, pre-protetica, parodontale, pre-chirurgica), nata a Bolzano e residente a Verona, in possesso del patentino di bilinguismo A, disponibile a trasferire a Bolzano.
Tel. 335 6909879
e-mail: elena.scarafoni@alice.it

AFFITTO in Verona, quartiere Borgo Trento, appartamento al IV piano con ascensore, completamente arredato. Composto da: cucina abitabile, sala da pranzo con salotto, due camere da letto, una cameretta, doppi servizi, cantina e posto auto coperto.
Tel. 333 4921789
Tessera Ordine n. 3036

Studio dentistico **CERCA** igienista dentale diplomata per collaborazione continuativa.
Tel. 045 8015670 (dalle ore 10,00 alle 18,00)

OFFRO lettino da visita medica ambulatoriale e sei seggiole d'attesa ambulatorio.
Tel. 045 8344507
Tessera Ordine n. 3481

Specializzando in Ortognatodonzia con esperienza ospedaliera **OFFRE** consulenza in Ortodonzia.
Tel. 347 4711705
e-mail: spichele@hotmail.com
Tessera Ordine n. 7524

Causa pensionamento OFFRO Studio Dentistico completo (vendita o affitto) in Via Pioppa, 66 a Gazzo Veronese.
Tel. 339 4264607
Tessera Ordine n. 2199

OFFRO a collega condivisione (utilizzo e spese affitto) di studio medico in centro storico a Verona.
Tel. 346 6293871
Tessera Ordine n. 8093

OFFRO in Via Cipolla, 9 a Verona, un locale in poliambulatorio a medico o specialista.
Tel. 045 8340420 - 347 5644880

OFFRO Cerec 3 unità di ripresa, praticamente nuovo, attualmente restano 30 rate di leasing da 626,40 euro.
Tel. 045 8340073 - 3485503535
Tessera Ordine n. 3489

VENDESI elettromiografo portatile Synergy notebook a 2 canali EMG portatile, nuovo (comprato nel 2008) ancora in garanzia; con numerosi accessori. PC-Valor: computer per EEG Valor Microsoft Office più notebook, kit aumentatore, aghi, elettrodi di stimolazione, borsa da trasporto.
Tel. 045 914096

AFFITTO garage in Via Settembrini, vicinanze Castel Vecchio.
Tel. 347 2523361
Tessera Ordine n. 4106

OFFRO la possibilità di esercitare all'interno di un poliambulatorio in zona Borgo Venezia (Mondadori).
Tel. 320 8823111
Tessera Ordine n. 2258

AFFITTASI Studio medico in Via Monte Ortigara con possibilità di 2 ambulatori.
Tel. 045 8009452 (dalle ore 15,00 alle 18,00)

VENDO/AFFITTO Studio dentistico a Bovolone. Ottime attrezzature, ottimo avviamento.
Tel. 340 4686496

OFFRO Studio attrezzato per medico odontoiatra, anche a mezza giornate settimanali da concordare, in poliambulatorio autorizzato già avviato in centro storico a Villafranca di Verona. Servizio di segreteria, sala d'attesa, servizi, comodo parcheggio.
Tel. 346 4233676 - 340 6081533
e-mail: psfrancesco@gmail.com

Studio medico dentistico sito in Busso-lengo centro, con parcheggio, **AFFITTA** locale già in uso, una volta alla settimana da dermatologi a medici non odontoiatri interessati ad una collaborazione seria e continuativa in ambito medico specialistico.
Tel. 045 6704396
e-mail: paolocicchini69@gmail.com

Poliambulatorio nuovo nei pressi di Affi, **AFFITTA** a medici specialistici od Odontoiatri, Ambulatorio e Studio dentistico completo (riunito, radiografico digitale, sala sterilizzazione, smaltimento rifiuti, escluso materiale di consumo), per canone di affitto mensile da concordare.
Tel. 346 8623029
Tessera Ordine n. 1161

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



Segreterie Virtuali

il pezzo che mancava

**NOLEGGIO STUDI MEDICI
PERSONALIZZATO:**

**SERVIZIO DI SEGRETARIATO
VIRTUALE PERSONALIZZATO:**

IMMAGINE PROFESSIONALE:

Studio professionale arredato di tutto punto senza costi fissi né manutenzione.

Periodo di utilizzo completamente personalizzabile.

Segretaria personale qualificata pronta a rispondere e gestire i vostri clienti, linea telefonica dedicata, inoltre chiamate e invio note, agenda virtuale e gestione contabilità.

Segreterie Virtuali grazie ai suoi studi elegantemente arredati ed attrezzati, al suo personale qualificato, alla reperibilità continua e la vasta gamma di servizi offerti vi garantirà un'immagine altamente professionale.

INFO: www.segreterievirtuali.it

800 011 667
chiamata gratuita

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