

# VERONA MEDICA

**Bimestrale di informazione medica**

*In questo numero:*

- Malattia “on line” richiesta di PIN per l’accesso ..... pag. 9**  
**Quanto costa la cefalea!!!..... pag. 20**  
**Idoneità alla patente di guida D.M. 30/11/2010 .... pag. 23**  
**Da che parte remiamo? ..... pag. 31**  
**Facoltà di medicina: il genere femminile  
dall’eccezione alla regola (1ª Parte) ..... pag. 33**  
**Scadenza iscrizione volontaria Onaosi ..... pag. 44**

# dr.i caneva e ayyad



**poliambulatorio**  
dir.san.dr m.caneva  
viale del commercio, 10  
**verona**

## MEDICINA DEL LAVORO

consulenza ed assistenza  
test antidroga

Dr K. Ayyad

## MEDICINA DELLO SPORT

idoneità di I° livello  
check-up clinici  
educazione e igiene alimentare, dietoterapia  
ecografia sportiva  
supporto con psicologo dello sport  
riabilitazione

Dr F. Pigozzo

## CARDIOLOGIA

elettrocardiografia  
visita cardiologica  
ecocardiografia, doppler-Pw, Cw, color Flow Imaging  
holter pressorio con monitoraggio PA 24/h  
check-up di valutazione del rischio  
cardiovascolare

Dr.ssa R. Prugni Dr.ssa M. Caneva

## DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

ecocardiografia mono e bidimensionale  
ecodoppler vascolare venoso e arterioso  
ecografia capo e collo  
ecografia addominale e scrotale  
ecografia cutanea e tessuti molli  
ecografia muscolo-tendinea  
ecografia osteo-articolare

Dr A. Baraldo

## ORTOPEDIA

## OTORINOLARINGOIATRIA

## SALA PRELIEVI

## ATTIVITA' VACCINALE

Dr M. Martini

Dr.ssa M. Caneva

Dr.ssa M. Caneva

**IGIENE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO** Dlgs 81/2008  
**FORMAZIONE** corsi di RSPP, RLS, primo soccorso, antincendio ed evacuazione,  
corsi sui rischi lavorativi, alcol e stupefacenti

Ci siamo specializzati per offrire oltre alla medicina del lavoro, l'assistenza agli adempimenti obbligatori per il Vostro Studio in Igiene e Sicurezza nei luoghi di lavoro e Formazione delle figure Dlgs 81/2008

aut. da parte della regione n°00112 del 20/11/2009



# SOMMARIO

## EDITORIALE

**5** *Pesce d'aprile?*

## NOTIZIE DALL'ORDINE

**6** *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*

**8** *Guidereste senza patente?*

**9** *Certificati di Malattia "on-line".  
Richiesta di codice PIN per l'accesso*

**10** *Nuove tessere identificative*

**11** *ASSIMP  
Sponsorizza Co.Me. Vero. Volo.*

## ALBO ODONTOIATRI

**12** *Verbali della Commissione Odontoiatri*

## CONVEGNI E CONGRESSI

**15** *Convegni e Congressi*

## LETTERE AL DIRETTORE

**16** *Allarme Pesticidi*

**19** *Arsenico...!*

## AGGIORNAMENTO

**20** *Quanto costa la cefalea!!!*

## PROFESSIONE E LEGGE

**22** *Malattia "on line".  
Nessun rischio di blocco*

**23** *Modelli Istat per la certificazione di decesso*

**23** *Idoneità alla patente di guida D.M. 30/11/2010*

**28** *Clandestini: non si denunciano*

**29** *Cassazione: Irap non dovuta dai Mmg*

**29** *Certificato anamnestico: chi deve esibirlo?*

## ATTUALITÀ

**31** *Da che parte remiamo?*

**32** *Ocbe*

## STORIA DELLA MEDICINA

**33** *Facoltà di medicina: il genere femminile  
dall'eccezione alla regola (1ª Parte)*

**39** *Giornate Mediche Internazionali - Verona*

## SINDACATI MEDICI

**42** *FIMMG  
Aggiornamenti dei gestionali: rincari ingiustificati*

**43** *Certificati telematici: no alle sanzioni*

**43** *Rinnovo polizza Assomedico per la responsabilità Civile*

## ENPAM

**44** *Scadenza iscrizione volontaria Onaosi*

**45** *Perché è conveniente iscriversi all'Onaosi?*

## LIBRI RICEVUTI

**47** *La clinica istituzionale in Italia.  
Origini, fondamenti, sviluppi*

## 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
<b>Mercoledì</b>	<b>dalle ore 9,00</b>	<b>alle ore 17,00 (CONTINUATO)</b>
<b>Giovedì</b>	<b>dalle ore 9,00</b>	<b>alle ore 17,00 (CONTINUATO)</b>
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. 1 Febbraio 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, Bovolín 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 Bovolín, 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 Bovolín,  
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  
- Paesaggio invernale -

### 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)

## Pesce d'aprile?

Nella mia casella di posta elettronica, questa settimana, sono arrivate decine di e-mail di colleghi allarmati e ... arrabbiati. La nostra Regione ha infatti deciso che dal primo di aprile l'esenzione per reddito, non sarà più un fatto privato del nostro paziente ma una cosa che dovrà "accertare" il suo medico di famiglia cui competerà il compito di indicarne il relativo codice (7R2, 7R4, 7R5) sulla richiesta di prestazione. Per farlo le ASL forniranno l'elenco dei cittadini con basso reddito ed il medico dovrà consultarlo per individuare le persone cui spetta la relativa esenzione.

Laddove il nominativo non figuri nell'elenco "il medico deve annullare con un segno la casella N" ed inviare il paziente alla ASL per farsi riconoscere quello che ritiene essere il suo diritto.

La norma avrebbe anche previsto l'impegno del medico ad accedere via web al portale del sistema TS che sarebbe stata aggiornato da quello del Ministero delle Finanze con i redditi di ogni cittadino.

Alla fine qualcuno deve aver ben pensato che la cosa sarebbe stata improponibile.

Ne è nata questa nuova modalità che porta comunque sulle spalle dei medici (quelli di famiglia in primis ma poi anche quelli dell'ospedale) un ennesimo onere burocratico.

E che in tempi di idillio nel rapporto medico-paziente contribuirà ad introdurre un po' di sana conflittualità !

Si potrebbe pensare che proprio questa sia l'oggetto di tutta l'operazione.

Se le ASL sono in grado di identificare chi ha diritto all'esenzione perché non si prendono anche la briga di aggiungerne il codice nel relativo tesserino?

Perché delegano l'operazione al medico?

La legge dice che quello di fami-

glia è inidoneo ad identificare le persone con diritto all'esenzione per patologia.

Ora lo diventa quando c'è da entrare nel merito del "reddito".

Quello che fino a ieri era autocertificato dal paziente, dal primo aprile dovrà essere l'ennesimo compito del medico-ragioniere.

Tra le mail ce n'era una, maligna, che ci invitava tutti ad un corso di "ragioneria" (anche quello rigorosamente "on line"), promettendo che alla fine ci sarebbe stato rilasciato l'attestato che ci avrebbe permesso di cambiare lavoro ... per fare il commercialista.

In tempi di vacche magre, era ora di dichiarare guerra ai furbi.

E per farlo di reclutare come controllore proprio il medico di fiducia. Quando un sistema è in crisi, la burocrazia aumenta.



E si spera, con quella, di ridurre "sprechi" e spese.

Dimenticando che la burocrazia ha costi ed "effetti collaterali".

Se nel controllare redditi, esenzioni, note, numero d'esami, di farmaci, nel valutare costi e risparmi, nei collegamenti per certificati e "flussi", il tempo che riusciamo a dedicare all'assistenza è sempre meno sarà inevitabile che quello da dedicare ad anamnesi, esame obiettivo, osservazione, ragionamento, insomma alla buona pratica clinica, si contragga sempre di più, con la conseguenza di far diminuire la qualità della prestazione.

Che divenga sempre più frequente il ricorso all'indagine tecnologica e alla consulenza specialistica (se non altro per controbi-

lanciare il calo della qualità) e che alla fine tornino ad aumentare i costi (con l'aggravante di una bassa qualità delle prestazioni erogate).

Sarebbe tempo che qualcuno decidesse di ricordare ai nostri amministratori che abbiamo lavorato e studiato per fare i medici non gli amministratori di sistemi, gli operatori informatici, i ragionieri, i commercialisti ed i .... gendarmi.

A Firenze pochi giorni fa è stata emessa quella che da più parti ormai si ritiene essere una sentenza storica.

Una collega pediatra convenzionata ("di libera scelta") si è vista condannare al risarcimento in sede civile per l'errore commesso dal medico che la sostituiva.

Il giudice ha ritenuto di dover applicare nel suo caso l'art. 1228 del codice civile che impone all'imprenditore di rispondere per i danni commessi dalle persone da lui incaricate del servizio.

Se dunque il pediatra ed il medico di famiglia convenzionati sono imprenditori quello che li lega al SSN è un contratto, liberamente stipulato tra le parti, in cui va indicato in modo chiaro cosa ci viene pagato e per che cosa.

Non dovrebbe essere facoltà di una delle due parti introdurre nuovi compiti se non attraverso una nuova trattativa ed un nuovo contratto.

Quello che sta avvenendo contraddice tale enunciato confermando sempre di più che la posizione contrattuale del pediatra e del medico di famiglia non è quella del libero imprenditore ma quella del dipendente.

E se le cose stanno così sarebbe bene che si pensasse a fare chiarezza.

Se non altro per vedere riconosciuti non soltanto gli obblighi del dipendente, ma anche i vantaggi.

A meno che, in tutta questa storia dei controlli sui redditi, la chiave di lettura non sia quella da attribuirsi alla data alla quale dovrebbe legarsi tutta la faccenda. Perché se le cose stessero così .... sarebbe proprio un bel "pesce d'aprile".

ROBERTO MORA

# Verbali del Consiglio e delle Commissioni

## VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO DEL 27 OTTOBRE 2010

**Presenti:** Alberton, Mora, Carrara, Marchioretto, Bovolin, Braga, Codella, Colletta, Fostini, Lombardo, Mirandola, Oreglia, Rosa, Soraci  
**Revisori dei Conti:** Balestriero, Beltrame, Celebrano  
**Direttore:** Cerioni Paolo  
**Consulente Legale:** Avv. Gobbi  
**Assenti Giustificati:** Facincani, Guglielmi, Molino, Battaglia

### 1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE CONSIGLIO PRECEDENTE

Il verbale della seduta dell'8 settembre 2010, viene approvato all'unanimità con una modifica.

### 2) DELIBERE AMMINISTRATIVE

Non discusse in mancanza di importi superiori ai € 2.500,00.

### 3) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

a) Il Presidente illustra la proposta formulata dall'Associazione Imprenditori di Verona (ASSIMP) che si impegna a collaborare con l'iniziativa ordinistica denominata "COME VERO VOLO", raccogliendo presso i propri associati fondi a questo destinati e accumulandoli presso una definita agenzia di viaggio. Potranno usufruire di tali fondi, esclusivamente per il viaggio, i sanitari iscritti all'Ordine di Verona che presteranno il loro aiuto come volontari disponibili a lavorare presso i paesi sottosviluppati. È concordato che all'Ordine non verrà versata alcuna somma e, quindi, il rapporto economico sarà

perfezionato esclusivamente tra l'ASSIMP ed i Medici Volontari.

Dopo vari interventi, la proposta viene approvata all'unanimità

b) Il Presidente informa sul Corso "Risk Management" svoltosi a Treviso nei giorni 24 e 25 settembre u.sc., al quale hanno partecipato, oltre al Presidente, il Vice Presidente, il Dr. Codella ed il Dr. Soraci.

Prosegue chiedendo il parere del Consiglio in merito alla partecipazione all'iniziativa in associazione con gli Ordini Veneti e nell'ambito della FROMCeO.

Si svolge ampia discussione sui contenuti del Corso e sulle modalità di docenza, in particolare sulla rilevata necessità di affiancare, eventualmente, il docente (non medico) con un collega esperto in "Risk management".

Viene evidenziata l'abbondanza di iniziative su questo tema nella nostra realtà provinciale.

Sulla base dei diversi pareri, al termine della discussione, il Consiglio si esprime ritenendo di non aderire all'iniziativa.

c) In relazione alla scoperta di un falso medico operante in provincia di Verona, il Presidente riferisce di aver incontrato il Dr. Altamura, Comandante dei Vigili di Verona, e di aver chiarito, nel corso del colloquio, la posizione dell'Ordine.

Il Dr. Altamura ha assicurato ampia collaborazione al fine di prevenire eventuali episodi di questo tipo.

d) Il Presidente informa che nei giorni 17 e 18 settembre u.sc., a Bolzano si è tenuto il Convegno degli Ordini del Triveneto, con la partecipazione di delegati Austriaci e Tedeschi, al quale hanno partecipato il Vice Presidente ed il Prof. Guglielmi.

Prende quindi la parola il Dr. Mora che illustra le modalità di svolgimento degli accessi alle facoltà ai corsi di laurea, specializzazione e medicina in Austria e Germania. Riferisce che i corsi di specializzazione svolti nelle facoltà austriache, non trovano equipollenza in Italia e nella CEE e quindi non permettono al medico austriaco di svolgere l'attività come specialista nel nostro paese.

Infine il Dr. Mora, comunica che

l'aggiornamento (E.C.M.) negli stati di Austria e Germania, è gestito esclusivamente dagli Ordini Professionali.

e) Il Presidente relaziona sul Convegno, organizzato dall'Ordine e svoltosi il 2 ottobre presso l'Aula Magna dell'Università di Verona, avente per tema "La Medicina nell'era della complessità". Il Convegno ha visto una notevole partecipazione di colleghi con gli interventi di varie Autorità.

Ringrazia il Dr. Celebrano per l'impegno profuso e per l'organizzazione e la riuscita dell'evento.

Il Dr. Celebrano a sua volta ringrazia i colleghi per la partecipazione e ritiene che questo Convegno sia stato il "fiore all'occhiello" per l'Ordine dei Medici C. e O. di Verona.

### 4) REGOLAMENTO UTILIZZO SALA CONVEGNI

Il Presidente illustra il nuovo regolamento per l'utilizzo della Sala Riunioni, che viene approvato all'unanimità il cui testo farà parte integrante del presente verbale.

#### REGOLAMENTO

L'utilizzo della sala convegni viene regolato concesso **a titolo gratuito**, dietro presentazione di domanda redatta su apposito modulo, per eventi di carattere culturale/scientifico.

Sono previste le seguenti modalità di utilizzo (da indicare nel modulo di richiesta):

- 1) per i medici e odontoiatri iscritti all'Ordine di Verona, per eventi non sponsorizzati, che non prevedono quote di partecipazione: concessione **senza spese aggiuntive**
- 2) per i medici e odontoiatri iscritti all'Ordine di Verona, per eventi sponsorizzati o che prevedono quote di partecipazione: in questo caso l'utilizzatore **dovrà provvedere** alle spese per la pulizia dei locali (direttamente alla ditta che eseguirà la pulizia stessa)
- 3) per soggetti richiedenti non medici o non iscritti all'Ordine di Verona: la richiesta potrà essere accolta dopo verifica, da parte del Presidente o di un suo delegato, del rispetto dei requisiti generali di utilizzo, tenuto conto della rilevanza dell'evento. Il richiedente **dovrà provvedere direttamente** alle spese per la pulizia dei locali e per l'eventuale intervento di un tecnico.

La richiesta di utilizzo, presentata mediante apposito modulo, deve in tutti i casi essere approvata dal Presidente o da un suo delegato.

Nella domanda, presentata almeno trenta giorni prima dell'evento, dovranno essere specificati la finalità per la quale si chiede l'uso della sala, il programma, le opzioni per l'utilizzo di sistemi audiovisivi, il giorno e le ore in cui la riunione si svolgerà.

Il richiedente potrà ritirare le chiavi della sala il giorno prima dell'evento; al termine della riunione la sala dovrà essere chiusa e le chiavi verranno restituite alla segreteria dell'Ordine. In caso di utilizzo serale, la restituzione dovrà avvenire entro le ore 13 del primo giorno lavorativo successivo all'evento. Le richieste di utilizzo della sala verranno esaminate rispettando l'ordine di arrivo.

In presenza di due o più richieste presentate nello stesso giorno e riguardanti la medesima data, sarà privilegiato il richiedente che nel corso dell'anno solare ha usufruito della sala un minor numero di volte. A meno di situazioni od eventi particolari, la sala non verrà concessa più di due volte la settimana al medesimo richiedente.

L'ingresso alla sala è solamente da via Giberti 11, ove è funzionante un videocitofono con apertura del portone comandata direttamente dal tavolo della sala. Il richiedente regolerà gli accessi, limitandoli ai soli partecipanti alla riunione.

La sala sarà agibile durante le ore diurne e nelle ore serali, sino alle ore 23.30.

L'Ordine non risponderà, sotto alcun profilo, in caso di furto e/o danneggiamento degli oggetti.

Eventualmente abbandonati dai partecipanti al termine della riunione. La presentazione della domanda di utilizzo presuppone l'accettazione integrale da parte del richiedente del presente regolamento, relativamente anche alla responsabilità per ogni eventuale danno alla sala e/o alle attrezzature.

## 5) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate.

### **MEDICI - CHIRURGHI**

#### **Iscrizioni neo-abilitati:**

Dott. VERVEYKO Olena

#### **Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:**

Dott. GRASSI Barbara da MILANO  
Dott. LEONE Claudio da NAPOLI  
Dott. SCALITI Giovanni da GENOVA  
Dott. PENSABENE Luca Pietro da MODENA  
Dott. URSO Fabrizio da PALERMO

#### **Cancellazioni per decesso:**

Dott. ZIZZO Grazia

#### **Cancellazioni su richiesta:**

Dott. BELLUZZO Antonio  
Prof. BORRUTO Franco  
Dott. DE ROSE Emilio  
Dott. RESIDORI Pietro  
Dott. RIDOLFI Claudio

#### **Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:**

Dott. BORIN Caterina a BOLOGNA  
Dott. Busetto Piercarlo a TRENTO  
Dott. MORETTI Lorenzo a BRESCIA

### **ODONTOIATRI**

#### **Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:**

Dott. CORI Francesco da TERAMO

#### **Cancellazioni su richiesta:**

Dott. MAVRU Ecaterina

## 6) VARIE ED EVENTUALI

Il Dr. Bovolín propone al Consiglio la possibilità che l'Ordine, dopo singola valutazione di ogni caso, si costituisca parte civile nei casi eclatanti di abusivismo e prestanomismo. Tale azione giudiziaria viene valutata un forte deterrente nei confronti di coloro che commettono queste violazioni di legge. Il Consiglio approva.

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

#### **COMMISSIONE DISCIPLINA MEDICI CHIRURGHI**

La Commissione delibera:  
n. 4 archiviazioni provvedimenti  
n. 3 aperture procedimenti disciplinari.

### **VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO DEL 14 DICEMBRE 2010**

**Presenti:** Alberton, Mora, Carrara, Marchioretto, Bovolín, Codella, Colletta, Facincani, Fostini, Guglielmi, Lombardo, Mirandola, Molino, Oreglia, Rosa, Soraci  
**Revisori dei Conti:** Beltrame, Battaglia, Celebrano  
**Direttore:** Cerioni Paolo  
**Consulente Legale:** Avv. Gobbi  
**Assenti Giustificati:** Braga, Balestriero,

#### **1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE CONSIGLIO PRECEDENTE**

Il verbale della seduta del 27 ottobre 2010, viene approvato all'unanimità..

#### **2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE**

a) Il Presidente, in merito alle norme per le elezioni per il rinnovo dei Consigli direttivi degli Ordini dei Medici C. e O., informa che la Fnomceo, con circolare nr. 77 del 17.11.2010, ha segnalato che la Corte Suprema di Cassazione con sentenza nr. 18047/2010, ha sancito che " la scheda conserva la sua validità anche nel caso in cui contenga un numero di nomi inferiori a quello dei componenti da eleggere".

Il Consiglio prende atto.

b) Il Presidente illustra brevemente la Sua relazione sull'argomento della "Conciliazione"

c) Il Presidente comunica che nella riunione Fnomceo svoltasi a Roma nei giorni 2 e 3 dicembre u.s., ha consegnato a tutti i Presidenti degli Ordini dei Medici, il volume "Medici e Malattie: tra storia e memoria", realizzato dall'Ordine in occasione del centenario della costituzione degli Ordini. Il volume ha riscosso particolare apprezzamento.

Ringrazia il Dr. Roberto Mora per l'impegno profuso ed il Direttore Cerioni per aver ottenuto varie erogazioni liberali che hanno permesso la stampa di 3.090 volumi con un costo a carico dell'Ordine di soli € 6.480,00-

d) Il Presidente segnala che il giorno 22 dicembre p.v., presso la sede dell'Azienda ULSS di Thiene (VI), la Regione presenterà il "Libro Bianco" sul servizio sanitario regionale relativo al periodo 2000/2009.



- e) Il Dr. Mora in merito all'E.C.M., comunica che non ci saranno sanzioni per i professionisti che nel triennio 2008/2010, non abbiano raggiunto i 150 crediti. Segnala inoltre che la Cogeaps, banca dati dei credi ECM, non è stata ancora aggiornata con i crediti erogati da alcune regioni italiane.
- f) Il Presidente pone al Consiglio la richiesta della dipendente Virna Giampieri di ottenere un aumento netto di € 108,00 mensili, a decorrere dal 1 gennaio 2011. Il Consiglio approva.

### 3) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate.

#### MEDICI - CHIRURGI

##### **Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:**

Dott. ALBANESE Sergio da BRESCIA  
Dott. BONETTI Paola da BOLOGNA  
Dott. DALLA CHIARA Emiliano da VICENZA

##### **Cancellazioni per decesso:**

Dott. TOFFALI Luciano

Dott. VERONESI Adriana

##### **Cancellazioni su richiesta:**

Dott. BONFANTI Francesco  
Dott. KAMGUIA Leonard  
Dott. LANDI Nando

##### **Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:**

Dott. AMADO ELEAS Maria Alejandra a TRENTO  
Dott. IGIDBASHIAN Diran Masis a GORIZIA  
Dott. VANTINI Miriam a MANTOVA

##### **Cancellazioni per morosità:**

Dott. PADOVANI Alessandro

#### ODONTOIATRI

##### **Iscrizioni neo-abilitati:**

Dott. FREONI Silvia  
Dott. LANZAFAME Guido  
Dott. MANI Davide  
Dott. MARCHIORI Mattia  
Dott. PETRIS Rozeta  
Dott. RIZZINI Alessandro  
Dott. SANCASSANI Guido  
Dott. TREGNAGO Paolo  
Dott. ZANOTTI Giacomo

##### **Cancellazioni per decesso:**

Dott. TOFFALI Luciano

##### **Cancellazioni su richiesta:**

Dott. LUNARDI Simone

## RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

- denunciare all'Ordine ogni esercizio abusivo della Professione Medica ed ogni fatto che leda il prestigio professionale;
- informare la Segreteria di ogni eventuale cambiamento di qualifica, di residenza e del conseguimento di specialità o docenze, esibendo il relativo attestato in competente bollo.

Prestanomismo

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

- Gli esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, ovvero la propria attività, allo scopo di permettere o di agevolare l'esercizio abusivo delle professioni medesime sono puniti con l'interdizione della professione per un periodo non inferiore ad un anno;
- Gli Ordini e i Collegi Professionali, ove costituiti, hanno facoltà di promuovere ispezioni, presso gli studi professionali, al fine di vigilare sul rispetto dei doveri inerenti alle rispettive professioni.

## Guidereste senza patente?



Ancora una volta vogliamo richiamare l'attenzione di tutti gli iscritti sulla necessità di informare tempestivamente la Segreteria dell'Ordine sugli eventuali cambi di residenza o di indirizzo postale.

Non si tratta di un banale incombente burocratico, bensì di un preciso obbligo deontologico previsto dal nostro Codice (art. 64) e pertanto non eludibile né rinviabile.

Si sottolinea inoltre come l'impossibilità da parte dell'Ordine di comunicare con gli iscritti possa avere conseguenze molto gravi, non solo sul piano disciplinare.

Si citano infatti, a titolo di esempio, le gravi conseguenze che possono deri-



vare da uno stato di "irreperibilità" dell'iscritto.

È noto come uno stato di protratta morosità nei riguardi del contributo previdenziale ENPAM (Fondo Generale) e della tassa annuale di iscrizione imponga all'Ordine - a sensi di legge - di procedere alla cancellazione dall'Albo del professionista. Prima di tale provvedimento la Segreteria tenta sempre, ovviamente, di contattare l'interessato per via postale (tramite raccomandate R.R.) ed anche utilizzando eventuali altri recapiti forniti dall'iscritto (indirizzo del luogo di lavoro, casella mail, telefono ecc).

Dopo reiterati e vani tentativi, il provvedimento di cancellazione diviene inevitabile, con tutte le sue gravi conseguenze.

Ricordiamo infatti che per svolgere attività medica è necessario aver conseguito il titolo di studio (laurea), aver superato l'esame di abilitazione ed **essere iscritti all'albo professionale.**

Esercitare la professione in mancanza di tali requisiti può comportare sanzioni penali ed anche gravi rischi patrimoniali (relativi ad esempio alla necessità di restituire onorari professionali o stipendi indebitamente percepiti nel periodo di "non iscrizione"). Anche l'eventuale copertura assicurativa (polizze per responsabilità civile) risulterebbe inefficace, mancando infatti il presupposto della sussistenza dei requisiti di legge per lo svolgimento dell'attività.

Ci si verrebbe a trovare, appunto, in una situazione analoga di chi guidasse un veicolo senza patente.

IL CONSIGLIO E  
LA SEGRETERIA DELL'ORDINE

# Certificati di Malattia "on-line". Richiesta di codice PIN per l'accesso

Dal 1 febbraio 2011, la certificazione di malattia dovrà essere inviata per via telematica, pena sanzioni per i medici inadempienti.

Nonostante la perentorietà dell'obbligo voluto dal Ministro Brunetta, la stragrande maggioranza dei medici italiani, sono tuttora sprovvisti delle credenziali di accesso al portale che permette di assolvere all'obbligo.

Quelle ed il relativo "PIN" sono state, infatti, distribuite solo ai Medici di Medicina Generale, sono personali ed utilizzabili solo dal professionista cui sono state affidate.

Nel caso di sostituzione del sanitario da parte di altro collega, quest'ultimo non può utilizzare quelle del medico sostituito per la certificazione di malattia e dovrà, qualora non sia in possesso di proprie credenziali e relativo codice PIN, utilizzare la vecchia certificazione cartacea che purtroppo sta divenendo sempre più rara.

Val la pena ricordare che la legge prevede la possibilità di rilasciare certificati a tutti i medici iscritti all'albo

e che per tale motivo sarebbe stato doveroso da parte di chi istituiva l'obbligo telematico di provvedere anche a rendere disponibile la distribuzione delle credenziali di accesso a tutti i professionisti che ne avessero fatto richiesta.

Così non è stato ed a tutt'oggi i medici che chiedono di poterle avere non hanno la possibilità di vedere esaudita la loro richiesta.

Ricordiamo anche che l'incaricato alla distribuzione delle credenziali risulta essere il Ministero delle Finanze tramite la SOGEL e che al momento non è stata prevista la procedura che consenta ad un medico diverso dal medico di famiglia convenzionato di poterle avere.

Solo recentemente i Ministeri competenti hanno chiesto alla FNOMCeO di coinvolgere gli Ordini Provinciali chiedendo la loro collaborazione.

La procedura prevede comunque tempi non brevi e nel frattempo gli unici in grado di assolvere all'obbligo telematico risultano essere i Medici di

Famiglia Convenzionati. Desideriamo informare i lettori che lo scrivente si sta nel frattempo attivando per chiedere alle ASL provinciali un loro impegno per risolvere il problema.

Possiamo anticipare che al momento abbiamo contattato, ottenendone una immediata disponibilità, la ASL 21 (abbiamo sentito il suo Direttore Generale Dott.ssa Daniela Carraro ed il Direttore Sanitario Dr. Francesco Buonocore) che desideriamo ringraziare per la loro pronta risposta alle esigenze dei medici.

Sarà nostro compito contattare nei prossimi giorni l'ASL 20 e 22 per chiedere la loro collaborazione.

Nel frattempo chi desidera dotarsi delle credenziali di accesso dovrà inviare la propria richiesta all'Ordine tramite la compilazione del previsto modulo che è reperibile sulla pagina web dell'Ordine ([www.omeceovr.it](http://www.omeceovr.it)). L'Ordine provvederà in seguito a far conoscere i tempi e le procedure necessarie.

ROBERTO MORA

## PAGINE ROSA CI SERVE IL VOSTRO PARERE

La necessità di apportare modifiche in ambito contrattuale e legislativo in materia di organizzazione lavorativa e problematiche connesse con l'assistenza familiare, la gravidanza e il puerperio, ha indotto l'Osservatorio della FNOMCeO sulla femminilizzazione della professione medica ad organizzare numerosi incontri con le rappresentanze sindacali. La femminilizzazione della medicina avrà in futuro un peso diverso in generazioni diverse. L'Osservatorio ha recepito la necessità di verificare se le problematiche delle giovani colleghe coincidono con i criteri che muovono i membri dell'Osservatorio stesso. Da qui la proposta di una indagine conoscitiva quantitativa e soprattutto qualitativa sulla vita delle donne medico.

Ogni ordine provinciale sta istituendo un link specifico con lo spazio DIMENSIONE DONNA che arricchirà l'Osservatorio di spunti di informazione. Un primo passo è stato presentare un documento all'Agenzia delle Entrate - Uffici Studi di Settore per tener conto che assenze lavorative per gravidanza e puerperio possano essere indicative di mancata CONGRUITÀ DI RICAVI E COMPENSI

L'Osservatorio collabora inoltre con analoghe realtà europee.

La commissione delle Pari Opportunità della provincia veronese sollecita le colleghe a visitare

il link ordinistico [www.omeceovr.it](http://www.omeceovr.it) - PAGINA DELLA DONNA MEDICO

e con suggerimenti, osservazioni e testimonianze promuovere in sede nazionale modifiche legislative per una qualità di vita più consona e gratificante sia in ambito professionale che familiare.

## Nuove tessere identificative

Abbiamo il piacere di comunicarvi che sono disponibili le nuove card identificative dotate di banda magnetica. L'Ordine procede nel suo cammino di innovazione e dopo il nuovo sito WEB e la posta elettronica certificata, propone a favore degli iscritti queste nuove tessere identificative che rappresentano un deciso passo in avanti nel senso della grafica e dei contenuti ma anche, e soprattutto, della funzionalità.

Sulla banda magnetica viene infatti codificato il codice fiscale dell'iscritto che strisciando la card in appositi lettori disponibili presso il front office dell'Ordine (ma presto anche in versione "portatile" per l'utilizzo in



altre sedi) verrà immediatamente identificato richiamando la sua scheda personale con tutti i dati che lo riguardano velocizzando in modo

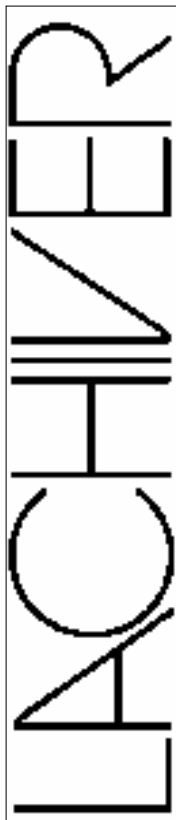
consistente qualunque pratica ed evitando di compilare moduli cartacei: in occasione di eventi ECM organizzati dall'Ordine, di votazioni per il rinnovo del Consiglio, di richieste di certificati etc.

Per richiedere la propria card basta accedere all'area riservata del sito **www.omceovr.it**: chi si è già registrato ne può fare richiesta immediata tutti gli altri dovranno prima registrarsi, procedura rapida e semplice che permetterà di richiedere non solo il tesserino identificativo ma anche la casella PEC gratuita.

Le istruzioni per richiedere la card sono chiarissime e meritano una sola precisazione.

Se si possiede una propria foto digitale in formati diversi da quello richiesto Bitmap 24bit basta procedere in questo modo: si apre il file visualizzando la foto, si clicca **CTRL+E** quindi in alto a sinistra **File** poi **Salva con nome** e si seleziona il formato **bitmap 24 bit**.

IL TESORIERE  
FABIO MARCHIORETTO



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

# ASSIMP sponsorizza Co.Me. Vero. Volo.

Ci si lavorava da mesi.

La sensazione, per tutti, era di una cosa da farsi, un accordo da stringere. Dubbi e difficoltà in continuo divenire, ma da parte di tutti l'impegno a superarli.

Finalmente lo scorso 27 ottobre il Consiglio ha dato la sua approvazione.

Ma con calma e ordine spieghiamo di cosa si tratta.

Due i soggetti sul palcoscenico: l'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Verona e ASSIMP. Tra di loro una realtà, quella del volontariato medico nei paesi sottosviluppati.

Come già sapete l'iniziativa "Co.Me.Vero.Volo.", acronimo per Coordinamento Medici Volontari Veronesi, è nata per favorire i colleghi che desiderano impegnarsi nel campo del volontariato. Scopo dell'iniziativa è quello di coordinare le varie associazioni di volontariato medico/sanitario esistenti nel nostro territorio con i medici che, a loro volta, desiderano offrire la loro disponibilità e competenza nei paesi ove ve ne sia bisogno. Sembra strano, ma la realtà è quella di due realtà che spesso non si trovano.

Le associazioni di volontariato hanno esperienza, strutture logistiche, conoscenza del territorio e delle neces-

sità, ma spesso non sanno come e dove trovare i medici che sarebbero necessari.

Con Co.Me.Vero.Volo, l'Ordine si è posto l'obiettivo di favorire l'incontro tra le due realtà.

Una delle criticità emerse fin dai primi incontri, quella che spesso i colleghi che partono per lavorare nei paesi dove si richiede la loro opera, devono sobbarcarsi anche le spese del viaggio.



ASSIMP, venuta a conoscenza dell'iniziativa, ha pensato di offrire i propri servizi per favorire la soluzione del gap economico, con le possibilità offerte dai suoi Soci.

In pratica ASSIMP chiederà ai suoi iscritti contributi economici da offrire a Co.Me.Vero.Volo.

Le somme raccolte saranno destinate

per rimborsare ai medici volontari le spese di viaggio.

L'Associazione Imprenditori e Professionisti, in buona sostanza, si impegnerà a trovare finanziamenti che saranno depositati in una Agenzia Viaggi e che potranno essere utilizzati per pagare le spese di viaggio dei medici o dei dentisti che tramite Come.Vero.Volo. si offriranno volontari per un periodo di lavoro nelle zone del mondo dove saranno chiamati ad operare.

Nella seduta del 27 ottobre il Consiglio ha approvato il progetto di collaborazione offerto da ASSIMP.

Un onere in meno quindi per chi vorrà offrire il suo lavoro dove ce ne fosse più bisogno.

Nello spirito del nostro codice deontologico.

FRANCESCO BOVOLIN

Chi è interessato all'iniziativa potrà utilizzare il modulo riportato qui sotto ed inviarlo all'Ordine (**Via Locatelli 1 37122 Verona**) o spedirlo per fax al n. 045 59 49 04.

La segreteria è a disposizione per ulteriori informazioni e delucidazioni: tel. 045 800 6112.

Dott. \_\_\_\_\_ n.iscrizione all'Ordine \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Competenze: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ inviare a Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, Via Locatelli 1 - 37122 - Verona - o al fax **045 59 49 04**

# Verbali della Commissione Odontoiatri

## VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DELL'8 SETTEMBRE 2010

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

**Letture ed approvazione verbale precedente:** il verbale della seduta precedente viene approvato con una modifica al punto 3.

**Comunicazioni del Presidente:** il Presidente illustra il caso riguardante le **presunte** irregolarità dei corsi di specializzazione in chirurgia maxillo-faciale presso l'Università di Verona dal 1990 al '93, apparso sulle cronache di queste settimane. La CAO, ritenendo importante il riconoscimento **dell'eventuale** illegittimità della specializzazione così irregolarmente ottenuta, sollecita il Consiglio dell'Ordine affinché richieda alla Magistratura l'elenco nominativo degli specializzati coinvolti. Il Presidente illustra ai presenti un articolo apparso sul quotidiano l'Arena riguardante la chiusura di uno studio ove veniva effettuata la chirurgia estetica senza alcun titolo specialistico.

### Relazioni istruttorie:

- 1) Dott. XX: il Presidente da lettura di una segnalazione pervenuta a questo Ordine da parte del Dott. Y il quale si lamenta di comportamenti eccessivamente confidenziali, a suo avviso non deontologicamente corretti, avvenuti nel proprio Studio, da parte del Sanitario nostro iscritto. Il Presidente legge la lettera di risposta inviata al Dott. Y e comunica ai presenti di aver invitato a colloquio il Dott. XX. Si apre un ampio dibattito sugli aspetti etici e deontologici del caso.
- 2) Dott. ZZ: il Presidente informa i presenti di aver ricevuto una segnalazione da parte dell'Ordine

... in merito ad un volantino pubblicitario sul quale appare il nome del Sanitario. Lo stesso, invitato a colloquio, espone le proprie ragioni. Il Presidente si riserva di sentire il Dott. ZZ per ulteriori chiarimenti in merito ad alcune note riportate sul volantino stesso.

- 3) Dott. WW: il Presidente illustra il caso dando lettura di una lettera di denuncia che la Signora HH ha fatto nei confronti dello studio § ove il Dott. W è il Direttore Sanitario, segnalando di essere stata curata dal Sig. JJ il quale non ha nessun titolo per esercitare la professione di Medico/Odontoiatra. Il Presidente informa i presenti che è stata inviata una segnalazione al nucleo NAS di Padova il quale si è prontamente attivato. La CAO decide, prima di assumere qualsiasi iniziativa, di aspettare il verbale di sopralluogo del NAS.
- 4) Dott. KK: il Presidente informa di aver convocato il Sanitario a seguito di una segnalazione riguardante un volantino pubblicitario che promette visite e indagini gratuite. In sede di colloquio il Sanitario espone le sue motivazioni e dopo ampio dibattito la CAO decide di archiviare il caso. Varie ed eventuali: Il Dott. Cavallini riferisce ai presenti alcune notizie riguardanti la gestione ENPAM:
  - interrogazioni al Senato del Senatore Lannutti e una sentenza del TAR del Lazio che riconfermerebbe la natura di organismo di diritto pubblico dell'ENPAM e delle casse privatizzate.



## VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DEL 13 OTTOBRE 2010

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

**Assenti giustificati:** Dott. Cavallini

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

**Comunicazioni del Presidente:** il Presidente relaziona i presenti sulle tematiche trattate nel corso della riunione dei Presidenti CAO tenutasi a Taormina il 17 e 18 settembre scorso. Il Presidente propone di invitare i Presidenti CAO del Veneto a partecipare, come ospiti, ad una seduta CAO presso l'Ordine di Verona. La CAO approva l'iniziativa. Il Presidente comunica di aver espresso in ambito di comitato direttivo le difficoltà inerenti la assistenza legale nelle pratiche giuridiche. Comunica che il direttivo ha condiviso questo punto e si è dichiarato d'accordo ad ottenere un'assistenza legale consona alle esigenze dell'Ordine.

### Relazioni istruttorie:

- 1) Dott. XX – il Presidente ripercorre il caso e informa i presenti di aver invitato a colloquio il Sanitario a seguito della segnalazione di una paziente per mancata trasmissione dati. Da lettura del verbale di audizione ove il Sanitario espone le sue ragioni. La CAO, dopo ampio dibattito, decide di archiviare il caso e dispone di darne comunicazione all'interessato e all'esponente.
- 2) Dott. WW – il Presidente relaziona i presenti circa l'invito a colloquio avuto con il Sanitario per comportamento ritenuto scorretto. La CAO, non ravvisando violazioni etico-deontologiche, decide di archiviare il caso e di darne comunicazione al Sanitario interessato.
- 3) Dott. HH – il Presidente ripercorre il caso relativo al Dott. HH e da lettura del verbale di audizione. Da anche lettura della memoria presentata dal Sanitario in data successiva al colloquio. Presentando il caso molti aspetti di dub-

bia liceità, e sospetto di prestanomismo, la CAO decide di attivare ulteriori indagini per fare chiarezza sull'attività del Sanitario.

- 4) Dott. JJ- il Presidente illustra il caso riguardante il Sanitario. Legge la lettera a firma dell'ufficio qualità e accreditamento dell'Azienda ULSS nella quale vengono segnalate alcune irregolarità riscontrate all'interno dello studio durante un sopralluogo. Da lettura della memoria presentata dal Collega in sede di colloquio. La CAO, dopo ampia discussione, decide di archiviare il caso.
- 5) Dott. KK - il Presidente riprende il caso riguardante la segnalazione fatta da un Collega riguardante lo studio odontoiatrico § § S.N.C., mostra la foto pervenute e una brochure pubblicitaria. Non compare in nessuna foto il nome del Medico Responsabile. Il Presidente comunica di aver inviato al nucleo NAS la segnalazione di rito. Successivamente perviene all'Ordine la richiesta di pubblicità sanitaria regionale da parte dello studio XYZ. Direttore Sanitario citato è il Dott. KK. Dopo ampio dibattito viene deciso, per il momento, di soprassedere in attesa dell'azione del nucleo NAS.

**Procedimenti disciplinari:** Dott. QZ. Il presidente informa i presenti che il Dott. QZ non ha opposto ricorso alla sanzione inflittagli. E' stato provveduto quindi ad informare il Sanitario e le autorità competenti del provvedimento.

## VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DEL 10 NOVEMBRE 2010

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

**Assenti giustificati:** Dott. Paoletti

**Lettura ed approvazione verbale precedente:** il verbale della seduta precedente viene approvato con due modifiche.

### Comunicazioni del Presidente:

- 1) Costituzione parte civile: il Presidente comunica ai presenti di aver conosciuto il nuovo consu-

lente legale, avv. Matteo Zanoni, collaboratore dello Studio Legale Donella, con il quale ha affrontato il problema della costituzione di parte civile. L'avvocato ha preso in esame le due pratiche in essere promettendo di attivarsi in merito.

- 2) Rapporti con il NAS: il Presidente relaziona i presenti sull'incontro avuto con due agenti del nucleo di Padova nei riguardi delle pratiche relative ai casi di abusivismo segnalati.
- 3) LEA: il Presidente riferisce di aver incontrato i dirigenti dell'ASL 21. Nel corso dell'incontro sono state discusse le intenzioni dell'ASL 21 di come poter migliorare la gestione delle prestazioni LEA.
- 4) ENPAM: il Presidente da lettura della lettera che il Dott. Franco Picchi ha inviato a questo Ordine il 07/10/2010 denunciando ipoteche irregolarità gestionali da parte dell'ENPAM.

### Relazioni istruttorie:

- 1) Dott. ZZ: il Presidente ripercorre il caso. Come verbalizzato nel corso della precedente riunione è stata mandata al NAS di Padova ulteriore segnalazione. Viene ipotizzata l'idea di segnalare il caso all'Ispettorato del Lavoro, essendo l'attività del Sig. XX all'interno dello studio alquanto dubbia. Viene deciso, dopo ampia discussione, di attendere le ulteriori indagini del NAS prima di attivare qualsiasi altra iniziativa.
- 2) Dott.ssa XX: il Presidente espone il caso riguardante la segnalazione del Sig. ZZ il quale denuncia di essere stato curato dal Sig. QQ (odontotecnico) e dalla Dott.ssa XX, con pessimi risultati. La segnalazione è stata inviata al NAS per i controlli di rito e la Dottoressa XX verrà invitata a colloquio.
- 3) Dott. WW: Il Presidente espone il caso riguardante il Sanitario. Il 2 agosto scorso perviene all'Ordine una segnalazione da parte della Signora HH la quale denunciava di essere stata curata presso l'Ambulatorio XYZ da un certo Sig. JJ (odontotecnico). Direttore della struttura era il Dott. WW. È stato provveduto prontamente ad inoltrare la segnalazione al nucleo NAS di Padova che ha attivato i

provvedimenti di competenza. Dopo aver atteso i tempi necessari per lo svolgimento delle indagini viene deciso di invitare a colloquio il Sanitario.

- 4) Dott. YY: il Presidente aggiorna i presenti sul caso relativo al Collega coinvolto in un procedimento per reati extra sanitari con condanna confermata in secondo grado. Essendo il Dott. YY iscritto al doppio Albo l'iter disciplinare è da concordare anche con l'Albo Medici per procedere in modo sincrono.
- 5) Dott. JJ: il Presidente da lettura dell'esposto inviato dal Sig. KK al quale il Dott. JJ nega la consegna della cartella clinica. Viene deciso di invitare a colloquio il Dott. JJ per chiarimenti.

Il Dott. Arrichiello relaziona i presenti di aver partecipato, su invito del Presidente e in rappresentanza della CAO di Verona, ad un riunione organizzata dall'Ordine di Trento in materia di assistenza Odontoiatrica. L'Ordine di Trento propone di modificare una legge provinciale approvata nel 2007 che prevedeva l'accesso gratuito, o a quota agevolata, alle cure odontoiatriche per categorie più deboli, ma che però si è rivelata inadeguata a causa di mancato controllo delle modalità di applicazioni sul territorio con rapidissimo esaurimento delle quote stanziare ad hoc.

## VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DEL 15 DICEMBRE 2010

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

**Lettura ed approvazione verbale precedente:** il verbale della seduta precedente viene approvato con una modifica.

### Comunicazioni del Presidente:

- 1) Il Presidente comunica ai presenti la normativa riguardante la firma da apporre sui verbali dei procedimenti disciplinari. L'art. 546 del codice di procedura penale prevede all'art. 2 che le sentenze emesse da un giudice collegiale debbano essere sottoscritte solamente dal Presidente e dall'E-

stensore e non da tutti i membri della Commissione di Disciplina.

- 2) Il Presidente mostra ai presenti un volantino pubblicitario riguardante una struttura odontoiatrica. Dopo averne preso attenta visione la CAO non ravvisa alcuna violazione deontologica.
- 3) Il Presidente comunica di aver ricevuto una segnalazione anonima che contiene un articolo di giornale ove viene menzionato il nominativo del Sig. C. "di professione dentista". Il sig. C. non risulta essere iscritto a questo Albo Professionale né ad altri albi in Italia. La CAO decide di scrivere alla redazione del giornale per chiarire la posizione del Sig. C. La segnalazione contiene anche una lista di possibili studi dentistici abusivi. La CAO decide di approfondire le indagini in tal senso.
- 4) Il Presidente informa di aver ricevuto una comunicazione FNOM-CeO a firma del Dott. G. Renzo riguardante la sintesi dei documenti approvati nel corso delle riunioni tenutesi a Roma il del 3 e 4 dicembre scorsi. Il Presidente si riserva di leggerla attentamente e di riferirne i contenuti alla prossima riunione CAO.
- 5) Il Presidente comunica di aver ricevuto dall'Avvocato P. di M... una segnalazione nei confronti del Dott. WW, dopo la lettura dell'esposto presentato e dopo ampia discussione viene deciso di invitare a colloquio il Sanitario per chiarimenti

## Relazioni istruttorie:

- 1) Dott. KK: il Presidente ripercorre il caso e comunica che il Collega è stato condannato in secondo grado per reati extra sanitari. La CAO decide di aprire procedimento disciplinare in capo al Dott. K per violazione dell'art. 1 e 2 del Codice di Deontologia Medica .
- 2) Dott.ssa HH: il Presidente ricorda ai presenti il caso della Dott.ssa H e relazione sull'invito a colloquio avuto con la Dott.ssa. La Dottoressa, in sede di colloquio nega qualsiasi addebito e la CAO decide di aprire procedimento disciplinare in capo alla Dott.ssa HH per favoreggiamento all'esercizio abusivo della professione odontoiatrica.
- 3) Dott. XX: il Presidente informa i presenti di aver invitato a colloquio il Sanitario. Il Dott. XX ha dichiarato di non essere più direttore sanitario del centro dentistico "?" e che il suo posto è stato assunto dal Dott. QQ, e che la sua presenza all'interno della struttura era saltuaria e carente al ruolo che lui ricopriva. La CAO decide di aprire procedimento disciplinare in capo al Dott. XX per favoreggiamento all'esercizio abusivo della professione odontoiatrica e per mancato controllo dell'attività svolta all'interno della struttura odontoiatrica da lui diretta. Viene deciso inoltre di invitare a colloquio il Dott. QQ e la Dott.ssa XW, per chiarimenti, in quanto operanti all'interno del centro dentistico.
- 4) Dott. HK: il Presidente ripercorre

il caso per il quale ne aveva dato notizia durante la riunione CAO del 10/06/2009 e per il quale era stato deciso un supplemento di indagini. Il Presidente informa che la Procura della Repubblica in data 29/11/2010 comunica che sarà esercitata azione penale nei confronti del Dott. YJ e del Sig. ¥ in quanto HK ha consentito al ¥ l'esercizio abusivo della professione Odontoiatrica. Il Sig. ¥ è stato imputato anche per aver acquistato apparecchiature e strumentazioni medico-sanitarie dal Dott. ZX, iscritto a questo Albo Odontoiatri. Per questo motivo la CAO decide di aprire procedimento disciplinare in capo al Dott. HK per favoreggiamento dell'esercizio abusivo della professione odontoiatrica. Viene deciso anche di invitare a colloquio il Dott. ZX per chiarimenti. La CAO ha incaricato il consulente legale dell'ordine per valutare la possibilità di costituirsi parte civile nei confronti del Sig. ¥.

## Varie ed eventuali:

- 1) Il Presidente informa i presenti di aver avuto un colloquio con l'Avvocato Matteo Zanoni, consulente dello Studio Legale Donella, per affrontare le problematiche inerenti la costituzione di parte civile nelle cause di abusivismo. L'avvocato è impegnato nel portare avanti le pratiche in essere.
- 2) Il Dott. Cavallini relaziona i presenti sulla riunione della Commissione ENPAM tenutasi in data 14/12.us.

## 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

# Convegni e Congressi

26 FEBBRAIO

**Mi batte forte il cuore:  
emozioni che curano,  
emozioni che feriscono.**

Ospedale "Sacro Cuore" di Negrar  
Sala Convegni "Fr. F. Perez"  
Inizio lavori ore 8.40

19 MARZO

**Malattie Neuromuscolari:  
nuove strategie terapeutiche**

Unione Italiana  
Lotta alla Distrofia Muscolare (U.I.L.D.M)  
Sezione di Verona.  
Verona, Palazzo della Gran Guardia  
Inizio lavori ore 9.15

29-30 Aprile

**Format 2011  
Laboratorio di interattività  
tra livelli specialistici pediatrici**

Università di Verona  
Dipartimento Materno Infantile e  
di Biologia-Genetica (prof. A. Boner)  
Verona, Centro Congressi Verona Fiere  
Inizio lavori



## NORME COMPORTAMENTALI PER I MEDICI CHE EFFETTUANO SOSTITUZIONI

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

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

# Allarme Pesticidi

Caro Direttore, mi permetto ancora una volta di insinuarmi momentaneamente tra le cartelle, i pazienti anziani, gli accordi ACN, i flussi informativi e le mille burocrazie per attirare l'attenzione di tutti i Colleghi su un enorme problema ambientale, di salute e di prevenzione. Riguarda tutti noi, come diretti interessati, come consumatori di cibi, come operatori sanitari, come depositari della fiducia dei nostri assistiti, come artefici di un ambiente accogliente, e, come recita l'articolo 5 del nostro codice deontologico, come promotori e vigilanti della prevenzione. L'argomento è la quantità e qualità dei pesticidi, fitofarmaci, presidi per l'agricoltura, come viene meglio chiamarli e del loro impatto sulla salute nostra, dei nostri assistiti, del nostro ambiente. Essi hanno molteplici possibilità di aggressione, oltre al contatto diretto di chi li usa per lavoro, che coinvolge anche i familiari, sono presenti nei terreni, nelle falde acquifere (il 37 % dei campioni di acqua contiene glifosate in quantità superiore ai limiti di legge) e sappiamo che il 50% dei cibi sulle nostre tavole contiene pesticidi, e che d'estate nei territori a colture intensive l'aria è spesso satura di insetticidi ed altro. Secondo i dati forniti dall'ARPAV l'Italia è fra i paesi europei il più grosso consumatore di pesticidi, con il 35 % del totale, il Veneto è, insieme con L'Emilia la regione italiana con il più alto consumo

• I valori più elevati si riscontrano in particolare nel territorio delle Aziende ULSS 20 (Verona) e 22 (Bussolengo) Inoltre le provincia di Verona e Rovigo commercializzano il 73,2 % dei prodotti "tossici" e "molto tossici" di tutto il Veneto.

Questi prodotti si suddividono secondo la loro attività in Anticrittogamici (60 %), Diserbanti (11%), Insetticidi (11%) ed altri (18%).

I loro effetti sull'uomo sono molto complessi, non è facile valutarli singolarmente, sono presenti anche a dosi infinitesimali, e dipendono dal momento in cui avviene l'esposizione:Gravidanza, vita fetale, allattamento, infanzia, pubertà sono momenti cruciali.

Parliamo di alcuni principi attivi, capostipiti di ognuna delle classi di azione: il CLORPYRIFOS, il MANCOZEB, il GLIFOSATE, ed accenniamo solo ad alcuni altri.

Il Clorpyrifos è un insetticida organo fosforico inibitore della acetilcolinesterasi, che controlla i livelli dell' acetilcolina nel sistema nervoso centrale e periferico. È classificato fra i prodotti "modicamente tossici".

L'esposizione cronica agli organofosforici può portare a perdita di memoria, depressione ed insonnia. Gli effetti del CPF sono particolarmente rilevanti quando ad essere esposti sono gruppi di popolazione maggiormente vulnerabili come le donne in gravidanza, e di conseguenza il feto ed i bambini; studi sperimentali mostrano come, in queste fasi, il CPF può interferire in maniera permanente con lo sviluppo neurocomportamentale (Veronesi et al, 2008).

Diversi pesticidi hanno la capacità di agire come Interferenti Endocrini (IE) (Mantovani et al 2008), ma non era ancora chiaro se una classe importante come gli organofosforici avesse la capacità di alterare i meccanismi di regolazione ormonale. Studi condotti all'interno del reparto dimostrano che

l'esposizione in gravidanza e/o neonatale nel topo provoca:

- 1) ipotiroidismo nelle madri esposte, con riduzione dei livelli degli ormoni tiroidei e danni visibili a livello del tessuto. Nella prole è evidente un'alterazione del tessuto tiroideo e dei livelli ormonali in modo simile a quanto osservato nelle madri, sia in epoca perinatale sia a piena maturità sessuale (De Angelis et al, 2009);
- 2) effetti permanenti relativi alla produzione di ossitocina e vasopressina, due regolatori neuroendocrini sintetizzati nell'ipotalamo. In particolare, l'ossitocina risulta aumentata mentre i livelli di vasopressina diminuiscono (Tait et al, 2009).

Tali alterazioni si osservano a dosi di CPF al di sotto della soglia di tossicità per il sistema nervoso. Le evidenze da noi riscontrate riguardano principalmente animali in età adulta, ma esposti solo nelle prime fasi della vita, e soprattutto in gravidanza: si tratta quindi di un'alterata programmazione, persistente, dell'organismo; inoltre, i maschi appaiono essere più suscettibili per entrambi gli effetti. È importante sottolineare che l'alterazione a livello tiroideo sia nelle madri sia nella prole, può implicare una disregolazione nei processi di crescita e sviluppo con probabili ricadute anche su altri sistemi, compreso quello riproduttivo, che sinora non risulta un bersaglio importante per l'azione del CPF. Inoltre, l'alterazione dei livelli dei neurotrasmettitori ipotalamici suggerisce un effetto sui meccanismi di regolazione ed in particolare sul dialogo fra ipotalamo e altre componenti del sistema endocrino, a partire dall'ipofisi.

I risultati dimostrano, per la prima volta, che il pesticida organofosforico CPF è un IE, con meccanismi inediti ed inattesi ed effetti a lungo termine sulla regolazione neuro-endocrina e tiroidea.

Altri pesticidi organofosforici potrebbero condividere lo stesso meccanismo, con ricadute per la tutela della sicurezza alimentare, da almeno due punti di vista:

- è importante tenere conto delle recenti acquisizioni scientifiche nella definizione dei limiti massimi di residui per i pesticidi

	Quantità complessiva di fitofarmaci	Fitofarmaci classificati "MOLTO TOSSICI"	Fitofarmaci classificati "TOSSICI"	Fitofarmaci classificati "NOCIVI"
<b>Venduti nel 2007 Veneto</b>	14.936.186 kg	355.144 Kg	1.016.935 Kg	1.558.492 Kg
<b>Venduti nel 2007 Verona</b>	6.722.975 Kg	249085 Kg *	815.340 Kg	782.762 Kg

negli alimenti, tutelando sempre di più il feto e il bambino, che possono essere maggiormente suscettibili;

- occorre valutare attraverso appropriati modelli sperimentali gli effetti congiunti dovuti alla presenza contemporanea negli alimenti di più pesticidi con lo stesso meccanismo.

(R. Tassinari, S. Tait, Istituto Superiore di Sanità Viale Regina Elena 299, 00161-Roma, 2009).

In Val di Non si sono dosate le concentrazioni dell'estere fosforico ed è risultato che bambini che abitano in zone di spargimento dell'insetticida hanno una quantità di esso nel sangue sei volte più alta del resto della popolazione, addirittura in una bambina 16 volte più alta.

E veniamo alla categoria degli erbicidi. Il più usato in assoluto da molti anni è il Glifosate (Roundup)

"Per i topi il glifosate è meno tossico del sale da cucina" (Così sosteneva Monsanto, l'azienda produttrice), ed esso si è diffuso rapidamente in tutto il mondo

Brevettato nel 1974, è un diserbante non selettivo, derivato dalla glicina, distrugge l'enzima per la sintesi degli aminoacidi aromatici: stop clorofilla, stop ormoni, stop crescita, necrosi. Nel 1988 l'azienda crea una divisione giardini, per l'uso privato, lanciando una campagna pubblicitaria contro le erbacce, tentando di favorirne l'uso come abbellimento e dandogli una veste "socialmente responsabile".

Nelle acque bretoni nel 1988 il 95% dei campioni ha un tasso di glifosate superiore alla soglia legale di 0,1 microgrammi/litro, con punte di 3,4

Nel 2004 in Francia se ne sono usate 5000 tonnellate. Dopo 28 giorni se ne degrada il 2%, quindi in un anno se ne degrada il 24 %, ma questa agricoltura prevede due trattamenti all'anno, che significa che in 5 anni nel terreno e nelle acque c'è una quantità pari a 4 volte quella iniziale e se ne continua ad accumulare

L'EPA, L'OMS e la UE classificano il glifosate come irritante e tossico per gli animali acquatici, mentre molti studi epidemiologici mostrano una correlazione tra l'esposizione ad esso ed i tumori.<sup>(1)</sup> Uno studio canadese mostra il doppio di probabilità di sviluppare linfoma non Hodgkin in lavoratori esposti rispetto a non esposti, Uno

studio svedese<sup>(2)</sup> lo conferma, così come uno studio USA<sup>(3)</sup>. Un altro dello Iowa<sup>(4)</sup> stabilisce un legame tra glifosate e mieloma multiplo. Il professor Bellè, dell'università di Roscoff mentre usava il roundup per testare gli altri erbicidi si accorse che i suoi effetti erano ben peggiori delle sostanze che stava testando, così rivolse i suoi esperimenti proprio ad esso, con il modello del riccio.

Con questo modello scoprì che il roundup agisce non nel meccanismo di divisione cellulare ma nei meccanismi che ne controllano la correttezza. Negli eventi normali di replicazione cellulare ci sono molti errori, anche 50000 per cellula e ci sono dei meccanismi che rimediano a questi errori, eliminando le cellule difettose. Sono questi meccanismi che restano alterati, così la cellula nuova può sopravvivere e costituire l'origine di un tumore che si potrà sviluppare anche 30 anni dopo.

Gli adiuvanti del prodotto sono il Polioxietilene, tossico confermato, altre sostanze sconosciute, ed il principale prodotto di degradazione è l'acido aminometilfosfonico (AMPA), che è ancora attivo ed ha una vita media molto elevata.

Gli organismi di omologazione però non hanno recepito questi studi, probabilmente perché la Monsanto gode di immenso potere e perché avrebbero messo in discussione tutto l'affare degli OGM, per i quali il roundup è destinato. La soia ed il mais transgenici presentano tutti residui di glifosate

Alcuni studi:<sup>(5)</sup> l'uso di glifosate nei tre mesi prima del concepimento da un maggior rischio di aborto tardivo, 12-16 settimane (Università di Carleton)<sup>(6)</sup> il 70% degli agricoltori presentava, il giorno che usano glifosate una concentrazione di erbicida nell'urina da 3 a 233 mg/l.

<sup>(7)</sup> Università del Texas: L'esposizione a roundup delle cellule di Leydig (testicoli) riduce del 94% la produzione ormoni sessuali.

<sup>(8)</sup> Brasile: topi femmina esposti a roundup danno alla luce cuccioli con malformazioni scheletriche.

<sup>(9)</sup> Seralini, Caen: mette concentrazioni diverse in contatto con cellule renali di embrioni umani. A concentrazioni ammesse dalla regolamentazione sui livelli di residui accettabili in prodotti alimentari (di molto inferiori alle quantità ammesse in agricoltura) il roundup

uccide le cellule di placenta umana in poche ore. A concentrazioni 10000 o 100 000 volte inferiori blocca la produzione di ormoni sessuali, cosa altrettanto grave, per le ossa e per il futuro sistema riproduttivo. È un ENDOCRINE DISRUPTOR.

Stranamente il Roundup è più tossico del glifosate, per la combinazione con gli eccipienti.

Secondo J. Marc<sup>(10)</sup> vengono dispersi ogni anno 2,5 milioni di tonnellate di prodotti fitosanitari su tutto il pianeta e solo lo 0,3 % arriva all'obiettivo, mentre il 99,7 finiscono altrove, nell'ambiente, nel suolo, nell'acqua.

Il Roundup è il più letale di tutti i cosiddetti "fitofarmaci" fra i piccoli animali terrestri ed acquatici, secondo Relyea<sup>(11)</sup>: anfibi, lombrichi, crostacei, lumache, insetti, pesci, api.

### II MANCOZEB

Anch'esso ha 40 anni e finalmente la sua tossicità completa è stata dimostrata. Già un lavoro svedese del 1974 dimostrava la sua relazione con il tumore della tiroide, ma allora se ne dette la colpa ad un suo metabolita (etilentiourea) e solo se era presente ad alte dosi. Così venne sdoganato ed usato in grande quantità. Addirittura a Treviso lo scorso anno è stata concessa l'autorizzazione ad usare l'elicottero per il suo spargimento. (In realtà siccome ne è previsto il ritiro nel 2015 si cerca di esaurire le scorte). La sua tossicità non dipende dalla dose: è attiva anche una sola molecola. È infatti riconosciuto anch'esso come Endocrine Disruptor, potendo alterare i meccanismi della sintesi degli ormoni. Attraverso questa via arriva a colpire il sistema riproduttivo maschile, l'abortività precoce e favorisce l'osteoporosi postmenopausale.

Riassumo con una tabella<sup>(11)</sup>

### STUDI CHE HANNO INDAGATO ESPOSIZIONE A PESTICIDI E TIPI DI CANCRO

(104 studi reperiti, 83 considerati). Mod. da Cancer health effects of pesticides: systematic review *Canadian Family Physician* vol 53 October 2007

Credo che per ognuno di noi sia importante essere a conoscenza della complessità del problema, e della sua incidenza nel nostro territorio. È veramente triste vedere che ancora troppo poco si fa, a livello isti-

## LETTERE AL DIRETTORE

TIPO DI CANCRO	N° STUDI REPERITI	N° STUDI INCLUSI	SOMMARIO DEI RISULTATI EMERSI
<b>Polmone</b>	4	4	2/4 associazione positiva
<b>Mammella</b>	12	6	5/6 associazione positiva, 1 studio rileva diminuzione del rischio con esposizione
<b>Pancreas</b>	3	3	3/3 associazione positiva
<b>Linfomi Non Hodgkin</b>	32	27	23/27 associazione positiva
<b>Leucemie</b>	23	16	14/16 associazione positiva
<b>Cervello</b>	11	11	11/11 associazione positiva
<b>Prostata</b>	10	8	8/8 associazione positiva
<b>Stomaco</b>	1	1	1/1 associazione positiva
<b>Ovaio</b>	1	1	Non riscontrata associazione
<b>Rene</b>	7	6	6/6 associazione positiva

tuzionale e come consumatori, per informare e per diminuire l'uso dei pesticidi.

Sicuramente non ho riportato tutti gli aspetti delle tossicità, e molte cose sono state tralasciate, ma è ora che

quando valutiamo la storia di un paziente, consideriamo automaticamente fra le eziologie, anche l'esposizione, obbligatoria nel nostro TERRITORIO, a tutte queste sostanze.

Dovrebbe entrare proprio nella nostra conoscenza e quindi nello schema di lavoro con cui tutti i giorni affrontiamo i vari casi la considerazione di quanto e come l'inquinamento ambientale ha a che fare con i casi concreti che abbiamo davanti. Dovremmo anche sapere le fonti più importanti di esso. Se vogliamo valorizzare il nostro ruolo di medici di base dobbiamo puntare sulla prevenzione, sulla prevenzione vera intendo. In questa credo che il nostro ruolo sia fondamentale per la capillarità del nostro raggio di azione, la nostra attenzione all'incidenza dei fenomeni sanitari, per il nostro ruolo nei due versi della conoscenza: dai dati concreti alla loro elaborazione e dalle teorie della salute (e della prevenzione) alla loro applicazione concreta.

Con questo articolo vorrei non solo suscitare una riflessione in noi stessi ma anche invitare la nostra dirigenza e le nostre istituzioni a prendere iniziative concrete per approfondire la conoscenza del tema, che è ora solo appena accennato.

Grazie per l'attenzione e cordiali saluti.

GIOVANNI BEGHINI  
GIOVANNIBEGHINI@GMAIL.COM



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

(BARRARE)

MEDICINA GENERALE

PEDIATRIA

COGNOME .....

NOME .....

VIA ..... N. ....

CAP ..... CITTÀ .....

TELEFONO ..... / ..... / .....

Possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale SI  NO

## Arsenico ...!

Caro Direttore,  
 l'Associazione Italiana Medici per l'Ambiente, sezione dell'International Society of Doctors for the Environment (ISDE), ritiene necessaria e urgente una chiara presa di posizione da parte di tutti gli Ordini dei Medici Italiani in merito al problema arsenico nelle acque destinate a consumo umano. Come noto, la Commissione Europea il 28 Ottobre 2010 con il documento n. C(2010)7605 ha risposto negativamente alla richiesta di una ulteriore deroga da parte del Governo Italiano ribadendo che il limite ammissibile per l'arsenico nelle acque destinate a consumo umano non può superare i 10 microgrammi/litro. L'arsenico infatti è un elemento cancerogeno certo di classe 1, secondo l'Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro (I.A.R.C.), ed ha una correlazione diretta con molte patologie oncologiche e in particolare con il tumore del polmone, della vescica, del rene e della cute. Inoltre l'esposizione a cronica all'arsenico attraverso l'acqua assunta come bevanda è stata associata anche a cancro del fegato e del colon. Una sempre più corposa documentazione scientifica associa l'arsenico, sempre attraverso l'assunzione cronica di acque contaminate, anche a patologie cardiovascolari, neurologiche e

neurocomportamentali; diabete di tipo 2; lesioni cutanee, disturbi respiratori; disturbi della sfera riproduttiva e malattie ematologiche.

Già la Direttiva Europea 98/83/CE, recepita in Italia con il Decreto Legislativo n. 31 del 2 Febbraio 2001 (modificato e integrato con successivo D. Lgs. 27/02), che disciplina la qualità delle acque potabili destinate al consumo umano garantendone la salubrità e la pulizia, aveva abbassato il limite previsto per l'arsenico nelle acque potabili da 50 a 10 g/l (microgrammi/litro), proprio in considerazione della sua cancerogenicità e dell'evidente rischio per la salute umana.

L'Italia, per le Regioni interessate da questa problematica ambientale, non si è adeguata a quanto stabilito dalla succitata Direttiva Europea ma fin dal 2003 ha fatto continuamente ricorso all'istituto della deroga, che ha innalzato il limite previsto dal D. Lgs. 31/2001 da 10 a 50 microgrammi/litro per l'arsenico (ma anche i limiti per altri elementi quali il fluoro, il vanadio, il selenio) e così di fatto sono state rese potabili per deroga acque che in realtà non lo sono.

I periodi di deroga come disposto dalla vigente normativa italiana avrebbero dovuto però avere la durata più breve possibile, comunque non superiore ad un periodo di tre anni nei quali si sarebbero dovuti presentare ed attuare piani di rientro mediante idonee tecnologie di trattamento delle acque captate e/o attraverso l'individuazione di nuove risorse idriche sostitutive, in modo da garantire acque salubri e pulite.

Anche in ossequio all'Articolo 5 del

nostro Nuovo Codice di Deontologia Medica che afferma: "Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini. A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva", le chiediamo di predisporre ogni iniziativa pubblica, affinché le competenti Istituzioni e gli enti preposti, nel rispetto del Principio di Precauzione, operino in modo adeguato e tempestivo perché sia rispettato il diritto alla salute delle persone e quanto prescritto dal D. Lgs. 31/2001 e disposto dall'Unione Europea.

E in particolare che:

- a) si faccia divieto di uso per consumo umano di acqua contenente arsenico e si provveda laddove occorra a forme alternative di approvvigionamento di acqua potabile per la popolazione;
- b) si informi correttamente e diffusamente la popolazione e gli operatori sanitari in merito;
- c) si adottino immediatamente tutti i provvedimenti necessari a dearsenicare l'acqua destinata a consumo umano.

Arezzo, 27 Dicembre 2010

ROBERTO ROMIZI  
 PRESIDENTE ISDE ITALIA  
 ASSOCIAZIONE MEDICI PER L'AMBIENTE

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

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

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

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

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

# Quanto costa la cefalea !!!

**DOTT. FABIO MARCHIORETTO**

Responsabile Centro Cefalee  
Ospedale Sacro Cuore  
Don Calabria Negrar  
fabio.marchioretto@sacrocuore.it

La cefalea è una forma di dolore che affligge una quota consistente della popolazione condizionandone la qualità di vita in tutti gli aspetti: l'impatto negativo sulla produttività lavorativa produce dei costi ingenti per il paziente ma anche per la società (giornate lavorative perdute, scarsa produttività) ma ben più ingenti, anche se non quantificabili, sono i costi cosiddetti intangibili, quelli cioè che alterano i rapporti affettivi, sociali, ludici per cui il paziente con cefalea ad alta frequenza arriva a vivere un senso di colpa rispetto alla sua malattia. L'atteggiamento fatalistico rispetto questa condizione patologica, interessa il paziente stesso ma anche il medico curante e lo specialista neurologo che, una volta identificato il paziente come "difficile", cerca anche inconsapevolmente di evitarlo perché non riesce a dargli delle risposte efficaci.

Alla fine del 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha inserito l'emigrania tra i primi 20 disturbi più disabilitanti al mondo.

Secondo i dati pubblicati dall'OMS nel suo report annuale sulla salute mondiale, l'emigrania limita le possibilità di una persona in tutti gli ambiti: questi dati sono molto difficili da quantificare. Secondo i dati raccolti da ricercatori in tutto il mondo, però, l'emigrania fa perdere anni di vita. In particolare, secondo l'OMS, l'emigrania fa perdere circa l'1,4% di tutti gli anni persi a causa di una malattia. Questa percentuale sale al 2% nelle donne, che sono le più colpite dal mal di testa. Per anni di vita persi, l'OMS intende anni vissuti in condizioni di salute non ottimali.

L'OMS indica quindi l'emigrania come uno dei principali disturbi a livello

mondiale e fissa due obiettivi: sviluppare programmi di educazione e formazione specifici per aumentare la conoscenza del mal di testa ed aumentare la ricerca per lo sviluppo di nuove ed efficaci terapie contro di esso.

Da questo nasce l'esigenza di centri specializzati alla cura di questa malattia, alla presa in carico globale del paziente, alla definizione diagnostica secondo criteri scientifici condivisi, all'impostazione di terapie secondo linee guida internazionali.

Il paziente lasciato a se stesso tende ad automedicarsi spesso abusando di analgesici fino a condizioni estreme di intossicazione con tutte le possibili conseguenze negative per la salute. Anche da un punto di vista economico ho notato talvolta la tendenza a



limitare o addirittura ad evitare la prescrizione di farmaci come i triptani che essendo in fascia A sono a carico del SSN, preferendo piuttosto indirizzare il paziente al trattamento con analgesici di fascia C. Tale atteggiamento nel medio-lungo termine ha però ripercussioni negative per tutti, paziente, medico e SSN almeno per quella fascia di pazienti -ed è più grande di quello che si possa pensare- che automedicandosi con analgesici da banco, va incontro prima a fenomeni di assuefazione, poi di overuse con assunzioni pluriquotidiane: a questo punto è inevitabile che inizino le complicanze ad esempio a carico dell'apparato gastro-intestinale (esofagiti, gastriti, ulcere etc) con conseguenti costi ingenti per la diagnostica (gastroscoopia) le terapie

(inibitori di pompa e altri gastroprotettori) e in certi casi per la necessità di ospedalizzazione (ricoveri per ematemesi, melena, disintossicazione etc)

Se consideriamo che soffre di emigrania l'11-12 % della popolazione italiana, è possibile trarne le dovute considerazioni: l'inquadramento diagnostico preciso, l'educazione sanitaria del paziente, l'introduzione delle terapie di profilassi possono produrre non solo un fondamentale sollievo al paziente ma, anche se secondario, un risparmio economico consistente per la Sanità Pubblica.

In uno studio su 231 pazienti con emigrania versus 188 controlli, attraverso una valutazione prospettica con diario della durata di 3 mesi, è stato rilevato che i giorni lavorativi persi ammontavano a 1.45 per gli emigranici e 0.96 per i controlli con un costo annuo calcolato pari a 240 dollari per ogni soggetto emigranico (*Michel et al. Cephalgia 1999*)

Il costo annuo dell'emigrania negli Stati Uniti per assenteismo e ridotta efficienza lavorativa ammonta a circa 13 Miliardi di dollari (Hu et al. Arch. Intern. Med. 1999)

In uno studio relativamente recente su un totale di 7796 soggetti emigranici seguiti dal 2006, 359 hanno sviluppato un'emigrania "trasformata" in cefalea cronica proprio a causa dell'abuso farmacologico. I soggetti che avevano sviluppato una forma cronica riferivano un consistente maggior numero di visite presso il medico di Famiglia, presso i Pronto Soccorso e presso i Centri Cefalea o le Terapie antalgiche; inoltre riferivano molte più assenze dal lavoro o da scuola oppure presenze ma con scarsa resa (performance < 50 %) Una media dei costi annuali, diretti e indiretti, faceva totalizzare una spesa annuale di 4,4 volte maggiore nei pazienti emigranici cronici (7750 dollari) rispetto a quelli che rimanevano affetti da emigrania episodica (1757 dollari) Economic burden of transformed migraine: results from the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. **Munakata J et al. Headache.** 2009 Apr;49(4):498-508 Il Centro Cefalee dell'Ospedale sacro Cuore-Don Calabria di Negrar è nato per fornire risposte efficaci a queste esigenze. Per questo motivo ho accreditato il centro a livello nazionale presso la SISC (Società Italiana Studio

Cefalee) ottenendo il Board of qualification in headache disorders e il Centro, a 7 anni dalla sua nascita, è sempre più diventato un riferimento stabile sul territorio veronese per il paziente cefalalgico.

In questi anni è stata stimolata la formazione e l'aggiornamento attraverso varie iniziative coinvolgendo la comunità scientifica veronese, nazionale e in occasione di un meeting tenutosi nel Maggio scorso a Negrar anche internazionale con la partecipazione del Prof. Michael Ferrari Direttore del dipartimento di Neuroscienze di Leiden Netherlands, considerato uno dei maggiori esperti mondiali nel

campo delle cefalee ed in particolare nell'ambito della genetica dell'emigrania.

Le nuove tecniche di impianto di elettrostimolatori dei nervi occipitali per le forme croniche, che nascono dalla collaborazione tra La Terapia antalgica ed il Centro Cefalee di Negrar, stanno ottenendo ottimi risultati e suscitando grande interesse nella comunità scientifica internazionale. Un primo studio prospettico monocentrico cross-sectional è stato recentemente ultimato e siamo nella fase di elaborazione dei dati. I risultati preliminari sono però molto confortanti. L'impegno nell'innovazione non può

comunque prescindere dalla madre di ogni terapia e cioè la formulazione di una diagnosi precisa. La cefalea è spesso subdola ed è necessario distinguere le forme primarie da quelle secondarie ad altra patologia prima di intraprendere qualsiasi trattamento. Una cefalea cronica può essere un'emigrania trasformata ma è necessario evitare di etichettare il paziente e diventare quindi miopi rispetto ad altre condizioni morbose di cui la cefalea può essere una spia ma che sottendono invece ad altre patologie che potrebbero potenzialmente avere gravi ripercussioni sulla salute del paziente.

## 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

## Malattia "on line". Nessun rischio di blocco

### NESSUN RISCHIO DI BLOCCO DELLA CERTIFICAZIONE ON-LINE DI MALATTIA A CAUSA DELL'USO DEI CODICI FISCALI DEI MEDICI COME USER ID.

**Roma, 13 dicembre 2010** – Una recente puntata della rubrica "Percorsi in sanità", trasmessa da Gold TV e ripresa dal sito FIMMG Roma, ha denunciato la presunta vulnerabilità dell'80% degli account dei medici abilitati alla certificazione on-line di malattia ad un attacco di tipo "diniego di servizio". Tale rischio viene fatto discendere dalla scelta di utilizzare, come identificativo utente del medico, il suo codice fiscale, il quale è un dato facilmente reperibile on-line, da qualsiasi cittadino, consultando gli albi professionali degli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

I medici paventano che qualche malintenzionato, acquisiti i codici fiscali dei medici certificatori, possa collegarsi al sistema con tali credenziali inserendo deliberatamente per tre volte una password fasulla: in questo modo attiverrebbe il blocco del sistema, previsto per motivi di sicurezza, costringendo il sanitario a recarsi nuovamente alla ASL per ritirare una nuova busta con le sue credenziali di accesso al sistema. Ciò creerebbe, in definitiva, non solo un grave disagio al medico, ma un inaccettabile disservizio al cittadino nel

rilascio della certificazione on-line di malattia.

La SIT, **Società Italiana Telemedicina e sanità elettronica**, ritiene doveroso precisare a tale proposito che **il problema non sussiste** in quanto la procedura di accesso al servizio, rispettando espressamente le normative di legge previste in materia di accesso ai siti web della PA, garantisce al medico la possibilità di ripristinare immediatamente e personalmente, con una semplice operazione on-line, la propria password eventualmente bloccata, senza così creare disservizi ai cittadini o costringere il medico stesso a recarsi alla ASL per farsi rilasciare una nuova password. Un eventuale "disturbatore" può dunque dare noia per i pochi secondi necessari al ripristino della password di accesso al sistema, ma parlare di "a rischio blocco l'80% degli account dei medici di famiglia italiani" appare eccessivo e fuori luogo.

La SIT pertanto, pur ritenendo certamente perfettibile il sistema di certificazione on-line di malattia proposto, lo ritiene sostanzialmente in linea con la normativa vigente ed adeguato, in questa fase iniziale di prima applicazione, alle esigenze per le quali è stato sviluppato; considera dunque ingiustificato l'allarme sociale provocato dalle affermazioni sopra riportate, e continua a dichiararsi disponibile a collaborare, con le istituzioni e con le organizzazioni dei medici, per sugge-

rire i percorsi più adeguati verso quella sanità elettronica, armonica e sostenibile, come ci piace definirla, a misura di medico e di cittadino.

Il portale SistemaTS è tuttavia dotato di un'apposita procedura on-line di ripristino della password del medico certificatore eventualmente bloccata, la quale si basa su di un sistema di rilevazione di due domande-risposte segrete inserite dal medico stesso in fase di registrazione.

Tramite tale verifica egli può autonomamente, ed in pochi secondi, ripristinare on-line la

propria password in caso di errato inserimento, dimenticanza od uso fraudolento della stessa, senza alcuna necessità di recarsi alla ASL per ottenere una nuova busta con le sue credenziali d'accesso al sistema. Tale procedura è esaurientemente descritta al punto 5, pagina 7, del manuale operativo (versione 25/11/2009) per l'autenticazione al portale del SistemaTS.

Analogamente per la certificazione d'invalidità civile INPS, che utilizza sempre i codici fiscali dei medici come user ID, il pronto ripristino della password è garantito dall'inserimento, in fase di registrazione, del numero di cellulare e dell'indirizzo e-mail del medico certificatore.

A parere degli esperti della Società Italiana di Telemedicina e sanità elettronica, quindi, il presunto problema non è specifico del sistema di certificazione on-line di malattia o di invalidità civile ed è per certi versi solo teorico. Del medesimo problema soffrono infatti, ad esempio, tutti i servizi on-line che utilizzano come identificativo utente il suo indirizzo di posta elettronica, il quale è noto per definizione almeno a tutti coloro con cui egli è entrato, anche solo una volta, in contatto.

### TRIBUNALE DI TORINO

## GRATUITA LA DIFFUSIONE DI MUSICA NEGLI STUDI MEDICI

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

## Nuovi modelli Istat per la certificazione di decesso

Con il 2011 entra in uso un nuovo modello per la certificazione delle cause di morte che presenta delle differenze, nella parte sanitaria, rispetto alle versioni precedentemente adottate.

L'Istituto Nazionale di Statistica ha fornito questo nuovo modello di rilevazione al fine di migliorare la qualità delle statistiche sulle cause di morte, anche in risposta al nuovo regolamento introdotto dal parlamento e dal consiglio europeo. Per facilitare la certificazione da parte del medico sono state introdotte diverse novità nella parte A del modello, quello che interessa appunto il medico certificatore.

Pertanto sono stati abrogati i modelli D.5 e D.5 bis precedentemente in uso. Tra le principali novità si sottolinea:

- la soppressione dei modelli distinti tra maschi (azzurro) e femmine (rosa), pertanto è necessario segnare nell'apposita casella il sesso della persona deceduta.
- I modelli restano quindi solo due,

uno per i decessi entro il primo anno di vita e il secondo per i decessi oltre il primo anno di vita.

- I nuovi modelli non sono più divisi nelle due parti: causa naturale e causa violenta di morte, unificando i quesiti per la descrizione della sequenza morbosa, sia che si tratti di morte naturale, di avvelenamento o lesioni.
- In caso di traumatismo o avvelenamento vengono richieste anche altre informazioni come la circostanza che ha dato luogo alle lesioni, la modalità in cui è avvenuto il trauma/avvelenamento, se si tratta di infortunio sul lavoro, la data e il luogo dell'incidente. Viene chiesto inoltre, nel caso di incidente da trasporto, di indicare il mezzo, il tipo di incidente, oggetto o veicolo coinvolti (per esempio se una macchina è finita contro un albero) il ruolo della vittima (Conducente, proprietario, passeggero, pedone).

Segnaliamo alcune raccomandazioni peraltro presenti anche per i modelli precedenti:

- scrivere in stampatello e inchiostro nero.
- Riportare tutte le cause che in sequenza hanno avuto rilevanza nel causare la morte, comprese per i minori di 1 anno le complicanze della gravidanza e del travaglio, o l'uso da parte della madre di sostanze stupefacenti o psicotrope.
- Se non è identificata una causa iniziale specifica usare la dicitura: causa iniziale naturale indeterminata.
- Indicare sempre il tempo intercorso tra l'insorgenza di ciascuna causa e il decesso, anche se l'informazione è approssimativa. Scrivere 0 se la causa è stata istantanea (es. emorragia cerebrale).
- Indicare le cause intermedie, se presenti, nella corretta sequenza temporale.
- Riportare nella II parte gli stati morbosi rilevanti che non fanno parte della sequenza riportata nella parte I, ma che, a giudizio del medico, hanno contribuito al decesso.
- Riportare sempre la condizione morbosa che ha determinato il decesso e non il meccanismo (arresto cardiaco, insufficienza respiratoria ecc.)

GELMINO TOSI

## Idoneità alla patente di guida D.M. 30-11-2010

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 301 del 27 dicembre 2010 è stato pubblicato il decreto 30 novembre 2010 recante **“Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida”** (All. n. 1).

Con il decreto emanato si è ritenuto necessario modificare l'allegato III del citato decreto del Ministro delle infra-

strutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, in conformità con le disposizioni introdotte dalla direttiva 2009/112/CE, prendendo atto della nota prot. I.4.CD.2.2 dell'8 ottobre 2010 con cui il Ministero della Salute ha trasmesso il documento elaborato dal gruppo tecnico di lavoro costituito presso detto Ministero con decreto dirigenziale 9 ottobre 2009, al fine di individuare criteri di valutazione dell'idoneità psicofisica alla guida di vei-

coli a motore **di soggetti affetti da patologie della vista, diabete o epilessia, sulla base delle nuove norme comunitarie.**

**Il decreto indicato in oggetto risulta essere di particolare interesse per i medici di cui all'art. 119 del D.Lgs. 285/92 in riferimento al rilascio del certificato di idoneità psicofisica alla guida (in particolare il medico monocratico di cui al comma 2 e le commissioni medico locali).**

Vista la rilevanza delle disposizioni contenute, riportiamo integralmente il decreto stesso.

**MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI TRASPORTI  
DECRETO 30 novembre 2010  
Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica**

**della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida. (G.U. n. 301 del 27 dicembre 2010). (10A15247)**

## **IL MINISTRO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI TRASPORTI**

Visto il decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285 e successive modifiche ed integrazioni, recante «Nuovo codice della strada»;

Visto il titolo IV del citato codice della strada recante: «Guida dei veicoli e conduzione degli animali»;

Visto l'art. 229 del medesimo codice che rinvia a decreti dei Ministri della Repubblica il recepimento, secondo le competenze loro attribuite, di direttive comunitarie afferenti alle materie disciplinate dallo stesso codice; Vista la direttiva n. 91/439/CEE del Consiglio, del 29 luglio 1991, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale delle Comunità europee n. L 237 del 24 agosto 1991;

Vista la direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale delle Comunità europee n. L 223 del 26 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida; Visto il decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, recante «Disposizioni comunitarie in materia di patenti di guida e recepimento della direttiva 2000/56/CE» pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 15 aprile 2004, n. 88 in particolare l'allegato terzo recante «Norme minime concernenti l'idoneità fisica e mentale per la guida di un veicolo a motore»;

Ritenuto necessario modificare l'allegato III del citato decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, in conformità con le disposizioni introdotte dalla direttiva 2009/112/CE;

Vista la nota prot. I.4.CD.2.2 dell'8 ottobre 2010 con cui il Ministero della salute ha trasmesso il documento elaborato dal gruppo tecnico di lavoro costituito presso detto Ministero con decreto dirigenziale 9 ottobre 2009 al fine di individuare criteri di valutazione dell'idoneità psicofisica alla guida di veicoli a motore di soggetti affetti da patologie della vista, diabete o epilessia, sulla base delle nuove norme comunitarie;

ADOPTA

IL SEGUENTE DECRETO:

Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida.

### **Art. 1**

- 1) È recepita la direttiva 2009/112/CE. Il rilascio e la conferma di validità della patente di guida a soggetti con patologie a carico dell'apparato visivo, diabetici o epilettici è subordinato all'accertamento dei requisiti previsti dagli allegati I, II e III, facenti parte integrante del presente decreto.
- 2) I punti 6, 10 e 12 dell'allegato III al decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, sono abrogati. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 30 novembre 2010

IL MINISTRO: MATTEOLI

### **ALLEGATO I**

Ai fini del presente allegato, i conducenti sono classificati in due gruppi:

- a) Gruppo 1: conducenti di veicoli delle categorie A, B, B + E e delle sottocategorie A1 e B1;
- b) Gruppo 2: conducenti di veicoli delle categorie C, C + E, D, D + E e delle sottocategorie C1, C1 + E, D1 e D1 + E.

### **VISTA**

- 1) Il candidato al conseguimento della patente di guida (ovvero chi deve rinnovarla o ha l'obbligo di revisione ai sensi dell'art. 128 del codice della strada) deve sottoporsi a esami appropriati per accertare la compatibilità delle sue condizioni visive con la guida di veicoli a motore. Dovranno essere valutati con particolare attenzione: acutezza visiva, campo visivo, visione crepuscolare, sensibilità all'abbagliamento e al contrasto, diplopia e altre funzioni visive che possono compromettere la guida sicura. Se c'è motivo di dubitare che la sua vista non sia adeguata, il candidato deve essere esaminato dalla Commissione Medica Locale.

Per i conducenti appartenenti al gruppo 1 che non soddisfano le

norme riguardanti il campo visivo e l'acutezza visiva, il rilascio della patente può essere autorizzato da parte della Commissione medica locale in "casi eccezionali", correlati alla situazione visiva del conducente, ponendo limitazioni riguardo alla guida.

In questi casi il conducente deve essere sottoposto a visita dalla Commissione che verifica, avvalendosi di accertamenti da parte di medico specialista oculista anche l'assenza di altre patologie che possono pregiudicare la funzione visiva, fra cui la sensibilità all'abbagliamento, al contrasto, la visione crepuscolare, eventualmente avvalendosi anche di prova pratica di guida. La documentazione sanitaria inerente agli accertamenti posti a base del giudizio espresso dovrà restare agli atti per almeno cinque anni.

### **Gruppo 1**

- 2) Il candidato al rilascio o al rinnovo della patente di guida deve possedere un'acutezza visiva binoculare complessiva, anche con correzione ottica, se ben tollerata, di almeno 0,7, raggiungibile sommando l'acutezza visiva posseduta da entrambi gli occhi, purché il visus nell'occhio che vede peggio non sia inferiore a 0,2.

Il campo visivo binoculare posseduto deve consentire una visione in orizzontale di almeno 120 gradi, con estensione di non meno di 50 gradi verso destra o verso sinistra e di 20 gradi verso l'alto e verso il basso. Non devono essere presenti difetti in un raggio di 20 gradi rispetto all'asse centrale, inoltre deve essere posseduta una visione sufficiente in relazione all'illuminazione crepuscolare, un idoneo tempo di recupero dopo abbagliamento e un'idonea sensibilità al contrasto, in caso di insufficienza di tali due ultime funzioni la Commissione medica locale può autorizzare la guida solo alla luce diurna. Qualora sia rilevata o dichiarata una malattia degli occhi progressiva, la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata dalla Commissione con validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna, avvalendosi di consulenza da parte di medico specialista oculista.

- 3) Il candidato al rilascio o al rinnovo della patente di guida monocolor, organico o funzionale, deve possedere un'acutezza visiva di non meno 0,8, raggiungibile anche con lente correttiva se ben tollerata. Il medico monocratico deve certificare che tale condizione di vista monocolor esiste da un periodo di tempo sufficientemente lungo (almeno sei mesi) da consentire l'adattamento del soggetto e che il campo visivo consenta una visione in orizzontale di almeno 120 gradi e di non meno di 60 gradi verso destra o verso sinistra e di 25 gradi verso l'alto e 30 gradi verso il basso. Non devono essere presenti difetti in un raggio di 30 gradi rispetto all'asse centrale, inoltre deve essere posseduta una visione sufficiente in relazione all'illuminazione crepuscolare e dopo abbagliamento con idoneo tempo di recupero e idonea sensibilità al contrasto, tali condizioni devono essere opportunamente verificate. Nel caso in cui uno o più requisiti non sono presenti il giudizio viene demandato alla Commissione medica locale che, avvalendosi di consulenza da parte di medico specialista oculista, valuta con estrema cautela se la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata, eventualmente con validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna.
- 4) A seguito di diplopia sviluppata recentemente o della perdita improvvisa della visione in un occhio, ai fini del raggiungimento di un adattamento adeguato non è consentito guidare per un congruo periodo di tempo, da valutare da parte di medico specialista oculista; trascorso tale periodo, la guida può essere autorizzata dalla Commissione medica locale, acquisito il parere di un medico specialista oculista, eventualmente con prescrizione di validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna.

## Gruppo 2

- 5) Il candidato al rilascio o al rinnovo della patente di guida deve possedere una visione binoculare con un'acutezza visiva, se del caso raggiungibile con lenti correttive, di almeno 0,8 per l'occhio più

valido e di almeno 0,4 per l'occhio meno valido. Se per ottenere i valori di 0,8 e 0,4 sono utilizzate lenti correttive, l'acutezza visiva minima (0,8 e 0,4) deve essere ottenuta o mediante correzione per mezzo di lenti a tempiale con potenza non superiore alle otto diottrie come equivalente sferico o mediante lenti a contatto anche con potere diottrico superiore. La correzione deve risultare ben tollerata.

Il campo visivo orizzontale binoculare posseduto deve essere di almeno 160 gradi, con estensione di 80 gradi verso sinistra e verso destra e di 25 gradi verso l'alto e 30 verso il basso. Non devono essere presenti binocularmente difetti in un raggio di 30 gradi rispetto all'asse centrale.

- 6) La patente di guida non deve essere rilasciata o rinnovata al candidato o al conducente che presenta significative alterazioni della visione crepuscolare e della sensibilità al contrasto e una visione non sufficiente dopo abbagliamento, con tempo di recupero non idoneo anche nell'occhio con risultato migliore o diplopia.

A seguito della perdita della visione da un occhio o di gravi alterazioni delle altre funzioni visive che permettessero l'idoneità alla guida o di insorgenza di diplopia deve essere prescritto un periodo di adattamento adeguato, non inferiore a sei mesi, in cui non è consentito guidare. Trascorso tale periodo la Commissione medica locale, acquisito il parere di un medico specialista oculista può consentire la guida con eventuali prescrizioni e limitazioni.

## ALLEGATO II

Ai fini del presente allegato, i conducenti sono classificati in due gruppi:

- a) Gruppo 1: conducenti di veicoli delle categorie A, B, B + E e delle sottocategorie A1 e B1;  
b) Gruppo 2: conducenti di veicoli delle categorie C, C + E, D, D + E e delle sottocategorie C1, C1 + E, D1 e D1 + E D1 e D1 + E.

## DIABETE MELLITO

Nelle disposizioni per "ipoglicemia grave" si intende la condizione in cui è necessaria l'assistenza di un'altra persona, mentre per "ipoglicemia ricor-

rente" si intende la manifestazione in un periodo di 12 mesi di una seconda ipoglicemia grave. Tale condizione è riconducibile esclusivamente a patologia diabetica in trattamento con farmaci che possono indurre ipoglicemie gravi, come l'insulina o farmaci orali "insulino-stimolanti" come sulfaniluree e glinidi.

## Gruppo 1

- 1) L'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida del candidato o del conducente affetto da diabete mellito è effettuato dal medico monocratico di cui al comma 2 dell'articolo 119 del codice della strada, previa acquisizione del parere di un medico specialista in diabetologia o con specializzazione equipollente, ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni, operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate.
- 2) In caso di presenza di comorbidità o di gravi complicanze che possono pregiudicare la sicurezza alla guida il giudizio di idoneità è demandato alla Commissione medica locale. In caso di trattamento farmacologico con farmaci che possono indurre una ipoglicemia grave il candidato o il conducente può essere dichiarato idoneo alla guida di veicoli del gruppo 1 fino a un periodo massimo di 5 anni, nel rispetto dei limiti previsti in relazione all'età.
- 3) La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o al conducente affetto da diabete mellito che soffre di ipoglicemia grave e ricorrente o di un'alterazione dello stato di coscienza per ipoglicemia. Il candidato o conducente affetto da diabete mellito deve dimostrare di comprendere il rischio di ipoglicemia e di controllare in modo adeguato la sua condizione.
- 4) Per i candidati o conducenti affetti da diabete mellito in trattamento solo dietetico, o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi, come metformina, inibitori dell'alfaglicosidasi, glitazoni, analoghi o mimetici del GLP-1, inibitori del DPP-IV in monoterapia o in associazione tra loro, il limite massimo di durata di validità della patente di guida, in assenza di compli-

canze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di legge previsti in relazione all'età.

## Gruppo 2

5) In caso di trattamento con farmaci che possano indurre ipoglicemie gravi, (come insulina, e farmaci orali come sulfaniluree e glinidi) l'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida del gruppo 2 da parte della Commissione medica locale, a candidati o conducenti affetti da diabete mellito è effettuato avvalendosi di consulenza da parte di un medico specialista in diabetologia o specializzazione equipollente, ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni, operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate, che possa attestare le seguenti condizioni:

- a) assenza di crisi di ipoglicemia grave nei dodici mesi precedenti;
- b) il conducente risulta pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia;
- c) il conducente ha dimostrato di controllare in modo adeguato la sua condizione, monitorando il livello di glucosio nel sangue, secondo il piano di cura;
- d) il conducente ha dimostrato di comprendere i rischi connessi all'ipoglicemia;
- e) assenza di gravi complicanze connesse al diabete che possano compromettere la sicurezza alla guida.

In questi casi, la patente di guida può essere rilasciata o confermata di validità per un periodo massimo di tre anni o per un periodo inferiore in relazione all'età.

6) Per i candidati o conducenti affetti da diabete mellito in trattamento solo dietetico, o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi, come metformina, inibitori dell'alfaglicosidasi, glitazoni, analoghi o mimetici del GLP-1, inibitori del DPP-IV in monoterapia o in associazione tra loro, il limite massimo di durata della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di legge previsti in relazione all'età.

7) In caso di crisi di ipoglicemia grave nelle ore di veglia, anche al di fuori delle ore di guida, ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile, per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del codice della strada.

8) In caso di modifiche della terapia farmacologica durante il periodo di validità della patente di guida di veicoli sia di Gruppo 1 che di Gruppo 2, con aggiunta di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave (insulina o farmaci orali "insulino-stimolanti" come sulfaniluree o glinidi); ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del Codice della strada.

9) Per i titolari di abilitazione professionale di tipo KA e KB si applicano le norme previste per la patente di guida di veicoli di Gruppo 2.

## ALLEGATO III

Ai fini del presente allegato, i conducenti sono classificati in due gruppi:

- a) Gruppo 1: conducenti di veicoli delle categorie A, B, B + E e delle sottocategorie A1 e B1;
- b) Gruppo 2: conducenti di veicoli delle categorie C, C + E, D, D + E e delle sottocategorie C1, C1 + E, D1 e D1 + E.

## EPILESSIA

1) Le crisi epilettiche o le altre alterazioni improvvise dello stato di coscienza costituiscono un pericolo grave per la sicurezza stradale allorché sopravvengono al momento della guida di un veicolo a motore. La valutazione pertanto dovrà essere fatta con particolare attenzione da parte della Commissione medica locale.

Per "epilessia" si intende il manifestarsi di due o più crisi epilettiche non provocate, a distanza di meno di cinque anni l'una dall'altra.

Per "crisi epilettica provocata" si intende una crisi scatenata da una causa identificabile e potenzialmente evitabile.

Una persona che ha una crisi epilettica iniziale o isolata o perde conoscenza deve essere dissuasa dalla guida. E richiesto il parere di uno specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e succes-

sive modifiche e integrazioni, che deve specificare il periodo di interdizione alla guida.

È estremamente importante identificare la sindrome epilettica specifica per valutare correttamente il livello di sicurezza rappresentato dal soggetto durante la guida (compreso il rischio di ulteriori crisi) e definire la terapia più adeguata. La valutazione deve essere effettuata da uno specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni.

Le persone che sono considerate clinicamente guarite su certificazione rilasciata da uno specialista in neurologia (o disciplina equipollente) e non hanno presentato crisi epilettiche da almeno 10 anni in assenza di trattamento farmacologico non sono più soggette a restrizioni o limitazioni.

I soggetti liberi da crisi da almeno 5 anni ma che risultino tuttora in trattamento saranno ancora sottoposti a controlli periodici da parte della Commissione medica locale che stabilirà la durata del periodo di idoneità dopo aver acquisito la certificazione emessa dallo specialista in neurologia o disciplina equipollente. Per i soggetti liberi da crisi da almeno 10 anni ma ancora in trattamento non è previsto il conseguimento/rinnovo della patente del gruppo 2.

Tutta la documentazione sanitaria dovrà restare agli atti della Commissione medica locale per almeno dieci anni.

## Gruppo 1

2) La patente di guida di un conducente con epilessia del gruppo 1 deve essere oggetto di attenta valutazione da parte della Commissione medica locale finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche in assenza di terapia.

I soggetti affetti da epilessia non soddisfano i criteri per una patente di guida senza restrizioni. Vi è obbligo di segnalazione, ai fini delle limitazioni al rilascio o della revisione di validità della patente di guida, all'Ufficio della Motorizzazione civile dei soggetti affetti da epilessia da parte di Enti o Amministrazioni che per motivi istituzio-

- nali di ordine amministrativo previdenziale, assistenziale o assicurativo abbiano accertato l'esistenza di tale condizione (per esenzione dalla spesa sanitaria, riconoscimento di invalidità civile, accertamenti dei servizi medico legali, ecc).
- 3) Crisi epilettica provocata: il candidato che ha avuto una crisi epilettica provocata a causa di un fattore scatenante identificabile, con scarsa probabilità che si ripeta al volante, può essere dichiarato idoneo alla guida su base individuale, subordinatamente a un parere neurologico (se del caso, l'idoneità deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilità).
  - 4) Prima o unica crisi epilettica non provocata: il candidato che ha avuto una prima crisi epilettica non provocata può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo di sei mesi senza crisi, a condizione che sia stata effettuata una valutazione medica specialistica appropriata. Il periodo di osservazione dovrà essere protratto finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche.
  - 5) Altra perdita di conoscenza: la perdita di conoscenza deve essere valutata in base al rischio di ricorrenza durante la guida.
  - 6) Epilessia: il conducente o il candidato può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo, documentato e certificato da parte dello specialista neurologo, di un anno senza ulteriori crisi.
  - 7) Crisi esclusivamente durante il sonno: il candidato o il conducente che soffre di crisi esclusivamente durante il sonno può essere dichiarato idoneo alla guida a condizione che il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo non inferiore al periodo senza crisi previsto per l'epilessia (un anno). In caso di attacchi/crisi durante la veglia, è richiesto un periodo di un anno senza ulteriori manifestazioni prima del rilascio della patente di guida (cfr. "Epilessia").
  - 8) Crisi senza effetti sullo stato di coscienza o sulla capacità di azione: il candidato o il condu-

- cente che soffre esclusivamente di crisi a proposito delle quali è dimostrato che non incidono sullo stato di coscienza e che non causano incapacità funzionale, può essere dichiarato idoneo alla guida a condizione che il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo non inferiore al periodo senza crisi previsto per l'epilessia (un anno). In caso di attacchi/crisi di natura diversa, è richiesto un periodo di un anno senza ulteriori manifestazioni prima del rilascio della patente di guida (cfr. "Epilessia").
- 9) Crisi dovute a modificazioni o a riduzioni della terapia antiepilettica per decisione del medico: al paziente può essere raccomandato di non guidare per un periodo di sei mesi dall'inizio del periodo di sospensione del trattamento. In caso di crisi che si manifestano nel periodo in cui il trattamento medico è stato modificato o sospeso per decisione del medico, il paziente deve essere sospeso dalla guida per tre mesi se il trattamento efficace precedentemente applicato viene nuovamente applicato.
  - 10) Dopo un intervento chirurgico per curare l'epilessia: il conducente o il candidato può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo, documentato e certificato da parte dello specialista, di un anno senza ulteriori crisi.

### Gruppo 2

- 11) Il candidato non deve assumere farmaci antiepilettici per tutto il prescritto periodo di dieci anni senza crisi. Deve essere stato effettuato un controllo medico appropriato con un approfondito esame neurologico che non ha rilevato alcuna patologia cerebrale e alcuna attività epilettiforme all'elettroencefalogramma (EEG).
- 12) Crisi epilettica provocata: il candidato che ha avuto una crisi epilettica provocata a causa di un fattore scatenante identificabile con scarsa probabilità di ripetizione durante la guida può essere dichiarato idoneo alla guida su base individuale per veicoli ad uso privato e non per trasporto terzi, subordinatamente a un parere neurologico. Dopo l'episodio acuto è opportuno eseguire un EEG e un esame neurologico adeguato.

- Un soggetto con una lesione strutturale intracerebrale che presenta un rischio accresciuto di crisi non deve guidare veicoli appartenenti al gruppo 2 (se del caso, l'idoneità deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilità).
- 13) Prima o unica crisi epilettica non provocata: il candidato che ha avuto una prima crisi epilettica non provocata può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo di dieci anni senza ulteriori crisi senza il ricorso a farmaci antiepilettici, a condizione che sia stata effettuata una valutazione medica specialistica appropriata.
  - 14) Altra perdita di conoscenza: la perdita di conoscenza deve essere valutata in base al rischio di ricorrenza durante la guida (se del caso, l'idoneità deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilità).
  - 15) Epilessia: devono trascorrere dieci anni senza crisi epilettiche, senza l'assunzione di farmaci antiepilettici e senza alcuna attività epilettiforme all'elettroencefalogramma (EEG). La stessa regola si applica anche in caso di epilessia dell'età pediatrica. In questi casi la Commissione dovrà stabilire una validità limitata che non potrà essere superiore a due anni. Determinati disturbi (per esempio malformazione arterio-venosa o emorragia intracerebrale) comportano un aumento del rischio di crisi, anche se le crisi non si sono ancora verificate. In una siffatta situazione ai fini del rilascio della patente di guida la Commissione medica locale dovrà attentamente valutare tale rischio, stabilendo un opportuno periodo di verifica, con validità della possibilità di guidare non superiore a 2 anni ove non diversamente disposto.



## Clandestini: non si denunciano

**Risposta del Governo inerente al divieto di segnalazione degli stranieri irregolari che chiedano assistenza sanitaria.**

Facendo seguito alla Comunicazione n. 47 del 15 dicembre 2009 si ritiene opportuno segnalare che, nella seduta del 2 dicembre 2010 della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, il Governo, rappresentato dal Sottosegretario di Stato alla Salute On. Eugenio Roccella, ha risposto (All. n. 1) ad una interrogazione parlamentare presentata dall'ON. Anna Margherita Miotto recante **"Tutela del medico che nell'esercizio della sua professione presta cure a malati immigrati clandestini, anche con riferimento ai recenti avvenimenti di Milano"** (All. n. 2).

Il Governo conferma che, ai sensi del

comma 5 dell'art. 35 del D.Lgs. 286/98 e successive modificazioni e integrazioni, **l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non debba comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, così come si verifica nelle stesse condizioni con il cittadino italiano.**

Tale disposizione, infatti anche a seguito dell'intervento di questa Federazione non è stata abrogata, né modificata dalla legge 15 luglio 2009, n. 94 e conserva, quindi, piena vigenza.

Si chiarisce, inoltre, che con riferimento alle prestazioni sanitarie di cui al sopracitato art. 35 non sussista ai sensi dell'art. 6, comma 2, del D.Lgs. 286/98 l'obbligo di richiedere i docu-

menti inerenti al soggiorno per l'accesso a prestazioni della pubblica amministrazione.

infine, con riferimento all'esercizio della professione medica nei confronti di immigrati non in regola, appare importante il richiamo del rappresentante del Governo **all'articolo 3 del Codice Deontologico** che testualmente recita **"Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona"**.

In conclusione, stante la rilevanza della fattispecie indicata in oggetto, si invitano tutti gli Ordini provinciali a dare la più ampia diffusione della risposta del Governo.

IL PRESIDENTE  
AMEDEO BIANCO

## 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**

## Cassazione: Irap non dovuta dai Mmg

Il medico di famiglia che nell'organizzazione del suo studio si limita al rispetto di quanto previsto dalla Convenzione con il Ssn non è tenuto al pagamento dell'Irap.

Il principio è stato affermato dalla Corte di cassazione, con sentenza numero 24953 depositata giovedì scorso.

I giudici, in sostanza, hanno accolto le tesi di un medico che si era visto negare la richiesta di rimborso dell'imposta nonostante l'organizzazione del

suo studio fosse quella minima stabilita dall'Acn.

Nel dare ragione al professionista, la Corte ha ricordato che la prova dell'esistenza di un'autonoma organizzazione dello studio (da cui l'assoggettamento all'imposta) non può arrivare dalla dotazione in apparecchiature prevista dagli obblighi convenzionali. «L'intervento della Cassazione» è il commento di **Carmine Scavone**, vice segretario vicario e coordinatore della Commissione fisco della **Fimmg**

«conferma un indirizzo già sancito dall'Agenzia delle entrate: il medico di famiglia che si dota degli strumenti previsti dalle Convenzioni - nazionale e regionali - non è tenuto al pagamento dell'Irap. Noi continuiamo a lavorare perché tale tesi sia portata alle sue estreme conseguenze: anche il personale di studio rientra tra le dotazioni previste dalla Convenzione, quindi neanche in questo caso il medico è assoggettabile all'imposta. Stiamo lavorando con l'Agenzia delle entrate per avere da loro un intervento che stabilisca definitivamente tale principio.

Intanto, con il Centro studi vareremo a breve una sorta di censimento tra i medici di famiglia per avere cifre precise sul numero di quanti pagano l'Irap, hanno presentato ricorso e lo hanno vinto».

FIMMG NAZIONALE

## Certificato anamnestico: chi deve esibirlo?

Il Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – ha emanato una nota del 5 novembre 2010 recante **“Questi applicativi comma 2 ter e comma 3 Art. 119 Codice della Strada – Parere”**.

Come è noto l'art. 119 del D.Lgs. n. 285 del 1992 come modificato dall'art. 23 della Legge n. 120 del 2010 recante **“Requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida”** al comma 2 ter dispone che **“Ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria ovvero di certificato di abilitazione professionale di tipo KA o KB, l'interessato deve esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, rilasciata sulla base di accertamenti clinico-tossicologici le cui modalità sono indi-**

**viduate con decreto** del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, sentito il Dipartimento per le politiche antidroga della Previdenza del Consiglio dei Ministri. Con il medesimo provvedimento sono altresì individuate le strutture competenti ad effettuare gli accertamenti prodromici alla predetta certificazione ed al rilascio della stessa.

La predetta certificazione deve essere esibita dai soggetti di cui all'articolo 186-bis, comma 1, lettere b), c), e d), e dai titolari del certificato CFP o patentino filoviario in occasione della revisione o della conferma di validità delle patenti possedute, nonché da coloro che siano titolari di certificato professionale di tipo KA o KB, quando il rinnovo di tale certificato non coincida con quello della patente. Le relative spese sono a carico del richiedente”. **Il comma 3 dell'art. 119 del**

D-Lgs. 285/92 stabilisce invece che “L'accertamento di cui ai commi 2 e 2-ter deve risultare da certificazione di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida.

**La certificazione deve tener conto dei precedenti morbosità del richiedente dichiarati da un certificato medico rilasciato da un medico di fiducia”**.

**In pratica al momento è richiesto il certificato anamnestico del medico di fiducia per coloro che conseguono per la prima volta la patente di guida o passino di categoria. Nelle more della successiva decretazione non è previsto il test antidroga.**

Il Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – nella nota del 5 novembre sopraccitata evidenzia che sia “superfluo sottolineare che i precedenti morbosità, oggetto di certificazione, devono essere stati accertati dal medico di fiducia sulla base di conoscenze clinico anamnestiche direttamente acquisite a seguito dello svolgimento di attività di medico curante, anche per aspetti specialistici, svolta nei confronti dell'interessato in continuità di rapporto di assistenza (che apparirebbe congruo riportare almeno ad un arco temporale non inferiore

Si certifica, nella certezza dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,  
che il Sig. da Sig. no \_\_\_\_\_  
C. F. \_\_\_\_\_  
da me in cura da più di un anno (risolvere la sua situazione) di un'ama-  
nente / non curato (risolvere la sua situazione) pregressa condizioni morbose  
che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

<b>Apparato cardio-circolatorio:</b> Se si, specificare il tipo di	SI	NO
<b>Diabete mellito</b>	SI	NO
<b>Sistema circolatorio:</b> Se si, specificare il tipo di	SI	NO
<b>Sistema nervoso:</b> Se si, specificare il tipo di	SI	NO
<b>Patologie psichiatriche:</b> Se si, specificare il tipo di	SI	NO
<b>Epilessia</b>	SI	NO
<b>Condizioni di dipendenza da: alcol / sostanze stupefacenti e psicotroici:</b> (specificare la sostanza con cui)	SI	NO
<b>Apparato urinario:</b> specificare la natura della	SI	NO
<b>Sanguine ed organi endocrini:</b> Se si, specificare il tipo di	SI	NO
<b>Apparato scheletrico:</b> gravi alterazioni strutturali e funzionali	SI	NO
<b>Organi di senso:</b> gravi patologie visive uditive	SI	NO

Data \_\_\_\_\_

**Timbro del Medico**  
nome, cognome e titolo di studio (specie se medico)  
e numero registrato (se applicabile) di abilitazione (professione)

**Firma del Medico**

all'anno), tale da consentire di poter conoscere i precedenti morbose dell'interessato o anche, in assenza di elementi clinico anamnestici di diretto riscontro, di poterne attestare la negatività nell'arco temporale di assistenza prestata in qualità di curante".

inoltre il Ministero della Salute rileva che "in via principale la figura del medico di fiducia, preposto al rilascio della certificazione inerente i precedenti morbose che possono costituire un rischio per la guida, sia da identificare funzionalmente nel medico di medicina generale, quale medico di assistenza primaria".

**Pertanto, con riferimento alla disposizione di cui al comma 3, secondo periodo, dell'art. 119 del Codice della strada sopracitato (certificato preliminare al rilascio della patente di guida) e allo scopo di facilitare ed uniformare il rilascio della certificazione da parte del medico di fiducia, il Ministero della Salute ha proposto l'utilizzazione di un facsimile di modello di certificato. L'utilizzo di tale modello è facoltativo.**

**Risultano infatti alla scrivente Federazione altre proposte di modello di certificato compatibili con la normativa. La FNOMCeO si riserva nel merito eventuali successive valutazioni.**

IL PRESIDENTE  
AMEDEO BIANCO

## CERTIFICATO PER LA PATENTE: ESENTE IVA

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

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

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

## Da che parte remiamo?

Per la nostra sanità, nei prossimi mesi, è prevista un'altra stretta finanziaria. Il nuovo piano sanitario regionale, infatti, prevede, tra le altre cose, un nuovo sistema di finanziamento per le ASL.

Per calcolare il dovuto non varrà più il criterio della "spesa storica" ma quello dei "costi standard".

Da quanto ci è dato di capire, verranno prese come riferimento le "best practice" presenti nelle varie strutture territoriali e a queste verrà chiesto di uniformarsi per dare alla gente il meglio al minor costo.

I dettagli ancora non si conoscono, ma qualcuno è trapelato.

Tra questi quello che prevede che i ricoveri dovranno essere ridotti a non più di 140 per mille abitanti/anno; che ci sarà uno stretto controllo sugli standard fissati con la famosa delibera 600 (quella sulle priorità) e quello che si dovrà ridurre il numero delle richieste di prestazioni specialistiche a non più di quattro per abitante per anno (escludendo dal conto, per nostra fortuna, gli esami ematochimici).

Con questi provvedimenti si prevede di ridurre i tempi delle liste di attesa ed i costi in sanità.

E per scongiurare che qualcuno cerchi trucchi o scorciatoie, sia che si tratti di specialistica che di ricoveri, tutto sarà gestito da un unico specifico software di tracciabilità che controllerà l'intero percorso per rendere impossibili i "favoritismi".

Per chi non vuole attendere si prevede l'introduzione di un sistema di "check up" a pagamento che dovrebbe permettere, sempre a chi lo vuole e se lo può permettere, di usare vie diverse (se volete "preferenziali").

Quando ero studente di medicina, nell'Ospedale di Legnago, al settimo piano, c'erano i "dozzinanti". Erano quelli che, per il ricovero, pagavano.

Da loro, il giro lo faceva regolarmente il primario, e per loro, in ogni cosa, c'era sempre un "occhio di riguardo". Nel 1980, con l'arrivo della riforma



sanitaria e con la nascita del nuovo SSN, il reparto è stato chiuso.

Forse adesso dovranno ricostituirlo.

In questi giorni, nel mio ambulatorio, arrivano i pazienti che il 14 novembre scorso hanno aderito alla campagna di prevenzione delle patologie tiroidee, che ha avuto tra gli "sponsor" (o tra i patrocinatori) anche il mio comune e la mia ASL.

Dal momento che il mio studio era vicino alla sede dove si svolgevano le visite, molti tra quelli visitati erano miei "assistiti".

Per alcuni di loro la "patologia" scoperta era già conosciuta ed è stata confermata.

Per altri la diagnosi era una novità.

Tra questi ultimi qualcuno mi è sembrato risentito del fatto che, in tanti anni di "assistenza", non me ne fossi mai accorto.

L'effetto è stato, comunque, quello che nel giro di pochi giorni le mie richieste di ecografia tiroidea sono aumentate in modo significativo.

Perché per ogni nodulo trovato mi è stata consigliata una ecografia di controllo a sei mesi oppure l'ago-aspirato (ovviamente eco-guidato).

Ma sono aumentate anche le mie richieste di indagini ematochimiche.

Tra queste, molte le indagini di cui si era detto non fossero da richiedere se non in casi selezionati perché non rispettavano quegli standard di appropriatezza che una apposita commissione provinciale, sempre incaricata (e sponsorizzata) dalle ASL, aveva identificato nei tanti incontri tra medici di famiglia e "specialisti" e sulle cui conclusioni si era tenuto, con grande enfasi, un convegno a San Bonifacio qualche mese fa.

Perché per ogni TPO-Ab positivo mi è stato "consigliato" di far eseguire anche un dosaggio di ANA, ENA, APCA, ASMA, anti-transglutaminasi. Per fortuna, col nuovo piano sanitario, l'ematochimica non mi verrà contata...! Non sarà però così per l'ecografia

tiroidea e per le citologie, che verranno comunque contate e che andranno a ridurre quel famoso margine di 4 prestazioni per abitante per anno.

Ma al di là di questo, vi devo confessare che tutta quella patologia scoperta in una sola giornata mi sta creando anche qualche altro problema.

Mi sto chiedendo, infatti, se quello che faccio in ambulatorio è corretto ed adeguato.

E mi chiedo se non sia giusto che d'ora in poi l'ecografia tiroidea, gli anticorpi anti TPO ed il TSH non comincino a richiederli anch'io, a tutti!

Perché se poi dovesse capitarmi, nelle piazze, un'altra "Giornata della Tiroide" come potrei spiegare ai miei pazienti di non averle, quelle "patologie", mai scoperte io che li assisto da tanti anni...!

Questa mattina alla radio c'era un appello di una società dei chirurghi vascolari che invitava tutti a sottoporsi ad una ecografia addominale.

Perché in caso di "aneurisma dell'aorta addominale" "un minuto ti salva la vita".

L'annuncio si concludeva con l'informazione che l'appello era una iniziativa "pubblicità progresso".

Ho cominciato a pensare che se si fa fatica ad arrivare alla fine del mese, al supermercato, si dovrebbe comperare il pane prima del filetto.

Così, per avere chiarimenti e a scampo di equivoci, ho pensato di chiedere un colloquio al mio "direttore UOC delle cure primarie".

Al quale ho espresso le mie perplessità e preoccupazioni, chiedendogli se tutte queste indagini è giusto che io cominci a prescriverle a tutti oppure no.

Perché se quella corretta fosse la seconda ipotesi, e se, visti i tempi e le ristrettezze, mi dovesse domani chiedere di tenere stretti i cordoni della borsa, mi dovrebbe però spiegare da che parte stiamo remando.

Perché su questo, devo confessarvelo, comincio ad avere idee molto confuse.

ROBERTO MORA



# Oche

di LUCIANO BONUZZI

L'incedere dondolante, il candore delle ali ed il tepore delle piume sono, certo, alla base dei suggestivi rimandi che fanno dell'oca l'animale eponimo – il totem – di quelle figure femminili che, designate come oche, non hanno proprio nulla di carente. Si tratta, piuttosto, di figure umane connotate da una fiducia senza grandi riserve nei valori di cui, per lo più, sono portatrici: l'ingenuità e la tenerezza. L'ingenuità e la tenerezza sono, ovviamente, doti naturali che, tuttavia, l'*imprinting* può plasmare ed orientare come ha insegnato Lorenz. La grande letteratura non ha prestato particolare attenzione a queste figure: ma come dimenticare Marusja, nella *Montagna incantata*, dal sorriso squillante e dai dolci seni con la serenità, un po' irresponsabile, che elargisce in un mondo di dolore. L'oca vive, insomma, all'insegna di Afrodite, occhi azzurri, e di Aurora, dita di rosa.

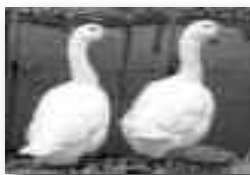
Ma Afrodite rimanda ad Ares: si capisce, pertanto, come sia scontato l'intreccio fra storie di oche e storie di guerre. Determinate, leggendario l'intervento delle oche quando i Galli nel 390 a.Ch. costrinsero l'esercito romano a rifugiarsi nel Campidoglio. Le oche, del resto, hanno dato un visibile contributo anche all'immagine degli eserciti in età contemporanea: gli ufficiali superiori delle truppe alpine hanno il cappello ornato con una penna d'oca che allude ai capelli bianchi della saggezza anche se il palese contrasto con le penne d'aquila degli ufficiali interiori non sfugge all'ironia. E poi vi è il passo dell'oca: il passo da parata.

L'oca, in breve, dà qualche smalto al mondo della vita ora attraverso la suggestione della metafora ed ora con la concretezza della sua livrea. Ma l'oca segna anche l'apice nel tempo ciclico delle stagioni: a Natale, quando la neve riempie i boschi di silenzio, l'oca arrostita e ben dorata illumina le stoviglie e le tovaglie. La crosticina croccante della pelle d'oca, liberata dal grasso colato nella leccarda, è l'anima del pranzo di Natale che, al di là delle Alpi, riunisce, proprio intorno all'oca, quanto vi è di più vivo degli affetti familiari.

L'oca, a guardar bene, illumina con qual-

che bagliore la vita sentimentale, l'aggressività guerriera e la tenerezza del più caldo fra i pranzi in comune: valori che possono sfuggire allo sguardo di chi è prigioniero di pratiche vegetariane dimesse e scondite. Al di là di tante metafore l'oca, tuttavia, ha un valore centrale in gastronomia.

I Romani amavano l'oca bollita e condita, all'ultimo momento, con salsa apiciana. Messalina, in particolare, ne apprezzava invece le zampe in simbiosi con le creste di gallo. Lungo il Medioevo, in tempi di cucina assai frugale, l'oca, ospite di trasandati cortili, contribuisce a combattere la fame: ne parlano Dante, Petrarca, Poliziano etc. quasi per testimoniare la sua presenza nell'universo della quotidianità. Occupa, ma senza particolare enfasi, anche l'immaginario gastronomico di Teofilo Folengo che ricorda pure... l'oca marina, come fa lo stesso Rabelais. Interessante, per sottolineare il cambiamento di gusti rispetto ai tempi di Apicio, il suggerimento di Maestro Giovanni de' Rosselli che raccomanda di arrostitirla riempendola "d'aglio o cipolla ed altre buone cose". Cauti è invece il parere di



Bartolomeo Platina secondo il quale, come tutti gli animali che Columella definisce anfibi, le oche non offrono un buon nutrimento: solo le ali e il petto possono essere mangiati senza preoccupazione. Tanara, d'altra parte, elenca molteplici impieghi dell'oca in medicina e ricorda l'effetto afrodisiaco dei suoi testicoli, sia nei maschi che nelle femmine. Senza seguire in dettaglio i sentieri dell'oca lungo l'Età Moderna, si può ricordare come sembri condividere il destino di tanti volatili – la gru, il pavone, la folega – che perdono progressivamente terreno rispetto al tempo – un tempo di scrittura debole – in cui decoravano i banchetti signorili con i sgargianti colori delle loro piume; oggi, fra i volatili citati, solo le foleghe hanno qualche interesse gastronomico ma, in un contesto assai mirato, sotto forma di ragoût per le tagliatelle. Anche l'oca nella dietetica contemporanea si ritaglia uno spazio gastronomico essenzialmente mirato e differenziato: il fegato d'oca. Carême si dilunga sul possibile impiego del *foie gras* di Strasburgo che, pasticciato con i tartufi, reclama il

più raffinato dei sauternes. È peraltro verosimile che se non si operasse per indurre la degenerazione grassa del fegato di questi poveri animali si otterrebbero prodotti in quantità più modesta ma dal sapore più naturale e più gradevole. Anche Pellegrino Artusi riserva la propria attenzione soprattutto al fegato mentre per l'oca nel suo insieme solleva larghe riserve in quanto, a suo avviso, si tratta di un piatto assai grasso, poco consigliabile allo stomaco degli Italiani, ma in verità l'arrosto d'oca ripiena di mele – piatto di origine germanica che Artusi, naturalmente, conosce – è una vera prelibatezza e, quando è ben cotto, ha smarrito ogni eccesso lipidico. Assolutamente riduttivo il parere di Escoffier che scrive: "Dal punto di vista culinario, il merito principale dell'oca è quello di fornire il *foie gras* più fine, più compatto e più perfetto. Al di fuori di questo prodotto, l'oca è utilizzata solamente nella cucina regionale e borghese, e per di più deve esserlo quando è giovane, allo stato di papero, o appena arrivata al termine del suo sviluppo". Ma le 'ochette', che Escoffier non sembra conoscere, sono un piatto popolare di grande fascino, oggi pressoché smarrito, cancellato dall'avvento del frigorifero: si tratta di pezzi d'oca salati e conservati sotto unto che vanno consumati alla fine dell'inverno accompagnati con piselli conditi con il lardo mentre il calore del focolare e quello del sole diradano la nebbia del paesaggio. Anche il grasso d'oca è un piatto invernale dalla severa ma coinvolgente frugalità: raccolto in vasi di terracotta, spalmato su fette di pane nero dei contadini della Franconia, appena cosparso di sale, va accompagnato con la birra affumicata di Bamberg. Si può ben dire che intorno all'oca gravita la complessità dell'anima europea che, come diceva Goethe, permette ad un vero tedesco di amare i vini francesi accantonando il lungo e sottile risentimento esplosivo quando le armate franche hanno varcato il Reno. Strasburgo, città franco-germanica, è la patria del fegato d'oca. Le oche del Natale italiano non di rado arrivano dall'Ungheria. È l'Europa. L'oca è, insomma, un grande piatto. Tanto più che unisce i fedeli delle religioni del *Libro* che sono invece assai divisi ed ostili nel rapporto con il maiale. Fra i cibi 'kosher', dove la qualità è certificata per le comunità israelitiche, si ricordano il petto d'oca salmistrato e soprattutto il salame o il prosciutto d'oca. L'oca e il porco sono agli antipodi, sono punte estreme del pendolo della gastronomia. Ed ecco fatto il becco all'oca.

## Facoltà di medicina: il genere femminile dall'eccezione alla regola (1ª Parte)

### Elda Baggio

Dipartimento di Chirurgia  
Facoltà di Medicina - Università di Verona

### Emanuela Boscarini

Laureata in Medicina e Chirurgia  
Sessione autunnale AA 2009/2010

### Giulia Armatura, Francesca Panzeri

Scuola di Specializzazione  
Chirurgia Generale - Facoltà di Medicina  
Università di Verona

Da un punto di vista storico la professione medica è stata nel corso dei secoli individuata come attività sostanzialmente maschile. Ciò nondimeno è possibile evidenziare lo sviluppo che la medicina al femminile ha conosciuto nel corso dei secoli sino ad arrivare alla situazione attuale che vede una assoluta predominanza di Donne nella facoltà di medicina e nei medici al di sotto dei 35 anni.

Nonostante sia da tutti condivisa la consapevolezza di una lunga consuetudine delle donne con la morte, la vita, la guarigione o la malattia, si riscontrano notevoli difficoltà nel rintracciare il peso ed il ruolo delle donne che svolgevano professioni mediche nell'età antica.<sup>[3]</sup>

Già nel 4° secolo a.C. una legge ateniese, in una Grecia ove esistevano donne medico e chirurgo in quasi tutte le città, vietò alle donne sotto pena di morte, di studiare o praticare la medicina e la farmacologia e tale legge fu operante per un certo tempo, anche se era a tutti noto che questo causava spesso la morte per parto o per malattie ginecologiche delle donne che esitavano a rivolgersi ad un medico maschio.<sup>[3]</sup>

A Roma nel 163 a.C. gli abitanti erano circa un milione, e troviamo registrati circa duemila fra medici e guaritori oltre a 450 levatrici che aiutavano nel parto e che curavano le malattie delle donne.<sup>[1]</sup>

Nell'**alto medioevo** l'esercizio della medicina era libero, infatti per esercitare la professione medica, non era necessaria la laurea vera e propria, nemmeno nel suo grado inferiore, chiamato "magistero" o "licenza".

I vari ordinamenti e capitoli medici di quell'epoca dimostrano chiaramente che l'esercizio dell'arte sanitaria veniva concesso a chiunque avesse superato con successo l'esame davanti ad una Commissione apposita, presieduta dal Priore del Collegio, ove questo esisteva.<sup>[4]</sup>

**La Scuola Medica di Salerno**, fondata attorno all'anno 1000, rappresenta l'unica eccezione<sup>[7]</sup>. Essa fu il primo Centro di Cultura non ecclesiastico e divenne talmente rinomato da essere considerato la prima Università d'Europa. In quel luogo si cominciarono a tradurre dall'arabo in latino i testi di medicina degli antichi scienziati greci, rendendoli nuovamente accessibili agli studiosi occidentali.

**La Scuola era aperta anche alle donne che la frequentavano sia come studentesse che come insegnanti.**<sup>[4]</sup> Risale a quegli anni il termine di "Mulieres Salernitanae" che indica le donne che insegnarono e operarono nella scuola. Tra le più conosciute ci sono le "medichesse" Trotula de' Ruggiero, ma anche Abella di Castellomata e Rebecca Guarna.<sup>[7]</sup>

Di **Trotula** si sa che visse attorno al 1050 a Salerno. Discendeva dall'antico casato dei "de Ruggiero" e, come membro della nobiltà, ebbe la possibilità di frequentare le scuole superiori e di specializzarsi in medicina. Sposò il medico Giovanni Plateario da cui ebbe due figli che continuarono l'attività dei genitori.

Trotula ebbe idee innovative sotto molti aspetti: considerava che la prevenzione fosse l'aspetto principale della medicina e propagava nuovi e per l'epoca insoliti metodi, sottolineando l'importanza che l'igiene, l'alimen-

tazione equilibrata e l'attività fisica rivestono per la salute. Le sue conoscenze in campo ginecologico furono eccezionali e molte donne ricorrevano alle sue cure. Fece nuove scoperte anche nel campo dell'ostetricia e delle malattie sessuali. Cercò nuovi metodi per rendere il parto meno doloroso e per attuare il controllo delle nascite.

Si occupò del problema dell'infertilità, cercandone le cause non soltanto nelle donne, ma anche negli uomini, in contrasto con le teorie mediche dell'epoca. Annotò queste scoperte nella sua opera più conosciuta il *De passionibus Mulierum Curandarum* (*Sulle malattie delle donne*), divenuto successivamente famoso col nome di *Trotula Major*, quando venne pubblicato insieme al *De Ornatu Mulierum* (*Sui cosmetici*), un trattato sulle malattie della pelle e sulla loro cura, detto *Trotula Minor*.

La trattazione risulta straordinaria anche perché, per la prima volta, una Donna medico parla esplicitamente di argomenti sessuali, senza nessun accento moralistico. Accanto all'elaborazione teorica delle esperienze, nel testo si trovano numerosi esempi pratici.

Tra il Mille e il 1200 erano note le cosiddette **herbarie** le vere cultrici delle piante medicinali. Nei testi delle leggi romano-barbariche, l'herbaria era letteralmente la raccogliitrice, l'esperta di erbe, colei che viveva nelle campagne e che si serviva delle sue conoscenze botaniche proprio per curare.

Era dunque noto, e ben accetto, il fatto che le donne dispensassero "cure", sebbene già nel 572 d.C. (nel Concilio Bracarense II) la Chiesa condannasse la pratica sacrilega di "incantare herbas". Nelle fonti di quel tempo si trova il fondato sospetto che queste producessero "pocula avorsionis" (pozioni "abortive"). È in seguito, nel secondo millennio che si delinea all'interno della Chiesa l'idea che il loro sapere e il loro

agire sia pericoloso ed esse vennero considerate streghe, fattucchiere ed iniziarono le condanne dei primi Tribunali dell'Inquisizione istituiti da Gregorio IX già a partire dal 1231.<sup>[4]</sup>

Nell'**alto medioevo** l'unica possibilità per le donne di avere la cultura necessaria per essere ammesse alle Università era lo studio privato, infatti era loro interdetta l'iscrizione alle scuole pubbliche. Le scuole claustrali o monacali, pur garantendo una cultura elevata avevano prevalente di carattere religioso ed erano riservate alle novizie. Le Università stesse poi, erano poche di numero, sparse sul territorio e l'inferiorità sociale della donna durante tutto il Medioevo rendeva praticamente impossibile per essa abbandonare la casa dei genitori, vivendo per cinque o sei anni sola, senza alcuna protezione in un'altra città, solo con lo scopo di conseguire una laurea.

Con la maggiore diffusione delle Scuole mediche universitarie - l'Università di Bologna fu fondata nel 1088, ma la Facoltà di Medicina comparve solo nel XIV secolo, Padova fu fondata nel 1222 e Napoli fu fondata nel 1224, l'esercizio della professione medica ufficiale fu fatto dipendere, se non dalla laurea, almeno dal possesso della licenza.

Nonostante ciò proprio nei secoli XIII e XIV riscontriamo un grande numero di mediche nelle città italiane, perché chiunque, purché sostenesse un esame davanti l'apposita Commissione, poteva esercitare l'arte medica e questa fu la strada scelta in quel periodo dalle Donne che volevano esercitare l'arte sanitaria.

L'assenza all'inizio e, la scarsità successiva delle Scuole pubbliche fece sì che in ogni centro importante fiorisse la Scuola di un Maestro privato, che insegnava ad un gruppo di allievi paganti la medicina pratica, con tutti i presunti segreti personali dell'arte.

Questi allievi, una volta che si erano impossessati dell'arte del Maestro, diventavano da parte loro custodi gelosissimi di tutti i metodi di cura e di tutte le ricette ritenute segrete, trasmesse a loro dal Maestro.

Quando un medico, dopo molti anni di esercizio professionale, si ritirava dall'attività, per godersi in pace gli ultimi anni della vita, solo malvolentieri trasmetteva i segreti della propria arte ad uno estraneo. Si formavano quindi delle intere dinastie mediche, in cui i segreti gelosamente custoditi si

trasmettevano dal padre al figlio. Ed in assenza di figli maschi era possibile che al medico subentrassero la moglie o la figlia, che conservavano così la vecchia clientela.

Ecco perché, nella stragrande maggioranza dei casi le mediche erano vedove, mogli o figlie di medici che si impraticavano probabilmente durante gli ultimi anni di attività del loro congiunto della specialità da questi esercitata, tanto da poter addirittura affrontare l'esame prescritto per ottenere la licenza.

Dunque se una parte di queste donne esercitava abusivamente, molte ebbero il coraggio o di affrontare gli esami, o di ottenere in qualche altro modo legale il crisma ufficiale della loro professione, in tutto quindi equiparate ai loro colleghi di sesso maschile.

Nei casi rari naturalmente in cui anche esse riuscivano ad ottenere una laurea vera e propria, questa circostanza le poneva al livello di un "artium et medicinae doctor".

Nulla avevano quindi esse da fare con le volgari ciarlatane e tanto meno con le cosiddette fattucchiere, che somministravano bevande magiche ed esercitavano le più diverse pratiche superstiziose. Queste ultime venivano del resto perseguitate e severamente punite dalle leggi allora vigenti. Esse non avevano d'altronde nulla, in comune nemmeno con le levatrici o mammane, classe rispettata, ma sempre ben distinta da quella dei medici. Spettava a queste non solo l'assistenza alle partorienti, ma anche la cura delle malattie ginecologiche in generale, visto che gli uomini non erano ammessi all'esame dei genitali femminili.

In conclusione quindi queste donne erano delle mediche vere e proprie, con o senza il crisma di uno Studio Generale, ma nella grande maggioranza dei casi possedevano una delle diverse forme d'autorizzazione ufficiale per esercitare la professione generica oppure una specialità.<sup>[4]</sup>

**Nel 1321**, il duca Carlo di Calabria conferì a Francesca, moglie di Matteo Romano, la Laurea in chirurgia (Uitz).<sup>[7]</sup> Il 5 Gennaio **1322** toccò a Venturella Cisinato di conseguire la licenza nell'arte chirurgica. Di questo periodo si ricorda anche la napoletana Maria Incarnata, che si dimostra "expers et sufficiens in medicandis vulneribus et aposthematibus", riceve con solennità il "Privilegium" nell'esercizio dell'arte chirurgica

**Tra il 1356 e il 1409** si trovano più di 40 nomi di donne medico, al cui nome era aggiunta generalmente la paternità o lo stato coniugale, quasi a volerne legittimare la tradizione professionale. Come già detto, queste donne succedettero spesso al congiunto in caso di morte prematura di quest'ultimo o di mancanza di eredi maschi.<sup>[7]</sup>

Appartengono al **secolo XV** Thomasia di Castro Isae, Costanza Colenda e Rebecca Guarna, le ultime due autrici anche di varie opere scientifiche.

**All'epoca a Firenze** le donne che praticavano l'arte medica erano di gran lunga più numerose di quelle di altre città italiane. Alcune di queste mediche erano ebreo, così nel 1386 si parla di una "Maestra Antonia del Maestro Daniello, ebrea, medica".

Nella **Serenissima** nel XIV secolo operarono con certezza sei dottoresse. Vale la pena di accennare alle mediche veneziane, non tanto per il loro numero, ma perché di è stato possibile raccogliere molti documenti in gran parte inediti e molto caratteristici per i rapporti tra la classe medica ed le autorità.

La Repubblica di Venezia, concedeva la licenza all'esercizio dell'arte medica a coloro che superavano l'esame davanti al Collegio dei Medici e Chirurghi.

Dai documenti risulta in modo chiaro che tutte le mediche di Venezia esercitavano la loro arte "per grazia". Come nelle altre città, così anche a Venezia non esisteva alcuna differenza giuridica tra l'elemento medico maschile e femminile.

L'onore di aver abilitata per la prima volta una donna tocca qui alla città di **Catania**. Fu nel 1376 che Vidimura, moglie di un certo Dottor Pasquale, esaminata dai medici della Casa Reale, ottenne l'abilitazione per tutto il Regno, con la concessione di curare anche i poveri, ai quali - dice il diploma - riesce difficile pagare gli immensi salari dei medici".

**Dal 400** in poi le donne scompaiono di nuovo: da un lato le Università si moltiplicano a scapito dello studio privato, d'altra parte per le donne le difficoltà sociali a frequentare le Scuole pubbliche rimangono invariate. Scompare la possibilità di studiare privatamente ed essendo l'esercizio legato al possesso della licenza universitaria, sfuma ogni possibilità pratica per l'elemento femminile di farsi avanti.<sup>[4]</sup> Alla fine del '400, documenta Giovanna

Vicarelli, i medici trovano nella chiesa cattolica una alleata importante nel consolidare il loro monopolio professionale, contribuendo a gettare il sospetto di stregoneria sulle ostetriche, confermando spesso che alcuni eventi erano il frutto di sortilegi e non di arte medica.<sup>[7]</sup>

**L'atteggiamento antifemminista** rimase invariato per secoli, come reliquato della tradizione romana e clericale: "omnes foeminae remotae sunt non tantum ab officiis publicis, sed et omnibus quae mentisacumen requirunt".(4) (Tiraqueau, cap. XXXI, n. 321) **L'800 è il secolo del risveglio**, inizia la battaglia delle donne per l'ammissione alle scuole pubbliche e di conseguenza per l'ammissione all'università il cui ingresso era condizionato dal possesso della licenza liceale. In questo contesto l'ammissione delle donne alla facoltà di Medicina fu quella più difficile. Si riteneva infatti che l'assistenza ai malati e ai moribondi fosse l'unica attività "adatta" alle donne considerate inferiori per intelletto. Esse erano ritenute inadatte alla scienza medica di cui avrebbero sicuramente rallentato il progredire del sapere scientifico.

La prima donna laureata in medicina nel mondo sembra essere Lucrezia Corsaro Piscopia, laureatasi a Padova nel 1678. In realtà essa studiò dialettica e vi aggiunse lo studio della medicina.<sup>[7]</sup> La Sua statua a grandezza naturale è presente nell'atrio dell'Aula Magna del palazzo del Bo a Padova.

**Per capire il clima dell'epoca, vale la pena di riportare l'inizio della Lettura inaugurale del 1871 dell' American Medical Association:**

*"Un'altra malattia è diventata una epidemia. La questione della donna, in relazione alla medicina, è solo una delle forme in cui la PESTIS MULIERIBIS infastidisce il mondo. In altri modi essa attacca l'aula del tribunale, dibatte fra i banchi della giuria, e chiaramente ha intenzione di salire sopra il seggio parlamentare; essa lotta, invano, per raggiungere l'abito sacerdotale e tuonare dal pulpito; urla agli incontri politici, arringa nell'aula universitaria, infetta le masse con il suo veleno e trafigge persino il triplice ottone che circonda il cuore politico"......*

Le situazioni nei diversi paesi europei erano però differenti:

Nel 1870 il re di **Svezia** sottoscrisse un'ordinanza in cui si concedeva alle donne di iscriversi alle Facoltà Mediche e di esercitare la medicina, istituendo

però Corsi di Laurea separati da quelli degli uomini sia pure con gli stessi argomenti.

Negli stessi anni anche nella reazionaria **Russia Zarista** le donne ottennero di potersi iscrivere alle facoltà mediche ma, a differenza della Svezia, avevano delle limitazioni nell'esercizio della pratica medica, potevano infatti curare solo le malattie delle donne e dei bambini.

**In Italia**, l'iscrizione delle donne all'università, non era esplicitamente esclusa dalla Legge Casati del 1859 ma l'uso del maschile nei sostantivi nel testo di legge favorì l'opinione che l'Università fosse solo per gli uomini. I primi accessi femminili nelle Università italiane avvennero sotto la formula prevista dalla legge Casati di "uditore". Per la figura di uditore era prevista la frequenza di alcuni corsi universitari, ma non poteva aspirare alla laurea.<sup>[9]</sup> Per le donne l'iscrizione alla Facoltà di Medicina, fu la più difficile, perché i medici si unirono in modo cooperativo e si opposero strenuamente all'ammissione delle donne alla facoltà di medicina. Infatti l'istruzione universitaria femminile fu ufficialmente sancita con il regolamento Boghi e poi con il regolamento Coppino solo nel 1876. Per diversi decenni l'Università italiana fu però quasi esclusivamente maschile; la difficoltà per le donne di accedere all'istruzione universitaria era fortemente legata allo stato di incertezza legislativa che caratterizzava l'accesso femminile alla scuola superiore:

le alunne erano infatti presenze impreviste nei ginnasi e nei licei del Regno. Pur non esistendo un'esclusione esplicita, la decisione di accettare o meno le donne spettava ai presidi delle singole scuole che spesso rifiutavano la domanda adducendo motivazioni quali l'impossibilità di creare classi di sole donne per lo scarso numero di iscritte.

Questa motivazione muterà solo nel 1883, quando le donne verranno finalmente ammesse nei licei classici. Ci vollero, quindi, molti anni prima che il fenomeno ottenesse una minima rilevanza. Vi erano, infatti, forti perplessità "moralì" da parte delle famiglie e della società all'iscrizione indiscriminata delle donne alle scuole superiori.

Paradossalmente quindi successivamente l'ingresso delle donne all'Università suscitò minori problemi rispetto all'accesso nei Ginnasi-Licei. Ciò fu dovuto a una maggiore auto-

nomia dell'università e alla convinzione di molti secondo cui le studentesse universitarie avessero ormai un'età che le preservava dai pericoli della frequentazione maschile.<sup>[9]</sup>

Ovviamente non va dimenticato che ancora all'inizio del 1900 lo Stato italiano tendeva a sostenere una stretta relazione tra donna e casa, una sorta di binomio inscindibile che poneva appunto l'abitazione come naturale sede della donna. Negli stessi anni, anche il mondo cattolico si adoperò fortemente a sostegno dello stesso pregiudizio, **nell'enciclica papale Rerum Novarum** si trova infatti: *"Certi lavori non si confanno alle donne, fatte da natura per i lavori domestici, i quali grandemente proteggono l'onestà del debole sesso"*.

Nonostante le difficoltà determinate da un tale ambiente culturale, nell'anno 1900 si registrarono 250 iscritte alle università italiane, più di 1000 ai ginnasi e quasi 10000 alle scuole professionali e commerciali"

**LE PIONIERE** La prima donna laureata in medicina nel Regno d'Italia fu Ernestina Paper. Di **Ernestina Paper**, nata Purità Manasse, sappiamo che è di Odessa e che fa parte di quella borghesia commerciale di ceppo ebraico arricchitasi con i traffici del Mar Nero e che giunge in Italia a metà del XIX secolo. Nell'A.A. 1872-73 la Paper risulta iscritta al secondo anno della Facoltà Medica di Pisa, mentre è presumibile che abbia iniziato gli studi medici a Zurigo. In Italia segue per tre anni i corsi di Pisa poi passa, per fare la pratica clinica, a Firenze, come prescrive l'ordinamento toscano vigente fino al 1884. Si laurea nel 1877 e già l'anno successivo pubblica sulla terza pagina della "Nazione" una finestra riquadrata in cui informa il pubblico di aver aperto uno studio medico dove cura le malattie delle donne e dei bambini. Più tardi, però, nel 1886 ottiene un incarico pubblico, non nell'ambito della cura dell'infanzia così ampiamente sviluppata a Firenze, ma viene assunta dalla Direzione compartimentale dei telegrafi della città che le affida il compito di fare le visite mediche al personale dipendente di sesso femminile.<sup>[10]</sup>

La seconda laureata in Medicina d'Italia fu **Maria Farnè Velleda**, che si laureò nel 1878 all'Università di Torino. È quindi il periodo delle pioniere, che dalla fine degli anni Ottanta dell'Ottocento fino ai primi due decenni del Novecento, si

rivolgono sempre più numerose alla medicina come professione.

Una indagine effettuata da Vittore Ravà e pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Pubblica Istruzione del 3 aprile 1902, ci permette di conoscere il numero delle laureate negli ultimi anni del XIX secolo, numero che ammonta complessivamente a 224 di cui solo 24 (10,7%) in medicina.

Nell'anno accademico 1911-12 le iscritte alle Facoltà mediche risultano essere 113, pari al 2,5% del totale degli iscritti a medicina, concentrate essenzialmente nelle sedi di Napoli (29), di Roma (20), di Torino (12), di Pavia, Firenze e Bologna (9 per ciascuna Facoltà). Nell'anno accademico 1919/1920 le laureate in medicina salgono a 199 pari all'1,9% del totale degli iscritti. Nel 1922-23 le donne iscritte a medicina sono 239 contro 9.841 uomini. In tutti questi anni il numero delle iscritte non supera il 2% del totale.<sup>[10]</sup>

**A Bologna**, negli anni dal 1884 al 1920, si contano solo 23 laureate in medicina di cui tre straniere (provenienti rispettivamente dal Cile, dalla Svizzera e dalla Croazia), 8 nate in Emilia Romagna, 4 provenienti dalla Lombardia, 3 dalle Marche e tutte le altre dalla Toscana, Umbria, Puglia, Campania e Calabria. Inizialmente si credeva che le prime donne laureate in Medicina avrebbero scelto solo alcune branche della medicina, quali la Pediatria, vista come un'estensione della cura materne, o la ginecologia, per evitare ai mariti e alle donne stesse i disagi della una visita ginecologica con un medico uomo. In realtà però analizzando meglio i dati si può notare che quasi nessuna delle prime laureate in medicina decise di lavorare o continuare gli studi in uno di quei settori di Medicina considerati più prettamente femminili.

Tale elemento contrasta con gli argomenti trattati dalla maggior parte delle laureande durante il loro corso degli studi. Infatti circa un terzo delle tesi di quel periodo svilupparono tematiche inerenti alla gestazione, al parto, all'apparato riproduttivo femminile e alla prima infanzia.

Viene allora da chiedersi se la scelta fatta dalle studentesse non fosse pilotata dai relatori, di genere maschile, che concordavano con l'idea comune che lo studio delle laureande si dovesse limitare a questi ambiti.<sup>[9]</sup> Ravà scrive che, benché all'esercizio della medicina da parte delle donne non si oppo-

nessero ostacoli legali<sup>[10]</sup>, tuttavia prima della laurea le donne dovevano affrontare scherzi ed allusioni pesanti da parte degli studenti maschi, oltre agli ostacoli culturali in genere. A questi cui si aggiungeva la sfiducia della gente, infatti fino a agli anni 50 le Donne medico non sono molte e la loro professionalità in quegli anni non era molto richiesta dalle famiglie, neppure per le malattie pediatriche o ginecologiche.

Ma se le libera professione, sia pure con molte difficoltà fu loro possibile, particolarmente forte fu l'opposizione al loro ingresso negli ospedali pubblici. Nemmeno la rivoluzionaria **Anna Kuliscioff**, il cui vero nome era Anja Rosenstein che iniziò i suoi studi a Zurigo e si laureò però a Napoli nel 1885 e specializzandosi in ginecologia prima a Torino, poi a Padova.<sup>[11]</sup> riuscì a farsi accettare in un ospedale pubblico.

La sua richiesta di fare pratica clinica presso l'Ospedale Maggiore di Milano cadde nel vuoto, nonostante l'appoggio di Filippo Turati ed a dispetto dell'intervento che sul Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale fece per lei Tullo Massarani, noto letterato e politico italiano dell'epoca. È in tal contesto che si comprende come **Adelasia Cocco**, laureatasi in medicina a Sassari nel 1913 che chiese una condotta medica in Barbagia, ottenesse una risposta negativa dal prefetto che non volle firmare il decreto di nomina. Fortunatamente successivamente i Consiglieri comunali di Nuoro, constatato che nessuna legge lo vietava, le assegnarono il posto nel vecchio rione di Seuna dove ben presto la giovane dottoressa si conquistò la fiducia della gente.<sup>[10]</sup>

Le problematiche "culturali" erano presenti anche in altri paesi europei e meritano di essere riportate due tra le affermazioni che nel 1895 fece il Prof. Albert, docente di chirurgia, ars divina, come la chiamava lui, presso l'Università di Vienna:

**1. "Nei 25 anni in cui ho insegnato a migliaia di studenti la chirurgia, che oggi è una ars divina, ho osservato la natura delle donne e ho colto ogni occasione per osservare la loro natura. Ho la profonda convinzione che il lavoro del medico non sia adatto a loro. Io auguro loro di non intraprendere questa carriera."**

**2. "Non mi voglio neanche soffermare sull'argomento che l'anatomia non rileva differenze tra il cervello di un uomo e quello di una femmina. Un ferro di cavallo magnetico e uno**

**non magnetico hanno la stessa forma eppure sono diversi." "Se il lavoro del medico si limitasse a prescrivere delle medicine allora anche le donne potrebbero esercitarlo. Secondo me, per la loro natura compassionevole e paziente potrebbero essere delle ottime infermiere o ostetriche, ma il lavoro del medico è un altro."**<sup>[11]</sup>

Come è facilmente intuibile, il contesto culturale in cui si laureano in medicina le prime donne, resta difficile. In quegli anni tra le pioniere italiane spicca **Maria Montessori** che fu la prima donna a laurearsi alla Facoltà di medicina di Roma. Maria Montessori, nel 1890, all'età di vent'anni si iscrive al corso di laurea in scienze naturali e si laurea nel 1892. Nel 1893 viene accettata la sua richiesta di iscrizione al terzo anno di medicina, dove si laurea nel 1896.

Dopo la laurea opera come assistente chirurgo presso l'ospedale Santo Spirito. Dal 1897 al 1900 lavora presso la clinica psichiatrica dell'Università di Roma. Negli anni successivi rivolge il proprio interesse allo studio dell'educazione dei minorati psichici e successivamente dei bambini in generale. Tra queste pioniere però, solo tre riuscirono a lavorare in strutture ospedaliere pubbliche:

**Maria Montessori** come assistente negli ospedali civili di Roma e poi in quelli della Croce Rossa; **Emilia Concornati** che lavorò nell'Ospedale della maternità di Napoli e **Giuseppina Cattani** che lavorò all'Ospedale di Imola come direttrice della radiologia e dell'anatomia patologica.

Camelli e Scalone nel libro *"Donne, Università e professioni. Il caso dell'ateneo bolognese alla fine dell'800"*, sottolineano come nell'università italiana dopo l'Unità d'Italia, tutte le figure femminili che entrano nel corpo Docente dell'Università bolognese appartengano all'ambiente scientifico, questo pur in presenza di un numero di laureate in lettere superiore.

Questo fatto è nonostante tutto dovuto alla maggiore relativa apertura dell'ambiente scientifico, rispetto agli altri ambienti Universitari, ma anche al fatto che l'esiguo numero di laureate in queste discipline non le fece ritenere come una reale minaccia o un reale elemento di competizione.<sup>[9]</sup>

**Nel frattempo però nelle Facoltà di Medicina si ebbe ad un'importante riduzione del numero complessivo degli iscritti** che scese dai 6919

dell'Anno Accademico 1896/97 ai 4.517 dell'anno accademico 1909/1910

Tale diminuzione era legata al fatto che gli stipendi dei medici condotti, benché il loro stato economico e giuridico fosse stato meglio regolato dalla legge 25 febbraio 1904 n.57, erano ritenuti bassi di fronte al crescente costo della vita, cui si aggiunse il fatto che, occupati i posti nelle condotte dei Comuni grossi e medi, non restavano vacanti che i posti nei Comuni più piccoli, privi di ogni attrattiva economica e sociale.

A partire dal 1910 gli iscritti a medicina cominciano nuovamente ad aumentare e ciò viene visto come la conseguenza delle vigorose lotte per ottenere miglioramenti negli stipendi dei medici condotti, fatte dai sanitari stessi e da una più energica azione del Governo per la formazione dei Consorzi sanitari da parte dei piccoli comuni, una maggiore domanda di personale da parte dell'Amministrazione della sanità pubblica cui concomita un aumento delle iscritte di genere femminile.<sup>(10)</sup> In questa situazione non meraviglia, dunque, che nel 1910, quando vengono istituiti gli Ordini professionali per i medici, non vengano posti ostacoli all'iscrizione delle donne medico che in quegli anni su 23.361 esercenti sono appena 83.<sup>(10)</sup>

Nel 1921 nasce l'Associazione nazionale italiana Donne Medico in medicina e chirurgia, con scopi associativi e scientifici, ma anche di categoria.

Le laureate in Medicina non verranno più chiamate con il titolo Ottocentesco di "medichesse", ma con quello di "dottoresse".<sup>(9)</sup>

Altra figura di spicco tra le laureate della prima metà del novecento è quella di **Rita Levi-Montalcini** nata a Torino il 22 aprile 1909. All'età di vent'anni entrò nella scuola medica dell'istologo Giuseppe Levi (padre di Natalia Ginzburg), iniziando gli studi sul sistema nervoso che avrebbe proseguito per tutta la sua vita, salvo alcune brevi interruzioni nel periodo della seconda guerra mondiale. Nel 1936 il Rettore dell'Università di Torino, Silvio Pivano, le conferì la laurea in Medicina e Chirurgia con 110 e lode/110.

Essa riposta di non aver mai considerato l'essere donna un ostacolo o un limite, sostiene che le donne costituiscono un immenso serbatoio di potenzialità, sebbene ancora lontane dal raggiungimento di una piena parità sociale.

Nel 2001 venne nominata senatrice a vita dal presidente Carlo Azeglio Ciampi.

## PREMI NOBEL IN MEDICINA AL FEMMINILE

Dal 1901, anno dell'istituzione del premio Nobel, sono state 11 le scienziate alla quali è stato attribuito tale riconoscimento per una disciplina scientifica nei settori della fisica, chimica e medicina, su oltre 500 assegnati nel corso del XX secolo.

I premi Nobel per la medicina al femminile del XIX secolo sono sette, rispettivamente:

**Gerty Radnitz-Cori** (1896-1956), nata a Praga, studiò biochimica negli Stati Uniti e nel 1947 ottenne con il marito Carl Cori il premio Nobel per la medicina come riconoscimento per la teoria sul metabolismo dei carboidrati e l'individuazione della funzione degli enzimi. Fu la prima donna ad ottenere il premio Nobel per la medicina.

**Rosalyn Sussman-Yalow** (n. 1921...), nata negli Stati Uniti, inventò una tecnica per misurare accuratamente la concentrazione nel corpo umano di ormoni come l'insulina e l'ormone della crescita, ciò le valse il premio Nobel per la medicina nel 1977.

**Barbara McClintock** (1902-1992), nata negli Stati Uniti, ottenne nel 1983 il premio Nobel per la medicina come riconoscimento per i suoi studi sulla Genetica cellulare. L'ambito premio le venne riconosciuto dopo circa 30 anni dalla scoperta della dinamicità e della influenzabilità dall'ambiente del codice genetico degli organismi.

**Rita Levi-Montalcini** (n. 1909....), italiana, si laureò in medicina a Torino ma fu costretta a lasciare l'Università in conseguenza delle leggi razziali. Negli Stati Uniti scoprì una proteina capace di stimolare la crescita delle fibre nervose e per questo vinse il premio Nobel per la medicina nel 1986.

**Gertrude Elion** (1918-1998), nata negli Stati Uniti, dedicò la sua attività scientifica alla ricerca sul cancro dopo che questa malattia colpì il nonno. Le venne attribuito il premio Nobel per la medicina nel 1988 come riconoscimento per lo sviluppo di numerose terapie farmacologiche per il trattamento del cancro. I suoi studi permisero anche la creazione dell'AZT, un farmaco impiegato nel trattamento dell'AIDS.

**Christiane Nusslein-Volhard** (n. 1942....), tedesca, fu insignita del premio Nobel per la medicina nel 1995

grazie all'individuazione dei geni responsabili dello sviluppo degli organismi, una scoperta che risale al 1980 e attraverso la quale è stato possibile individuare le cause di alcune malformazioni umane congenite.

**Linda Buck** (n. 1947....), nata negli Stati Uniti, vinse nel 2004 insieme a Richard Axel il premio Nobel per la medicina come riconoscimento per aver svelato i meccanismi di funzionamento dei recettori dell'odore e del sistema olfattivo.

## Negli anni a cavallo tra la prima e la seconda guerra mondiale, l'impulso femminile alla crescita professionale

trova ampi ostacoli nella politica restrittiva del regime verso il lavoro delle donne, sia pure con l'avvio di un sistema di politiche sociali entro cui la protezione e la cura della maternità e dell'infanzia avevano un evidente peso.

Nonostante si continuasse a contestare apertamente la capacità delle donne ad esercitare la medicina, dai primi anni 30 del XIX secolo il numero delle donne medico aumenta progressivamente.

Il contesto culturale in cui le donne si muovono è quello che consente nel 1939 al Prof. Pende di scrivere sulla rivista "Educazione Fisico-psichica" che i fattori di pervertimento della natura femminile sarebbero tre:

- 1) la volontà di emancipazione economica delle donne
- 2) il desiderio di emancipazione coniugale e famigliare
- 3) l'emancipazione spirituale, cercando di fare gli stessi studi degli uomini.

Però pur in presenza di continua opposizione il numero delle laureate in Medicina crebbe progressivamente negli anni alla fine del ventennio, nell'Anno Accademico 1941-42, le iscritte ai corsi di Laurea in medicina sono 746 contro 15.394 uomini, con un peso percentuale del 5%.

**Nel secondo dopoguerra** l'analisi della presenza di genere nelle Facoltà mediche e nella professione medica, deve vedere distinti tre periodi:

- Gli anni del mutualismo (1948-1968)
- Il tentativo di creare un servizio sanitario nazionale (1968-1978)
- L'istituzione e la trasformazione del sistema sanitario nazionale (1978-2005)

**Gli anni del mutualismo (1948-1968):** alla fine della guerra vi è una massiccia riduzione degli uomini laureati in medicina, che sono solo 2500 circa pari al

numero degli anni '30, mentre le donne rimangono pressoché stabili a circa 300.

A metà degli anni '50 la maggior parte delle laureate proviene dalle sedi universitarie di Sassari (22,6%), Milano (12%), Bari (11%) e Torino; a partire dagli anni 1963 la percentuale di presenza femminile aumenta anche presso altre Università come: Pisa, Messina, Firenze, Cagliari, Genova, Padova e Roma, raggiungendo il 10%. Emerge fin da allora che in media le donne si laureano con un percorso più regolare e una votazione più alta rispetto ai colleghi maschi, anche se l'orientamento nella scelta della Specializzazione le vede praticamente sempre scegliere preferenzialmente Pediatria (46%) ed in percentuale ridotta Anestesia (10%), Psichiatria e Psicologia (7,3%).

La quasi totalità delle laureate di quegli anni lavora in ospedale, nel mondo dei liberi professionisti non c'era posto per le donne ancora non ben viste dalla società.<sup>[9]</sup>

Negli anni Cinquanta, il forte squilibrio numerico tra le donne e gli uomini medico, correlato a scelte di specialità molto univoche, rende ineluttabile la loro "accettazione e il loro adeguamento" al modello della dominanza maschile e, quindi, alla separazione delle due sfere di competenza; quella familiare e quella professionale.

Buone assistenti o brave pediatre, le donne medico restano in posizione marginale rispetto alle strutture e ai centri del potere professionale, pur rinunciando assai spesso ad una propria vita familiare.<sup>[10]</sup> Alle donne si chiede di dimostrare le proprie capacità senza far sfigurare gli elementi maschili dominanti.

Le donne devono essere invisibili accanto ai loro colleghi maschi.<sup>[9]</sup>

Una delle definizioni che viene data in quegli anni del ruolo delle donne medico è quello di **\*vestali della medicina maschile\***.<sup>[10]</sup>

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Greco Dalila Patrizia  
Presidente Sezione di Milano dell'Associazione Italiana Donne Medico A.I.D.M.  
[www.aidmgenova.org/files/DonneChirurgia.pdf](http://www.aidmgenova.org/files/DonneChirurgia.pdf)
- [2] Sassi Lorenza, Storia della medicina -Donne medico: donne e medicina nella storia Fonte: <http://portale.fnomceo.it>
- [3] Recensione di Laura Corradi su "Donne in Medicina" Vicarelli G. Edizioni il Mulino 2008
- [4] Caradonna Laura , "Possint et vir et foemina medici esse" [www:// Leadershipmedica.com](http://www.Leadershipmedica.com)
- [5] Baggio Elda "Percorsi formativi per la promozione delle pari opportunità nei centri decisionali della politica: Donne e Scienza" Atti I edizione 2005/06
- [6] Sara Sesti e Liliana Moro "Scienze nel tempo: 60 biografie" edizioni LUD, Milano, 2006
- [7] Vicarelli G., " Donne di medicina" Edizioni il Mulino 2008
- [8] Veneziani Sabrina, "Le donne nel panorama sanitario del tardo Medioevo in Italia, in "Revista Internacional de Culturas y Literaturas" del Grupo de Investigacion Escritoras y Escrituras", 3; numero monografico in italiano a cura di Sabrina Veneziani 2006. ISSN: 1885- 3625
- [9] Bailo V., Sanna M: "Donne e università: il caso della facoltà di medi-

cina e chirurgia di Bologna. Studi di storia contemporanea" Messo on line il 30 agosto 2008 [www:// studistorici.com](http://www.studistorici.com)

- [10] Vicarelli G., Donne e professioni nell'Italia del Novecento, Il Mulino 2007, p.109
- [11] Paola Mocchi, " Anna Kuliscioff: la "dottora" dei poveri e la rivoluzionaria" [www://cronologia.leonardo.it/storia/biografie/annakuli.htm](http://www.cronologia.leonardo.it/storia/biografie/annakuli.htm)
- [12] Albert E., Die Frauen und das Studium der Medizin, Hoelder 1895 [www.springerlink.com/index/U84591M371026745.pdf](http://www.springerlink.com/index/U84591M371026745.pdf)
- [13] Ruth J. Abram- "Send us a LadyPhysician" Women Doctors in America 1835-1920 W.W. Norton & Company. New-York, London 1985 ISBN 0-393-02274-9
- [14] Gianni Bonadonna "Donne in medicina" 1991 Rizzoli Milano
- [15] Ellen s. More- restoring the balance. Women Physician and the profession of Medicina, 1850-1995 Harvard Univeristy Press 1999 second printing 2000 ISBN 0-674-7661-X

## SITI CONSULTATI

**Per Ildebranda di Bingen:**

[www.annomille.it](http://www.annomille.it)

**Per Trotula de Ruggero:**

[www.academiajr.it](http://www.academiajr.it),

[www.scuolamedicasaleritana.it](http://www.scuolamedicasaleritana.it),

[www.goi.grosseto.it](http://www.goi.grosseto.it)

**Per Anna Kuliscioff:**

[www.consapevolezza.it](http://www.consapevolezza.it),

[www.romacivica.net](http://www.romacivica.net),

[www.cronologia.it](http://www.cronologia.it)

**Per le Associazioni Mediche**

Femminile: [www.amwa-doc.org](http://www.amwa-doc.org),

[www.dr donnaica.com](http://www.dr donnaica.com),

[www.donnemedico.org](http://www.donnemedico.org)



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.....

## Giornate Mediche Internazionali Verona

Dal 1949 al 1963, per iniziativa di alcuni primari del Civico Ospedale, furono organizzate a Verona le "Giornate mediche internazionali", che, negli anni successivi, furono seguite da altre quattro edizioni. Si ripeterono fino al 1963 e dovevano coordinarsi con analoghe iniziative a Torino.

Il progetto faceva parte della mobilitazione sociale e culturale che la città, assai provata dalle vicende belliche,



fu messo in atto per dimostrare la propria vitalità e la volontà di porsi all'avanguardia nella ricostruzione della nazione.

I molti Reparti e Servizi dell'Ospedale civile, che nel corso della guerra, erano stati dislocati in più sedi, subendo varie peripezie, tornarono a rioccupare i luoghi loro destinati nell'ottobre del 1945, trascorso il tempo, necessario all'Amministrazione Mattucci per ripristinare immobili ed attrezzature. Un anno dopo la sua inaugurazione, avvenuta il 13 settembre 1942, alla presenza del sottosegretario all'Interno Buffarini Guidi con una grande cerimonia pubblica, il nuovo complesso ospedaliero di Borgo Trento era stato requisito da Reparti Sanitari Tedeschi, con un atto

d'autorità che, subito come un sopruso, portò l'avv. Dorizzi a lasciare la Presidenza dell'istituzione.

\* La prima edizione delle "Giornate mediche internazionali" si svolse dal 28 al 31 luglio 1949, sotto la presidenza Loredan, per iniziativa del primario medico prof. Giorgio Cevolotto e del prof. Luigi Barchi, direttore dell'Ospedale Sanatoriale del Chievo e fu inaugurata alla presenza dell'on. Guido Gonella, veronese e ministro della Pubblica Istruzione. Alexander Fleming, lo scopritore della penicillina, che aveva ricevuto nel 1945 il Premio Nobel, assieme a Florey et Chain, tenne la sua *lectio magistralis*, parlando degli antibiotici, a Castelvecchio nella sala degli Amici della Musica. Il sindaco Fedeli offrì al prof. Fleming la cittadinanza onoraria della città, che gli tributò una grande manifestazione d'affetto quando lo studioso entrò in Arena per assistere alla rappresentazione del Lohengrin di R. Wagner.

Gli argomenti scelti per le molte relazioni scientifiche riguardavano vari aspetti dell'infezione tubercolare, in rapporto alla clinica medica generale e alla chirurgia toracica, ed altri aspetti correlati.

Per i congressisti furono preparate due pubblicazioni: *Il contributo veronese alle scienze mediche*, di cui scrisse la prefazione Guido Gonella, ed un numero speciale di "Bellezza d'Italia", edito dalla ditta farmaceutica Dompè, dedicato agli ospedali di Verona nei secoli.

Una medaglia ricordo con l'effigie di Fracastoro fu coniata dalla ditta Wassermann a ricordo dell'evento. Per suggellare l'ospitalità fu organizzata alla fine una splendida festa notturna sul Garda.

\* L'anno successivo, la città ospitò nuovamente per dieci giorni, dal 20 - 30 luglio, le Giornate mediche e l'inaugurazione fu affidata ancora al ministro della P.I. Guido Gonella, sempre nella sala degli Amici della musica a Castelvecchio, alla presenza del sin-

daco Fedeli e del presidente degli IIOO Loredan.

Questa edizione risultò la più importante e sontuosa, tanto da essere ripresa dalla Settimana Incom, ma fu avanzata la proposta di dare alla manifestazione una scadenza biennale: a Verona negli anni pari a Torino negli anni dispari. Vi parteciparono illustri studiosi stranieri, tra i quali Gehrard Domagk e il neurochirurgo



svedese Olivecrona. Aveva accettato l'invito anche Egas Moniz, ma, trattato a Lisbona per motivi di salute, fu rappresentato dal suo più stretto collaboratore P.M. Almeida Lima. Sia Domagk che Moniz avevano da poco ricevuto il premio Nobel. Il primo per la scoperta dei sulfamidici nel 1938, ma poté ritirarlo solo nel 1947, dopo la caduta del regime nazista. Moniz per aver introdotto l'uso dell'angiografia cerebrale a scopo diagnostico e per la pratica della leucotomia nel trattamento delle gravi forme psichiatriche.

Ad entrambi fu dedicata una medaglia e a Domagk fu conferita anche la cittadinanza onoraria. Per ricordare il grande filosofo-medico veronese Girolamo Fracastoro, fu pubblicato dall'e-



ditore Mardersteig il volume di Francesco Pellegrini "Origini e primi sviluppi della dottrina fraccastoriana del *contagium vivum*".

Tre i temi dei lavori, cui portarono contributi medici di tutto il mondo: la chirurgia toracica ed il trattamento chirurgico delle malattie cardiache e dei grossi vasi (P.Santy di Lione, R.C. Brock e Holmes Sellors di Londra accanto ai nostri Paolucci e Valdoni di Roma); la terapia dei disturbi mentali con la tecnica della leucotomia (E. Moniz e P.M. Almeida Lima di Lisbona, M.Fiamberti di Varese) o con l'elettroshock (U.Cerletti di Roma); l'utilizzo degli antibiotici e della streptomina con la relazione del prof. G. Domagk, ed altri interventi sul tema. Nel corso delle Giornate si parlò anche di Fisiopatologia dell'uomo in volo, con l'intervento di padre Agostino Gemelli, e di Coagulazione del sangue, con particolare attenzione ai fenomeni vascolari locali regolati dal sistema simpatico.

Accompagnarono le sessioni scientifiche numerose iniziative, importanti per gli aspetti organizzativi e tecnologici. Sullo specchio d'acqua del Garda si svolsero dimostrazioni di salvataggio con elicotteri, idrovolanti e motoscafi, cui fu affiancata una gara di trasporto urgente di pazienti tra un elicottero ed una autoambulanza. Furono fatti esperimenti televisivi applicati alla chirurgia, una delle prime volte in Europa ed alcuni interventi furono trasmessi fuori della sala operatoria suscitando viva curiosità nel pubblico.

Una commissione premiò alla fine i quattro migliori documentari a carattere scientifico. Nei padiglioni della Fiera fu allestita la Rassegna della tecnica e delle arti sanitarie. La stessa

sede ospitò un'interessante mostra di quadri dedicati ai malati psichiatrici, che comprendeva anche dipinti di pazienti ricoverati in ospedali psichiatrici, tra i quali Gino Rossi, il grande artista che anche la Biennale di Venezia aveva ricordato dopo la scomparsa.

Le manifestazioni a margine, per lo svago dei congressisti ed accompagnatori, furono numerose: visite e ricevimenti allo Stabilimento della Glaxo, la sfilata di modelli d'alta moda al Circolo ufficiali in Castelvechio. Fu organizzata anche in questa occasione una festa notturna sul Lago di Garda ed in Arena i congressisti poterono ascoltare il Mefistofele di Boito, la Walkiria di Wagner, i Pescatori di perle di Bizet e la Bohème di Puccini.

\* Sotto l'alto patrocinio del presidente della Repubblica Giovanni Gronchi, eletto da pochi mesi, sindaco Giovanni Uberti e presidente degli IIOO Iseppo Loredan, si svolse dal 1° al 4 settembre del 1955 la terza edizione delle Giornate mediche. Nel frattempo era mancato il prof. Barchi, l'anima dell'iniziativa, ed il compianto per la sua morte immatura fu unanime.

Anche in quest'occasione, parteciparono numerosi gli studiosi stranieri, tra i quali l'endocrinologo canadese Hans Selye che per primo descrisse la sindrome generale di adattamento o dottrina dello stress. Il secondo giorno fu dedicato al tema della cirrosi epatica e P. Santy chirurgo di Lione parlò del trattamento chirurgico dell'ipertensione portale. Il terzo fu dedicato alle malattie da virus con la partecipazione di G.Ramon dell'Istituto Pasteur di Parigi che parlò dell'attualità della rabbia. Ai professori Selye, Ramon e Santy fu concessa la cittadinanza onoraria.

In quei giorni si svolse il Festival internazionale del Film medico-scientifico e si allestirono diverse esposizioni: una mostra dedicata al disegno anatomico attraverso i secoli; una mostra dello strumentario chirurgico nella storia ed una mostra di collezioni filateliche. Furono organizzate gite a Vicenza Mantova e Lago di Garda, dove si svolse una Festa notturna, ed uno spettacolo di prosa al Teatro romano. Ai congressisti fu offerto anche un concerto da parte dell'Accademia Filarmonica, nel cortile di Castelvechio.

Per il grande medico-filosofo veronese

Girolamo Fracastoro fu conosciuta una seconda medaglia, questa volta a lui dedicata per il 4° centenario dalla morte, e le Poste italiane, il 1° settembre 1955, gli dedicarono l'emissione di un francobollo da 25 lire.

\* Le Giornate mediche internazionali del 1959 si svolsero alla Gran Guardia dal 1° al 4 ottobre. Presenti all'inaugurazione il ministro della sanità Camillo Giardina, il sindaco Giorgio Zanotto, il presidente degli IIOO Luigi Selmo. Mario Coppo, clinico medico a Modena, aveva sostituito Giorgio Cevolotto, quale presidente del Comitato esecutivo.

Gli argomenti oggetto di approfondimento nel corso delle varie sessioni giornaliere furono: le malattie della milza con la presenza degli studiosi J.Olmer di Marsiglia, G.Patrassi di Padova e A.M.Marmont di Genova; il trattamento del cancro del polmone con i chirurghi P.Valdoni, di Roma e J.Mathey di Parigi, mentre D.W. Smithers riportò i suoi risultati del trattamento radiante. Il terzo giorno fu



## STORIA DELLA MEDICINA

dedicato ai problemi della sessualità incerta, con le relazioni di W.M. Davidson di Londra e di J. Decourt di Parigi cui si affiancò la relazione di F. Ceresa di Torino.

Furono allestite anche alcune Mostre: "Pratiche mediche dei popoli primitivi" a cura di A. Scarpa; "Fotografia endoscopica" a cura di Benciolini e Bolla ed una esposizione di Filatelia organizzata da E. Marcer. Al grande medico antropologo Cesare Lombroso, nato a Verona, fu dedicata una medaglia, coniatà per ricordare i cinquant'anni dalla morte.

Per lo svago si organizzarono a Castelvechio una sfilata di moda ed un concerto di Arie e danze dell' '800 romantico, con la partecipazione del soprano Anna Moffo; al Teatro nuovo fu offerto un secondo concerto con

musiche del Settecento europeo. I congressisti ebbero inoltre l'opportunità di recarsi in gita a Mantova, a Sabbioneta e sul lago di Garda.

\* L'ultima edizione delle Giornate mediche si svolse dal 12 al 14 settembre 1963, sindaco Zanotto ed il neo-eletto presidente degli Istituti ospitalieri G.B. Rossi, ma la realizzazione dell'iniziativa, coordinata da Coppo, avvenne tra non poche difficoltà.

La prima giornata fu dedicata ad approfondire i problemi relativi al trapianto renale, con la partecipazione degli studiosi J.Hamburger e R.Kuss di Parigi e di J.P.Merril di Boston. Nella seconda si affrontò il tema della prevenzione dell'infarto del miocardio, cui partecipò Ancel Keys, di Minneapolis, il sostenitore della Dieta medi-

terranea. La terza giornata fu dedicata alle malattie da medicinali, con la presenza degli stranieri W. Lenz di Amburgo, che riportò la casistica legata alla Talidomide, mentre C.P. Engelfriet parlò dei rischi delle trasfusioni di sangue.

Furono allestite tre mostre: la prima mostra nazionale "Il Medico nella caricatura", la mostra di "Psicopatologica dell'espressione" e quella dedicata a "I fossili di Bolca", e fu coniatà una medaglia dedicata a Leonardo Targa, medico veronese del '700.

Si organizzarono, come di consueto, varie iniziative di contorno per lo svago dei congressisti e degli accompagnatori, tra cui una Sfilata di moda con Jole Veneziani.

GIUSEPPE FERRARI

## THELIN

*Si segnala che in data 23 dicembre u.s. è stata pubblicata nel sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco la nota di cui all'oggetto relativa alla decisione da parte della ditta produttrice di ritirare volontariamente il farmaco **Theelin** (sitaxetan sodium) a causa di segnalazioni di grave danno a livello epatico.*

*Nel sito dell'AIFA viene inoltre precisato che:*

- *I pazienti che assumono Theelin devono al più presto passare a trattamenti alternativi in accordo con le migliori pratiche cliniche locali. Sino ad allora, i pazienti dovranno essere avvisati di non sospendere il trattamento con Theelin e di consultare prima possibile il Medico presso cui sono in cura.*
- *Durante questo periodo di transizione, Theelin rimarrà disponibile sul mercato.*
- *Theelin non deve essere prescritto a nuovi pazienti.*
- *Tutti gli studi clinici con Theelin sono in corso di sospensione*



**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.**



# Aggiornamenti dei gestionali: rincari ingiustificati

Ai Legali Rappresentanti  
Software House – Gestionali di Studio  
per la Medicina Generale

Signori Amministratori,  
in qualità di Segretario Nazionale della FIMMG, Sindacato maggioritario dei medici di medicina generale italiani, e pertanto nella responsabilità di garantire l'interesse della categoria sia nella sua complessità che nella definizione degli interessi dei singoli, ritengo doveroso intervenire rispetto alla pratica della richiesta di corrispettivi economici dovuti dai medici di medicina generale per gli aggiornamenti dei loro Gestionali di Studio al fine di adattarli alla normativa vigente.

Appare fondamentale ricordare che le implementazioni dell'azione di trasmissione telematica delle attività dei medici di medicina generale che hanno trovato applicazione negli sviluppi degli Accordi Collettivi Nazionali altro non sono che la trasposizione contrattuale delle azioni legislative definite dalle Istituzioni preposte (Governo, Camere, Ministeri, Conferenza Stato Regioni), azione legislativa caratterizzata da obbligatorietà e sanzionamenti in carico ai medici prescrittori.

Si ricorda, altresì, che appare evidente, l'azione di tutela esercitata dal Sindacato nei confronti dei medici di medicina generale nel richiedere che "nell'assolvimento dei compiti previsti dal dm 4/4/08 e dpcm 26/3/08 omissis e di quanto previsto dall'art. 59 bis il medico aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle Regioni secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale" (art. 13 bis ACN Medicina Generale), e pertanto che i costi di tali funzioni non possano gravare sulle economie dei singoli medici.

Tale azione è resa vana ed inefficace proprio dalla necessità di corrispondere un pagamento all'aggiornamento funzionale, contrattualmente e legislativamente fisiologico, dei software gestionali che alcune Software House stanno richiedendo ai medici, rendendo improcrastinabili le gratuità nel momento in cui è prevista l'entrata in vigore del sanzionamento. Sottolineo "alcune" poiché certamente va riconosciuta la correttezza e la coerenza contrattuale a tutte quelle che invece hanno adattato il prodotto senza costi aggiunti al normale canone di manutenzione.

È infatti evidente che nelle licenze

d'uso della maggior parte dei software gestionali per la medicina generale (sicuramente in quelle dei prodotti a maggiore diffusione) viene convenuto che il medico contraente con il canone di manutenzione acquisisce oltre che la stessa licenza d'uso anche dei servizi tra cui "il Servizio di aggiornamento del Prodotto a nuove disposizioni di legge e/o sviluppi tecnologici, gestionali ed operativi". In conclusione, ed alla luce di quanto sopra affermato, non vorremmo essere costretti a chiedere a legali esperti se i fatti esposti possano essere ricondotti alla valutazione dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato circa pratiche commerciali sleali tra imprese e consumatori nel mercato interno e possano determinare l'interesse di FIMMG a proporre una class-action nei confronti delle Aziende che non rispettassero quanto dalle loro stesse licenze d'uso affermato.

Vi chiediamo pertanto di soprassedere, almeno temporaneamente, alla vendita dei cosiddetti add on, almeno fino a quando l'approfondimento del problema non sarà compiuto nell'ambito del Tavolo di concertazione organizzato da questo Sindacato.

Si rimane, comunque, fiduciosi circa la rivalutazione da parte Vostra di decisioni che evidentemente nel reiterarsi tenderanno a ledere il rapporto tra professionisti che si affidano ai prodotti da Voi commercializzati molte volte contribuendo al loro stesso miglioramento.

Questo auspicio in un momento storico della medicina generale che si avvia sempre di più allo sviluppo dell'ICT e che si prepara nei prossimi anni a raccogliere la sfida sperando di trovarVi al fianco e non alle spalle.

DOTT. GIACOMO MILILLO



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

**www.omceovr.it**

Informazioni e servizi "on line"

## Certificati telematici: no alle sanzioni

**Veneto, certificati di malattia on-line: 2 medici su 3 utilizzano la via telematica. Ma FIMMG Veneto chiede lo stop delle sanzioni, ancora forti le criticità del sistema**

«Il 98% dei medici di famiglia del Veneto sono abilitati per la certificazione on line di malattia e ad oggi il 70% dei medici di medicina generale utilizza effettivamente la via telematica. A novembre 2010 è quasi raddoppiato il dato dei certificati telematici (9779) rispetto ai tradizionali cartacei (5985) per un totale di 15764 certificati di malattia».

In Veneto da giugno a dicembre 2010 sono stati 154.384 i certificati di malattia trasmessi on line all'INPS».

**Lorenzo Adami**, segretario generale della FIMMG Veneto (Federazione dei Medici di Medicina Generale), traccia il quadro regionale sulla prassi telematica per la certificazione di malattia. **Scade oggi (31 gennaio 2011) infatti il termine della proroga** perché la procedura sia a regime per i medici di medicina generale e per gli ospedalieri (di Pronto Soccorso e di reparto).

«Chiediamo **uno stop alle sanzioni** - precisa **Adami** - che sono pesantissime e che arrivano fino alla revoca della convenzione. Sono inique e sproporzionate e poggiano su una logica punitiva perdente per il sistema. Chiediamo l'applicazione di una logica premiante, anziché penalizzante.

Tutti i 14 mila medici del Veneto hanno ricevuto le credenziali per accedere al portale Inps e tutti i medici hanno il diritto-dovere di certificare per via telematica. Ad oggi il 70% dei medici di medicina generale ha iniziato la certificazione on line ma ci sono ancora criticità legate al sistema informatico anche se tende ad azzerarsi il numero dei medici che rinuncia all'invio del certificato e diminuisce il tempo necessario per la trasmissione. Anche questa mattina il portale dell'INPS era bloccato fino alle 12.00.

Ancora alta inoltre la percentuale di insuccesso al call center e sostanzialmente invariate le criticità nel suo utilizzo: sul dato nazionale il 42,4% dei medici rinuncia a completare la procedura».

Nei prossimi giorni, proprio per dare chiarezza al paziente, i cittadini troveranno negli ambulatori una locandina a cura dell'Inps e della Federazione dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) dove si spiegheranno i loro diritti sulla procedura on line per i certificati di malattia: in primo luogo il cittadino non si vedrà più costretto ad inviare al datore di lavoro, entro due giorni, il certificato cartaceo per raccomandata A/R.

Fimmg Veneto chiede fortemente che la buona prassi della certificazione di malattia online sia applicata anche sul fronte ospedaliero per medici del Pronto Soccorso e di reparto proprio per i vantaggi che questa comporta per il cittadino: non più obbligato, una volta dimesso dalla struttura ospedaliera, a rivolgersi al medico di famiglia per la certificazione di malattia. «È

diritto del paziente risparmiare in termini di tempo e soldi - conclude **Adami** - ma è anche nostro dovere rendere meno sovraffollati gli ambulatori. Per questo chiediamo anche ai colleghi ospedalieri una presa in incarico di corresponsabilità, nel rispetto delle specifiche competenze, a tutto vantaggio dei cittadini».



### RACCOGLIAMO I CAMPIONI MEDICINALI

*Raccogliamo i campioni di medicinali e li inviamo in Libano in una missione cristiana che li distribuirà ai bisognosi.*

*Se interessati chiamateci, passeremo a ritirarli  
Grazie*

**AMAL KARAM**  
cell. 3482312572  
Tel. 044228794

## Rinnovo polizza Assomedico per la responsabilità Civile

Si ricorda ai Colleghi iscritti FIMMG che hanno la polizza di responsabilità civile professionale in convenzione FIMMG Assomedico che questa scadrà il 31 gennaio 2011 e non verrà rinnovata tacitamente. Pertanto, onde evitare di essere scoperti è opportuno che **ognuno contatti Assomedico** se intende rinnovare la polizza alle nuove condizioni oppure provveda pres-

so un altro agente assicurativo. Per contattare Assomedico per informazioni ed assistenza chiamare alle ore 9 alle 17.30, dal lunedì al venerdì il numero telefonico gratuito **800.99.33.00** oppure scrivere all'indirizzo mail: **altuofianco@assomedico.it**

IL SEGRETARIO PROVINCIALE  
DOTT. LORENZO ADAMI

# Scadenza iscrizione volontaria Onaosi

## Termine ultimo 8 febbraio 2011 Termine improrogabile per l'iscrizione volontaria all'ONAOSI

È ormai imminente la scadenza dell'8 Febbraio 2011 introdotta dal nuovo Statuto entro la quale potersi iscrivere all'ONAOSI da parte dei sanitari (Medici Chirurghi, Odontoiatri, Veterinari, Farmacisti) già inseriti nei rispettivi Albi provinciali ma non ancora contribuenti ONAOSI alla data di entrata in vigore del nuovo Statuto (9 febbraio 2010). **Infatti i Sanitari non dipendenti pubblici hanno un'ultima possibilità di iscrizione all'ONAOSI come contribuenti volontari e la potranno effettuare inderogabilmente entro e non oltre l'8 Febbraio 2011. Pertanto con le nuove regole statutarie se non si iscriveranno entro il suddetto termine perderanno per sempre la possibilità di farlo.**

Invece i sanitari neoiscritti all'Albo avranno cinque anni, dalla data di prima iscrizione all'albo, per iscriversi volontariamente all'ONAOSI mentre i contribuenti obbligatori che cessino da tale regime di contribuzione, per non perdere le opportunità ONAOSI, dovranno iscriversi entro due anni dalla data di cessazione dal servizio pubblico.

Inoltre in conformità alle indicazioni del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, pervenute alla Fondazione alla fine di settembre, la Giunta Esecutiva O.N.A.O.S.I. ha attivato le **procedure elettorali** per l'elezione del

Comitato di Indirizzo della Fondazione, dandone notizia, oltre che sul sito [www.onaosi.it](http://www.onaosi.it), anche agli Ordini Provinciali, alle Federazioni Nazionali e alle Organizzazioni sindacali della sanità rappresentative, secondo quanto stabilito da ARAN e SISAC.

L'ONAOSI ha per scopo primario il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione degli orfani, figli legittimi, adottivi o naturali riconosciuti, di medici-veterinari, farmacisti, medici-chirurghi ed odontoiatri, contribuenti obbligatori o volontari. La Fondazione eroga prestazioni anche in favore di figli di contribuenti obbligatori o volontari viventi, nei casi previsti dallo Statuto. Possono fruire, a pagamento, delle prestazioni e dei servizi anche i figli di contribuenti obbligatori o volontari viventi, gli stessi contribuenti e i loro coniugi.

Le prestazioni consistono in contributi economici a domicilio, anche di carattere straordinario, graduati secondo il progresso negli studi e le situazioni di eventuale disagio socio-economico, e in alternativa nell'ammissione in strutture di studio ubicate sul territorio nazionale. Sono inoltre previsti interventi mirati a favorire la formazione ed anche in favore di disabili.

Con il nuovo Statuto, una volta assicurate le prestazioni ed i servizi alle attuali categorie di assistiti, potranno avere titolo alle nuove tipologie di benefici assistenziali:

- i figli del contribuente vivente, il qua-

- le si trovi in situazioni di grave e documentata difficoltà economica;
- i figli dei contribuenti anche in caso di decesso del genitore non sanitario
- i contribuenti in condizioni di comprovato disagio economico, sociale e professionale al fine del loro recupero lavorativo;
- i contribuenti disabili e gli ex contribuenti, se indigenti e qualora non fruitori di prestazioni di altri Enti previdenziali.

Una cultura previdenziale ed assistenziale realmente moderna ed efficiente ha la missione di corrispondere ai bisogni del professionista, di ampliare il più possibile la tutela della propria capacità reddituale e del nucleo familiare da possibili rischi, anche attraverso l'adesione a forme diversificate di copertura assicurativa integrativa, che non si sovrappongono, ma anzi arricchiscono la voce "pensione". **L'iscrizione all'ONAOSI costituisce una reale ed efficace copertura assicurativa prevido-assistenziale davvero conveniente e a basso costo, unica nel suo genere, a tutela del professionista e della sua famiglia. Una occasione vantaggiosa da non perdere.** Il professionista in attività e, in particolare, il giovane sanitario, iscrivendosi all'ONAOSI, ha la possibilità di costruirsi, con lungimiranza, un più ampio e diversificato "ombrello", usufruendo di una opportunità estremamente conveniente. Il versamento annuale, come si può vedere dalle quote nella tabella sotto riportata, è davvero contenuto ed è diversificato per fasce di reddito e anzianità ordinistica. Tutte le informazioni e la modulistica per l'iscrizione volontaria sono disponibili sul sito [www.onaosi.it](http://www.onaosi.it).

DR. UMBERTO ROSSA  
CONSIGLIERE DI  
AMMINISTRAZIONE ONAOSI  
DELEGATO ALLA COMUNICAZIONE

## NO ALL'USO INGANNEVOLE DELL'IMMAGINE DEL MEDICO

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

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

# Perché è conveniente iscriversi all'Onaosi?

## PRESTAZIONI E SERVIZI ONAOSI

Il CdA della Fondazione ONAOSI ha recentemente approvato il nuovo Piano degli Interventi 2010/2011, che contiene le indicazioni delle prestazioni e dei servizi (con i relativi indici quantitativi e qualitativi) che si intendono erogare **nell'anno accademico e scolastico 2010/2011 a favore degli assistiti, figli dei Sanitari contribuenti.**

La spesa totale per prestazioni e servizi ammonta a circa **30 milioni di euro.**

I contributi in denaro che saranno erogati agli assistiti ammontano complessivamente a circa **19 milioni di euro** e si diversificano in base alla scolarità, con delle integrazioni differenziate in ragione di fattori quali l'essere studente "fuori sede" o l'appartenere a nuclei familiari con reddito ritenuto insufficiente. I contributi vengono erogati agli assistiti a partire dall'età prescolare e fino alla formazione post-laurea. **Il limite di età per poter beneficiare dei contributi è fissato a 30 anni.**

Attualmente l'ONAOSI assiste oltre **4.000** orfani di Sanitari o equiparati tali e ospita presso le proprie strutture dislocate in varie città italiane circa **700** ragazzi di cui circa **400** figli di Sanitari viventi a pagamento e circa **300** assistiti.

Gli assistiti possono essere ospitati presso le strutture ONAOSI oppure optare per l'assistenza a domicilio attraverso una corresponsione di contributi in denaro.

Si va da un contributo per assistito in età prescolare di **€3.200,00** a **€3.300,00** per l'assistito che frequenta la scuola primaria, a **€3.400,00** più **€500,00** per integrazione fuori sede per chi frequenta la scuola secondaria di primo grado, a **€3.600,00** più **€600,00** per integrazione fuori sede per gli studenti della scuola secondaria di secondo grado; mentre per gli studenti universitari e per la formazione post-laurea il contributo è di **€4.000,00** con l'aggiunta di **€2.000,00** per integrazione fuori sede.

Inoltre, sono previsti contributi per la

frequenza di corsi di lingua all'estero e per la partecipazione a progetti comunitari di mobilità studentesca (**Socrates Erasmus, SISM, ecc.**).

Diversi sono i premi erogati agli assistiti, come riconoscimento del profitto negli studi (premio di promozione, premio di studio e premio di laurea per gli universitari).

Sono contemplati inoltre contributi in denaro ed interventi speciali anche per gli assistiti disabili, di cui alla L. 104/92. Inoltre in attuazione di quanto stabilito dal nuovo Statuto all'art. 3, comma 2 (che, per effetto della norma transitoria art. 25, è in attesa di entrare in vigore), sono stati preventivati contributi per un ammontare complessivo di circa **265 mila euro per i Sanitari in condizioni di difficoltà economica e di disagio sociale e professionale, nonché per i loro figli.**

Oltre all'ospitalità gratuita nelle strutture (non solo educative ma anche presso i **Centri Vacanze** di Pré Saint Didier e Porto Verde), alle famiglie degli assistiti viene garantito un supporto sul territorio da parte del Servizio Sociale della Fondazione.

La Fondazione esplica la sua attività formativa anche mediante l'organizzazione del corso di formazione professionale "**Programma START**" giunto alla sua XVII Edizione. Il corso prevede un modulo di Office Automation che consentirà ai partecipanti di conseguire il titolo di Microsoft Office Specialist, nonché l'eventuale specializzazione di Master Instructor, rilasciati dalla Microsoft, ed un corso specifico di informatica tecnica finalizzata all'inserimento in azienda. È previsto, in aggiunta alle 200 ore del corso di qualifica, anche un modulo di almeno 60 ore di lingua inglese Tale modulo, oltre all'attestazione della Microsoft, fornisce un attestato di qualifica rilasciato dalla Regione Umbria, legalmente riconosciuto ai sensi della legge 845/78.

**La convenienza di iscriversi e contribuire all'ONAOSI:**

Il sanitario, con un solo modico versamento, che va da un minimo di **€25**

per il Sanitario iscritto da meno di 5 anni e con redditi inferiori a €20.000, fino ad un massimo di **€155** per il Sanitario con un reddito superiore ad €60.000 ha già diritto alle prestazioni e ai servizi regolamentati, che rappresentano una soluzione davvero conveniente per il rapporto costo/beneficio. A dimostrazione di quanto sostenuto, riportiamo di seguito tre ipotesi, del tutto esemplificative, riferite a diverse consistenze di componenti il nucleo familiare, sui benefici derivanti dall'iscrizione all'ONAOSI a normativa vigente.

### Ipotesi n. 1

Nucleo familiare ammesso alle prestazioni Onaosi con un assistito di 6 anni (19 anni di assistenza) ed uno di 8 anni (17 anni di assistenza).

Somma erogata dall' ONAOSI complessivamente per soli contributi base: **€130.000.**

Somma erogata dall' ONAOSI complessivamente per contributi base + universitario fuorisede: **€155.000.**

Nel caso di nuclei con basso reddito c'è un'ulteriore somma complessiva di **€90.000.**

### Ipotesi n. 2

Nucleo familiare ammesso alle prestazioni Onaosi con un assistito di 12 anni di età (13 anni di assistenza) ed uno di 14 anni di età (11 anni di assistenza) Somma erogata dall' ONAOSI complessivamente per soli contributi base: **€91.000.**

Somma erogata dall' ONAOSI complessivamente per contributi base + universitario fuorisede: **€115.000.**

Nel caso di nuclei con basso reddito c'è un'ulteriore somma erogata di **€60.000.**

### Ipotesi n. 3

Nucleo familiare ammesso alle prestazioni Onaosi con un assistito di 18 anni di età (7 anni di assistenza) ed uno di 20 anni di età (5 anni di assistenza).

Somma erogata dall' ONAOSI complessivamente per soli contributi base: **€48.000.**

Somma erogata dall' ONAOSI complessivamente per contributi base + universitario fuorisede: **€70.000.**

Nel caso di nuclei con basso reddito c'è un'ulteriore somma erogata complessivamente di **€30.000.**

DR. UMBERTO ROSSA  
CONSIGLIERE DI AMMINISTRAZIONE  
ONAOSI  
DELEGATO ALLA COMUNICAZIONE

## QUOTE CONTRIBUZIONE VOLONTARIA ONAOSI 2011

QUOTE	SANITARI
<b>– ANZIANITÀ ORDINISTICA COMPLESSIVA FINO A 5 ANNI COMPLESSIVI –</b>	
€ <b>155,00 ANNUI</b>	Aventi reddito complessivo individuale superiore a € 60.000,00
€ <b>140,00 ANNUI</b>	Aventi reddito complessivo individuale superiore a € 40.000,00 ed inferiore/uguale a € 60.000,00
€ <b>75,00 ANNUI</b>	Aventi reddito complessivo individuale superiore a € 20.000,00 ed inferiore/uguale a € 40.000,00
€ <b>25,00 ANNUI</b>	Aventi reddito complessivo individuale inferiore/uguale a € 20.000,00
<b>– ANZIANITÀ ORDINISTICA COMPLESSIVA SUPERIORE A 5 ANNI COMPLESSIVI –</b>	
€ <b>155,00 ANNUI</b>	Aventi reddito complessivo individuale superiore a € 60.000,00
€ <b>140,00 ANNUI</b>	Aventi reddito complessivo individuale superiore a € 40.000,00 ed inferiore/uguale a € 60.000,00
€ <b>125,00 ANNUI</b>	Aventi reddito complessivo individuale superiore a € 20.000,00 ed inferiore/uguale a € 40.000,00
€ <b>40,00 ANNUI</b>	Aventi reddito complessivo individuale inferiore/uguale a € 20.000,00
€ <b>65,00</b>	Contributo una tantum (vitalizio) a partire dal 1.1.2009, per età anagrafica superiore ai 67 anni compiuti al 31 dicembre dell'anno precedente ed in possesso di una anzianità contributiva complessiva (obbligatoria e/o volontaria) di almeno quindici anni (atto n. 24 del C.d.A. del 21/06/2008)



  
**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**

# La clinica istituzionale in Italia. Origini, fondamenti, sviluppi

**GIACOMO DI MARCO  
e FLAVIO NOSÈ**

Milano, Franco Angeli, 2010. Euro 45.

Si tratta di un volume quanto mai interessante dove l'originale distribuzione della materia trattata balza immediatamente agli occhi del lettore. Il volume in parola, accanto alla riproposta degli Atti del 'I Seminario di Psichiatria comunitaria e Socioterapia' organizzato a Milano da Diego Napolitani nel 1970, comprende, infatti, il commento ad ogni relazione da parte di psicoterapeuti ancor oggi militanti: Fausto Petrella, Franco Fasolo, Luigi Bocca-negra, Antonello Corrales, Graziella Morandini, Sergio Fava, Simona Taccani e tanti altri. Ed ancora, il saggio accanto alle puntuali osservazioni critiche degli Autori - Giacomo Di Marco e Flavio Nosè - è arricchito da una 'Prefazione' dello stesso Napolitani e da una 'Postfazione' di Salomon Resnik. Un insieme complesso dall'indubbio valore storico perché riporta il lettore agli anni della riforma psichiatrica, ma ad un tempo stimolante e vitale per i problemi, clinici e metodologici, che pone sul tappeto.

Scrivono Napolitani, riprendendo le parole di Di Marco e Nosè, che: "I contenuti emersi nel convegno - i cui Atti sono ora riproposti - hanno rappresentato un punto di riferimento per quelle pratiche istituzionali che non si sono limitate a negare l'istituzione ma a prendersene cura per trasformarla": così negli anni '70 del passato secolo. Correva allora il tempo delle anti-psichiatrie dal tono, non di rado, riduttivamente e banalmente politico che negavano, per usare l'espressione di Henri Ey, la naturalità del disturbo psichico e nel contempo eludevano l'impatto, problematico e dolente, con la complessità della sofferenza mentale così come affiora, in maniera esemplare, nel mondo psicotico.

Si trattava invece di proporre un rino-

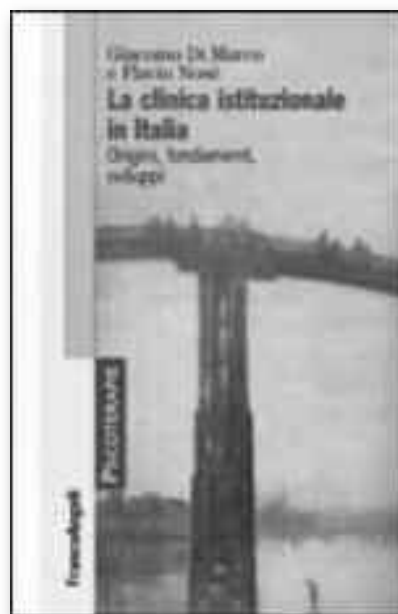
vato e coerente modello antropologico che non si limitasse a negare il manicomio - un'istituzione ormai logora - ma che puntasse al rinnovamento dell'atto terapeutico che reclama "una rete di tanti luoghi-cornici" indispensabili alle pratiche di cura.

Franco Fornari, al quale si deve la prima delle relazioni del 'Seminario', analizzando la cultura psichiatrica di quegli anni - ma l'osservazione si può estendere ai giorni nostri -, osserva che da una parte si colloca quel sapere che considera il disturbo mentale come l'epifenomeno di una alterazione organica mentre dall'altra si colloca invece quel sapere che, ricollegandosi alla scoperta freudiana dell'inconscio, valorizza il contesto di vita dei pazienti dove le prime esperienze infantili hanno grande importanza per la storia dei loro disturbi. Fornari non intende espellere la biologia dalla psichiatria, ma auspica piuttosto una ristrutturazione delle istituzioni psichiatriche osservando che "se si vuole fare un discorso centrato sul cambiamento bisogna soprattutto evitare di negare la realtà". Salomon Resnik, commentato da Luigi Bocca-negra, parla di fenomenologia e di gruppo ricordando che tutti i gruppi esistono in quanto tendono alla realizzazione di uno scopo. Pure Napolitani, al quale compete sia la relazione centrale del 'Simposio' che una sintesi conclusiva, parla di approccio psicoanalitico e di lavoro di gruppo. Più oltre Paul Claude Racamier avverte che nell'approccio agli psicotici è opportuno distinguere fra due piani: quello dell'assistenza, intesa come "l'insieme delle precauzioni prese per la sopravvivenza e la salute del malato", e quello del trattamento che deve essere chiaramente definito, facendo ben presente che il trattamento di un paziente - di uno schizofrenico, in particolare - deve essere inteso come il trattamento dell'ambiente dove si esplicano i meccanismi di identifica-

zione proiettiva. Raccomandando la globalità nell'approccio, Racamier mette in guardia da quelle teorie che postulano una semplificazione abusiva dei disturbi psichici. Racamier, scrive Simona Taccani, esprime la convinzione che la cura degli psicotici sia "un'articolazione di un setting complesso gruppale e istituzionale; un setting vivo, quindi inevitabilmente conflittuale...".

Un volume assai ricco dove non manca lo spazio a qualche riserva come quella avanzata da Francesco Scotti con la sua critica alla posizione di Napolitani. Un libro attualissimo ma altrettanto utile per chi intende cogliere nella sua complessità quel movimento - di idee, di pratiche e di formazione - che ha portato al rinnovamento dell'assistenza psichiatrica, anche se gli Autori prendono atto con rammarico delle difficoltà che ancor oggi la sostanziano.

LUCIANO BONUZZI



## S.O.S. – Sostituzioni

**Chi è interessato alle sostituzioni è pregato di compilare e spedire l'apposito tagliando (vedi pag. 18). 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	
ARZENTON MARIANNA	Via Pozzotto 3	Bevilacqua	NO	348 7075297	
AVESANI MARIA	Via Rizzoni, 17	Verona	NO	349 7566774	
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	
BASCIROTTI 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	
BERLESE BENEDETTA		Treviso	NO	346 0159467	
BIONDANI TATIANA	Via Paglia 7	Verona	NO	347 0875231	
BISCARDO CARLO ALBERTO	Via Del Bersagliere 14	Verona	NO	347 2314109	
BONANI ANNA	Str. De Pont Arif 1	Moena	NO	328 823037	
BONGIOVANNI GIULIO	Via Bengasi 7	Verona	NO	340 3624720	
BRISTOT CATERINA	Via Ognissanti 4	Verona	NO	349 5344121	
BUSCEMI LAURA	Via Chioda 115	Verona	NO	340 3492111	
CAPONE FILOMENA			NO	340 5389117	
CASTELLINI MAURIZIO	Piazza Marconi 6	Sommacampagna	NO	347 2229569	
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	
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	C.so Porta Nuova, 42	Verona	NO	347 4884646	
CUSUMANO CATERINA	Via Spina 16	Verona	NO	045 2020845	239 7145001
DANCHIELLI CARLOTTA PAOLA		Vicenza	NO	0444 922789	349 0084078
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
FORIERI ELISA	Via ruffo 11	Verona	NO	340 8742930	045 520191
GABALDO MONIA	Via Della Speranza 38	Villafranca	SI	347 1649233	045 6302944
GEREMIA GIULIA	Lungadige Cangrande 6	Verona	NO	348 5253592	
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	
HABASH ELIAS	Via Praissola 18	San Bonifacio	NO	339 4573366	
HAYEK ABDALLAH			NO	348 5763324	
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 Cesiole 20	Verona	NO	320 0208129	045 8344245
KALOUT KAMEL	Corso Milano 136	Verona	NO	347 6724694	
LAVORGNA BARBARA	Via Favretto 16	Verona	NO	329 4239871	
LULLI CHIARA	Via Maroncelli 12	Verona	NO	328 0240410	
MALFERMONI GIULIO	Via S. Da Polenta 4	Verona	NO	340 5394964	
MANCUSO MICHELA	Via Adria 3	Verona	NO	392 1668363	
MANTOVANI ELENA	Via Cherso 65	Verona	NO	347 6972730	
MARANGONI ERICA	Via Marsala 81/a	Verona	NO	045 8348055	333 6013613
MARCOLINI LISA	Via Brigata Savoia 1	Verona	NO	347 7336779	
MARCONI VALERIA	Via San Matteo	Soave	NO	349 1857154	
MASSAGRANDE NICA	Via 24 Maggio 73	S. Giovanni Lupatoto	NO	045 549869	347 9644976
MASSARUTTO ALESSIA	Via Aldo Moro 1/a	Sommacampagna	SI	328 2660746	
MENEGHINI VALENTINA	Via XIII Maggio 1	Arcole	NO	348 7647901	
MESSINA OLIMPIA	Via Sant'Angela Merici 4	Verona	NO		320 8816205
MIGLIORINI MARIASOLE	Via S. Eurosia, 15	Trevenzolo	NO	349 1263771	
MILLARDI DEBORAH	Via Regina Adelaide	Verona	NO	347 8319485	
MINERVA GIORGIO	Via Zattoni 56	Verona	NO	347 0487352	
MINGOLLA LUCIA	Via Giorgione 2	Verona	NO	045 2224406	346 3131450
MOLIBARI ALBERTO	Via Orazi 1	verona	NO	347 1526814	045 7810780
MUSETTI PAOLA	Via Sicilia 12/b	Verona	NO	338 1339033	

# GIOVANI E PROFESSIONI

Cognome - Nome	Via	Località	Dipl. formaz. M.G.	Telefono 1	Telefono 2
OBINU LUCA			NO	346 0237386	
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. Giuliari	Verona	NO	348 7708480	
PELACCHI NICOLA	Via Poli 15	Villabartolomea	NO	348 3923763	
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	
PIGHI ANDREA	Strada per Montecchio 6	Verona	NO	340 0671750	045 918550
POUR ESMELIAN MONIREH	Via Mazzini 35	Caprino V.se	NO	334 2007690	045 6230887
PRANDO SILVIA	Viale Europa 5	Vigasio	NO	349 1880958	
PROSPERO ELISA	Via Milano 40	Peschiera D/G	NO	328 3097609	
RAMA ROMANA	Lega Veronese 8	Verona	NO	320 1896140	
RAPAGNANI PAOLA			NO	349 1202236	
RIGATELLI ALBERTO	Via F. Cilea 7	Legnago	NO	347 9764278	0442 23924
ROSSATO RICCARDO FRANCESCO	Via A. Vespucci 35	Sanguinetto	NO	0442 365273	349 2961114
ROSSI ANDREA	Via Teatro Vecchio 12	Mantova	NO	393 3305881	037 6224114
ROSSI MARIANNA	Via G. Vincenti 10	Verona	NO	340 6763709	
RUTA ELENA	Via Del Doatore 12	Albaredo D'adige	NO	347 2597635	
SABBAGH DANIA	Via Imola 12	Verona	NO	340 7774501	
SANNINO ANNA	Via Muro Padri 24	Verona	NO	338 8304440	
SANSOTTA NAIRE	Via S. Angela Merici 4	Verona	NO	329 7158223	
SARTORI VALENTINA	Via L. Da Quinto 111	Verona	SI	340 6235787	
SCARPERI ANNA	Via Quattro Novembre 11	Verona	SI	328 4840238	045 835227
SCRINZI GIULIA	Via Nicola Mazza 75	Verona	NO	340 6024850	
SHOKA ZAHİ	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 Lup.	NO	347 8937362	
SPATOLA LEONARDO	Via A. Mocenigo 2	Verona	NO	340 4143371	
SPOLADORE CRISTINA	Via G. Verdi 168/b	Minerbe (Vr)	NO	0442 640823	347 9008048
SPOLADORE ILARIA	Via G. Verdi 168/b	Minerbe (Vr)	NO	0442 640823	347 9007880
STAGNOLI CLAUDIA		Verona	NO	340 3061639	
STANCARI LORENZO	Via Campagnazza 11/b	Marmirolo (mn)	NO	349 8328416	
STUMPO MARIO FRANCESCO	Via C. Angiolieri 18	Castel D'Azzano	SI	333 4890436	
SURANO MARIA GRAZIA	Via Martini 2	Verona	NO	349 1949826	
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	
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	
ZAMPIERI ELISA	Via Tombeio 12/a	Grezzana	NO	045 980198	340 3739880
ZANGHI SALVATORE			NO	340 4173550	
ZARDINI DANIELA	Via S Sofia 5	San Pietro Incariano	SI	045 6801986	340 2865879
ZATTERA MASSIMILIANO	Via Valpantena 92/c	Verona	SI	348 0617360	045 8701245
ZENORINI ANDREA	Via Siedice 21	Pescantina	NO	340 6031137	340 9768134
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
AGESTI LUIGI	via G. Trezza 36/a	Verona	340 4069008	
AKASHEH GEORGE	via Del Capitol 13/B	Verona	045 526846	340 0910058
ANDREOTTI GIANCARLO	via Calciorelli 3	Verona	348 2932506	
BARAC ALA	Via Gen. Dall'Ora 54	Monzambano	340 0699282	
DEPLANO EMANUELA		Verona	338 9979145	
FABBRICI ROMINA	via Dei Bursi 22A	Oppeano	338 5959949	
HABASH ELIAS	Via Praissola 18	San Bonifacio	339 4573366	
KALOUT KAMEL	Corso Milano 136	Verona	347 6724694	
PASQUINI ANNA	via C. Cadrega	Verona	349 7288070	
PJESHKA MYRVETE	Viale Spolverini 112	Verona	338 4174551	
POUR ESMELIAN MONIREH	via Mazzini 35	Caprino V.se	045 6230887	334 2007690
RIGOTTI ERICA	via V. De Gama 1	Negrar	347 9097447	
SHOKA ZAHİ	via Imola 2	Verona	347 2313146	333 2384260
STUMPO MARIO FRANCESCO	via C. Angiolieri 18	Castel D'Azzano	333 4890436	
ULMI DANIELA	via A. Vivaldi 7	Tregnago	340 2335107	
VERNA ANNAMARIA	via Castello 12/A	Castel D'Azzano	347 7861608	328 9067502

# Chi cerca... trova

**Preghiamo chi è interessato a compilare il modulo che si trova a pag. 38 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".*

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

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

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

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

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

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

**VENDESI o AFFITTASI** annualmente a Serrada di Folgaria, caratteristico appartamento di mq. 65 circa.  
Tel. 333 2153742  
Tessera Ordine n. 1001

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

**VENDO** studio dentistico, zona lago di Garda sud, 80 mq., a norma di legge, composto di reception, sala d'attesa, 2 studi con 2 unità KAVO, RX panoramica digitale, sterilizzazione e bagno, completamente attrezzato e arredato, con cantina e garage grande.  
Fax 045 7238500  
Tessera Ordine n. 872

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

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

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

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

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

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

**VENDESI** a Noto (SR), la capitale del Barocco, quadrilocale in zona centrale. Prezzo interessante.  
**CIRINNÀ SANTI**  
Tel. 340 1594511  
Tessera Ordine n. 7145

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

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

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

**AFFITTASI** monolocale arredato con ampio bagno, lavatrice, frigo, videocassettofono, in signorile condominio in zona alberata e silenziosa a Borgo Roma.  
Tel. 328 6671741 - 329 7435524 (solo referenziati)

Studio dentistico in Bovolone (Verona) **VENDESI** causa pensionamento.  
Tel. 349 2312611  
Tessera Ordine n. 830

**VENDO** studio dentistico bellissimo, ben curato nei particolari, ottimo avviamento, con attrezzature, in zona Bovolone.  
Per informazioni: 340 4686496

**OFFRESI** ambulatorio medico con segreteria, sala attesa, 2 bagni, angolo bambini, in zona logisticamente interessante a Verona città. Possibilità di affittare anche posto macchina.

Tel. 340 1527729 (ore pasti)  
Tessera Ordine n. 2415

**VENDESI** ecografo Sonoline Adara Siemens, comprato nuovo dine 2002, listino 39.000,00 euro + iva. Sonda Convex 3,5MHz + sonda Endo Microconvex Multifrequenza 6,5/5 MHz ideale per ostetricia e ginecologia. Usato poco. A prezzo da concordare.

Tel. 339 5355770  
Tessera Ordine n. 3805

**VENDO** bici corsa da donna rossa. marca "Basso", gruppo cambio Shimano, forc. carbonio, anno 2007.

Tel. 339 5355770  
Tessera Ordine n. 3805

**VENDESI** appartamento in Verona, Via carso, a 5 minuti a piedi dall'ospedale di Borgo Trento, secondo ed ultimo piano, costituito da: sala, soggiorno, cucina abitabile, tre camere, tre bagni, lavanderia-soffitta, due terrazzi, grande garage doppio, cantina, giardino condominiale, 3.000 mq circa.

Tel. 347 3892091  
Tessera Ordine n. 5102

**AFFITTASI** anche parzialmente a collega Odontoiatra, studio odontoiatrico con autorizzazione all'esercizio, 3 riuniti, OPT-TELE ed endorali, sterilizzazione, smaltimento rifiuti, segreteria, 2 bagni, sala d'attesa con TV LCD e zona bambini, eventuale assistente alla poltrona, uso telefono, esclusi materiali di consumo. Possibilità di posto macchina. Verona città.

Tel. 340 1527729 (ore pasti)  
Tessera Ordine n. 2415

**VENDESI** garage vicinissimo Ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento.

Tel. 333 5344604  
Tessera Ordine n. 6722

A 15 minuti da AFFI **OFFRO** in splendido contesto paesaggistico, nuova signorile autonoma casa singola, semi arredata. Su due piani, cucina abitabile, soggiorno, 2 camere da letto, 2 bagni, lavanderia e ripostiglio. Rifiniture elevate. Termoautonomo.

Tel. 328 0114460  
Tessera Ordine n. 4767

**VENDESI** 4 gomme BMWX3 termiche invernali marca Michelin, usate 2 stagioni, misura 235/55R17 99H, a prezzo da concordare.

Tel. 333 6636465  
Tessera Ordine n. 4019

Medico di base in Verona **CERCA** collega possibilmente convenzionato, per collaborazione continuativa.

Tel. 338 3897788

**OFFRESI** Scuola di volo elicottero FAA & JAA a Verona Boscomantico.

Tel. 045 4858337 - Fax 045 4858331

**CEDESI/AFFITTASI** studio odontoiatrico 3/4 poltrone, zona Borgo Trento. Pluridecennale attività.

Tel. 339 7949405  
Tessera Ordine n. 671

**AFFITTASI** stanza uso studio, a specialisti in Quinzano (zona piscine Sammini). Al primo piano, sala d'attesa e bagno. Comodità di parcheggio e mezzi pubblici. Sono presenti altri professionisti. Prezzo molto interessante.

Tel. 347 2614566  
Tessera Ordine n. 4636

**VENDO** in zona Borgo Venezia, casa indipendente, composta di due piani più mansarda, cantina, garage e giardino. Piano terreno: studio dentistico, ingresso indipendente, due ambulatori, sala d'attesa con spazio segreteria, laboratorio e bagno.

Primo piano: dormitorio tre stanze, bagno, una stanza ufficio e due balconi. Mansarda: soggiorno, cucina, bagno e due terrazze.

Tel. 045 8487049 (alla sera dopo le ore 19.00)  
Tessera Ordine n. 3300

**AFFITTASI** studio medico dentistico a S. Martino Buon Albergo, Centro Direzionale F33.

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

Studio dentistico sito in Verona provincia, **CERCA** collaboratore con esperienza. Disponibile interno alla struttura, piccolo laboratorio, panoramico e tele-radio. Richiesta serietà e continuità.

Per informazioni: 045 7121069

In elegante studio dentistico sito a Bussolengo centro, prossima apertura a gennaio 2011, **OFFRESI** ambulatorio a medico specialista. Spazi ben separati. Ottima posizione.

Tel. 340 4173427  
Cell. 347 2218153

**AFFITTASI** Studio Medico a San Martino Buon Albergo, 130 mq, con garage, dotato di materiale e macchinari sanitari (macchina ossigeno-ozono e lettino Natchev).

Per maggiori informazioni contattare:  
Tel. 045 8302061 - 3405964236

Borgo Trento ultimo piano **AFFITTASI** appartamento vuoto 110 m<sup>2</sup> in piccolo condominio.

Tel. 045 8341420  
Iscr. Albo n. 773  
Tessera Ordine n. 6442

**OFFRIAMO** stanza in studio medico-psicologico a psichiatri, psicoterapeuti e psicologi. Zona Corso Porta Nuova.

Tel. 3470136181  
Tessera Ordine n. 4996

Poliambulatorio in fase di trasferimento in nuova prestigiosa struttura (Domegliara fronte strada Statale con ampio parcheggio e vicino uscita tangenziale) **OFFRE** a collega odontoiatra ambulatorio dentistico dotato di tutto (riunito, attrezzatura radiologica, centrale di sterilizzazione, personale di poltrona, smaltimento rifiuti speciali, segreteria, pulizie, spese di riscaldamento, uso telefono etc. escluso SOLO materiale di consumo) per euro 300 mezza giornata ed euro 500 per giornata intera.

Cell. 3355245816  
Tessera Ordine n. 6212

Poliambulatorio in fase di trasferimento in nuova prestigiosa struttura (Domegliara fronte strada Statale con ampio parcheggio e vicino uscita tangenziale) **OFFRE** a collega odontoiatra ambulatorio dentistico dotato di tutto (riunito, attrezzatura radiologica, centrale di sterilizzazione, personale di poltrona, smaltimento rifiuti speciali, segreteria, pulizie, spese di riscaldamento, uso telefono etc. escluso SOLO materiale di consumo) per euro 300 mezza giornata ed euro 500 per giornata intera.

Cell. 3355245816  
Tessera Ordine n. 6212

Poliambulatorio in fase di trasferimento in nuova prestigiosa struttura (Domegliara fronte strada Statale con ampio parcheggio e vicino uscita tangenziale) **CERCA** Medico dello Sport per attivare Servizio di Medicina sportiva (già disponibili cardiologo, cicloergometro, ECG Holter, ecocardiogramma, neurologo).

Cell. 3355245816  
Tessera Ordine n. 6212

**VENDO** "SMART PULSE FORTWO 84 CV" anno 2008, colore arancio grigio in perfette condizioni, km 27.000. Prezzo 9.000 euro.

Accessori di base: climatizzatore, tetto panorama, volante sport in pelle con comandi del cambio integrati, controllo stabilità, controllo trazione, ABS, 2 airbag, alzacristalli elettrici.

Optional presenti: radio CD LG con presa "aux" per MP3 e uscita "USB", cambio automatizzato softouch, pannelli red metallic, cellula tridion grigio.

Tel. 360853636  
Tessera Ordine n. 7888

Causa cessata attività **AFFITTO** a colleghi specialisti locale arredato in studio medico avviato, con aria condizionata, parcheggio, zona Borgo Milano. Attualmente attrezzato come studio ostetrico-ginecologico (colposcopio-DTC-sterilizzatrice) ma disponibile anche per altre specialità.

Tel. 045 563536  
Tessera Ordine n. 1923

**OFFRO** garage spazioso in centro a Lugagnano, a 90 euro mensili.

Tel. 338 6400804 (ore serali)  
Tessera Ordine n. 3502

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](http://www.aermec.com)