

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

La scienza vuole delle regole pag. 16

Invito alle Medical Humanities pag. 24

Certificazione telematica di gravidanza e di IVG... pag. 27

**Legge Gelli-Bianco: novità in materia di R.C.
professionale..... pag. 32**

2
GIUGNO
2017

Socio del Club UN VANTAGGIO CHE VALE

...e con l'iscrizione
tanti **Regali**



polizza in omaggio



Tutela Legale

edicola e biblioteca digitale gratuita



Quotidiani e periodici



E-book download

ed inoltre

Bonus Viaggi

€100



Iscrivendoti al Club sostieni anche il progetto delle biblioteche in ospedale

Club Medici da oltre 20 anni al vostro fianco per ogni esigenza

QUOTA BASE

€ **100** valida per 12 mesi

IN OMAGGIO

- RC del capofamiglia
- bonus viaggi di 100 euro

QUOTA SOSTENITORE

€ **150** valida per 12 mesi*

IN OMAGGIO

- edicola e biblioteca digitale
- polizza di tutela legale
- bonus viaggi di 100 euro

*a partire dal 1° luglio

€ **228** valida per 12 mesi

IN OMAGGIO

- edicola e biblioteca digitale
- polizza di tutela legale
- paspartù - assistente personale
- bonus viaggi di 100 euro

modalità di versamento

- **On line** collegandosi all'indirizzo www.clubmedici.it/nuovo/ecommod/mod_iscrizione.php, compilando il form
- **Carta di credito**, (CartaSi, Visa, Mastercard) comunicando gli estremi (titolare, numero e scadenza carta) alla Segreteria N° verde 800.89.39.88
- **Bonifico bancario**, accreditando l'importo prescelto sul C/C intestato a "Club Medici Service" Banca Monte dei Paschi di Siena - Ag. Roma 40 (IBAN: IT34S0103003240000000180017)



Club Medici Sede Nazionale
Via G.B. De Rossi, 26/28
00161 Roma

Club Medici Nordest Srl
Via degli Scrovegni, 2a
35131 Padova

☎ **049.8753577**

✉ nordest@clubmedici.org

lunedì - venerdì (9.00 - 19.00)

associati ora www.clubmedici.it

SOMMARIO

EDITORIALE

5 Far-web

NOTIZIE DALL'ORDINE

7 Verbalì del Consiglio e delle Commissioni

ALBO ODONTOIATRI

12 Verbalì della Commissione Odontoiatri

LETTERE AL DIRETTORE

15 Prescrizione di dispositivi per stomizzati

16 La scienza vuole delle regole

17 Sì alla rivelazione dei dati sanitari, se tale era la volontà del defunto

AGGIORNAMENTO

18 Trattamento laser endovascolare degli assi safenici: vi sono differenze cliniche nell'utilizzo delle differenti lunghezze d'onda?

24 Invito alle Medical Humanities

PROFESSIONE E LEGGE

27 La certificazione di gravidanza e quella di interruzione di gravidanza diventano telematiche

29 Certificazioni: attenti a quelle per non presentarsi in tribunale!

30 La salvaguardia della salute di terzi può essere "giusta causa"

31 Preparazioni magistrali: divieti di prescrizione

32 La "Legge Gelli": novità in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

34 Autocertificazione dei primi tre giorni di malattia. Al momento è solo una proposta in un cassetto

ATTUALITÀ

36 Ogni anno mille medici italiani all'estero; il fallimento della programmazione del fabbisogno in sanità

37 La legge Gelli-Bianco: novità e possibili ricadute sulle assicurazioni per i medici

STORIA DELLA MEDICINA

38 Il medico paleopatologo prima parte: approccio al paziente... "Antico"

FNOMCeo

40 Ordini del giorno approvati nel Consiglio Nazionale del 15-16 dicembre 2016

41 Prelievo venoso effettuato dall'Odontoiatra

42 Odontoiatri: basta "casi Simoncini". Un regime speciale per il mercato dei Servizi Sanitari

ENPAM

43 Eliano Mariotti eletto vice-presidente dell'Enpam

43 ENPAM. Gli obiettivi per il 2017

45 Magi eletto nuovo consigliere di amministrazione

46 Bilancio 2016 approvato, +1,3 miliardi di utile

ASSOCIAZIONI

47 FMSI - Rappresentatività regionale della Federazione Medico Sportiva Italiana

LIBRI RICEVUTI

48 Il Caso De Maj. Una riscoperta letteraria

49 Trattatello di introduzione alla psicoanalisi

50 Cherubino Trabucchi e l'Ospedale Psichiatrico di Verona

51 Dottori, domani

GIOVANI E PROFESSIONI

52 S.O.S. - Sostituzioni

TEMPO LIBERO

54 Chi cerca... trova

ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VR NUOVO ORARIO DI APERTURA DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE (dal 10/01/2017)

Lunedì	dalle ore	9,00	alle ore	13,00
Martedì	dalle ore	13,00	alle ore	17,00
Mercoledì	dalle ore	9,00	alle ore	13,00
Giovedì	dalle ore	13,00	alle ore	17,00
Venerdì	dalle ore	9,00	alle ore	13,00

Sabato chiuso

VERONA MEDICA

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

Anno LII n. 2 GIUGNO 2017

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
Renzo Bassi, Francesco Bovolin, Giuseppe Costa,
Carlo Marchi, Roberto Mora, Alberto Peroni,
Carlo Matteo Peruzzini, Gelmino Tosi

Consiglio Direttivo
Presidente: Roberto Mora
Vice-Presidente: Carlo Rugiu
Segretario: Lucio Cordioli
Tesoriere: Fabio Marchioretto

Consiglieri
Giorgio Accordini, Francesco Bovolin, Vania Teresa Braga,
Giorgio Carrara, Franco Di Spigno, Fabio Facincani, Roberto Fostini,
Alfredo Guglielmi, Annamaria Molino, Annamaria Musso, Francesco Oreglia,
Carlo Matteo Peruzzini, Claudio Salvatore,

Revisori dei Conti
Giuseppe Costa, Caterina Pastori, Francesco Spangaro

Revisore dei Conti Supplente
Vincio Danzi

Commissione Odontoiatri
Elena Boscagin, Francesco Bovolin, Francesco Oreglia,
Roberto Pace, Franco Zattoni

**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
Leonardo Cogo
- Grecia -

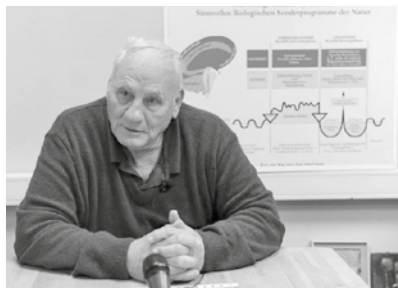
INSERZIONI PUBBLICITARIE SUL BOLLETTINO

SPAZIO	1 USCITA	2 USCITE	4 USCITE
1/4 pagina interna (bianco e nero)	€ 150,00	€ 200,00 (totali)	€ 250,00 (totali)
1/2 pagina interna (bianco e nero)	€ 400,00	€ 300,00 (per uscita)	€ 250,00 (per uscita)
1 pagina interna (bianco e nero)	€ 500,00	€ 400,00 (per uscita)	€ 350,00 (per uscita)
2ª e 3ª pagina di copertina (a colori)	€ 800,00	€ 600,00 (per uscita)	€ 500,00 (per uscita)
4ª pagina di copertina (a colori)	€ 1000,00	€ 800,00 (per uscita)	€ 600,00 (per uscita)

Far-web

La vicenda del collega, radiato dall'Ordine di Treviso per le sue posizioni anti-vacciniste era sul giornale di ieri insieme alla notizia della incriminazione per omicidio colposo del padre di Elena Bottaro, la ragazza di 18 anni morta a Padova per un linfoma dopo il rifiuto delle terapie ufficiali e la scelta, secondo la Procura indotta dal padre, di curarsi con i metodi alternativi a base di cortisone e vitamina D proposti dal medico tedesco Ryke Geerd Hamer.

Oggi, la stampa locale riporta la notizia che un medico veronese sarà sottoposto a procedimento disciplinare da parte dell'Ordine (notizia peraltro diffusa da lui tramite la sua pagina facebook) per avere "pubblicizzato" sul Web la sua "chemioterapia naturale". Al suo fianco, secondo i giornali, si schiera la popolazione del paese dove lavora, il sindaco ed anche il politico locale.



Come spesso accade nel nostro Paese, la politica fa la sua parte, anche quando si tratta di cose sulle quali non è competente, arrogandosi il diritto di esprimere giudizi sulla deontologia e sulle questioni scientifiche. Ma si mobilita anche il Web con una raccolta di firme per difendere la "libertà di cura".

A noi resta l'amarezza di dover procedere, come è nostro dovere, per tutelare la Professione (ed anche la salute della gente).

Per noi chi fa il medico deve dedicarsi alla cura senza mai dimenticare che deve anche richiamarsi alla Scienza.



Perché cura e scienza sono, in Medicina, due "mission" inscindibili. Solo usandole insieme riusciremo a dare ai malati le cure migliori. Le vicende di cronaca, hanno peculiarità simili e mi richiamano alla mente una poesia di Bepi Sartori:

Pregiera del mattino

*Gesù, Giuseppe e Maria,
fasi che stamattina no ghe sia,
quela che lese l'enciclopedia !"*

Oggi il posto dell'enciclopedia l'ha preso il Web.

Sul "Web" la gente cerca le informazioni che gli servono e capita che venga da noi per chiedere conferma a quanto hanno già scaricato e imparato. Il Web è diventato una risorsa irrinunciabile.

Una prateria di assoluta libertà, che proprio per la sua vastità e libertà resta però anche fuori di ogni controllo. Avventurarsi in quella prateria senza conoscerne le insidie è un rischio. Quello più probabile di raccogliervi "fake news" (informazione cattiva), ma anche quello di essere vittime di bufale e raggiri; nella migliore delle ipotesi di diventare, a nostra insaputa, strumento di informazione finalizzata.

Uno sport che sul Web è sempre più praticato si chiama "fishing".

Si tratta di lanciare messaggi esca cui chi non è attento abbocca, proprio come un pesce.

Il loro uso è sempre più diffuso.

Le tecniche pubblicitarie sfruttano il Web per raccogliere informazioni e preparare le strategie di vendita.

La vecchia pubblicità, quella che andava in onda su "Carosello" fa parte della preistoria.

Oggi il successo di una raccolta pubblicitaria non può prescindere dal Web. Che le cose stanno così l'hanno capito in tanti; forse, anche i colleghi che menzionano le cronache dei giornali di

questi giorni. I loro casi hanno in comune l'uso del Web come strumento di "informazione" e di raccolta di potenziali "clienti-pazienti".

Nel nostro Codice Deontologico l'informatica ed il Web sono citati solo alla fine negli articoli 78 e 79; che peraltro affrontano solo i problemi collegati alla circolazione dei dati sanitari e lo sviluppo della telemedicina. Non vi è nessuna menzione all'uso del Web e dei social media come strumento di "informazione", di comunicazione, di raccolta del "consenso".

In futuro, dovremo pensare di cambiarli... e cercare, magari, di mettervi riparo.

Porre regole e limiti, per non dover rimpiangere l'enciclopedia di Bepi Sartori, che poteva diventare pericolosa solo se qualcuno decideva di tirtarla addosso.



Ma dovrà occuparsene anche chi fa le leggi, che, a nostro parere, dovrà rivedere le posizioni assunte in nome della libera concorrenza.

Quanto sta avvenendo è il frutto del non aver capito che la salute della gente è cosa diversa dalle patatine, dalla pasta, dallo yogurt e dal detersivo che si comprano al supermercato. Le due cose non possono essere trattate in maniera uguale!

La Medicina ufficiale è forte del suo sapere, ma talora è debole quando non riesce a farsi carico delle emozioni, dell'ansia e del dolore. E manca quando pensa che la cura possa cessare con la fine delle risorse terapeutiche.

La battaglia contro la cattiva informazione e gli atteggiamenti antiscientifici non può, però, essere vinta se a condurla ci saranno solo i Medici.

Occorre che anche la politica ed il legislatore facciano la loro parte.

Come ebbi modo di scrivere a proposito del caso Stamina: "esiste una frontiera dove insieme a chi si occupa

di ricerca e a chi si muove per offrire, comunque, una speranza ai malati, si aggirano, come nel Far West, personaggi e organizzazioni prive di scrupoli. Medici e sperimentatori hanno il compito di esplorare quelle frontiere

alla ricerca di strade non percorse; alla politica quello di renderle sicure, imponendo il rispetto delle regole. Perché quello della speranza sarà sempre un mercato in espansione e le incursioni di personaggi e organiz-

zazioni senza scrupoli vi troveranno sempre fertile terreno di crescita". Quell'area e quelle praterie oggi sono il nostro attuale Far-Web.

ROBERTO MORA

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

✓ **OBBLIGO PER TUTTI GLI ISCRITTI DI DOTARSI DI PEC** (posta elettronica certificata)

Ricordiamo a TUTTI i colleghi che è necessario produrre il proprio indirizzo PEC all'Ordine; chi non ne fosse ancora provvisto, è invitato a generarne uno mediante l'area riservata sul sito dell'Ordine, seguendo le istruzioni indicate.

Il Decreto 19 marzo 2013 stabilisce infatti che gli Ordini si fanno garanti dell'accreditamento di tutti i professionisti, e trasmettono i loro indirizzi PEC all'Indice Nazionale INI-PEC (l'Ordine dei Medici e Odontoiatri attraverso la FNOMCeO).

È pertanto necessario provvedere quanto prima, poiché un atteggiamento omissivo in tal senso è da considerarsi palese violazione di Legge.

Verballi del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO DEL 24 GENNAIO 2017

Consiglieri presenti: Mora, Rugiu, Cordioli, Marchioreto, Accordini, Fostini, Molino, Braga, Di Spigno, Guglielmi, Peruzzini, Facincani, Musso.

Revisori dei Conti: Costa, Danzi, Pastori.

Assenti Giustificati: Bovolin, Carrara, Spangaro, Oreglia.

Partecipa alla riunione del Consiglio il Revisore Contabile Cerioni, la segretaria Rosanna Maffioli e l'Avvocato Gobbi.

Il Presidente, constatata la presenza del numero legale, alle ore 20.30 dichiara aperta la seduta.

1) LETTURA E APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE

Il verbale del 6 dicembre 2016 viene approvato all'unanimità.

2) DELIBERE AMMINISTRATIVE

Le delibere amministrative vengono illustrate dal Revisore Contabile e approvate all'unanimità e faranno parte integrante del presente verbale.

3) COMUNICAZIONI

a) POLIZZE REGIONALI: Il Presidente informa che la Regione Veneto ha indetto regolare bando di gara per polizza assicurativa RC professionale per tutto il personale sanitario dipendente e convenzionato del SSR Veneto, aggiudicandola, alla fine, alla **SOCIETÀ DEL GRUPPO AMTRUST**. Riferisce

di aver esaminato la polizza rilevando di non aver trovato nella stessa la copertura "POSTUMA". Riferisce di aver informato della cosa l'associazione "Obiettivo Ippocrate" ricevendo dalla stessa assicurazione che della cosa si farà interprete per provvedere a coprire la mancanza.

b) Riferisce in merito alla comunicazione FNOMCEO n. 10 nella quale viene segnalato che alcune polizze assicurative contengono una clausola che subordina l'attivazione della copertura POSTUMA alla cancellazione del professionista dall'Ordine. La Federazione Nazionale ha segnalato tale clausola alla IVASS (istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) ritenendo tale clausola **VESSATORIA**.

Il Dr. Mora dà lettura della circolare della FNOMCEO che prevede il recepimento e la relativa modifica degli articoli 54 e 56 del CODICE DEONTOLOGICO. Il consiglio approva. Il testo rivisto sarà dunque integrato nel Codice di Deontologia Medica in vigore e sarà pubblicato su Verona Medica.

c) NUOVO PROTOCOLLO INFORMATICO Il consiglio su indicazione del Presidente propone la nomina quale responsabile alla segretaria Rosanna Maffioli. Il consiglio approva. La relativa delibera farà parte integrante del presente verbale.

4) NORME SULLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

a) Il Presidente comunica che si è resa necessaria la sostituzione dell'attuale responsabile Dr. Lucio Cordioli in quanto incompatibile con la sua carica di segretario.

Propone di nominare quale responsabile della trasparenza e anticorruzione e responsabile per l'accesso civico ai sensi dell'art. 33 del 2013 la segretaria Rosanna Maffioli la quale, dopo un suo breve intervento, accetta la carica chiedendo di avere, nello svolgimento del suo incarico, supporto e collaborazione da parte dell'avv. Gobbi e del revisore legale Cerioni. Il consiglio approva all'unanimità la delibera di nomina la quale farà parte integrante del presente verbale.

La segretaria Maffioli responsabile

delle Misure di Prevenzione e della corruzione chiarisce che dovrà essere istituita una **COMMISSIONE PER IL RILASCIO DEI PARERI DI CONGRUITÀ** di cui agli art. 5 n. 3 legge 24 giugno 1923 n. 1395 art. 636 c.p.c. e nell'art. 2233 cc. E delibera ANAC n. 831 del 03/08/2016.

In attesa di chiarimenti e delle linee guida da parte della FNOMCEO, che dovrebbe provvedere a trasmettere anche una bozza di regolamento da adottare, il Presidente chiede ai presenti di votare i nominativi di 4 consiglieri che faranno parte della Commissione per la valutazione dei pareri di congruità sulle parcelle. Sono nominati i dott. ri: Lucio CORDIOLI, Giorgio ACCORDINI, Vania BRAGA, Giuseppe COSTA. La Commissione provvederà a nominare al suo interno il responsabile del Procedimento che secondo la norma dovrà essere rinnovato semestralmente con criteri di rotazione.

b) Il Presidente chiede al revisore Cerioni di illustrare i contenuti del CODICE DI COMPORTAMENTO DELL'ORDINE. Il consiglio lo approva all'unanimità. Tale testo farà parte integrante del presente verbale.

5) Il segretario Dr. Cordioli propone il rinnovo del contratto semestrale alla segretaria Barbara FICCA.

Precisa che la stessa ha partecipato ad un convegno di aggiornamento all'ENPAM e potrà così collaborare con la segretaria Maffioli nell'espletamento delle pratiche di pensione degli iscritti. Il consiglio approva e la delibera relativa farà parte integrante del presente verbale.

6) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI approvate all'unanimità.

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. RANIERO Dario da Vicenza

Dott. BRUNO Paolo da Siena

Dott.ssa LAUS Beatrice da Bologna

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. SCHIAVONE Dionisio a Rovigo

Dott. MICHELETTI Luciano a Rovigo
Dott.ssa NICOLIS Sara a Roma
Dott.ssa AVESANI Silvia a Padova
Dott. BACCHELLI Claudio a Rimini

Cancellazioni per decesso:

Dott. CALDERA Luciano
Dott. PISTOSO Stefano
Dott. BONGIORNO Enrico

Cancellazioni su richiesta:

Dott. BONETTI Franco
Dott. TRIDENTE Giuseppe
Dott. SPIAZZI Giorgio
Dott.ssa TOMMASI Paola
Dott.ssa SANTONASTASO Clara

Modifica codice fiscale:

Dott. DODONOV Mikhail

Inserimento specializzazione nell'Albo:

Dott.ssa RASTELLI Antonella

ODONTOIATRI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott. ZAMPIERI Davide
Dott. FIORINO Pietro

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa RICCIOTTI Giulia da Brescia

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott.ssa CARPENE Sara a Brescia

Cancellazioni su richiesta:

Dott. CASELLA Serafino Mario
Dott. ECCHER Mario

7) VARIE ED EVENTUALI

Interviene la Prof. Molino la quale propone di incaricare il Prof. Pizzolo a tenere una relazione in occasione della giornata del medico programmata nel mese ottobre con il titolo "LA NASCITA DELL'UNIVERSITÀ A VERONA". Il Consiglio approva.

COMMISSIONE DI DISCIPLINA

Lasciano la sala i revisori dei conti, l'avv. Gobbi, la segretaria Maffioli ed il revisore contabile Cerioni.

8) RELAZIONI ISTRUTTORIE

n. 1 apertura procedimento disciplinare

n. 1 archiviazione

n. 1 rinvio per richiesta ulteriore documentazione

Null'altro da deliberare, la seduta viene tolta alle ore 22.00

IL SEGRETARIO
LUCIO CORDIOLI

IL PRESIDENTE
ROBERTO MORA

VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO DEL 7 MARZO 2017

Consiglieri presenti: Mora, Rugiu, Cordioli, Marchioretto, Bovolín, Carrara, Fostini, Molino, Braga, Di Spigno, Peruzzini, Musso, Salvatore.

Revisori dei Conti: Costa, Pastori.

Assenti Giustificati: Oreglia, Accordini, Facincani, Guglielmi, Danzi, Spangaro.

Partecipa alla riunione del Consiglio il Revisore Contabile Cerioni, la segretaria Rosanna Maffioli e l'Avvocato Gobbi.

Il Presidente, constatata la presenza del numero legale, alle ore 20.30 dichiara aperta la seduta invitando i presenti a ricordare con un minuto di silenzio la prematura scomparsa del collega Dr. Luigi CONTE segretario della FNOMCEO- collega di alte capacità morali e professionali.

1) LETTURA E APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE

Il verbale precedente viene approvato all'unanimità.

2) DELIBERE AMMINISTRATIVE

Le delibere amministrative vengono illustrate dal revisore legale e approvate all'unanimità e faranno parte integrante del presente verbale.

3) COMUNICAZIONI

- Il presidente informa che sono stati raccolti dagli Ordini d'Italia, quale fondo di solidarietà per le zone terremotate euro 227.330;
- Comunica che lunedì 13 marzo presenzierà nella sede della

FNOMCEO alla cerimonia di ricostituzione della Commissione Centrale Esercenti le Professioni Sanitarie e la proposta di riconfermarlo quale componente supplente fino all'anno 2020;

- Informa che la regione Toscana ha subordinato l'iscrizione scolastica dei bambini alla presentazione di una certificazione attestante le vaccinazioni effettuate;
 - Comunica che la FNOMCEO ha istituito due portali 1 denominato ANTIBUFALE al quale è possibile segnalare notizie false riguardanti la sanità, l'altro avente come oggetto AMBIENTE E SALUTE;
 - Informa inoltre che la FNOMCEO ha sottoscritto un protocollo d'intesa con il Ministero della Salute per lo scambio di dati, per l'aggiornamento e revisione elenco nazionale dei Medici Competenti;
 - Informa che la FNOMCEO ha istituito i Poli fiscali Unificati riguardanti le visite fiscali in carico all'INPS;
 - Comunica che, per quanto riguarda le norme emanate dall'ANAC, particolarmente rigide per gli Ordini, la FNOMCEO, recependo i disagi degli Ordini Provinciali, si sta attivando al fine di creare una centrale unica di committenza per gli acquisti;
 - Il Presidente comunica che la FNOMCEO c sta preparando vari corsi FAD aventi per oggetto i seguenti argomenti: CONSENSO INFORMATO - MENINGITE - CERTIFICAZIONI - AMBIENTE (in collaborazione con l'ISDE);
 - Informa infine che, nel corso della riunione del 16 febbraio, i componenti del consiglio nazionale hanno avuto un incontro con alcuni parlamentari per discutere una bozza di regole riguardanti il consenso informato.
- Il tesoriere propone ai convenuti l'approvazione di una convenzione con la società Tecsip per il sistema PAGO PA il cui costo annuo sarà di € 712.00 + iva;
- 4) PORTALE FNOMCEO biblioteca medica Virtuale EBSCO:** la cui iniziativa riguarda una banca dati con accesso On-line per prendere visione di riviste, pubblicazioni, ecc. Quali referenti dell'Ordine di Verona come osservatori per suggerimenti e verifiche, si propongono la D.ssa Vania Braga e

i colleghi Alberto Vaona e Giulio Rigon. Il consiglio con voto contrario del Dott. Costa approva il versamento di € 2000.00 quale saldo per la partecipazione del convegno di Cortina. Il dott. Bovolin chiede di sottoscrivere la petizione proposta dalla Commissione Odontoiatrica Nazionale per riportare sotto il controllo degli ordini le pubblicità sulle informazioni sanitarie.

5) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI approvate all'unanimità.

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott. AGNOLIN Stefano
Dott.ssa AYYAD Layla
Dott. ANDREATTA Luca
Dott. BARON Luca
Dott. BARONI Tommaso
Dott.ssa BE Giorgia
Dott. BENEDETTI Silvio
Dott.ssa BENINI Annachiara
Dott.ssa BENINI Lavinia
Dott. BENINI Pietro
Dott. BENONI Roberto
Dott.ssa BERSANI Sara
Dott.ssa BORTOLAZZI Elena
Dott.ssa BERTOLINI Chiara
Dott. BIANCHI Davide
Dott. BIONDARO Arianna
Dott. BIXIO Riccardo
Dott. BRENTAGANI Giacomo
Dott.ssa BOMBIERI Sara
Dott.ssa BONIZZATO Francesca
Dott.ssa BORGHESANI Anna
Dott.ssa BOSCO Mariachiara
Dott.ssa BUTTURINI Caterina
Dott.ssa CAGLIARI Stefania
Dott.ssa CAODURO Lucrezia
Dott.ssa CARLASSARA Silvia
Dott.ssa CARTA Anna
Dott.ssa CASTELLANI Roberta
Dott.ssa CHIAMENTI Cristina
Dott.ssa CHINCARINI Chiara
Dott.ssa COLOMBARI Michela
Dott.ssa CORTESI Fiordaliso
Dott.ssa DALLA GRANA Elisa
Dott.ssa DALLA VALLE Michela
Dott.ssa DE CONTI Giorgia
Dott.ssa DEGUIDI Giulia
Dott.ssa DE ROSSI Arianna
Dott. FAMA' Federico
Dott.ssa FASOLI Valentina
Dott. FERRARO Simone
Dott. FORMENTI Luca
Dott.ssa FRANBA Viviana
Dott.ssa GAULE Marina

Dott. GAVRAS Alessandro
Dott. GELMINI Margherita
Dott.ssa GRENDELE Sara
Dott. GUERRA Enrico
Dott.ssa LAVINI Giulia
Dott.ssa LIGORIO Francesca
Dott. LONARDI Fabio
Dott. LORENZETTI Leonardo
Dott. LORENZINI Riccardo
Dott. MANTOVANI Alessio
Dott.ssa MARIN Daniela
Dott. MARTINELLI Federico
Dott. MASTRORILLI Davide
Dott.ssa MIOTTI Jessica
Dott.ssa MIRANDOLA Francesca
Dott. MONDIN Sileno
Dott. MONTRESOR Andrea
Dott.ssa NALIN Francesca
Dott.ssa NEGRI Claudia
Dott.ssa PAIOLA Elena
Dott. PANOZZO Giorgio
Dott.ssa PASOTTI Chiara
Dott.ssa PASQUALI Claudia
Dott. PAOLINO Gaetano
Dott.ssa PEROTTI Cosetta
Dott.ssa PICCOLI Francesca
Dott. PRIOR Enrico
Dott. PUPELLO Benedetta
Dott.ssa QUINTO Giulia
Dott.ssa REBONATO Giorgia
Dott.ssa SALANDINI Giulia
Dott.ssa SANTORO Chiara Beatrice
Dott.ssa SARTORELLI Marianna
Dott. SEAN Ekinde
Dott.ssa SERAFIN Angela
Dott.ssa SETTI Orsola Maria Rita
Dott. SOAVE Alessandro
Dott. SPIGO Valentina
Dott.ssa TIEGER Serena
Dott.ssa TOFFALINI Anna
Dott.ssa VARALTA Anna
Dott.ssa VARALTA Maria Silvia
Dott.ssa VENTURINI Anna
Dott.ssa YEHIA Veronica
Dott.ssa XHERIMEJA Matilda
Dott. ZANONI Riccardo

Iscrizioni S.T.P.:

Studio Dott. PANZIERA Giovanni

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. CAMINATI Marco da Pavia
Dott.ssa RUGGIERO Alessandra da Salerno
Dott.ssa COLEDAN Ilaria da Milano
Dott. TACHTACH Mahmoud da Chieti

Reiscrizioni:

Dott.ssa ORTOLANI Ida Vani

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. LAFRATTA Mario a Vicenza
Dott. MABROUK Mohamed a Bologna
Dott.ssa GIARDINI Nadia a Bolzano
Dott. DALLE VEDOVE Francesco a Trento

Cancellazioni su richiesta:

Dott. STEGAGNO Marco

ODONTOIATRI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott.ssa MARTINELLI Silvia
Dott. ARMANI Giacomo Emanuele
Dott.ssa BRAZZOLI Sofia

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. MAKARATI Jamal da Trento
Dott. FERRAZZANI Marco da Roma

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. CORI Francesco a Bolzano

Cancellazioni su richiesta:

Dott. PATERNI Alberto

Modifica Cognome e Codice Fiscale:

Dott.ssa SHKURKO VASILESCU Madalina

7) VARIE ED EVENTUALI

Il Dr. Peruzzini su indicazione del Presidente aggiorna il Consiglio sulle criticità ancora riguardanti il fascicolo sanitario elettronico, in materia di informativa e di registrazione del consenso informato. Il Segretario Dr. Cordioli propone al Presidente che la Federazione regionale degli Ordini si faccia carico di inviare suoi consulenti tecnici e legali presso la Regione così da tutelare i medici sulla sicurezza di queste procedure, come previsto dall'art. 11 del Codice deontologico.

IL TESORIERE, considerato che vari colleghi non hanno ancora provveduto al versamento della quota di iscrizione relativa sia all'anno in corso che negli anni precedenti propone di richiedere a ciascuno degli inadempienti il versamento di euro 6 – quale rimborso per le raccomandate di sollecito.

8) RELAZIONI ISTRUTTORIE n. 2 aperture procedimento n. 2 archiviazioni

COMMISSIONE DI DISCIPLINA
Lasciano la sala i revisori dei conti,
l'avv. Gobbi, la segretaria Maffioli
ed il revisore contabile Cerioni.

Null'altro da deliberare, la seduta
viene tolta alle ore 22.45

IL SEGRETARIO
LUCIO CORDIOLI

IL PRESIDENTE
ROBERTO MORA

VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO DELL'11 APRILE 2017

Consiglieri presenti: Mora,
Rugiu, Cordioli, Marchioretto,
Bovolín, Accordini, Carrara,
Facincani, Fostini, Guglielmi,
Peruzzini, Musso, Salvatore, Oreglia.
Revisori dei Conti: Costa, Danzi.
Assenti Giustificati: Braga,
Spangaro, Di Spigno, Molino, Pastori.
Partecipa alla riunione del Consiglio
il revisore legale Cerioni, la se-
gretaria Rosanna Maffioli.

Il presidente constatato il numero legale dichiara aperta la seduta
Argomento all'ordine del giorno:

1) LETTURA E APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE

Il verbale precedente viene approvato all'unanimità.

2) DELIBERE AMMINISTRATIVE

Le delibere amministrative vengono illustrate dal revisore legale e approvate all'unanimità e faranno parte integrante del presente verbale.

3) ESAME BILANCIO CONSUNTIVO 2016

Il Tesoriere illustra le relative poste di bilancio in entrata ed in uscita segnalando che il risultato economico al 31/12/2016 è pari a € 54.290.08. comunica che il bilancio è stato valutato e sottoscritto dalla commercialista dell'Ordine.
Viene quindi posto all'approvazione

dei presenti che lo approvano all'unanimità.

4) COMUNICAZIONI

Il dott. Mora informa che nelle giornate del 6-7 aprile ha partecipato assieme al vicepresidente alle riunioni del consiglio nazionale FNOMCEO.

Il gg. 6 si è svolta una commovente cerimonia nel ricordo della prematura scomparsa del dott. Luigi Conte, già segretario generale della FNOMCEO. Il presidente procede quindi a illustrare i vari argomenti riguardanti la riunione del consiglio FNOMCEO:

- a) Quale segretario della Federazione è stato eletto il Dott. Sergio Bovenga – attuale responsabile anche del Co.Ge.A.P.S.
- b) È stata assunta quale direttore FNOMCEO la D.ssa Romeo in possesso di un curriculum di grande esperienza per aver svolto importanti incarichi in vari enti;
- c) In merito alla possibilità di poter usare un sistema elettronico per il rinnovo dei consigli provinciali, l'assemblea accantona l'argomento in quanto per poter usufruire di tale facoltà è necessario modificare la legge istitutiva degli ordini;
- d) Il dott. Mora comunica che ha partecipato all'insediamento della Comm.ne Nazionale esercenti le professioni sanitarie, in tale contesto ha dato notizia che vi sono giacenti in attesa di sentenza 14 richieste di radiazione e 120 posizioni da valutare;
- e) Sulla proposta di legge riguardante la riforma degli ordini è emerso che il testo è tutt'ora in commissione sanità, e, quando approvato, dovrà essere valutato definitivamente dai 2 rami del parlamento;
- f) La commissione nazionale di bioetica ha pubblicato sul suo sito un documento a difesa del SSN;
- g) Iniziativa dell'OMCEO di Bari sul problema della violenze sui sanitari;
- h) La FNOMCEO ha avuto un incontro con il MIUR al fine di concordare l'aggiornamento sulla tenuta degli albi professionali in riferimento alla definizione di chi abbia titolo a fregiarsi del titolo di professore; In tale incontro è stato deliberato inoltre che nell'albo non

potrà comparire menzione dei titoli acquisiti in corsi Master;

- i) Viene data informazione che la FNOMCEO sta programmando 2 corsi FAD;
- l) Interviene il Vice Presidente Rugiu il quale fa presente l'iniziativa dell'Ordine di Torino in merito alle vaccinazioni, auspica che la FNOMCEO approvi regole certe sull'argomento con sanzioni per i colleghi che sono contrari a tale trattamento; segnala inoltre che il Dott. Gava iscritto all'Ordine di Treviso, promotore delle antivaccinazioni, ha denunciato i componenti il consiglio del proprio Ordine qualificandoli conniventi con le case farmaceutiche.

5) NOMINA RESPONSABILE UNICO SUI PROCEDIMENTI (RUP)

Su tale argomento il Dott. Mora comunica che ha posto all'Avv. Fontana dell'ufficio Legale della FNOMCEO la richiesta se era possibile nominare il Revisore Legale Cerioni quale responsabile unico sui procedimenti. Avuta la conferma su tale possibilità – propone ai presenti la nomina del rev. legale Cerioni quale responsabile del RUP. Il consiglio approva.

6) VENGONO PROPOSTE ALL'APPROVAZIONE LE SEGUENTI DELIBERE

- a) Acquisto materiale di cancelleria e stampati per un importo di euro 11.000.
- b) Acquisto con procedura d'urgenza di computer portatile per Verona Medica, in sostituzione del precedente fuori uso, per un importo imponibile di euro 702.

7) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI approvate all'unanimità.

MEDICI - CHIRURGI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott. BUSATTA Daniele
Dott.ssa ROSSATI Claudia
Dott.ssa ROMANO' Giorgia
Dott.ssa ZANDERIGO Eloisa

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. LEONARDO Filippo da Reggio Calabria

NOTIZIE DALL'ORDINE

Dott. MARIGLIANO Marco da Ancona
Dott. TRENTADUE Mirko da Bari

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott.ssa ANTON Genan a Vicenza
Dott.ssa CAVALLINI Chiara a Bolzano
Dott. DANZI Bruno a Trento
Dott. FRISINI Marco a Trento
Dott. ROSSI Luca a Udine
Dott. SANNA Lorenzo a Cagliari

Cancellazioni su richiesta:

Dott. ALTIERI Menino
Dott. CASTELLANO Giuseppe Carlo
Dott. CASTELLANO Vittorio Verne
Dott.ssa PALEARI Laura Maria
Dott.ssa PAVONI Lilliana
Dott. PROVOLO Alberto
Dott.ssa VALCHEVA Kremena Milkova
Dott. TAMBURO DE BELLA Antonino

Cancellazioni per decesso:

Prof. MONTENOVESI Pietro

Dott. RICCO' Antonio
Dott. SCANDOLA Bruno
Dott. ZUNIGA Mario

ODONTOIATRI

Cancellazioni su richiesta:

Dott. VIANINI Elio

8) VARIE ED EVENTUALI

a) Il Vice Presidente informa i presenti che sabato 8 aprile si è conclusa la quarta giornata del convegno avente per argomento "MEDICAL HUMANITIS" – al quale hanno partecipato docenti di altre regioni, vari colleghi e studenti iscritti alla facoltà di medicina. L'evento ha riscosso un elevato indice di gradimento.

Il dott. Rugu auspica che questo corso ponga le basi per nuovi appuntamenti sul tema delle MEDICAL HUMANITIS, che possano

coinvolgere un numero sempre maggiore di medici Veronesi.

b) Nell'elenco dei colleghi disponibili a seguire il progetto EBSCO viene nominato il Dott. Franco DEL ZOTTI.

c) Il Presidente ringrazia il Dott. Giuseppe COSTA – presidente provinciale della FEDERSPEV per aver portato in sede nazionale del sindacato il libro edito dal Dott. Bepi SARTORI.

9) RELAZIONI ISTRUTTORI

n. 4 archiviazioni

Lasciano la sala I revisori dei conti, la segretaria Maffioli ed il revisore legale Cerioni.

Null'altro da deliberare, la seduta viene tolta alle ore 22.45.

IL SEGRETARIO
LUCIO CORDIOLI

IL PRESIDENTE
ROBERTO MORA

COMITATO MEDICI VERONESI VOLONTARI

Stai pensando ad una esperienza professionale in un Paese in via di sviluppo?

Sei disponibile a prestare la tua opera come volontario?

Il Co.Me.Vero.Volo può supportarti.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Verona, promuove il Comitato Medici Veronesi Volontari (Co.Me.Vero.Volo).

Il Co.ME.Vero.Volo nasce con l'obiettivo di supportare i Medici, che desiderano mettere a disposizione la loro professionalità in forma volontaria nei Paesi in via di sviluppo, mettendoli in contatto con le associazioni di volontariato presenti nel territorio che cercano personale medico da inviare nei loro progetti per periodi limitati di tempo e che sono spesso disponibili a pagare viaggio, vitto e alloggio.



Tutti i Medici che volessero avere informazioni sono invitati a rivolgersi a
Alberto Vaona - aisamaisa@gmail.com
Chiara Idolazzi - chiaraidolazzi@gmail.com

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DEL 10 GENNAIO 2017

Presenti: Boscagin, Bovolini, Oreglia, Pace, Zattoni.

Lettura e approvazione verbale precedente

Il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente

- 1) Progetto scuola lavoro – il Presidente da lettura della risposta inviata al Dott. Mattia Marchiori che aveva posto il quesito all'Ordine.
- 2) Il Presidente informa i presenti che la Federazione ha inviato dei documenti riguardanti la questione amalgama dentaria.
- 3) Il Presidente riferisce che il 9 febbraio 2017 ci sarà a Venezia la riunione dei presidenti CAO e argomenti all'Ordine del Giorno saranno:
 1. utilizzo di amalgama in odontoiatria;
 2. Enpam;
 3. Rapporti con Dott. Zovi.

Procedimenti disciplinari

- 1) Dott. FGH: il Presidente ripercorre il caso e da lettura della lettera di segnalazione inviata al comandante del NAS. Viene deciso di aspettare un tempo ragionevole per poter poi procedere nei confronti del sanitario per il quale è già stata decisa l'apertura. Viene rimandata la decisione alla prossima CAO.
- 2) VV - viene ripercorso il caso. Durante Il procedimento, celebrato il 13/12/2016 il Dott. V, causa problemi personali non comunicati, non si è presentato ma ha mandato in sua vece il proprio avvocato difensore. Considerata l'assenza del Dott. V ed essendo emersi dei dubbi professionali che impediscono di giungere ad una decisione compiuta la CAO

decide di convocare nuovamente la commissione di disciplina per il giorno 14 marzo 2017.

- 3) Caso F/J: il Presidente informa di aver convocato il Dott. F ex art. 39 per informazioni sulla vicenda.

VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DEL 21 FEBBRAIO 2017

Presenti: Boscagin, Bovolini, Oreglia, Pace, Zattoni.

Lettura e approvazione verbale precedente

Il verbale della seduta precedente viene modificato al punto 3.

Comunicazioni del Presidente

- 1) Il Presidente informa che dovrà essere istituita una commissione per il rilascio dei pareri di congruità di cui agli art. 5 n. 3 legge 24 giugno 1923 n. 1395 art. 636 c.p.c. e nell'art. 2233 cc. e delibera A.N.A.C. n. 831 del 03/08/2016. In attesa di chiarimenti e delle linee guida da parte della FNOMCEO La prima commissione sarà composta da Boscagin, Oreglia, Zattoni, all'interno di questa verrà individuato il responsabile del Procedimento. Secondo normativa la commissione dovrà essere rinnovata semestralmente con criteri di rotazione.
- 2) Circolare FNOMCEO – designazione professionisti per incarichi di consulenza. Il documento delinea i criteri che l'ANAC impone sulle consulenze degli ordini. Il Presidente auspica che queste norme vengano rispettate da tutti.
- 3) Il Presidente ripercorre il caso relativo al blocco dei ricorsi fermi in Commissione Centrale a causa del fatto che l'attuale Commissione

ne è ormai scaduta da quasi due anni ma non è mai stata ricostituita in quanto la corte di Cassazione ha sollevato la questione di costituzionalità in relazione alla composizione della CEPS. Il Presidente CAO Nazionale Dott. Renzo, in un suo comunicato, esprime forti preoccupazioni per questa grave problematica.

- 4) Il Presidente riferisce di un'iniziativa presentata da un doppio iscritto all'Albo di Roma. Trattasi di una petizione da firmare on line lanciata sulla piattaforma Change.org e volta a sottoporre a parere preventivo degli Ordini tutti i messaggi pubblicitari in ambito sanitario. La CAO approva tale iniziativa.
- 5) SS. Il Presidente informa i presenti sulla pubblicità della struttura SS e riferisce di come sia, questa pubblicità, non corretta. Informa i presenti che è stata inviata la segnalazione all'AGCM. Oltre ad informazioni erronee riguardanti l'attività in se stessa, sono pubblicate anche informazioni che possono ledere i diritti del paziente (mancanza del nominativo del direttore sanitario e presentazione di una scontistica non economicamente valutabile). Questa CAO aveva già nell'anno 2015 segnalato la questione agli Ordini ove hanno sede gli altri centri SS. Viene deciso di segnalare al NAS e nuovamente agli altri Ordini questo reiterato comportamento illecito.
- 6) Dott. QQ. Il Presidente informa i presenti sul caso relativo al Dott. QQ il quale ha pubblicizzato a mezzo targa la dizione "odontoiatria Biologica" e "cura della persona attraverso la cura dei loro denti", comunicando di averlo invitato a colloquio per chiarimenti.
- 7) Il Dott. WW scrive all'Ordine riferendo una vendita sul sito Amazon di bite e pone un quesito sulla possibile illiceità della cosa. Il Presidente da lettura ai presenti della lettera dove invita il Dott. W a segnalare la cosa all'AGCM.

Relazioni istruttorie

- 1) Dott. YY: Il Dott. Y è stato invitato a colloquio per una segnalazione fatta dal Sig. MP che lamenta il

fatto della mancata consegna a lui medesimo della documentazione clinica. Viene data lettura del verbale di audizione. Viene deciso di convocare i testimoni citati dal Dott. Y per ulteriori informazioni.

Procedimenti disciplinari

- 1) HH – La Dottoressa H, alla quale è stata data irrogata la sanzione della Censura, ha fatto ricorso in Commissione Centrale. Viene dato mandato al Presidente di resistere al gravame.
- 2) FFF – viene ripercorso il caso e il Presidente da lettura della lettera inviata al NAS.

VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DEL 14 MARZO 2017

Presenti: Boscagin, Bovolín, Oreglia, Pace, Zattoni.

Lettura e approvazione verbale precedente

Il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente

- 1) Il Presidente informa i presenti di aver ricevuto una segnalazione da parte del Dott. BB il quale lamenta attriti con il Dott. GG. Viene data lettura della lettera inviata al Presidente CAO, lettera in cui sono dettagliati i risvolti della vicenda. Viene deciso di convocare entrambi i sanitari per informazioni.
- 2) Nuova composizione CEPS. Il Presidente informa che il Ministero della Salute ha ricostituito la Commissione Centrale per gli esercenti le professioni Sanitarie bloccata da tempo. La CAO si compiace e auspica una breve evasione di tutte le pratiche giacenti da tempo presso tale Commissione.
- 3) Raccolta fondi per protesi sociali: viene ripercorso il caso relativo alla raccolta fondi ottenuta durante l'assemblea dei Presidenti CAO lo scorso 2 settembre. Il Dott. Bovolín riferisce che a tutt'oggi il Comune di Verona, nella persona dell'assessore Leso, non ha dato i nominativi di persone economica-

mente deboli ai quali fare le protesi. Viene deciso di incaricare il Dott. Zattoni di contattare nuovamente l'Assessore per i nominativi richiesti.

- 4) Il Presidente presenta il c.v. del Prof. Enrico Maria Cervellati (univ. Di Bologna e Luiss), il quale si interessa di finanza comportamentale, con l'appoggio economico/organizzativo di Banca Generali e propone l'organizzazione di una conferenza su tale tema con tale oratore.

Relazioni istruttorie

- 1) Dott. FF: il Presidente riferisce di aver ricevuto dall'Ordine di Trento una segnalazione inerente il Dott. F. Una paziente segnala problemi avuti nello studio trentino del Dott. F e riferisce un'insoddisfazione delle cure. Non si ravvisando violazioni di carattere deontologico viene deciso di non dar luogo a procedere.
- 2) Dott. AA: viene ripercorso il caso relativo al Sanitario. Il Sanitario era stato chiamato per uso di targa con dizione "odontoiatria biologica". Viene letto il verbale di audizione e viene letta la memoria presentata successivamente dal Sanitario. Dopo ampia discussione viene deciso di non dar luogo a procedere.
- 3) Caso Dott. L/k: il Presidente aggiorna il caso e riferisce dell'ultimo colloquio avuto con il Dott. L, venuto all'Ordine con il suo avvocato. Viene aperto ampio dibattito ed, esaurita la discussione, viene deliberato di aprire procedimento disciplinare ad entrambi i sanitari, Dott. L e Dott. K, nominando relatore il Dott. Francesco Bovolín.

Procedimenti disciplinari

- 1) Dott. FGH. Viene ripercorso il caso e il Presidente da lettura della lettera di segnalazione inviata al NAS. Il procedimento a suo tempo già aperto, sarà celebrato dopo il 19/05/2017, alla fine del periodo di sospensione che al Sanitario è stato comminato da precedente procedimento disciplinare. Viene nominato relatore il Dott. Zattoni.

VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DELL'11 APRILE 2017

Presenti: Boscagin, Bovolín, Oreglia, Pace, Zattoni.

Lettura e approvazione verbale precedente

Il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

Comunicazioni del presidente

- 1) Il Presidente informa i presenti sulla Comunicazione FNOMCeO n. 37 - diffusione foto e video. Viene data lettura della circolare.
- 2) Il Presidente informa sulla Comunicazione n. 38 FNOMCeO riguardante il progetto formativo "lettura critica dell'articolo medico-scientifico".
- 3) Il Presidente riferisce che L'Ufficio Odontoiatri della Federazione Nazionale sta predisponendo a livello nazionale il corso su osteonecrosi dei mascellari ed esprime le proprie Congratulazioni per l'aiuto che la segreteria dell'Ordine di Verona ha dato (avendo già organizzato il corso lo scorso dicembre) per la condivisione dei contatti e della documentazione relativa.
- 4) Questione corso DL: il Presidente ha informato la CAO della azioni intraprese a livello nazionale per verificare la liceità e eventualmente interdire di un corso organizzato dall'istituto geriatrico BVC di Mantova con la collaborazione di alcuni Medici Odontoiatri veronesi.
- 5) Il Pres. riferisce di aver inviato in Procura della Repubblica la segnalazione fatta dalla Dott.ssa AA riguardante l'attività di igienista dentale della Sig.ra DF, lavorante all'epoca dei fatti presso studio dentale X. La Procura risponde chiedendo notizie, quali azioni siano state eventualmente intraprese nei confronti della Sig.ra D. Il Presidente risponderà dando le informazioni richieste.

Relazioni istruttorie

- Dott. QQ: il Presidente ripercorre il caso e informa di aver sentito il testimone Sig. M (odontotecnico) citato dal Dott. Q durante l'invito a colloquio. Viene data lettura del verbale di audizione. Dopo ampia

ALBO ODONTOIATRI

discussione viene deciso di aprire procedimento disciplinare in capo al Dott. Q nominando relatore il Dott. Pace Roberto.

Procedimenti disciplinari

- Dott. Z: viene decisa la data di celebrazione del procedimento che si terrà il giorno 18 luglio 2017
- Dott. FGH: viene decisa la data di celebrazione del procedimento di-

disciplinare che si terrà il giorno 13 giugno 2017

- Dott. W: viene decisa la data di celebrazione del procedimento disciplinare che si terrà il giorno 13 giugno 2017
- LL: il Presidente ripercorre il caso risalente all'anno 2009. Viene data lettura della sentenza della Corte d'Appello di Venezia che con sentenza n. 4033/2016 ha disposto l'ar-

chiviazione per non aver commesso il fatto. La CAO, vista la sentenza, dispone di archiviare il procedimento a suo tempo aperto e sospeso.

- Varie ed eventuali: protesi sociali. Il Presidente ripercorre il caso. La CAO ha deliberato, visto l'inefficace tentativo di avere i nominativi dal comune di Verona ha deliberato di spostare l'iniziativa in altri comuni della provincia.

CERTIFICAZIONI TELEMATICHE DI MALATTIA

Informiamo gli iscritti che la segreteria dell'Ordine è in grado di rilasciare ai medici che ne dovessero avere necessità le credenziali di accesso al portale INPS per la compilazione dei certificati di malattia a l personale dipendente.

Per ottenerle è necessario accedere alla segreteria personalmente.

SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VERONA OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

CONSULENZA LEGALE (Avv. Donatella GOBBI)

La consulenza va richiesta al n. tel. 045 594377 nelle giornate di lunedì e mercoledì dalle 15,30 alle 17,00

CONSULENZA MEDICO LEGALE (Dott.ssa Federica BORTOLOTTI)

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

CONSULENZA ASSICURATIVA (Avv. Giuseppina MARITATO)

La consulenza va concordata con la Consulente al n. tel. 340 6850550

CONSULENTE FISCALE (Dott.ssa Graziella MANICARDI)

La consulenza si espleta presso la sede dell'OMCeO VR, previo appuntamento telefonico richiesto al n. tel. 045 8006112, nella giornata di martedì dalle 09,30 alle 12,00.

Consulenza telefonica si può ottenere al n. 0376 363904 il lunedì dalle 15,00 alle 16,00

CONSULENZA E.N.P.A.M. (Segreteria OMCeO VR - Sig.ra Rosanna MAFFIOLI)

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

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Verona ha stipulato una convenzione con "Aruba", riservata agli Iscritti, per l'attivazione gratuita della **Posta Elettronica Certificata (PEC)**, mediante registrazione nell'area riservata del sito dell'Ordine: **www.omceovr.it**

Le sig.re Virna Giampieri e Rosanna Maffioli sono a disposizione dei Medici ai numeri telefonici 045 8006112 e 045 596745 per le indicazioni operative che si rendessero necessarie.

Prescrizione di dispositivi per stomizzati

Questa comunicazione nasce dalle difficoltà che molti pazienti con ileostomia o colostomia incontrano nel momento in cui necessitano della prescrizione per dispositivi come sacche e placche per stomia.

Chi fa la prima prescrizione?

La prima prescrizione per dispositivi per stomie viene fatta dal personale del reparto di chirurgia nel momento in cui il paziente viene dimesso.

Chi fa le prescrizioni successive alla prima?

Le prescrizioni successive possono essere fatte dal medico di medicina generale. Molti pazienti stomizzati purtroppo sono costretti a rivolgersi al reparto di chirurgia perché i loro medici di famiglia non fanno loro le prescrizioni per questi dispositivi e tutto ciò risul-

ta essere un disagio sia per i pazienti che per gli operatori del reparto.

Cosa si deve prescrivere?

Generalmente le prescrizioni per sacche e placche ricalcano fedelmente la prima prescrizione fatta dagli operatori del reparto. In alcuni casi il paziente può avere la necessità di cambiare tipologia di dispositivi (nei primi periodi la stomia può cambiare forma o dimensione e ciò richiede un adattamento di sacche e placche); sarà il paziente stesso a comunicare nome e codici dei nuovi dispositivi.

A quante placche e sacche ha diritto il paziente?

I pazienti stomizzati hanno diritto a 10 placche, 60 sacche e 2 tubi di pasta protettiva peristomale al mese. Nei primi 6 mesi dopo l'intervento queste

quantità vengono aumentate del 50% (15 placche, 90 sacche e 3 tubi di pasta protettiva peristomale) poiché si presuppone che il paziente cambierà più spesso del dovuto la placca in quanto nei primi momenti fatterà a posizionarla nel modo corretto. Fino al 2001, per avere il rimborso di questi dispositivi era obbligatorio presentare la domanda di invalidità civile. Dal 2001 in poi il Decreto del Ministero della Sanità n. 321 sancisce che per ottenere questi dispositivi è sufficiente la prescrizione del medico accompagnata da un piano riabilitativo dettagliato indicando il tipo di presidio, quantità e durata della fornitura. Tutto ciò però è possibile solo per la durata massima di un anno, al termine del quale è necessario presentare domanda di invalidità civile.

Esempio di prescrizione del medico di famiglia per un fabbisogno di 3 mesi (non considerando la maggiorazione del 50% valida solo per i primi 6 mesi).

ENRICO COGO
A.I.S. NEGRAR - ASSOCIAZIONE
INCONTINENTI E STOMIZZATI
OSPEDALE CLASSIFICATO EQUIPARATO
SACRO CUORE - DON CALABRIA
VIA DON A. SEMPREBONI, 5
37024 NEGRAR (VR)

The image shows a medical prescription form for stomized patients. The form is divided into several sections. At the top, there are fields for patient information and service details (Servizio Sanitario Nazionale, Regione Veneto). Below this, there is a section for the prescription itself, listing items like PASTA COLOPLAST, SACCA COLOPLAST, and PLACCA COLOPLAST. The form also includes a section for 'ILEOSTOMIA' with fields for quantity, type of recipe, and date. The form is signed by a doctor and includes a stamp.

La scienza vuole delle regole

Una lettera in risposta alla contro-cronaca di Stefano Lorenzetto a titolo "Vaccini, roghi e caso Tremante" pubblicata su L'Arena di Domenica 7 maggio u.s.

Caro Dottor Lorenzetto, avevo letto tempo fa il suo articolo sulla meningite e l'avevo apprezzato.

Non è così per la sua "contro-cronaca" sull'Arena di oggi.

Vorrei subito rassicurarla che il nostro "sinedrio" non si è ancora espresso sul caso del Dottor..... "stimato professionista" che discende da "una schiatta di scienziati, erboristi, naturopati e geografi della Lessinia".

La rassicuro anche sul fatto che la "chemioterapia" come ogni altro trattamento medico non è "obbligatoria" per nessuno. Ognuno ha facoltà di accettare o rinunciare alle cure che gli vengono proposte.

L'unico caso in cui un trattamento può avvenire contro la volontà del paziente richiede una procedura lunga e laboriosa che ha il fine di rendere minima la discrezionalità del medico e massima la garanzia per il paziente. Si chiama TSO (trattamento sanitario obbligatorio).

Il cancro è una brutta parola, che terrorizza la gente.

Ma i tumori sono di tanti tipi.

E per molti di questi oggi la medicina ha sviluppato cure efficaci.

In più della metà dei casi si può giungere alla guarigione, per un'altro 20-30% dei casi si può sperare di vivere più a lungo, e soprattutto meglio.

La scienza non è certezza, ma dubbi!

Senza i dubbi non vi sarebbe progresso e si rischierebbe l'immobilismo.

Ma per procedere sulle sue vie occorre un metodo che ci permetta di riconoscere quelle che sono le strade sbagliate.

Quel metodo l'ha proposto per primo Galileo, qualche secolo fa.

Una delle prime regole di quel metodo è quella che vuole la riproducibilità dei risultati.

Se manca quella si finisce per fare la fine della fusione fredda proposta da Fleischmann e Pons qualche anno fa.

L'altra regola è quella che vuole che lo sperimentatore non sia vittima dell'entusiasmo per le sue idee compromettendo l'obiettività di giudizio.

Per questo chi vuol fare ricerca deve vestirne il saio e seguire la strada del "metodo scientifico".

Che tra le tante cose impone una meticolosa raccolta dei dati ottenuti, una loro scrupolosa analisi ed anche la condivisione con la comunità scientifica (perché possano essere verificati da altri).

Questa parte sembra mancare nei casi di quei colleghi di cui si occupano le cronache di questi giorni.

Le loro idee e i loro "risultati" risultano "postati sul web" ad uso di chi può diventare cliente piuttosto che per chi ha le capacità di giudicarne l'attendibilità.

700 articoli che parlano del ruolo della vitamina D nella genesi e nello sviluppo dei tumori, non significa che la vitamina D possa essere consigliata come cura per gli stessi, tantomeno che sia la soluzione a basso costo da proporre contro lo "sperpero" di risorse costituito dalla chemioterapia ufficiale.

Chi mette in giro questi dubbi, cade nella trappola di chi, per far clienti, diffonde la teoria del complotto tra case farmaceutiche, medici e amministratori politici, che vuole tutti al soldo degli interessi delle multinazionali del farmaco.

Il fatto di aver "lavorato per 10 anni in ambiente universitario" e di essere autore di "tomi di farmacologia" non mette al riparo dal cadere vittima dei propri entusiasmi o del proprio edonismo.

La scienza ama avere servitori umili, leali e perseveranti.

La vaccinazione anti-polio con il vaccino Sabin è stata abbandonata qualche anno fa, quando ci si è accorti che il numero di casi di effetti collaterali non era più tollerabile in una società in cui, grazie proprio all'efficacia di quella vaccinazione, la malattia era quasi scomparsa. Al suo posto si è adottato il vaccino Salk, meno efficace, ma anche gravato da un numero minore di effetti collaterali.

La medicina ufficiale non ha mai negato i rischi dei vaccini.

E come ricorda lei stesso nel suo arti-

colo, ha proposto rischi minimi contro rischi di gran lunga superiori (un caso di encefalite ogni 10.000 casi di morbillo, contro 1 caso di encefalite ogni milione di bambini vaccinati).

Citare aneddoticamente i casi di chi è stato danneggiato dalle vaccinazioni senza citare i milioni di persone salvate dalle stesse, specie quando la citazione è fatta da chi ha la capacità di "fare" opinione, è un fatto cui non potevo non rispondere. Citare un errore medico (una mancata diagnosi di immunodeficienza) come rischio per le vaccinazioni è come suggerire che, in caso di appendicite, è più pericoloso sottoporsi all'intervento chirurgico piuttosto che aspettare l'evoluzione della malattia (che può anche essere mortale).

I medici, quando sono chiamati a "processare altri medici" lo fanno con amarezza.

È molto più gratificante premiarli.

Lo facciamo ogni anno nella nostra "giornata del medico".

Mi permetta di invitarla alla prossima.

La celebreremo alla Gran Guardia Sabato 14 ottobre.

Premieremo i colleghi che hanno lavorato per 50 anni e faremo festa per quelli che entrano a prenderne il posto e che pronunceranno il loro giuramento professionale.

Sentirà che tra le cose che dico sempre ai giovani c'è anche la raccomandazione di servire ai tre padroni: paziente, scienza e "bilancio".

Quest'ultimo per ricordare loro che le risorse sono limitate e che dovremo usarle con attenzione per poter permettere che il nostro sistema sanitario universalistico possa sopravvivere e che a tutti sia concesso di accedere alle cure indipendentemente dalle capacità economiche. Se ci fosse veramente la possibilità di curare certe malattie con farmaci ed erbe a basso costo, piuttosto che buttare "2780 euro per due sole chemio", farlo sarebbe un obbligo morale e deontologico per tutti.

Purtroppo le cose, per quel che mi risulta, non stanno così e ai miei giovani medici dovrò ricordare anche quest'anno l'impegno a servire il terzo padrone.

Per concludere, caro Dott. Lorenzetto, lei si affidi pure al medico che ha "esperienza" da parte mia preferisco affidarmi a quello che ha esperienza ma anche amore per la scienza.

ROBERTO MORA

Sì alla rivelazione dei dati sanitari, se tale era la volontà del defunto

In data 29.08.2016 il dr. XXXX chiedeva all'Ordine dei Medici di Verona un parere in merito alla richiesta, pervenuta da un'Assicurazione, di redigere una relazione sanitaria su un paziente deceduto.

In particolare il dr. XXXX poneva i seguenti quesiti:

- 1) se sia legittima la richiesta della compagnia assicurativa in calce al suddetto documento ovvero "si richiede al medico curante di redigere il questionario con scrupolosità, mettendo in rilievo tutte le circostanze che possono illustrare la genesi, l'inizio o il decorso della malattia che ha portato al decesso dell'Assicurato. **Si raccomanda inoltre di non omettere dati o circostanze note al medico sulle eventuali malattie pregresse, anche se queste non avessero avuto alcun rapporto con la malattia terminale**";
- 2) se sia legittima la dichiarazione che avrebbe sottoscritto il defunto all'atto della sottoscrizione della polizza **"di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, gli**

ospedali e gli istituti di cura in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardano ed autorizzo sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copie dei documenti che le riportino oltre che di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copie di accertamenti medici effettuati"; ovvero, una dichiarazione firmata dall'Assicurato in vita mi svincola dal segreto professionale?;

- 3) se è legittima la pretesa da parte della compagnia assicurativa che la raccolta di informazioni di cui al capo 1 avvenga su modulo prestampato e recante logo della compagnia medesima (sul quale documento io dovrei mettere mio timbro e mia firma);
- 4) da ultimo sono a chiedere, anche alla luce della sentenza della Corte di Cassazione civile n.17024/2015, se la parcella per la produzione di quanto voluto dalla compagnia assicurativa sia da addebitare agli eredi (in questo caso vedova) del defunto o, come indicato dalla Corte di Cassazione, direttamen-

te alla compagnia assicurativa richiedente.

Rispetto a tali quesiti si formulano le seguenti considerazioni.

La dichiarazione sottoscritta dal defunto in cui lo stesso autorizza i sanitari a rivelare i propri dati sanitari è legittima in quanto dimostra come il defunto fosse consapevole della necessità che la Compagnia Assicuratrice venisse in possesso di tali dati per poter procedere alla liquidazione del premio. Il dr. XXXX deve comunque verificare che tale dichiarazione esista e che sia firmata.

In presenza di una dichiarazione firmata, la richiesta della Compagnia Assicuratrice è legittima, così come è legittima la richiesta che la relazione venga redatta su modulo prestampato della Compagnia.

Secondo il mio parere la parcella relativa alla redazione della relazione dovrebbe essere addebitata agli eredi.

Tuttavia, il dr. XXXX potrebbe preliminarmente chiedere alla Compagnia Assicuratrice se è disposta a pagare la parcella.

FEDERICA BORTOLOTTI

DIVIETO DI PRESCRIZIONE DI PREPARAZIONI MAGISTRALI CONTENENTI IL PRINCIPIO ATTIVO CLORALIO IDRATO

Si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 165 del 16.7.2016 è stato pubblicato il decreto ministeriale 30 giugno 2016 recante "Divieto di prescrizione di preparazioni magistrali contenenti il principio attivo Cloralio Idrato".

Si rileva che l'art. 1 del provvedimento prevede che è fatto divieto ai medici di prescrivere e somministrare preparazioni magistrali contenenti il principio attivo cloralio idrato e ai farmacisti di eseguire preparazioni magistrali contenenti il predetto principio attivo.

Il decreto è stato emanato ravvisata la necessità di un provvedimento cautelativo urgente che disponga il divieto di prescrizione e di allestimento di preparazioni magistrali contenente tale principio attivo, in quanto ritenuto pericoloso per la salute pubblica.

ROBERTA CHERSEVANI

Trattamento laser endovascolare degli assi safenici: vi sono differenze cliniche nell'utilizzo delle differenti lunghezze d'onda?

ALVISE CAVALLINI, Md, PhD.

RIASSUNTO

SCOPO DELLO STUDIO

L'ablazione endovascolare LASER degli assi safenici è una metodica efficace e sicura. Gli effetti collaterali più frequentemente riportati, connessi all'uso delle lunghezze d'onda affini all'emoglobina (810 nm, 940 nm e 980 nm), sono il dolore post-operatorio e le ecchimosi.

Recentemente i LASER con lunghezza d'onda più elevata (WSLWs: Water Specific Laser Wavelengths) hanno permesso di ottenere ottimi risultati a breve termine con una riduzione degli effetti collaterali.

Per chiarire quali siano i reali vantaggi clinici nell'utilizzo delle nuove WSLWs è stata condotta una revisione della letteratura.

METODI

Attraverso una ricerca su MEDLINE sono stati analizzati i lavori di comparazione tra LASER con lunghezza d'onda affini all'emoglobina e le nuove WSLWs.

RISULTATI

Sono presenti 5 studi in Letteratura che confrontano rispettivamente: 810 vs 980 nm (Kabnik, 2006); 940 vs 1320 nm (Proebstle, 2005); 810 vs 1320 nm (Mackay, 2006); 980 vs 1500 nm (Vuytsteke, 2011) e 980 vs 1470 nm (Duman, 2013).

Questi studi riportano risultati simili: le WSLWs producono meno effetti collaterali a parità di energia erogata.

ta. Inoltre sono state elaborate nuove fibre ottiche; l'uso delle WSLWs con queste nuove fibre ha cambiato notevolmente il decorso post-operatorio, con riduzione del dolore e delle ecchimosi.

CONCLUSIONI

Non vi è ancora evidenza scientifica che le WSLWs abbiano una efficacia maggiore a lungo termine rispetto alle lunghezze d'onda inferiori, anche se sono state segnalate differenze a breve termine per alcuni effetti collaterali. Restano fattori determinanti anche la quantità di energia erogata e la qualità dell'anestesia tumescente. La modalità di erogazione dell'energia (pulsata o continua), il tipo di fibra ottica utilizzata e la velocità di retrazione della fibra durante il trattamento sono ulteriori fattori in grado di influenzare il tasso di complicanze.

CAVALLINI ALVISE
LUNGADIGE CANGRANDE 10,
37126, VERONA, ITALY
TEL.: +393386647913
E-MAIL: ALVISE.CAVALLINI@LIBERO.IT

INTRODUZIONE

Nella popolazione adulta occidentale le varici rappresentano una condizione medica molto comune, che colpisce circa il 25% delle persone (range 21.8%-29.4%). Circa il 5% (range 3.6%-8.6%) sviluppa edema, discromie cutanee ed ulcerazioni trofiche^{17,14}. L'incontinenza safenica è la causa più comune di varici sintomatiche.

Il trattamento delle vene varicose mira ad alleviare i sintomi e, auspi-

cabilmente, a ridurre il tasso di complicanze dell'insufficienza venosa cronica (IVC), come ad esempio gli eventi trombotici, emorragici e le ulcerazioni. La crossectomia associata allo stripping chirurgico è stato il trattamento standard per la vena grande safena (VGS); la sola crossectomia, spesso senza stripping, quello per la vena piccola safena. Negli ultimi 10 anni, lo stripping è stato in gran parte soppiantato da procedure ambulatoriali percutanee che possono essere eseguite in anestesia locale o tumescente con risultati simili a breve e medio termine, ma con minor disagio per il paziente, una migliore qualità di vita ed un rapido ritorno all'attività lavorativa^{23,24,15,18}. Nel 2011, la Società di Chirurgia Vascolare Americana e l'American Venous Forum hanno sviluppato linee guida di pratica clinica per la cura dei pazienti con vene varicose associate ad IVC. Grazie alla ridotta convalescenza e alla riduzione del dolore e della morbidità, l'ablazione termica endovascolare degli assi safenici incompetenti è consigliata rispetto alla chirurgia tradizionale, con grado di evidenza 1B¹⁰.

Tra le metodiche "termiche", l'ablazione laser endovascolare (EVL: Endo-Vascular Laser Treatment) ha un tasso di successo superiore al 90% dopo diversi anni di follow-up e un tasso di complicanze minimo rispetto alla tradizionale safenectomia³¹. Nonostante l'ottima performance dell'EVL, l'esatto meccanismo d'azione non è ancora completamente chiarito. Sebbene vi sia consenso sul fatto che il danno arrecato alla parete venosa sia termico, il meccanismo o i meccanismi che causano il danno

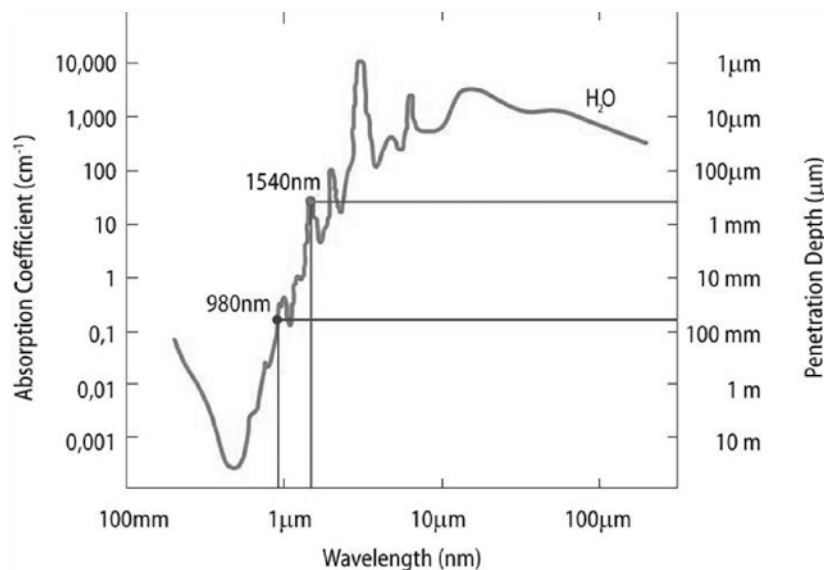


Figura 1. Coefficiente di assorbimento e profondità di penetrazione della lunghezza d'onda 1540 nm. Confronto con una lunghezza d'onda 980 nm.

termico sono ancora poco chiari. Sono stati proposti diversi meccanismi potenziali: la risposta ottico-termica della parete venosa alla luce emessa dal laser²¹; la risposta termica della parete venosa alle bolle di condensazione del vapore che si crea durante il trattamento all'interno della vena²⁷; il contatto diretto tra la punta della fibra incandescente e la parete stessa^{27,9} ed infine, la risposta termica della parete venosa alla diffusione del calore dalla punta stessa^{5,33}.

Questa incertezza può aver stimolato l'attuale proliferazione commerciale delle differenti lunghezze d'onda, comunemente classificate in due gruppi: il primo, con elevato coefficiente di assorbimento per l'ossiemoglobina (810 nm, 840 nm, 940 nm, 980 nm); il secondo, con assorbimento preferenziale per l'acqua (1064, 1320 nm, 1470 nm, 1500 nm, 1540 nm) (Fig.1). Tuttavia, non vi è alcuna prova scientifica che la lunghezza d'onda abbia effetto sui risultati a lungo termine, anche se sono state segnalate differenze a breve termine per quanto riguarda alcuni effetti collaterali post-operatori precoci¹¹. Gli effetti indesiderati più comuni riscontrati con tutti i tipi di laser sono: ecchimosi, dolore, indurimento e fastidio lungo il decorso della vena trattata³⁴; sono prevalentemente conseguenti a perforazioni della parete venosa e

alla diffusione di energia nel tessuto perivenoso. Probabilmente insorgono quando, durante il trattamento, la punta della fibra laser entra in contatto con la parete della vena.

C'è una crescente attenzione alla riduzione delle ecchimosi e del dolore post-operatorio, pur mantenendo alti tassi di oblitterazione della safena trattata. Con le lunghezze d'onda cosiddette "specifiche per l'acqua" (WSLWs: Water Specific Laser Wavelengths) sono segnalati alti tassi di occlusione e meno ecchimosi e dolore dopo la procedura; questo implica che le perforazioni della parete venosa sono ridotte al minimo con questi sistemi^{33,28,1,25,6} e suggerisce che il meccanismo di azione e il tipo di danno arrecato siano diversi da quelli ottenuti con le lunghezze d'onda dei laser specifici per l'emoglobina. Tuttavia, i dati scientifici sono scarsi.

In questo articolo vengono riportati ed analizzati gli studi comparativi tra laser di diverse lunghezze d'onda, per comprendere i benefici clinici delle WSLWs in termini di efficacia e di tassi di complicanze postoperatorie, in particolare il dolore postoperatorio.

METODI

Attraverso una ricerca su MEDLINE sono stati esaminati tutti i lavori di comparazione tra differenti lunghezze d'onda nell'EVL.

RISULTATI

I risultati sono riportati in Tabella.

Sono stati analizzati 5 studi di comparazione: 810 vs 980 nm¹³, 940 vs 1320 nm²⁸, 810 vs 1320 nm¹⁶, 980 vs 1500 nm³⁶ e 980 vs 1470 nm⁷.

Il primo studio di comparazione fu commissionato dall'American Venous Forum nel 2006 a Kabnick¹³. Si tratta di uno studio prospettico randomizzato, in cieco, per determinare gli effetti specifici di due lunghezze d'onda differenti, 810 vs 980 nm, nel trattamento della VGS incompetente; entrambe queste lunghezze d'onda sono selettive per l'emoglobina, ma il 980 nm presenta una certa affinità anche per l'acqua. I gruppi di pazienti erano simili per età, sesso e per quanto riguarda i segni ed i sintomi dell'IVC. Anche parametri di trattamento come velocità di retrazione della fibra ottica ed energia erogata, definita "densità di energia lineare endovenosa" (LEED: Linear Endovenous Energy Density, ovvero il rapporto tra energia erogata, espressa in joule e lunghezza della vena trattata in centimetri) erano simili: 49.25 J/cm vs 45.92 J/cm. La percentuale di ecchimosi era significativamente differente tra i due gruppi trattati ($P=0.0047$), a favore del gruppo trattato con il diodo 980 nm. L'intensità del dolore post-procedurale è stata significativamente inferiore nel gruppo trattato con il 980 nm rispetto al gruppo dell'810 nm ($P=0.028$). Flebiti superficiali erano presenti più frequentemente quando è stato utilizzato il diodo 810 nm ed il dolore post-trattamento era molto probabilmente correlato con questi

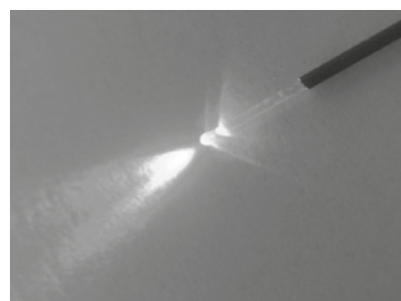


Figura 2. Fibra con punta sferica (LASER.COM). Ampio angolo di emissione dell'energia, con un cono di energia erogata in maniera radiale e simmetrica distalmente alla punta della fibra, ed una minore quantità emessa sempre radialmente in direzione prossimale, che determina un pre-riscaldamento della parete venosa.

episodi di flebite superficiale, non con la presenza delle ecchimosi. Dopo 4 mesi di follow-up la presenza di varicosità residue visibili era significativamente più bassa nel gruppo trattato con il 980 nm ($P=0.004$).

I risultati di questo e di altri studi effettuati nello stesso periodo^{3,4,20} mettono in discussione il ruolo del sangue durante l'EVL. In effetti, è la parete venosa il bersaglio del trattamento, non il sangue. Infatti, i trattamenti di ablazione termica degli assi safenici sono

autori hanno confrontato tre coorti di pazienti (A, B e C) sottoposti ad EVLT della VGS utilizzando il 940 nm a 15W (gruppo A) o 30W (gruppo B) o utilizzando il laser 1320 nm a 8 W (gruppo C). In tutti i casi, l'energia è stata somministrata in modalità continua, con velocità di arretramento della fibra laser costante e con l'ausilio dell'anestesia locale tumescente. È stata erogata una LEED media di 24, 63, e 62 J/cm rispettivamente, ottenendo un tasso di oblitterazione a

LEED erogata è stata equivalente (80 J/cm). L'efficacia riscontrata è equivalente per entrambi i gruppi, ma il dolore post-procedurale e le ecchimosi erano più bassi nel gruppo trattato con il 1320 nm.

A questo punto nella comunità scientifica si rafforza la convinzione di una superiorità delle WSLWs e rapidamente vengono testate due nuove lunghezze d'onda, nel 2009 la 1470 nm²⁵ e nel 2010 la 1500 nm³⁸. Tenendo conto dei loro coefficienti di assorbimento e diffusione sulla parete venosa, si evidenzia come siano almeno cinque volte più potenti del laser 980 nm³⁸. Con meno energia può quindi essere ottenuta una distruzione più selettiva della parete venosa. I risultati di questi studi sono molto incoraggianti; i pazienti non hanno avuto complicanze gravi e gli effetti collaterali sono stati limitati; con il laser a diodi 1500 nm solo l'1% dei pazienti trattati ha riferito moderato dolore post-operatorio. È interessante notare che nel 9.5% degli arti trattati con il 1470 nm si è manifestata parestesia nella zona trattata. Quando gli autori hanno confrontato gli arti trattati con LEED inferiore o superiore a 100 J/cm, il tasso di parestesia era significativamente inferiore nel primo gruppo, con il 2.3% rispetto al 15.5% dei casi trattati con LEED superiore.

Nel 2011 è stato pubblicato lo studio comparativo tra il diodo 1500 nm ed il diodo 980 nm³⁶. I tassi di occlusione completa a sei mesi non sono stati diversi tra i due gruppi (95.5% per il 980 nm e 93.1% per il 1500 nm). Non vi era alcuna differenza significativa nella comparsa di ecchimosi post-operatorie ($p=0.09$). I pazienti trattati con il laser 1500 nm avevano meno sensazione di "indurimento" intorno alla vena trattata ($p=0.002$), meno bisogno di prendere analgesici (1.8 giorni vs 2.9 giorni) e avevano una migliore qualità di vita post-operatoria ($p=0.018$), ma il tasso di soddisfazione dei pazienti non differiva nei due gruppi.

Nell'ultimo studio comparativo pubblicato⁷ i pazienti sono stati trattati con una LEED media di 103 J/cm con un 980 nm e 52 J/cm con un 1470 nm. Le percentuali di dolore sono state leggermente inferiori con il 1470 nm, ma senza significatività statistica.

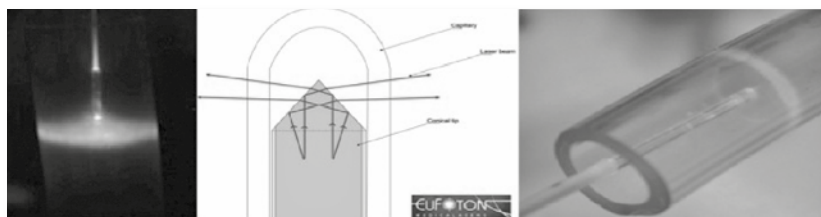


Figura 3. Fibra con punta radiale (Eufoton). Fibra radiale ad alta frequenza; questa fibra emette l'energia radialmente a 360° dalla punta della fibra attraverso uno spot di 200 micron.

effettuati svuotando il lume della vena attraverso l'elevazione dell'arto (posizione di Trendelenburg), l'infiltrazione di soluzione salina tumescente perivenosa e la compressione manuale. Nel 2007, uno studio sperimentale ha dimostrato, comparando il 980 nm ed il 1320 nm²¹, che l'assorbimento dell'energia da parte del sangue gioca un ruolo minore. Questo modello matematico dimostra chiaramente che il NdYag 1320 nm, grazie ad un

tre mesi del 90.3% (gruppo A), 100% (gruppo B), e 97% (gruppo C). Con il 1320 nm il dolore post-operatorio (50%) e la necessità di analgesici (36%) sono risultati significativamente ridotti rispetto al dolore (81%) e la necessità di analgesici (67%) correlati al trattamento con il 940 nm. Le ecchimosi sono significativamente ridotte ($p < 0.05$) nel gruppo C (1320 nm) rispetto al gruppo B (30 W, 940 nm). Tuttavia, la difficoltà negli studi che valutano il sintomo "dolore" è la variabilità nella tolleranza al dolore tra i pazienti. Quello che può sembrare indolenzimento a un paziente potrebbe essere considerato un forte dolore da un altro. Anche le misure oggettive, come registrare con attenzione l'uso di farmaci antidolorifici, possono variare, proprio perché i pazienti hanno tolleranze diverse al dolore. Anche determinare la quantità di ecchimosi è difficile e produce grandi differenze inter ed intra osservatore. Pertanto, l'affidabilità di questi e di altri studi che valutano dolore ed ecchimosi è limitata²¹. Il terzo studio di comparazione¹⁶ tenta di ovviare a questo problema selezionando pazienti affetti da incompetenza della VGS bilaterale e trattandoli con entrambe le modalità, il NdYag 1320 nm per un arto ed il diodo 810 nm nel controlaterale. La

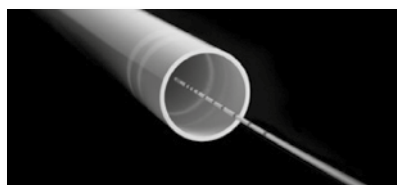


Figura 4. Fibra con punta doppia radiale (Bioli-tec). I due anelli radiali distanziati di 6 mm permettono una minore densità di energia termica distribuita con più omogenea diffusione lungo il vaso, con evidenti benefici di azione sulla parete venosa e riduzione di sensazioni fastidiose nel paziente.

migliore assorbimento dell'energia da parte della parete venosa, richiede meno LEED per ottenere danno parietale. Questi dati confermano i risultati clinici ottenuti da Proebstle et al²⁸, che hanno comparato il NdYag 1320 nm con un diodo 940 nm. Gli

Vanno segnalati anche importanti progressi nel campo delle fibre ottiche. Recentemente, sono stati sviluppati nuovi dispositivi (fibre di vetro, metallo, ceramica, radiali, "tulipano" e "a punta sferica")^{37,12,2}.

Nelle Figure 2 e 3 sono rappresentate una fibra a punta sferica (Laser.com, Padova) ed una fibra a punta radiale (Eufoton, Trieste). In Fig. 4 sono schematizzati i patterns di emissione di energia delle diverse fibre ottiche.

Uno studio istologico²⁹ ha valutato il danno della parete della vena dopo EVLT con un diodo 1470 nm eseguito utilizzando una fibra radiale, dimostrando che non vi sono segni di danno da contatto della parete della vena con la punta della fibra, ma necrosi coagulativa circonferenziale progressivamente più profonda quanto più era la LEED utilizzata; lesioni da contatto erano presenti se veniva invece utilizzata una fibra a punta piatta (Figura 5).

Un recente studio⁶ ha dimostrato che il comfort post-operatorio precoce del paziente, la soddisfazione ed il gradimento della procedura sono più alti se viene utilizzato il 1470 nm associato alla fibra radiale mentre gli effetti collaterali sono minori rispetto all'utilizzo di un 980 nm associato ad una fibra a punta piatta.

DISCUSSIONE

Nel tentativo di ridurre la morbidità e ridurre i tempi di degenza per il trattamento endovascolare dell'IVC, negli ultimi anni sono state sviluppate diverse tecniche mini-invasive alternative alla chirurgia: termiche con anestesia tumescente (laser, radiofrequenza, vaporizzazione), e non termiche senza tumescenza, suddivise in chimiche (scleroterapia con schiuma, colla di cianoacrilato) e, più recentemente, meccanico-chimiche (clarivein®)⁸. L'EVLt è una delle più promettenti tra queste nuove tecniche, rappresentando un metodo efficace, con un tasso di occlusione safenica di circa il 95%^{19,22,31,33}. Ora che tutti i ricercatori che effettuano l'EVLt segnalano costantemente ottimi tassi di oblitterazione, il nuovo obiettivo è la riduzione del dolore e delle ecchimosi post-trattamento. Gli studi di confronto che abbiamo riportato sostanzialmente concorda-

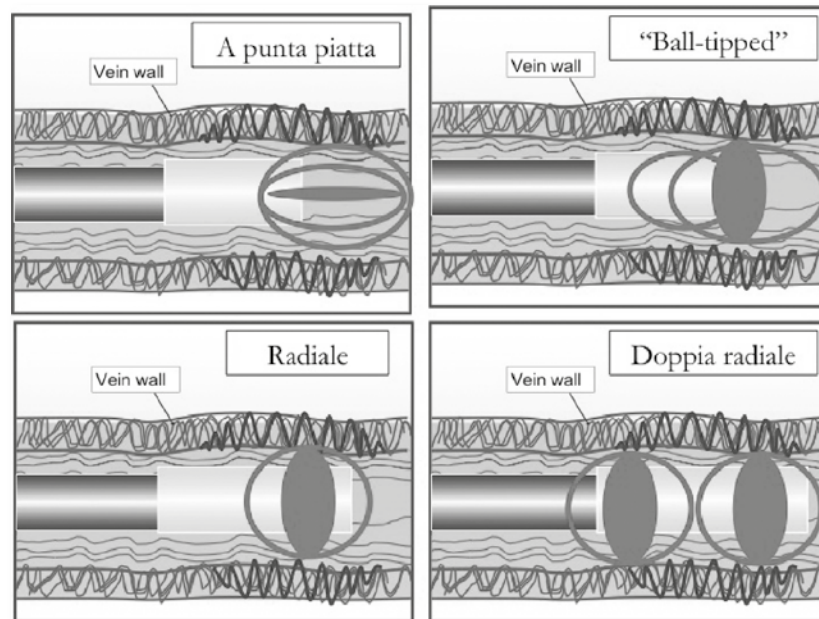


Figura 5. Rappresentazione schematica dei patterns di emissione dell'energia. Fibra con punta piatta, fibra con punta sferica, fibra con punta ad emissione radiale ed infine doppia radiale.

no sui risultati: laser con lunghezze d'onda elevate producono meno effetti collaterali. L'introduzione di queste lunghezze d'onda sembra quindi apportare un'importante innovazione tecnologica, paragonabile alla rivoluzione della schiuma nel campo della scleroterapia: la schiuma, dislocando il sangue, entra in diretto contatto con il suo target, la parete della vena, senza diluirsi; il vecchio assioma di R. Tournay ("ciò che conta non è la concentrazione del farmaco sclerosante all'interno della siringa, ma la sua concentrazione all'interno della vena") trova quindi soddisfazione; è possibile quindi ridurre la concentrazione del farmaco riducendo anche i possibili effetti collaterali. Analogamente anche le WSLWs, grazie alla loro maggiore affinità per la parete venosa, permettono di ridurre l'energia erogata, con consensuale riduzione delle complicanze. Riportiamo alcune considerazioni derivanti dall'accurata analisi della Letteratura riportata.

Nello studio del Kabnic¹³ i segni ed i sintomi post-trattamento sembravano molto simili per i due gruppi, con risultati significativi a breve termine (più ecchimosi la prima settimana dopo EVLT per il gruppo trattato con l'810 nm) che non sembrano influenzare la convalescenza del paziente nel lungo termine. Inoltre questa percentua-

le di ecchimosi può essere correlata a due fattori: la somministrazione dell'anestesia, oppure la perforazione della vena che può essere causata dall'EVLt. La somministrazione dell'anestesia tumescente tramite multiple iniezioni potrebbe causare piccole fughe di sangue nel tessuto molle circostante, con conseguenti ecchimosi (Fig. 6).

Il dolore post-procedura e la presenza di varici residue erano significativamente differenti tra i gruppi; tuttavia, queste differenze sono state osservate solo in singole occasioni durante il follow-up e non hanno portato a complicazioni particolari o a necessità di un ulteriore trattamento. È possibile che queste differenze siano correlate a malattie concomitanti non esaminate (ad esempio, insufficienza venosa profonda); riguardo gli effetti sull'intensità del dolore post-operatorio devono essere effettuate ulteriori indagini.

Nello studio di Proebstle²⁸ il NdYAG 1320 causa meno effetti collaterali rispetto al diodo 940 nm; abbiamo già riferito della difficoltà di valutare il dolore e di rendere oggettivamente un parametro di per sé soggettivo; vi è però un bias nello studio: i pazienti sottoposti all'EVLt con il NdYag hanno ricevuto una LEED molto inferiore rispetto a quelli trattati con il diodo;

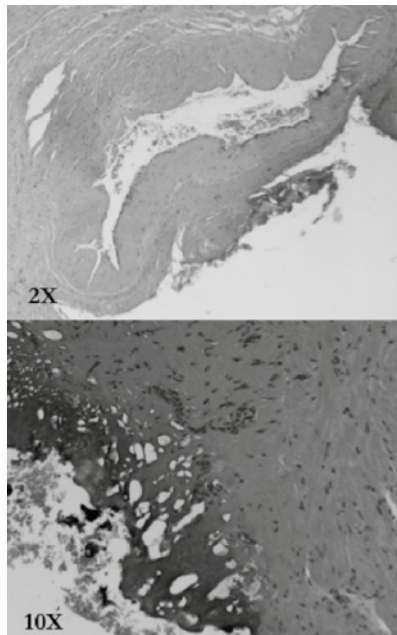


Figura 6. Microscopia ottica di un segmento di vena trattata con EVLT. Hematossilina-eosina, 2X-10X. Il Paziente è stato trattato con un diodo 1540 nm ed una fibra a punta sferica, con erogazione dell'energia in modalità continua, 10 Watts di potenza ed un LEED di 68 J/cm; al termine della procedura un segmento della vena trattata è stato biopsiato e fissato in formalina.

Non si evidenziano lesioni da contatto della parete della vena, ma un danno omogeneo e diffuso della parete sino alla tonaca media (necrosi coagulativa), con numerose cavità e fessure (b), che rappresentano l'esplosione delle molecole d'acqua all'interno delle cellule che costituiscono la parete stessa; le cellule presentano nuclei picnotici, il citoplasma è fortemente eosinofilo.

probabilmente quindi i pazienti hanno riferito meno dolore anche perché l'energia erogata è stata inferiore, minimizzando le possibili complicanze. Le WSLWs sono sicuramente molto efficaci nell'obliterare le vene, ma richiedono esperienza ed attenzione da parte dell'operatore perché possono creare danni importanti; non stupisce che nel primo studio effettuato con il 1470 nm²⁵ un quarto dei Pazienti trattati con energie elevate (>100 J/cm) abbia manifestato parestesie. Già con il 1320 nm²¹ era stato segnalato che il coefficiente di estinzione della luce laser (parametro correlato all'assorbimento e agli effettivi coefficienti di dispersione nel tessuto biologico attraversato) era più elevato rispetto alle lunghezze d'onda inferiori, non solo a livello della parete venosa, ma anche nel tessuto perivenoso, proprio dove decorrono i nervi. Questa osservazio-

ne suggerisce che le WSLWs hanno un più alto rischio di creare danni ai tessuti non bersaglio, soprattutto se l'anestesia tumescente non viene eseguita correttamente²¹.

Probabilmente è possibile ridurre i casi di parestesia diminuendo ulteriormente la LEED e soprattutto evitando un accesso troppo distale della VGS alla gamba, eventualmente completando la procedura con la schiuma sclerosante se rimane una porzione di VGS incompetente².

Gli ultimi due studi comparativi presentati hanno ridimensionato i risultati delle WSLWs riguardo ecchimosi³⁶ e dolore⁷; in particolare Duman et al riportano che le lunghezze d'onda non influenzano il successo tecnico o l'insorgenza di complicazioni, anche qualora vengano usate energie inferiori. Pertanto, gli Autori suggeriscono che la quantità di energia non è l'unico fattore decisivo per la comparsa di complicazioni o di dolore postoperatorio. Se viene somministrata una LEED adeguata (100 J/cm per il 980 nm e 50 J/cm per il 1470 nm), i principali fattori che influenzeranno il tasso di complicanze ed il dolore post-operatorio saranno la qualità dell'anestesia tumescente effettuata e la velocità di retrazione della fibra laser. Due recenti studi sperimentali sembrano confermare queste considerazioni; il primo³⁰ evidenzia che per ridurre le perforazioni, mantenere bassa la temperatura perivenosa (mediante una tumescenza fredda) è più vantaggioso rispetto a modificare la lunghezza d'onda; il secondo³⁵ sostiene che la temperatura raggiunta e la lunghezza d'onda utilizzata sono parametri indipendenti. Gli Autori hanno testato due diverse lunghezze d'onda, 940 nm e 1470 nm, mostrando che diminuire la velocità di retrazione (2 mm/s) o aumentare la potenza (fino a 14 W) permette di ottenere una temperatura maggiore e un tempo più lungo al di sopra della temperatura di denaturazione del collagene, mentre l'uso di diverse lunghezze d'onda non influenza il profilo della temperatura.

Consideriamo infine che, come già si è verificato per le altre lunghezze d'onda, erogare una bassa energia durante il trattamento potrebbe determinare un più alto tasso di recidive a distanza, anche utilizzando le WSLWs. Questo

rimarrà sconosciuto fino a quando non sarà effettuato uno studio con un lungo periodo di follow-up.

Il design della punta della fibra ha probabilmente un effetto sostanziale sul decorso postoperatorio precoce²⁶.

Le fibre a punta piatta emettono il raggio laser dalla punta in direzione distale (Fig. 4). Questo porta ad un più alto tasso di perforazioni della parete venosa¹⁸. Le nuove fibre, come quelle radiali o a punta sferica (Fig. 4), scaricano l'energia radialmente attorno alla punta direttamente nella parete venosa; l'area di emissione della luce è superiore alla fibra piatta e questo determina un effetto più omogeneo sulla parete venosa, con meno penetrazioni e quindi meno dolore e ed ecchimosi^{2,29}. Alcuni Autori hanno ipotizzato che il danno indotto dalle WSLWs, associate con queste fibre di recente sviluppo, crei una risposta infiammatoria inferiore a quella prodotta dalle fibre a punta piatta associate ai laser emoglobina-specifici²⁹, ma ad oggi non è disponibile alcuna conferma istologica.

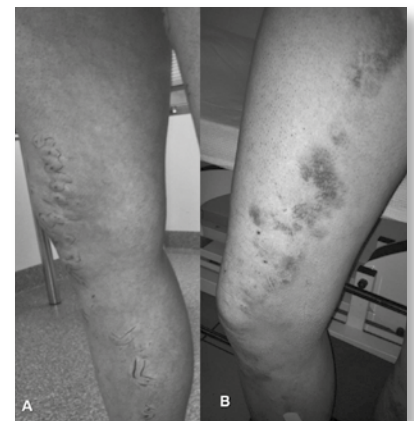


Figura 7. Ecchimosi post EVLT.

Nostra esperienza; A) Incontinenza della vena safena accessoria anteriore con varici perigenicolari (C2EpAsPr5 sec. CEAP). B) Notare come le ecchimosi siano distribuite tutte lungo il decorso delle iniezioni effettuate per l'anestesia tumescente.

CONCLUSIONI

L'EVLt degli assi safenici rappresenta un trattamento sicuro ed efficace. Naturalmente la selezione dei pazienti è fondamentale, indifferentemente dal tipo di lunghezza d'onda utilizzata. Riguardo i benefici clinici apportati dalle WSLWs, i dati riportati dai pochi

studi clinici e sperimentali effettuati sono in parte discordanti; in particolare, non vi è alcuna prova scientifica che le WSLWs abbiano effetto sui risultati a lungo termine, anche se differenze a breve termine sono state segnalate per alcuni effetti collaterali. Altri parametri sono comunque importanti, in particolare la LEED e l'anestesia tumescenza sono punti cruciali; il tipo di fibra ottica utilizzata probabilmente ha un effetto significativo per il successo del trattamento ed anche come l'energia viene erogata (modalità pulsata o continua) e la velocità di retrazione della fibra, sono possibili fattori che influenzano il tasso di complicazione e di dolore post-operatorio. Sono necessari ulteriori studi per valutare l'efficacia a lungo termine di trattamenti effettuati con le nuove fibre ottiche, con basse potenze e basse LEED.

RINGRAZIAMENTI

Ringraziamo il Prof. Ing. Walter Cecchetti e le ditte Laser.com (Padova) ed Eufoton (Trieste) per il contributo iconografico.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida J, Mackay E, Javier J, Mauriello J, Raines J. Saphenous laser ablation at 1470 nm targets the vein wall, not blood. *Vasc Endovascular Surg*; 2009; 43:467-472.
- Cavallini A, Marcer D, Ferrari Ruffino S. Endovenous ablation of incompetent saphenous veins with a new 1540 nm diode laser and ball-tipped fiber. *Ann Vasc Surg*. In Press.
- Desmyttere J, Grard C, Mordon S. A 2 years follow-up study of endovenous 980 nm laser treatment of the great saphenous vein: Role of the blood content in the GSV. *Med Laser Appl* 2005;20:283-289.
- Desmyttere J, Grard C, Mordon S. A 3 year follow-up study of endovenous 980 nm laser treatment of the great and small saphenous veins. *Lasers Surg Med* 2006;38(S18):53.
- Disselhoff BC, Rem AI, Verdaasdonk RM, Kinderen DJ, Moll FL. Endovenous laser ablation: an experimental study on the mechanism of action. *Phlebology* 2008;23:69-76.
- Doganci S, Demirkilic U. Comparison of 980 nm laser and bare-tip fibre with 1470 nm laser and radial fibre in the treatment of great saphenous vein varicosities: a prospective randomised clinical trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010;40:254-259.
- Duman E, Yildirim E, Saba T, Ozulku M, Gunday M, Coban G. The effect of laser wavelength on postoperative pain score in the endovenous ablation of saphenous vein insufficiency. *Diagn Interv Radiol* 2013 Jul-Aug;19(4):326-9.
- Elias S, Raines JK. Mechanochemical tumescenceless endovenous ablation: final results of the initial clinical trial. *Phlebology* 2012;27:67-72.
- Fan C-M, Anderson RR. Endovenous laser ablation: mechanism of action. *Phlebology* 2008;23:206-213.
- Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklof BG, Gillespie DL, Gloviczki ML et al; Society for Vascular Surgery; American Venous Forum. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg*. 2011 May;53(5 Suppl):2S-48S.
- Kabnick L. Effects of different laser wavelengths on treatment of varices. In: Bergan JJ, editor. *The vein book*. 1st ed. Burlington: Elsevier Academic Press; 2007. p. 275-82.
- Kabnick LS, Caruso JA. Are there differences between bare, covered, or diffusion fibers for endovenous treatment of the great saphenous vein? *Veith Symposium*, <http://www.veithsymposium.com/pdf/aim/1980.pdf>; 2008.
- Kabnick LS. Outcome of different endovenous laser wavelength for great saphenous vein ablation. *J Vasc Surg* 2006;43:88e1-7.
- Kaplan RM, Criqui MH, Denenberg JO, Bergan J, Fronek A. Quality of life in patients with chronic venous disease: San Diego population study. *J Vasc Surg* 2003;37:1047-53.
- Leopardi D, Hoggan BL, Fitridge RA, Woodruff PW, Maddern GJ. Systematic review of treatments for varicose veins. *Ann Vasc Surg* 2009;23:264-76.
- Mackay GE, Almeida JI, Raines JK. Saphenous vein ablation: Do different laser wavelengths translate into different patient experiences? *Endovasc Today* 2006 March;45-48.
- McLafferty RB, Lohr JM, Caprini JA, Pasmann MA, Padberg FT, Rooke TW et al. Results of the national pilot screening program for venous disease by the American Venous Forum. *J Vasc Surg* 2007;45:142-148.
- Meissner MH, Gloviczki P, Bergan J, Kistner RL, Morrison N, Pannier F et al. Primary chronic venous disorders. *J Vasc Surg* 2007;46 (Suppl S):54S-67S.
- Min RJ, Khilnani N, Zimmet SE. Endovenous laser treatment of saphenous vein reflux: long-term results. *J Vas Interv Radiol* 2003;14:991-6.
- Min RJ, Khilnani NM. Re: Cutaneous thermal injury after endovenous laser ablation of the great saphenous vein. *J Vasc Interv Radiol* 2005;16(4):564; author reply 564-565.
- Mordon SR, Wassmer B, Zemouri J. Mathematical modeling of 980-nm and 1320-nm endovenous laser treatment. *Lasers Surg Med* 2007;39:256-265.
- Mundy L, Merlin TL, Fitridge RA, Hiller JE. Systematic review of endovenous laser treatment for varicose veins. *Br J Surg* 2005;92:1189-9.
- Murad MH, Coto-Yglesias F, Zumaeta-Garcia M, Elamin MB, Duggirala MK, Erwin PJ et al. A systematic review and meta-analysis of the treatments of varicose veins. *J Vasc Surg* 2011;53(Suppl 2):51S-67S.
- Nijsten T, van den Bos RR, Goldman MP, Kockaert MA, Proebstle TM, Rabe E, et al. Minimally invasive techniques in the treatment of saphenous varicose veins. *J Am Acad Dermatol* 2008;60:110-119.
- Pannier F, Rabe E, Maurins U. First results of a new 1470-nm diode laser for endovenous ablation of incompetent saphenous veins. *Phlebology* 2009;24:26-30.
- Prince EA, Soares GM, Silva M, Taner A, Ahn S, Dubel GJ, et al. Impact of laser fiber design on outcome of endovenous ablation of lower-extremity varicose veins: results from a single practice. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2011 Jun;34(3):536-41.
- Proebstle TM, Lehr HA, Kargl A, Espinola-Klein C, Rother W, Bethge S et al. Endovenous treatment of the greater saphenous vein with a 940 nm diode laser: thrombotic occlusion after endoluminal thermal damage by laser-generated steam bubbles. *J Vasc Surg* 2002;35:729-736.
- Proebstle TM, Moehler T, Gul D, Herdemann S. Endovenous treatment of the great saphenous vein using a 1320 nm Nd:YAG laser causes fewer side effects than using a 940 nm diode laser. *Dermatol Surg* 2005;31:1678-83.
- Spreafico G, Giordano R, Piccioli A, Iadecola G, Pavei P, Giraldo E, et al. Histological damage of saphenous venous wall treated in vivo with radial fiber and 1470 nm diode laser. *Italian J Vasc Endovasc Surg* 2011;18:241-7.
- Tarhan IA, Dumantepe M, Yurdakul I, Kehlibar T, Ozler A. Local cooling effect on perforation rates comparing the 980-1470 nm laser wavelengths used with endovenous laser ablation: double blind in vitro experimental study. *Phlebology*. 2012 Oct 3. [Epub ahead of print]
- Van den Bos RR, Arends L, Kockaert M, Neumann M, Nijsten T. Endovenous therapies of lower extremity varicosities: a meta-analysis. *J Vasc Surg* 2009;49:230-239.
- Van den Bos RR, Kockaert MA, Neumann HA, Nijsten T. Heat conduction from the exceedingly hot fiber tip contributes to the endovenous laser ablation of varicose veins. *Lasers Med Sci* 2009;24:247-251. Erratum 24:679.
- Van den Bos RR, Kockaert MA, Neumann HA, Nijsten T. Technical review of endovenous laser therapy for varicose veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008;35:88-95.
- Van Den Bos RR, Neumann M, De Roos KP, Nijsten T. Endovenous laser ablation-induced complications: review of the literature and new cases. *Dermatol Surg* 2009 Aug;35(8):1206-14.
- van den Bos RR, van Ruijven PW, van der Geld CW, van Gemert MJ, Neumann HA, Nijsten T. Endovenous simulated laser experiments at 940 nm and 1470 nm suggest wavelength-independent temperature profiles. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2012 Jul;44(1):77-81. doi: 10.1016/j.ejvs.2012.04.017. Epub 2012 May 22.
- Vuylsteke ME, De Bo T, Dompe G, Di Cisci D, Abbad C, Mordon S. Endovenous laser treatment: is there a clinical difference between using a 1500 nm and a 980 nm diode laser? A multicenter randomised clinical trial. *Int Angiol*. 2011 Aug;30(4):327-34.
- Vuylsteke ME, Thomis S, Mahieu P, Mordon S, Fourneau I. Endovenous laser ablation of the great saphenous vein using a bare fibre versus a tulip fibre: a randomised clinical trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2012 Dec;44(6):587-92.
- Vuylsteke ME, Vandekerckhove PJ, De Bo Th, Moons P, Mordon S. Use of a New Endovenous Laser Device: Results of the 1,500 nm Laser. *Ann Vasc Surg* 2010; 24: 205-211.

Invito alle Medical Humanities

di LUCIANO VETTORE

Società Italiana di Pedagogia Medica

I risultati di un'inchiesta mediante questionario, al quale hanno risposto circa 1.200 medici veronesi, hanno evidenziato l'utilità di una formazione dei professionisti della cura che si estenda dalla preparazione medico-scientifica all'educazione ai valori delle Medical Humanities, così da migliorare sia gli aspetti relazionali, sia i comportamenti etici nelle attività di cura, riducendo nel contempo il disagio personale derivante da un esercizio insoddisfacente della professione^{1,2}.

Con questi fini - su stimolo del Presidente dell'OMCeO veronese, - il Comitato di Bioetica che opera presso il locale Ordine dei Medici ha curato e condotto nell'ultima primavera un **"Corso di formazione alle Medical Humanities per una nuova educazione alle cure"**, al quale hanno partecipato con grande attenzione e portando validi contributi personali trentatré persone appartenenti a professioni sanitarie diverse, compresi studenti e specializzandi. Nelle mattinate di quattro sabati si sono sviluppati i seguenti temi:

- Medical Humanities: una medicina per l'uomo
- La relazione di cura: importanza per i pazienti e per i professionisti
- La dimensione etica nella pratica di cura
- L'alleanza di cura.

Ogni tema è stato svolto prevalentemente con la discussione in piccolo gruppo di casi "ad hoc", ogni volta preceduta e seguita da una breve relazione proposta come stimolo da docenti esperti.

Ancora per iniziativa del Presidente dell'OMCeO di Verona le sintesi delle relazioni dei quattro incontri verranno in successione pubblicate su "Verona Medica", a co-minciare da questo fascicolo; ciò per consentire a tutti i medici veronesi di prendere contat-

to con quanto il Corso ha proposto e così di essere sensibilizzati a partecipare agli sviluppi futuri dell'iniziativa, che auspicabilmente vorrebbe aprirsi a una vera e propria Scuola di Medical Humanities con l'apporto di quanti fino ad allora avranno partecipato attivamente alle attività formative via via proposte.

Medical Humanities: una medicina per l'uomo

di GIACOMO DELVECCHIO

DPAAPSS NOCE Ricoveri ATS Bergamo

Mai come di questi tempi la medicina ha vissuto grandi promesse per la salute delle persone e i medici ne sono allo stesso tempo gli artefici e i testimoni.

La tecnica, innanzi tutto, ha rivoluzionato la scienza e la pratica della professione medica. Non è necessario celebrare i fasti oggi davvero curativi della medicina tecnologica: i grandi successi preventivi e terapeutici per la salute dei singoli e delle popolazioni sono sotto gli occhi di tutti.

Come effetti collaterali la tecnica ha però generato una medicina ospedale-centrica a scapito della medicina di base, nonché della medicina della persona e del medico di famiglia; inoltre ha generato una medicina costosa di risorse pubbliche e sempre più contingentata nelle erogazioni di cui sono spia le liste d'attesa, i ticket e la privatizzazione sempre più diffusa di molte prestazioni; e ciò anche in quelle aree del Paese in cui il servizio sanitario pubblico rispondeva storicamente a tutte le richieste di salute. A queste contraddizioni si aggiunge, purtroppo, un altro fenomeno inatteso e paradossale: la medicina ipertecnologica, foriera di diagnosi precoci, si mostra spesso poco utile al malato e al medico, generando overdiagnosis e overtreatment³, e soprattutto lasciando spesso invariata l'incertezza

iniziale di chi è tenuto a decidere di fronte al malato formulando un giudizio clinico. Quest'uso della tecnica svilisce l'autonomia professionale del medico.

L'aziendalizzazione della sanità, al secondo posto, nata sulle vestigia di ospedali grandi e piccoli sorti col favore della pia beneficenza, ha visto l'emergere di nuove parole d'ordine quali: profitto, budget, efficientismo e una malintesa qualità. Tali istanze generano nuove linee di comando tra cui figurano l'economia, l'informatica e l'amministrazione burocratica che umiliano la dirigenza del medico e dei professionisti sanitari. Al riguardo merita solo ricordare che storicamente la nascita della clinica, vera rivoluzione della medicina e da ricordare come uno dei più grandi doni che la cultura occidentale ha fornito all'umanità, si è sviluppata da quando i medici hanno assunto la direzione scientifica, didattica e "politica" delle strutture sanitarie e ospedaliere⁴ da cui oggi vengono sempre più allontanati.

L'EBM, poi, da quello che si era proposto ai suoi esordi come nuovo paradigma "scientifico" per la medicina pratica si è trasformata in una raccolta di linee-guida che insegnano ai medici come si fa lavorare; per di più si ha a che fare con linee-guida eteroimposte da strutture esterne e che svuotano la professione liberale del medico, riducendola a quella del *vile meccanico* d'epoca prerinascimentale⁵.

L'omogeneità assistenziale, a sua volta, intesa originariamente come intervento equitativo ed egualitaristico di fronte ai diritti universali di salute che fanno uguali tutti i cittadini senza alcuna differenza di ceto e di censo, si è rivolta in una intrusione dell'ordinamento legislativo nella pratica della medicina. Tale situazione dopo aver derubricato la deontologia alla bioetica, sta ora derubricando sempre più la bioetica alla norma e alla legge, e così facendo si assiste da impotenti alla perdita dell'autono-

mia morale del medico e di tutti gli operatori della salute.

Vengono infine presentate, sempre più in ravvicinata successione temporale, sulla stampa generalistica e sui *media* alcune vicende importanti relative ai *nuovi* diritti di salute, quali: trasformazioni di genere, maternità surrogata, omogenitorialità, eventi di fine vita; tali vicende non potrebbero configurarsi come diritti senza la medicina, ma rispetto ad essi ben poche voci di medico si levano oltre una generica opinione per diventare la voce di chi esercita nella società il lavoro intellettuale come professione e - auspica Max Weber - sa "rendersi conto del significato ultimo del proprio operare"⁶. Poniamoci con l'animo sgombro da obiezione morale di fronte a queste vicende umane; solo accogliamole per quello che sono e per come siamo abituati a fare. Accogliamoli come eventi ormai *naturali*, di fronte ai quali continuiamo a fare come quando facciamo il nostro mestiere, cioè come fa il naturalista: ossia accogliamoli come fenomeni sociali che cadono sotto il nostro sguardo e che dobbiamo osservare e indagare con animo scevro da preconcetti ideologici e morali che non appartengono alla scienza e al medico-uomo di scienza. Non è a caso che si è fatto riferimento a queste peculiari vicende sanitarie che solo surrettiziamente sono interpretate e presentate come questioni bioetiche - ma solo perché non si hanno altri strumenti intellettuali a disposizione - mentre rispondono a più profonde domande che richiamano il senso antropologico dell'esistere di ognuno in quanto uomo:

- io chi sono?
- io per chi sono?
- io di chi sono?
- io fino a quando sono?

Si è disarmati di fronte a queste domande cui non si ha risposta definitiva, e come conclusione di questa lunga ma necessaria premessa sulle grandi promesse (mancate) della medicina, si può concludere che, per eterogenesi dei fini, quello cui si sta assistendo è il demansionamento del ruolo e dello status sociale, nonché l'insignificanza del medico come intellettuale nella società in cui vive.

Di fronte a tutto questo si comprendono pienamente la condizione del

medico che vive il burnout e le sue conseguenze in termini di ricadute sulla salute e sulla qualità di vita personale e relazionale⁷.

E cosa può fare il medico che vive il burnout con le sue conseguenze verso di sé come persona prima che come professionista e verso i suoi pazienti nell'epoca della crisi? Non resta, a questo medico, che un ritorno al passato o, meglio, un ritorno ai fondamentali. Coi fondamentali (ri) comparire nella sua pienezza la nostalgia per la più genuina motivazione o *vocazione* alla professione, con tutto quello che questo termine può evocare per ogni singolo medico e professionista in sanità, in particolare a partire da quando la *missione* individuale è scomparsa a favore della *mission* istituzionale, che non è esattamente la stessa cosa.

Nella missione che si fonda sulla vocazione c'è per il medico un'unica esclusiva rimasta, perché né diagnosi né cura ormai più gli appartengono: la prima gli arriva già confezionata dalla tecnologia e la seconda è distribuita paritariamente tra tutti coloro che accostano per mestiere un capezzale di sofferente; al medico rimane solo una cosa che nessuno può togliergli: il rapporto col malato, in cui l'empatia è tratto selettivo vantaggioso. Con un'attenzione, però, e non di poco conto per non cadere nel pietismo e in una sorta di angelismo morale, contro cui mette in guardia una grande infermiera, Florence Nightingale: "l'infermiera (e il medico) che abbia un concetto *sentimentale* dell'assistere, che chiama missione come se fosse un angelo, è peggio che inutile"⁸.

Se tutto questo è vero, ecco allora che le Medical Humanities - che sono una costellazione di saperi in cui la letteratura, in primo luogo, entra a pieno titolo insieme a tutte le arti e a tutte le riflessioni sulle arti, sull'uomo e sulla conoscenza dell'uomo⁹ - non sono un orpello che serve solo per arricchire l'erudizione del singolo professionista, ma soccorrono il medico in quanto professionista in questo suo faticoso riprender possesso dei fondamentali. Ciò succede solo in virtù di un fatto, ossia che le Medical Humanities non sono avulse dalla medicina e accorpate ad essa come un corpo estraneo; in realtà le Medical Human-

ties appartengono primariamente alla medicina fin dalla sua origine, perché sono l'altra faccia della cura che si evidenzia bene nell'epoche - come l'attuale - delle grandi crisi della professione.

Le Medical Humanities hanno così uno scopo chiaro e definito, un grande ruolo pedagogico per la relazione di cura¹⁰: edificare l'uomo che accoglie. Insegnando che prima accoglienza è l'ascolto.

Questa, almeno, è la lezione di William Osler tramandataci sotto forma di aforisma: "ascolta il tuo paziente, ti sta dicendo la diagnosi"¹¹. Per accedere alla diagnosi dobbiamo però aver accesso a una storia, ragion per cui va modificato in piccola parte l'alto insegnamento di Osler per trasformarlo in: "ascolta il tuo paziente, ti sta dicendo la sua storia". Ma anche questo non basta, non può bastare a noi né a ognuno dei nostri malati, così che la lezione originaria di Osler si trasforma definitivamente in: "ascolta il tuo paziente, ti sta dicendo la sua vita".

Diagnosi, storia, vita: tre narrazioni diverse per tre ascolti diversi o, per essere più precisi, tre ascolti diversi di un unico narrare. O un unico ascolto in cui variano - da momento a momento e rispetto allo scopo, ma in cui sono sempre fusi insieme pur variando - gli strumenti dell'ascolto che sono: la semeiotica per la diagnosi, che appartiene al professionista della cura; la semiotica per la raccolta della storia, che appartiene all'umanista; l'ermeneutica per comporre la sintesi della vita, e che appartiene al curante. Alla base di ogni ascolto c'è una narrazione: questo è il punto di partenza unico da cui non si può prescindere, ma una narrazione fatta al medico non si identifica con un generico racconto o peggio ancora con una chiacchiera tra sconosciuti che poi, già lo sanno, si lasceranno per non più incontrarsi; la narrazione fatta al medico è qualcosa di intimo ed esclusivo, per lo più inaccessibile a tutti gli altri, ed è qualcosa che ha una caratteristica che vincola chi parla e chi ascolta: prosegue nel tempo e per tutto il tempo a venire e nello stesso tempo getta luce sul tempo passato che ritorna presente. Dice Aldo Gargani che "noi abbiamo una nascita che è determinata dall'at-

to di procreazione dei nostri genitori, ma poi c'è una nuova nascita che noi ci diamo da noi stessi, raccontando la nostra storia, ridefinendola con la nostra scrittura, che stabilisce il nostro stile secondo il quale noi ora esigiamo di essere compresi dagli altri¹². Ecco il segreto del narrare, e ci voleva un filosofo per dirlo con questa semplicità a noi medici. Essere compresi dagli altri è *dirsi* perché tutti sappiano, e dirsi in questo modo non è solo uscire dall'anonimato – per mezzo della parola che chiama e del nome che toglie dalla massa – ma è *darsi* all'altro nella propria intima verità.

Parole difficili, spesso, a dirsi, ma parole opportune e necessarie per uno svelarsi doloroso e lenitivo, perché anche il dolore può essere lenitivo, e nessuno come il dottore che ascolta sa la verità di questo segreto. E arrivati tutti a un certo punto nella vita non ci si può non svelare a qualcuno di speciale perché, lo dice Frida Khalo convinta da 32 interventi chirurgici distribuiti in pochi più anni di vita, “ora vivo in un pianeta di dolore, trasparente come il ghiaccio”¹³.

Ritorna più netta e si giustifica appieno un'affermazione già fatta; nel *dirsi* per *darsi* bisogna essere in due e se la costruzione di chi narra è per l'altro, allora la narrazione è duale. Sempre immancabilmente duale, come duale è lo sguardo – che è già una compiuta narrazione tra chi chiede e chi offre, tra chi cura e chi è curato – e precede come viatico ogni parola tra chi accoglie e chi è accolto. Come duale è un'altra cosa: il viaggio avanti e indietro o meglio un viaggio dentro e fuori tra chi narra e chi ascolta, perché “le cicatrici sono aperture attraverso cui un essere entra nella solitudine dell'altro”¹⁴, a sentire ancora una volta Frida Khalo che nella sua condizione di nuda malata chiama a questo viaggio ogni umano interlocutore, almeno a fino a quando queste sue parole continueranno ad avere un senso per chi le sa ascoltare.

Dopo l'ascolto, seconda accoglienza è la parola: ma non una parola generica, bensì proprio quella parola che attraversa le cicatrici ed entra nella superficie dell'altro per arrivare alla sua solitudine.

Perché quando una persona come Frida ti chiama (ma solo se sei stato

scelto accuratamente tra tanti per essere il suo curante) *querido doctorcito*, con un termine per noi in traducibile nel dire l'affettuosa corrente di intima assoluta confidente fiducia che questa parola ci trasmette, come si fa a rimanere insensibili e a non essere reciprocamente accoglienti? E non c'è dono altrettanto impegnativo che possa essere dato in cambio di questo appellativo, se non un dono altrettanto assoluto: il dono che suggella una complicità, quello che il giovane Carl Gustav Jung, nel film “prendimi l'anima”¹⁵ consegna alla sua ancor più giovane malata, Sabina Spielrein futura psicanalista, la quale riceve in pegno e custodia l'anima del suo dottore.

Poco altro vi è da aggiungere a questo punto, se non ricordare le parole di Arthur Jores, il quale insegnava nella desolata Amburgo del secondo dopoguerra che “il medico e la sua parola sono il medicamento più importante”¹⁶. Ma se questo è vero, per perfezionare la parola che cura ci vuole un'altra cosa: ci vuole la gentilezza come stile, quello stile che caratterizza l'opera del medico e che fa dire, dopo aver ascoltato uno psichiatra come Eugenio Borgna in un grande lezione di medicina e di umanità rivolta a tutti, che solo nel silenzio e nell’*“itinerarium cordis* al quale non dovremmo mai rinunciare”¹⁷, nasce la mitezza e con essa nasce la tenerezza per l'altro. Con questo siamo passati dal medico dall'animo gentile celebrato dagli antichi alla virtù perché – lo diceva Karl Jaspers, che è stato un grande medico prima di essere stato un grande filosofo – “il medico deve diventare altro da come di solito sono gli uomini”¹⁸.

Virtù per diventare altri all'altezza di due realtà: virtù per accorgersi in tempo di essere diventato, con Sandeep Jauhar, “quella parte di dottore che non avrei mai voluto essere: impaziente, occasionalmente indifferente, a volte sbrigativo o paternalistico”¹⁹. Virtù, quindi, per dare dignità alla cura e all'insegnamento della cura; ma poi una virtù ancora più grande, quella virtù assoluta che serve come viatico per l'ultima cosa di cui ogni medico, a fin di bene, è volenteroso dispensatore: chiedere perdono delle opere di dolore.

E alla fine, come conclusione di tutto questo argomentare, chissà che non abbia ragione Rita Charon secondo cui la medicina narrativa dentro le Medical Humanities si offra come un nuovo modello per il professionalismo medico?²⁰

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Medici a Verona: indagine sui fattori di malessere/benessere dei professionisti veronesi*. Verona Medica 2: 17-19 (2015)
- 2) *Medici a Verona 2*. Verona Medica 1: 17-20 (2016)
- 3) Welch H. G., Schwartz L. M., Woloshin S., *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*, ed. It., Sovradiagnosi. Come gli sforzi per migliorare la salute possono renderci malati, il Pensiero Scientifico editore, Roma 2013
- 4) Cosmacini G., *Medicina e rivoluzione. La rivoluzione francese della medicina e il nostro tempo*, Cortina, Milano 2015 pp. 95-106
- 5) Liberati A., *Postfazione*, in Vineis P., *L'osservazione medica. Dalla diagnosi precoce alle cause delle malattie: i nuovi temi della medicina*, Garzanti, Milano 1991 pp.147-154
- 6) Weber M., *Il lavoro intellettuale come professione*, Einaudi, Torino 1966 p. 37
- 7) Shanafelt T. D., Boone S., Tan L., Dyrbye L. N., Sotile W., Satele D., West C. P., Sloan J., Oreskovich M. R., *Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population*, Arch Inter Med 2012; 172: 1377-1385 <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1351351>
- 8) Nighthingale F., *Lettere alle infermiere*, Convocazione Nazionale Infermiere Professionali e Assistenti Sanitarie Visitatrici, Roma, senza data, p. 95
- 9) Delvecchio G., *Humanities in medicina*, in Garrino L. (a cura di), *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura*, Centro Scientifico Editore, Milano 2010 pp. 73-93
- 10) Vettore L., *La personalizzazione della relazione e della cura in medicina*, in Giaretta P., Moretto A., Gensini G. F., Trabucchi M., *Filosofia della medicina. Metodo, modelli, cura ed errori*, il Mulino, Bologna 2009 pp. 189-204
- 11) https://it.wikipedia.org/wiki/William_Osler (contatto 18/04/2017)
- 12) Gargani A., *Il testo del tempo*, Laterza, Roma-Bari 1992, pp. 4-5
- 13) Arnaldi V., *Gli amori di Frida Khalo*, Bizzarro/Red Star Press, Roma 2016 p. 2
- 14) Arnaldi V., *Gli amori di Frida Khalo*, Bizzarro/Red Star Press, Roma 2016 p. 78
- 15) Faenza R., *Prendimi l'anima*, Jean Vigo Italia, Les Films du Centaure, Cowboy Films Medusa Film 2002
- 16) Jores A., *Der mensch und seine krankheit*, ed. it., *L'uomo malato. Introduzione alla medicina psicosomatica*, Giunti, Firenze 1963 p. 171
- 17) Borgna E., *Responsabilità e speranza*, Einaudi, Torino 2016 pp. 56-57
- 18) Jaspers K., *Der Arzt im technischen Zeitalter*, ed. it., *Il medico nell'età della tecnica*, Cortina, Milano 1991 p. 14
- 19) Sandeep Jauhar <http://www.wsj.com/articles/the-u-s-s-ailing-medical-system-a-doctors-perspective-1409325361>
- 20) Charon R., *The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust*, JAMA 2001; 286(15):1897-902

La certificazione di gravidanza e quella di interruzione di gravidanza diventano telematiche

Con disposizione recente (maggio 2017) l'INPS ha introdotto la telematizzazione del certificato medico di gravidanza. Riferimenti normativi: art. 21 del T.U. maternità/paternità, così modificato dal Decreto Legislativo 26 agosto 2016, n. 179 (Codice dell'Amministrazione Digitale).

1. Premessa

L'art. 21 del decreto legislativo n. 151/2001 (T.U. maternità/paternità), modificato dal decreto legislativo 26 agosto 2016, n. 179 (Codice dell'Amministrazione Digitale) demanda all'INPS la definizione delle modalità di trasmissione telematica del certificato medico di gravidanza e del certificato medico di interruzione della gravidanza, da attuarsi mediante l'utilizzo dei servizi resi disponibili dall'Istituto stesso.

Con la circolare n. 82 del 4/05/2017 si sono fornite istruzioni ai medici certificatori per la trasmissione telematica dei predetti certificati, alle donne e ai datori di lavoro per la consultazione, rispettivamente dei certificati e degli attestati di gravidanza e di interruzione della gravidanza.

Ciascuna tipologia di certificato medico di cui trattasi va trasmesso all'Inps esclusivamente quando previsto per la fruizione di una delle prestazioni ricadenti nell'ampio alveo della tutela della maternità e per cui si presenta richiesta, come, ad esempio, nel caso di richiesta del c.d. Premio di 800 euro per la nascita o l'adozione di un minore.

2. Modalità di trasmissione e consultazione dei certificati

I certificati di gravidanza e di interruzione della gravidanza possono essere trasmessi telematicamente esclusivamente da un medico del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzio-

nato, collegandosi all'apposito servizio presente sul sito dell'Istituto nella sezione riservata ai "Medici certificatori".

Il medico del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato è tenuto a trasmettere per via telematica sia il certificato di gravidanza che il certificato di interruzione della gravidanza.

È previsto un periodo transitorio di tre mesi (a partire dal maggio 2017), dalla data di pubblicazione della circolare, durante il quale è riconosciuta la possibilità per il medico di procedere al rilascio cartaceo dei certificati di gravidanza e di interruzione della gravidanza.

La trasmissione del certificato telematico comporta che la donna non sia più tenuta a presentare all'Istituto il certificato di gravidanza o di interruzione della gravidanza in formato cartaceo.

I certificati telematici ricevuti dall'Inps sono messi a disposizione della donna sul sito Internet dell'Istituto, previa identificazione con PIN o CNS.

I datori di lavoro, previa autenticazione con PIN o CNS, ed esclusivamente previo inserimento del codice fiscale della lavoratrice e del numero di protocollo del certificato fornito dalla stessa, potranno accedere in consultazione agli attestati attraverso un'apposita applicazione esposta sul sito dell'Istituto.

I certificati di gravidanza e di interruzione della gravidanza trasmessi telematicamente potranno essere trattati direttamente dall'Istituto ai fini dell'accertamento del diritto a prestazioni economiche erogate dall'Istituto stesso.

3. Caratteristiche dei certificati

La trasmissione telematica dei predetti certificati medici prevede obbligatoriamente l'inserimento, da parte del medico stesso, dei seguenti dati:

A. Certificato di gravidanza

- la generalità della lavoratrice;

- la settimana di gestazione alla data della visita;
- la data presunta del parto.

B. Certificato di interruzione della gravidanza

- generalità della lavoratrice;
- la settimana di gestazione alla data della visita;
- la data presunta del parto;
- la data di interruzione della gravidanza.

Il medico certificatore deve rilasciare alla donna il numero univoco di certificato assegnato dal sistema, potendo eventualmente fornire alla stessa anche una copia cartacea:

- a) del certificato medico di gravidanza o di interruzione della gravidanza;
- b) delle rispettive attestazioni, prive della settimana di gestazione.

4. Annullamento dei certificati

In caso di errata trasmissione di un certificato, il medico potrà procedere al suo annullamento attraverso la stessa applicazione utilizzata per la trasmissione.

L'operazione di annullamento è consentita esclusivamente entro la mezzanotte del giorno seguente alla data di trasmissione.

In tale intervallo di tempo il certificato telematico è pertanto da considerarsi in stato "non consolidato" e non potrà dare origine ad effetti di carattere amministrativo.

Decorso il predetto termine, la cancellazione logica dei certificati acquisiti dall'Istituto sarà possibile esclusivamente previa presentazione alla sede territoriale INPS di competenza di una richiesta di annullamento.

La richiesta, necessariamente in forma scritta, deve essere adeguatamente motivata e sottoscritta dal medico cer-

tificatore. Potrà essere presentata dal medico stesso o da persona di sua fiducia munita di delega espressa, ovvero dalla donna alla quale è stato rilasciato il certificato.

L'annullamento è ammesso ed accettato dall'Istituto solo quando gli errori del certificato si riferiscano alle generalità della gestante o al suo codice fiscale. Non è possibile invece accettare richieste di annullamento di certificati che il medesimo o altro medico intenda poi nuovamente emettere con una diversa data presunta di parto (art. 21 co.1 del D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151). Nei casi di annullamento, sarà cura della sede di competenza verificare e riesaminare le eventuali prestazioni erogate sulla base del certificato per il quale è pervenuta la richiesta di annullamento, che dovrà essere opportunamente archiviata.

5. Credenziali per accedere al sistema

L'accesso al sistema di trasmissione e consultazione dei certificati di cui trattasi, per le diverse finalità, presuppone:

a) il possesso di PIN o CNS da parte dei medici dipendenti o convenzionati con il S.S.N.. I medici già in possesso del profilo "medici certificatori" risulteranno automaticamente abilitati, anche per l'invio dei certificati di gravidanza e di interruzione della stessa;

b) il possesso di PIN, CNS o SPID da parte della donna (solo consultazione dei certificati);

c) il possesso di PIN o CNS da parte dei datori di lavoro privati o loro incaricati (solo consultazione degli attestati). Coloro che sono già abilitati alla consultazione degli attestati di malattia saranno automaticamente abilitati anche alla consultazione degli attestati di gravidanza e di interruzione.

Le aziende in possesso di PIN sono tenute a chiedere tempestivamente la revoca dell'autorizzazione, al verificarsi della cessazione dell'attività, della sospensione o del trasferimento in altra struttura dell'intestatario del PIN. L'Inps provvederà ad annullare, con effetto immediato, l'abilitazione.

6. Assistenza agli utenti

L'Inps fornisce assistenza ai datori di lavoro e alle donne tramite gli operatori del Contact Center Integrato Inps-Inail, raggiungibile attraverso il numero verde gratuito da rete fissa 803164 o il numero a pagamento 06164164 da rete mobile.

Gli operatori del Contact Center forniscono telefonicamente supporto nella navigazione e uso delle procedure di consultazione dei certificati e/o attestati, inviati telematicamente dal medico certificatore, nonché le informazioni e le risposte ai quesiti di interesse generale sulla materia.

7. Altre specifiche e questioni aperte

Le credenziali dei medici certificatori non sono da confondersi con quelle

del portale Sistema Tessera Sanitaria (o Sistema TS) del MEF, relative alle certificazioni di assenza dal lavoro per malattia degli iscritti all'INPS, al 730 precompilato e ad altre funzioni; esse vengono a essere analoghe a quelle utilizzate sul portale dell'INPS stesso per le certificazioni di invalidità; né la certificazione di interruzione di gravidanza è peraltro da confondersi col documento previsto dagli artt. 5 e 7 della L. 194/78, attestante la richiesta da parte dell'interessata di ottenere i benefici previsti dalla legge. Quanto all'individuazione dei medici certificatori, nelle figure di dipendenti e convenzionati, da un lato si potrebbe pensare che chi certificava precedentemente in cartaceo viene a passare alla certificazione per via telematica, dall'altro l'espressione secondo la quale i medici già registrati sul portale INPS risultano d'ufficio abilitati anche alla certificazione per gravidanza e interruzione della stessa, sembra allargare la platea anche ai convenzionati per la Medicina Generale, oltre agli specialisti dipendenti e convenzionati SAI. Questa sembra infatti l'interpretazione dell'INPS secondo una recente circolare, ragion per cui è stato richiesto un incontro con la SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati) il 6 giugno allo scopo di ridiscutere l'adempimento e la designazione dei suoi destinatari. Rimangono pertanto in attesa di chiarimenti.

DATI ECM: DIFFIDA DI FNOMCEO A CONSULCESI

In merito ai dati sull'Educazione Continua in Medicina (ECM) rilasciati da Consulcesi e ripresi da numerose testate giornalistiche, la FNOMCeO precisa che

"È paradossale e profondamente scorretto estrapolare parti di una video intervista e farla passare per un video messaggio rivolto ad un convegno a cui la Presidente Roberta Chersevani e il Segretario Luigi Conte non avevano aderito e dove non erano presenti. La questione è aggravata dall'utilizzo di figure istituzionali per finalità commerciali e di autopromozione. Estrapolare dati frammentari, senza tenere conto del contesto in cui questi dati sono stati presentati, crea disorientamento e disagio nei professionisti della salute ed induce errate percezioni e preoccupazioni nei cittadini.

La FNOMCeO diffida Consulcesi e chiunque altro ad utilizzare in modo improprio immagini e dati che la coinvolgono".

Certificazioni: attenti a quelle per non presentarsi in tribunale!

(Cassazione Penale Sentenza n. 11540/2017)

Risponde del reato di cui all'art. 374-bis c.p. (False dichiarazioni o attestazioni in atti destinati all'Autorità giudiziaria o alla Corte penale internazionale) colui che chiede ad un medico di redigere una certificazione nella quale sia attestata una falsa diagnosi, dichiarando tramite il citato certificato di essere affetto da una patologia, in realtà inesistente, e di essere impedito a partecipare ad un'udienza.

FATTO E DIRITTO: con sentenza del 21/10/2015 la Corte di appello di Milano ha confermato quella del Tribunale di Milano in data 21/2/2012, con cui S.A. è stato riconosciuto colpevole

dei delitti di cui agli artt. 481 e 374-bis cod. pen. e condannato, previa unificazione ex art. 81 cod. pen. e previa concessione delle attenuanti generiche, alla **pena di anni uno mesi sei di reclusione**.

Il ricorrente è stato riconosciuto colpevole del delitto di cui all'art. 481 cod. pen., per aver chiesto ad un medico di redigere una certificazione nella quale era stata attestata una falsa diagnosi, nonché del delitto di cui all'art. 374-bis cod. pen., per aver dichiarato tramite il citato certificato medico di essere affetto da una patologia, in realtà inesistente, e di essere impedito a partecipare ad un'udienza dinanzi al Tribunale di Parma.

Il ricorrente adducendo di non sentirsi troppo bene, aveva chiesto un certificato medico per giustificare la sua assenza al Tribunale di Parma. Tale certificato medico non era stato preceduto da alcuna visita del paziente e recava la diagnosi di "sciatalgia violenta dovuta ad ernia discale" e la prescrizione di riposo per la terapia del caso, da ritenersi incompatibili con i frenetici spostamenti dello S. nei giorni 14 e 15 gennaio 2009, attestati dalle diverse celle telefoniche impegnate dal cellulare ricorrente in quelle due giornate, e con l'osservazione diretta da parte della P.G. nei giorni immediatamente precedenti e successivi.



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 salvaguardia della salute di terzi può essere “giusta causa”

(Cassazione Civile Sentenza numero 11994/17 – Responsabilità medica – Trattamento dati personali dei pazienti – In una situazione in cui il sanitario e la struttura sanitaria, nell'ambito del rapporto curativo, avesse acquisito dati personali sullo stato di salute di un paziente il cui trattamento risultava indispensabile per la tutela dell'incolumità e della salute dei terzi o della collettività, in presenza di un'originaria autorizzazione dell'interessato a informare circa la vicenda curativa i suoi familiari e, quindi, al trattamento, si doveva non solo ritenere autorizzato a rivelare i dati ad essi, senza necessità di intervento del Garante, ma obbligato a farlo, con la conseguenza che un comportamento omissivo, dal quale fosse conseguita, in ragione della mancata conoscenza dei dati stessi, una lesione dell'integrità o della salute dei terzi o della collettività, risultava idoneo a cagionare danno ingiusto agli effetti dell'art. 2043 c.c.)

FATTO E DIRITTO: l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone ha proposto ricorso per cassazione contro (Omissis) e (Omissis) nella qualità di eredi di (Omissis), nonché nei confronti della Compagnia di Assicurazione Unipol s.p.a. avverso la sentenza del 20 maggio 2014, con cui la Corte d'Appello di Catanzaro, in riforma della sentenza di primo grado resa dal Tribunale di Crotone nel febbraio del 2008, ha condannato essa ricorrente al risarcimento del danno nella misura di euro 13.053,71 oltre accessori, in accoglimento della domanda proposta nell'ottobre 2002 dal padre delle ricorrenti, (Omissis), cui le stesse erano succedute riassumendo il processo di appello a seguito del suo decesso. La domanda introdotta dal de cuius aveva ad oggetto il risarcimento dei danni che il medesimo asseriva di avere subito a seguito di contagio di

HCV, che asseriva di aver contratto dalla moglie (Omissis), la quale, prima di decedere il 14 gennaio del 2002, era stata sottoposta negli ultimi anni di vita ad intense cure ed interventi di dialisi presso la struttura ospedaliera dell'ASL n. 5 di Crotone con trasfusioni infette che ne avevano provocato la morte. A fondamento della pretesa risarcitoria il (Omissis) lamentava che la struttura ospedaliera, pur risultando da un referto di analisi di analisi del 6 marzo 2000 che la (Omissis) era affetta dalla patologia, non gli aveva mai comunicato la circostanza, così impedendogli di adottare le necessarie cautele per sottrarsi al contagio. Il complesso delle norme delineate comporta, a parere del collegio, la indicazione di un comportamento doveroso imposto al sanitario, al quale è consentito di accantonare i doveri derivanti dal segreto professionale quando sia in grave pericolo la salute o la vita di altri, e quelli derivanti dal divieto di comunicazione dei dati ultrasensibili quando vi sia necessità di tutela dell'incolumità fisica e della salute dell'interessato e di terzi; conseguentemente la sentenza impugnata ha ritenuto che l'aver i sanitari dell'ASL di Crotone omesso di comunicare al (Omissis) la patologia, grave e contagiosa da cui era affetta la (Omissis), costituisce violazione di un obbligo generico di evitare il danno ed è pertanto fonte di responsabilità in confronto del soggetto colpito dall'evento che la disciplina è intesa ad evitare. La Corte di Cassazione ha affermato che in una situazione in cui il sanitario e la struttura sanitaria, nell'ambito del rapporto curativo, avesse acquisito dati personali sullo stato di salute dell'interessato il cui trattamento risultava indispensabile per la tutela dell'incolumità e della salute dei terzi o della collettività, in presenza di un'originaria autorizzazione dell'interessato a informare circa la vicenda curativa i suoi

familiari e, quindi, al trattamento, si doveva non solo ritenere autorizzato a rivelare i dati ad essi, senza necessità di intervento del Garante, ma obbligato a farlo, con la conseguenza che un comportamento omissivo, dal quale fosse conseguita, in ragione della mancata conoscenza dei dati stessi, una lesione dell'integrità o della salute dei terzi o della collettività, risultava idoneo a cagionare danno ingiusto agli effetti dell'art. 2043 c.c. La Corte ha quindi rigettato il ricorso).

AI COLLEGHI DELL'OSPEDALE DI NOLA, E NON SOLO A LORO....

«Voglio ringraziare i medici che hanno curato a terra i pazienti nel pronto soccorso di Nola.

Voglio ringraziare tutti i colleghi: medici ospedalieri, medici di famiglia, specialisti ambulatoriali, della continuità assistenziale, dell'emergenza sanitaria territoriale.

Tutti i medici che lavorano in strutture sanitarie private accreditate che in qualche modo hanno contribuito a rendere sostenibile il dramma assistenziale di questi giorni».

Così Silvestro Scotti, in qualità di presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli e portavoce della Federazione degli Ordini della Campania.

Alla sua voce, vogliamo unire la nostra. Grazie a tutti i medici e al personale sanitario che ogni giorno risponde alle necessità della gente lottando con risorse sempre più scarse ed una burocrazia sempre più asfissiante.

Il Comitato di Redazione di Verona Medica

Preparazioni magistrali: divieti di prescrizione

DECRETO 31 marzo 2017 - Modifiche al decreto 22 dicembre 2016, recante: "Divieto di prescrizione di preparazioni magistrali contenenti il principio attivo sertralina ed altri" e disposizioni in materia di preparazioni galeniche a scopo dimagrante.

Si ritiene utile segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n. 82 del 7-4-2017 è stato pubblicato il decreto 31 marzo 2017 concernente Modifiche al decreto 22 dicembre 2016, recante: **"Divieto di prescrizione di preparazioni magistrali contenenti il principio attivo sertralina ed altri" e disposizioni in materia di preparazioni galeniche a scopo dimagrante.**

Il nuovo decreto apporta modifiche al decreto del Ministro della salute del 22 dicembre scorso, che vietava l'impiego nelle preparazioni magistrali di una quarantina di sostanze.

Il provvedimento all'art. 1 prevede che è fatto divieto ai medici di prescrivere e ai farmacisti di eseguire preparazioni magistrali a scopo dimagrante contenenti le seguenti sostanze medicinali: sertralina; buspirone; acido ursodesossico; pancreaticina; acido deidro-

colico; d-fenilalanina; deanolop-acetamido benzoato; fenilefrina; spironolattone; l-tiroxina; triiodotironina; zonisamide; naltrexone; oxedrina; fluvoxamina; idrossizina.

Il suddetto decreto dispone che è fatto divieto ai medici di prescrivere e ai farmacisti di eseguire preparazioni magistrali contenenti le sostanze medicinali sopraccitate a scopo dimagrante in combinazione associata tra loro.

È fatto, altresì, divieto ai medici di prescrivere e ai farmacisti di allestire per il medesimo paziente due o più preparazioni magistrali singole contenenti una delle suddette sostanze medicinali a scopo dimagrante.

Inoltre il provvedimento, confermando i divieti e le limitazioni vigenti circa la prescrizione e l'allestimento di preparazioni magistrali a scopo dimagrante e richiamando la disciplina di cui all'art. 5 del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94, stabilisce per il medico l'obbligo:

a) di ottenere il consenso informato scritto del paziente al trattamento medico;

b) di specificare nella ricetta le esigenze particolari di trattamento che giustificano il ricorso alla prescrizione estemporanea e le indicazioni d'uso nonché trascrivere, senza riportare le generalità del paziente, un riferimento numerico o alfanumerico di collegamento a dati d'archivio in proprio possesso che consenta, in caso di richiesta da parte dell'autorità sanitaria, di risalire all'identità del paziente trattato.

Sul rispetto delle nuove disposizioni, infine, vigilerà una rete di monitoraggio che tra gli altri comprende il Ministero della Salute e l'Istituto superiore di sanità.

IL PRESIDENTE
ROBERTA CHERSEVANI

PENSIONATI E CREDITI ECM

I medici in pensione che, seppur iscritti all'Albo professionale, non svolgono più l'attività non sono tenuti ad assolvere gli obblighi ECM.

Laddove il medico, ancorché in pensione, svolga attività libero professionale, l'obbligo di aggiornarsi rimane sia dal punto di vista deontologico, sia sotto il profilo di legge.

AUTORIZZAZIONI DI APERTURA AMBULATORI E SVOLGIMENTO ATTIVITÀ LEGGE REGIONALE 22/2002

Si ricorda ai sigg.ri medici che le autorizzazioni di cui alla L.R. 22/2002

SCADONO OGNI 5 ANNI

Conseguentemente dopo tale periodo, le stesse

DEVONO ESSERE RINNOVATE

Facendone richiesta presso i Comuni di competenza

La “Legge Gelli”: novità in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

La legge n. 24 del 2017 sulla responsabilità professionale sanitaria, giunta ad approvazione dopo un lungo e tormentato cammino, è in vigore dall'1 aprile 2017.

È ben noto che ormai da diversi anni il problema dei contenziosi giudiziari, attivati con frequenza e aggressività crescenti da parte di pazienti danneggiati (o presunti tali), suscita viva preoccupazione nella classe medica. Gli strumenti “protettivi”, scarsi ed estremamente dispendiosi, non sono più in grado di assicurare una sufficiente serenità operativa al professionista, tanto che sempre più spesso questi cerca di proteggersi adottando atteggiamenti rinunciatari o, viceversa, intraprende sul paziente trattamenti e/o approfondimenti diagnostici non necessari, con inevitabile peggioramento della qualità delle cure.

Lo scopo principale (dichiarato) della norma è stato pertanto quello di “governare” il complesso tema della responsabilità penale e civile in ambito sanitario, per migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza e per limitare, nel contempo, la preoccupante deriva della c.d. “medicina difensiva”.

Questo intento emerge con evidenza fin dall'**articolo 1**, nel quale si valorizza il sistema della gestione degli eventi avversi in sanità con gli strumenti del rischio clinico e se ne sottolinea il ruolo fondamentale nei riguardi della prevenzione e della sicurezza del paziente e dell'operatore sanitario.

Nei successivi **articoli 2 e 3** si disciplinano i ruoli, le funzioni e l'organizzazione del Difensore civico, dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e dell'Osservatorio

nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza, tutte strutture finalizzate alla prevenzione degli eventi avversi in sanità e, in definitiva, al miglioramento della qualità delle cure.

È da evidenziare l'attenzione con cui il legislatore ha inteso assicurare la massima trasparenza dei dati elaborati in questo ambito così delicato: viene infatti istituito l'obbligo, per ogni struttura sanitaria, di pubblicare una **“relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura stessa, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto”**.

Inoltre nel successivo **articolo 4** si dispone, quale ulteriore misura di trasparenza, che le strutture sanitarie **“...rendano disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario...”**.

Sempre nell'ambito della disciplina sulla trasparenza dei dati si indica poi il periodo massimo di sette giorni per la consegna, da parte della struttura sanitaria, di copia di documentazione (cartella clinica) al soggetto che ne faccia richiesta.

Tenendo conto dei tempi solitamente necessari per adempiere a richieste di questo tipo e considerate le complessità nella gestione degli archivi cartacei di grandi dimensioni, il termine appare molto ristretto ed è da ritenere che solo con la dematerializzazione e la gestione informatizzata degli archivi sarà possibile garantire il pieno rispetto della norma.

Infine, l'ultimo comma dell'articolo 4

entra in un ambito – quello della polizia mortuaria – apparentemente non congruente con la tematica generale della legge: **“...i familiari o gli altri aventi titolo del deceduto possono concordare con il direttore sanitario o sociosanitario l'esecuzione del riscontro diagnostico...”**. La norma, inserita nell'articolo sulla **“trasparenza dei dati”**, parrebbe destinata a garantire ai familiari di un paziente deceduto chiarezza in merito alle cause di morte; tuttavia la dizione **“possono concordare”** è piuttosto vaga, non stabilisce un diritto decisionale e quindi, in ultima analisi, potrà prestarsi a qualche contestazione in sede operativa.

Nell'**articolo 5** si tratta delle **“buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida”**. Il tema delle linee guida non è certamente nuovo e già nella legge 189/2012 (la c.d. “legge Balduzzi”) veniva introdotta un'ipotesi di depenalizzazione della colpa sanitaria, limitatamente ad alcuni casi, qualora il comportamento del sanitario si fosse attenuto alle regole condivise di buona pratica clinica.

Nella presente legge vengono comunque indicate le caratteristiche delle linee guida, che dovrebbero essere validate e aggiornate a livello nazionale ed integrate in un **Sistema nazionale per le linee guida (SNLG)**, disciplinato con decreto del Ministro della salute.

A fronte di una indiscutibile utilità delle linee guida in sanità, esistono e sono note a tutti gli operatori le possibili criticità connesse con il loro impiego: innanzitutto appaiono obiettivamente problematici sia la formazione di un elenco di linee guida «convalidate» per tutti gli ambiti clinici, sia il loro aggiornamento continuo e la contempo-

reana creazione di una gerarchia di importanza delle diverse raccomandazioni.

In secondo luogo, potrebbero sorgere legittime perplessità per quanto riguarda il rischio di interferenza con l'autonomia del professionista dato che tali indicazioni, essendo state ratificate per legge, assumono un carattere "quasi vincolante".

Questo aspetto viene bene illustrato nel successivo **articolo 6**, intitolato **"responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria"**, che si inserisce nel codice penale come un nuovo articolo.

In esso si stabilisce che in ambito sanitario la colpa per **imperizia** può non essere punibile se il professionista ha **"...rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali..."**.

In definitiva, il sanitario risponderà sempre dei danni provocati per negligenza o imprudenza e in questi casi sarà giudicato sulla base di criteri di ordinaria severità; l'imperizia invece potrà essere "scusabile", se saranno state rispettate le linee guida **"...sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto"**.

Quest'ultima frase introduce un margine di incertezza riguardo alla garanzia medico legale offerta all'operatore sanitario: in pratica la pedissequa e acritica applicazione delle linee guida non esclude *a priori* la responsabilità, la quale sarà sempre valutata dal giudice in base alle caratteristiche del caso specifico.

Con l'**articolo 7** la legge affronta il complesso tema della responsabilità civile in ambito sanitario e fissa alcuni principi fondamentali, introdotti dal legislatore con l'intento evidente di tutelare il professionista nei riguardi di temuti esborsi economici.

È noto che la responsabilità civile può assumere i caratteri di responsabilità "contrattuale" o "extracontrattuale", a seconda che il danno derivi dalla violazione di uno specifico obbligo contrattuale oppure dalla violazione

di un diritto assoluto che riguarda la generalità dei soggetti. Le differenze sul piano pratico sono assai rilevanti; nel primo caso l'onere della prova (cioè l'obbligo di dimostrare di aver agito correttamente) grava sul prestatore d'opera e il termine di prescrizione (cioè il periodo disponibile per avviare la richiesta di risarcimento) è di 10 anni, mentre nel secondo caso l'onere di dimostrare l'errore grava sul danneggiato e il periodo di prescrizione è di soli 5 anni.

La legge in esame prevede che La struttura sanitaria risponda a titolo di responsabilità contrattuale nell'eventualità di danni a carico del paziente. La disposizione si applica a tutte le prestazioni sanitarie svolte nell'ambito della struttura stessa, mentre il sanitario che ha provocato l'evento risponderà solo a titolo di responsabilità extracontrattuale.

Si tratta di uno dei punti più rilevanti, innovativi ed interessanti del testo approvato poiché il medico dipendente o convenzionato viene in qualche modo "sollevato" dalla preoccupazione di dover far fronte con il proprio patrimonio personale ad esborsi talora rilevantissimi. Bisogna comunque tener conto, a tale proposito, che per il sanitario rimane valida l'ipotesi di una responsabilità contrattuale se egli abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione **"...assunta con il paziente"**.

L'**articolo 8** prevede l'obbligo del tentativo di conciliazione preventiva, con l'evidente scopo di ridurre e contenere i procedimenti giudiziari e di favorire un rapido ristoro del danno, ma il tema del risarcimento è ripreso nel successivo **articolo 9**: sebbene l'esborso sia – in pratica – essenzialmente a carico della struttura, in caso di dolo o colpa grave del professionista dipendente o comunque attivo nell'ambito dell'azienda, sarà possibile avviare un'azione di rivalsa, finalizzata al recupero delle somme già liquidate a favore del danneggiato; tale iniziativa è attuata dalla Corte dei conti (in ambito pubblico) o dalla struttura stessa (in ambito privato).

La maggiore criticità applicativa è probabilmente qui rappresentata dal-

la mancanza di una definizione chiara e univoca di "colpa grave", per cui è prevedibile che, in ogni caso di contenzioso che giunga a concludersi con un pagamento del danno da parte della struttura, sarà il giudice a pronunciarsi in merito alla proponibilità di un'eventuale azione di rivalsa.

L'**articolo 10** definisce gli obblighi di assicurazione a carico delle strutture e dei professionisti: **"le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera..."**. Tale obbligo è esteso al professionista che opera al di fuori della struttura, ma anche a chi svolge attività **"... all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente..."**.

Infine, si stabilisce che anche i professionisti che operano esclusivamente come dipendenti della struttura (**"...a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private..."**) debbano comunque provvedere alla stipula, **"con oneri a proprio carico"**, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave, al fine di garantire efficacia alle eventuali azioni di rivalsa da parte della Corte dei conti o dell'azienda.

Le modalità applicative della norma, in particolare i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie saranno comunque definiti con successivo decreto del Ministro dello sviluppo economico.

Nell'**articolo 11** vengono delineati i requisiti che le coperture assicurative dovranno avere sul piano dell'estensione cronologica: **"...La garanzia assicurativa deve prevedere una operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo..."** e inoltre **"... In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per**

qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura... per le richieste di risarcimento relative a fatti verificatisi in corso di attività della polizza. Tali disposizioni sono dirette a tranquillizzare il professionista riguardo al rischio di richieste risarcitorie avanzate dopo la scadenza della polizza o addirittura dopo la cessazione dell'attività.

Gli **articoli 12, 13 e 14** istituiscono alcune importanti regole operative riguardo alle modalità di azione per il danneggiato e all'obbligo di comunicazione al professionista coinvolto; è prevista inoltre l'istituzione di un Fondo di garanzia per i danni derivanti da

responsabilità sanitaria che non risultino risarcibili da parte delle compagnie di assicurazione o delle aziende sanitarie a causa di problemi di insolvenza, massimali insufficienti, ecc.

L'**articolo 15** disciplina la nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria; si tratta di disposizioni molto significative perché sono dirette ad assicurare la competenza degli specialisti incaricati dal giudice. Questi infatti deve affidare **"...l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e**

pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento...".

Infine, l'**articolo 16** contiene un principio importante: in esso si stabilisce che **«I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari»**; tale disposizione risolve alcuni timori legati alla gestione del rischio clinico, primo fra tutti quello di possibili conseguenze sul piano giudiziario, a seguito di segnalazioni e analisi di eventi avversi verificatisi nel corso dell'attività assistenziale.

FRANCO ALBERTON

Autocertificazione dei primi tre giorni di malattia. Al momento è solo una proposta in un cassetto

Da anni la FNOMCeO chiede la revisione della Legge Brunetta.

Da una parte per alcuni aspetti di incostituzionalità, dall'altra perché la possibilità di una autocertificazione di malattia dei lavoratori, limitata ai primi tre giorni (come avviene già in altri paesi europei) semplificherebbe le cose e riporterebbe sul lavoratore la responsabilità dell'assenza per quelle patologie che non necessitano di intervento medico (per esempio il banale raffreddore o la cefalea).

Le mozioni dell'On. Romani e dell'On. Bergonzi, sostenitori delle richieste FNOMCeO, giacciono in qualche cassetto, in attesa di essere almeno discusse.

Il 16 dicembre scorso la FNOMCeO ha approvato all'unanimità la neces-

sità di ribadire queste richieste alla classe politica ed ha avviato la raccolta di dati (numero di assenze, tipologie di assenze, regolamentazione sul tema in vari Paesi) che una volta conclusa permetterà di avere sul tema una visione più dettagliata.

Il fine è quello di richiamare l'attenzione della politica sul tema.

Nel frattempo? Il Testo Unico del Pubblico Impiego ha ricevuto l'OK dal Governo confermando non solo le sanzioni previste dalla legge Brunetta per i dipendenti della PA che usano un certificato falso o attestante il falso, ma anche per il medico che, in caso di falsa attestazione, rischia sanzioni pesanti: radiazione dall'Albo, decadenza della convenzione e una multa da 400 a 1.600 euro, oltre che

di finire anche in galera per 5 anni. Il provvedimento, che ha ricevuto l'ok dal Consiglio dei Ministri, dovrà passare al vaglio del Consiglio di Stato e delle Commissioni Parlamentari, oltre che trovare l'intesa con le Regioni e le Province Autonome prima di diventare legge.

Intanto continuano le proteste dei Medici di Famiglia. Tra queste anche quella del Presidente dell'Ordine dei Medici di Piacenza, Augusto Pagani, che ha ricordato come i Medici di Famiglia siamo in una posizione molto delicata. "Da un lato non si può chiedere al medico di famiglia di essere un carabiniere, come vorrebbero i datori di lavoro; dall'altro siamo le persone di fiducia dei lavoratori ed il nostro lavoro si fonda proprio su un tal rapporto di

fiducia per cui dobbiamo credere alle affermazioni dei nostri assistiti, salvo evidente distonia con i dati clinici".

Gli Ordini ricevono continue segnalazioni dai datori di lavoro che chiedono di intervenire in situazioni ai loro occhi stridenti.

Serve rimarcare il concetto che i Medici e gli Ordini non possono sostituire i controlli fiscali e le agenzie investigative.

Le mozioni di modifica della legge Brunetta contengono la proposta di rendere possibile **l'autocertificazione di malattia per i primi tre giorni di assenza dal lavoro.**

E contengono anche la proposta di modificare l'articolo 55 quinquies del decreto legislativo 165/2001 (che prevede le sanzioni per i medici che nell'iter certificativo non avessero **"direttamente constatato ed oggettivamente documentato" lo stato di malattia** del paziente).

Una nuova disposizione di legge dovrebbe eliminare l'automatismo tra la sentenza definitiva di condanna da

una parte e la radiazione dall'albo, il licenziamento o la decadenza dalla convenzione dall'altra.

Anche perché, val la pena ribadirlo, nel procedimento disciplinare gli Ordini sono autonomi e nessun provvedimento di condanna può essere previsto ope legis.

Ma serve anche rimarcare il concetto che il problema dell'assenteismo non potrà trovare una soluzione se non vedrà coinvolti, con la loro diretta responsabilità, anche quelli che lo usano.

ROBERTO MORA



RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

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

Prestanomismo

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

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

PREMIO A BEPI SARTORI "EL DOTOR ZACHELEQUÀ"

Nella "so val" lo conoscono tutti come "el dottor zachelequà". Bepi Sartori "medico condotto, senza portafogli" come ama definirsi e come si può leggere nel suo biglietto da visita, ha vinto con il suo libro di poesie "El Meio Mestier del Mondo" il premio letterario indetto dalla Federspev Nazionale come miglior opera scritta da un medico.

La raccolta di poesie, che ricordiamo è disponibile presso l'Ordine di Verona per gli iscritti che vorranno riceverne una copia, è stata apprezzata e ha consentito a Bepi di farsi conoscere anche al di fuori dei confini di chi parla il dialetto veronese.

Con la sua poesia Bepi fa capire a chi lo legge che essere buon medico occorre avere anche un gran cuore. Per questo la sua voce, anche se dialettale, riesce ad essere compresa da tutti.

Bravo Bepi ! Un abbraccio da tutti noi.

Il Comitato di Redazione di Verona Medica e il Consiglio dell'Ordine di Verona



Ogni anno mille medici italiani all'estero: il fallimento della programmazione del fabbisogno in sanità

Secondo le proiezioni offerte da Carlo Palermo dell'Anaao Assomed, tra le iscrizioni ordinarie e quelle disposte dai TAR negli ultimi anni, nel decennio 2017/2026 arriveranno alla laurea in Medicina circa 93.000 persone. Conteggiando anche i laureati che attualmente non riescono ad entrare nei percorsi di formazione specialistica, circa 15.000 medici, vi saranno 108.000 medici a sfidare la pretesa di programmazione della politica e delle amministrazioni ministeriali e regionali. Se consideriamo circa 6.300 contratti di specializzazione e circa 900 borse di formazione in medicina generale, nel decennio 2017/2026 vi saranno almeno 36.000 medici che ne resteranno esclusi. Probabilmente molti di questi medici andranno all'estero, per tentare un percorso di carriera specialistica o come general practitioners nelle realtà assistenziali e universitarie di Francia,

Germania, Svezia, Danimarca, Regno Unito e Svizzera in particolare, oltre che degli Stati Uniti. Secondo i dati Istat, i professionisti del settore sanitario, medici e non, che hanno chiesto al Ministero della Salute la documentazione per esercitare all'estero sono passati da 396 nel 2009 a 2363 nel 2014 (+ 596%).

Oggidì circa 1.000 medici laureati o specialisti si trasferiscono ogni anno. Anche il blocco del turnover sta sicuramente incidendo su queste dinamiche, visto che nel 2017, secondo quel che riporta lo stesso Palermo, l'età media dei medici ospedalieri va a superare i 55 anni, la più alta nel panorama europeo e la seconda al mondo dopo Israele (Dati Oecd 2015).

Per invertire tale tendenza, le proposte del sindacato degli ospedalieri consistono nell'incrementare i contratti di formazione specialistica post-lauream

portandoli da 6.300 a 7.200 ogni anno (almeno per coprire il pensionamento nel prossimo decennio degli specialisti operanti nel SSN), aumentare le borse di formazione in Medicina Generale in modo tale da coprire il turn over (almeno 28.000 medici in quiescenza nel prossimo decennio in base ai dati Enpam dell'ottobre 2016), e naturalmente rivedere il turn over delle assunzioni e rimodulare il numero chiuso degli accessi alle facoltà universitarie.

Tutto questo dimostrerebbe il fallimento delle politiche di programmazione riguardanti il personale sanitario e gli sbocchi di carriera dei professionisti medici in particolare, e la verosimile discrasia tra la formazione di professionisti quale risultato della lettura di un fabbisogno di salute, e la possibilità di realizzare tale allocazione di risorse destinate a rispondervi, almeno nel sistema pubblico.



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

☐

MEDICINA GENERALE

☐

PEDIATRIA

COGNOME.....

NOME.....

VIA.....N.

CAP.....CITTÀ

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

Possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale

☐
☐

Possesso della Specializzazione in Pediatria

☐
☐

La legge Gelli-Bianco: novità e possibili ricadute sulle assicurazioni per i medici

L'arrivo della primavera ha visto "sbocciare" la legge n. 24 del 08/03/2017 più comunemente conosciuta come legge "Gelli - Bianco" dal cognome dei suoi relatori che si è posta l'obiettivo di regolamentare, da un lato, i molteplici aspetti del rapporto tra paziente e mondo della sanità e, dall'altro, di delimitare la responsabilità professionale di tutti gli esercenti le professioni sanitarie. La prima novità sta proprio nella terminologia visto che ora non c'è più una distinzione dei ruoli ma si parla complessivamente di "esercenti la professione sanitaria". Occupandomi da anni di assicurazioni per i medici trascuro la prima parte della normativa e mi concentrerò sugli articoli dedicati alle coperture assicurative che presentano ad oggi alcune opportunità per le Compagnie assicuratrici ma anche molte potenziali criticità.

Sicuramente positivo è il fatto di aver introdotto dei termini ben definiti per la prescrizione delle vertenze che è ora di 5 anni per l'operatore sanitario (responsabilità extracontrattuale) e di 10 anni per la struttura (responsabilità contrattuale), sia pubblica che privata. Più precisamente, la polizza dovrà coprire le richieste di risarcimento danni per fatti avvenuti nei cinque o dieci anni antecedenti la conclusione del contratto, denunce che dovranno pervenire durante il periodo di vigenza del contratto. È la riconferma della clausola assicurativa "claims made" che sembrava essere stata messa in discussione da alcune recenti sentenze della magistratura. Ora, alla domanda che molti di voi mi hanno rivolto alla stipula della polizza (sono sufficienti gli anni di retroattività che abbiamo indicato?), abbiamo una risposta certa. Da aggiungere che, nel solo caso della cessazione dall'attività, in polizza dovrà essere attiva una garanzia assicurativa postuma decennale. L'aspetto meno positivo è che quasi nessuna delle coperture assicurative oggi disponibili sul mercato assolve a questi requisiti: sarà quindi necessario un adeguamento delle condizioni contrattuali con un probabile riposizionamento

dei premi per mantenere economicamente sostenibili tali coperture da parte dell'assicuratore in un periodo temporale più lungo, come richiesto dalla legge. Più certezza per le Compagnie anche nel quantificare l'entità dei risarcimenti dato che la norma fa esplicito riferimento alle tabelle per il danno biologico per le lesioni lievi e non lievi. Tradotto in assicuratese, sarà più facile individuare il massimale di polizza più adeguato sapendo già a cosa si rischia di andare incontro.

Positiva, per lo sviluppo del mercato delle Compagnie assicuratrici, è anche l'introduzione dell'obbligo di assicurarsi per la colpa grave in capo a tutti gli esercenti la professione sanitaria, sia che operino in ambito pubblico che privato, obbligo che sicuramente aprirà più ampi orizzonti commerciali. Ancora troppo spesso, in base alla mia esperienza professionale quotidiana, riscontro come **non esista ancora un'adeguata sensibilità da parte di molti addetti ai lavori sui rischi delle azioni di rivalsa nei loro confronti e sulle tutele assicurative possibili.**

Quello che purtroppo ancora manca e che viene rimandato a un "decreto attuativo da pubblicarsi entro 120 giorni dall'entrata in vigore della norma" sono i requisiti minimi che dovrà avere la copertura assicurativa (Massimali? Scoperti? Franchigie?). Inoltre, per le strutture sanitarie pubbliche o private, si parla ancora di un "obbligo di dotarsi di una copertura assicurativa o di utilizzare altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi" senza precisare quali e come debbano essere queste misure. Le esperienze di **auto-assicurazione** (il termine corretto sarebbe non-assicurazione...) da parte di molte aziende sanitarie hanno portato a scelte discutibili e, in prospettiva, scarsamente efficaci, alimentando fortemente al contrario il rischio di **una non solvibilità dell'ente nei confronti dei danneggiati.**

La legge introduce anche la possibilità di azione diretta da parte del danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione, come già accade nella rc auto. Al

riguardo, per le strutture sanitarie pubbliche e private, è previsto l'obbligo di indicare sul proprio sito internet le informazioni analitiche della copertura assicurativa o di quale altra analoga misura si sia dotata.

Come si comporteranno le Compagnie di assicurazione? Oggi è sicuramente prematuro trarre delle conclusioni che, in assenza del regolamento attuativo, sarebbero comunque parziali se non addirittura errate ma il quadro che si sta delineando rischia di portare a un'ulteriore fuga delle società dal mercato della rc medica, visti i nuovi e pesanti oneri previsti dal legislatore a loro carico. Uno su tutti: la previsione che le polizze dovranno risarcire "senza opporre eccezioni", fermo restando il successivo diritto di rivalsa, non verrà accettata facilmente dagli operatori. Per assurdo, se fosse questa la strada perseguita, vorrebbe dire andare a risarcire i terzi danneggiati anche per comportamenti dolosi messi in atto dal responsabile! Come già in altre occasioni, aver previsto un quadro ideale di coperture assicurative rischia di restare solo un auspicio se questo non viene recepito dalle Compagnie Assicuratrici che, ribadisco, **non sono obbligate a contrarre le polizze di rc professionale per i medici.** E non è una lacuna da poco! Sarà inoltre possibile un aumento dei premi per chi opera in regime di libera professione, che dovrà dotarsi di coperture assicurative molto più ampie di quelle attuali. Di quanto potrà essere questo aumento non è ad oggi ipotizzabile e rimando ancora una volta al contenuto del regolamento che verrà e che sarà al riguardo decisivo.

Concludendo: i lavori sono in corso ma un primo passo è stato fatto e non ci resta che sperare che la positiva interazione tra tutte le parti coinvolte (legislatore, strutture sanitarie con le loro associazioni, assicurazioni e gli enti che le rappresentano, cittadini e utenti) porti a un risultato se non positivo almeno non penalizzante per nessuno.

LUCA AMBROSI
INFOMEDICI@AEMME-SERVIZI.IT

Il medico paleopatologo prima parte: approccio al paziente... "Antico"

di ANDREA COZZA*

*Mail: andrea.cozza87@gmail.com

Una sfida tanto interessante quanto istruttiva e stimolante per i medici odierni è il cimentarsi in diagnosi retrospettive sulle cause di morte o di malattia di personaggi illustri della Storia. Alcuni esempi degni di nota sono i recenti studi, ad esempio, sulle cause di morte di Alessandro Magno (356 a.C.-323 a.C.) e su quelle di alcuni esponenti della famiglia dei Medici di Firenze¹.

Se, ad un primo giudizio, le ricerche delle cause di morte o malattia dei grandi del passato possono sembrare solo un erudito *divertissement*, esse sono in realtà indagini mediche rigorose che, se non circoscritte ai soli uomini illustri, risultano, invece, indispensabili per la comprensione della storia evolutiva delle manifestazioni patologiche e della salute dell'uomo, con evidenti ricadute sulla cognizione del quadro economico e delle dinamiche sociali del passato.

Questo è difatti il difficile ma avvincente compito della Paleopatologia umana², che in modo sintetico può essere definita come disciplina che ha come oggetto di studio *"le malattie del passato e la loro evoluzione nel tempo. L'attività di indagine di questa disciplina, pertanto, consente la documentazione degli aspetti anatomico-patologici, epidemiologici, eziologici e patogenetici delle malattie nei periodi storici anteriori al nostro, sia in relazione all'evoluzione biologica dell'uomo sia in relazione al divenire delle caratteristiche sociali, culturali ed ambientali delle comunità umane del passato, nel complesso tentativo di ricostruire la storia biologica della salute umana"*³.

Se si sposa la corrente di pensiero, invalsa tra i più, che riconosce la Paleopatologia come disciplina emi-

nentemente medica -tanto da esser stata definita *"la branca archeologica della medicina"* piuttosto che *"la branca medica dell'archeologia"*- si deve ritenere necessario che essa si avvalga della metodologia anatomicopatologica per la rilevazione, spesso ostica, dei segni lasciati dalle malattie sui resti umani pervenuti⁴.

Le fonti attraverso le quali si snoda l'indagine di un paleopatologo sono limitate e, di conseguenza, vanno valutate con rigore tutti gli elementi che si possono reperire. Esse si dividono in fonti dirette (fonti biologiche) e in fonti indirette (le fonti "classiche" dell'indagine storica). Le prime sono rappresentate soprattutto da ossa umane e denti, seguite da mummie e/o tessuti mummificati (mummie naturali, naturali agevolate, artificiali), coproliti (feci fossili), impronte e resti di parassiti. Il secondo gruppo, le indirette, è costituito da fonti scritte, storiche o letterarie, quando disponibili, o dalla cultura materiale (es.: ex-voto anatomici o raffigurazione di patologie nelle espressioni artistiche)⁵.

Il riscontro clinico delle patologie del passato è tuttavia inficiato dalla scarsità di reperti francamente patologici e, spesso, dall'assenza evidente di malattie pregresse nei materiali biologici che pervengono alla nostra attenzione. Se a conservarsi maggiormente è il tessuto osseo, ne consegue che la documentazione più cospicua cui è possibile attingere sia costituita dai resti scheletrici. Solo il 10-20% delle malattie lasciano, però, reliquati indelebili sull'apparato scheletrico, quindi, risulta difficile superare l'impasse delle lacune diagnostiche, a causa delle quali non è possibile determinare con assoluta certezza le cause di malattia o di morte di un individuo⁶. In aggiunta a queste considerazioni non si dimentichi l'intervento di agenti pseudopatologici che possono interessare i resti umani post-mortem, dopo il loro

interramento nel record archeologico. Essi possono simulare o mimare alcune alterazioni apparentemente patologiche degli stessi. Si tratta di segni lasciati da fenomeni fisico-chimici naturali, come l'azione degli apparati radicali delle piante, la crioturbazione o l'essiccamento del suolo e l'attività di alcuni animali, specialmente quelli fossori. Una trattazione a sé stante meritano gli interventi di natura antropica, siano essi esito della manipolazione dei distretti corporei ante-mortem o traccia di rimaneggiamenti più o meno volontari dei contesti di deposizione dei cadaveri inumati⁷.

Data la complessità delle indagini che deve condurre, il paleopatologo dovrebbe avere una formazione piuttosto eterogenea in campo medico e dimestichezza con le principali tecniche diagnostiche moderne. Un "identikit ideale" del paleopatologo è quello proposto nel 1967 da Sadison, secondo cui il paleopatologo dovrebbe essere preferibilmente un medico, specializzato in Chirurgia generale, Ortopedia e Traumatologia, e dovrebbe essere, inoltre, in possesso di un diploma in Antropologia fisica e di approfondite conoscenze di Patologia generale, di Patologia osteo-articolare e di Diagnostica per Immagini. Infine, sono ritenuti requisiti fondamentali la competenza, la curiosità e la passione per il passato e per le vicende umane nel loro divenire storico, in relazione alla storia della salute⁸.

A fronte della esiguità dei campioni patologici, o comunque di segni conclamati di patologie pregresse, la Paleopatologia si avvale di molteplici metodi e metodiche di indagine mutuati dalla Medicina, dalla Biologia, dall'Antropologia fisica e dall'Archeologia. In prima istanza ricorre alle competenze proprie dell'Anatomia patologica macroscopica, principalmente per una preliminare analisi morfologica e antropometrica

dei resti scheletrici. Si procede poi con l'Istopatologia, cioè con l'esame microscopico (microscopio ottico, elettronico a scansione, atomico, spettrometria di massa al plasma) del tessuto osseo o dei tessuti molli mummificati, ed eventualmente con le metodiche immunoistochimiche che ricorrono all'impiego di anticorpi per la ricerca di specifici *targets* antigenici nei tessuti molli stessi⁹.

Ampliamente adoperate sono le metodologie di Diagnostica per immagini come la Radiografia (fratture, addensamenti, rarefazioni e neoformazioni ossee) e la Tomografia assiale computerizzata (TAC), quest'ultima molto versatile soprattutto per lo studio non invasivo di mummie o preparati anatomici multi-organo¹⁰.

L'impiego degli isotopi radioattivi come il carbonio-14 (¹⁴C) permette una datazione, non sempre scevra da incertezza, dei reperti organici. Tuttavia, i risultati di tale metodica devono essere interpretati con cautela, a causa di eventuali contaminazioni che possono alterare, anche notevolmente, le stime del *range* cronologico ottenuto.

Le metodiche di Biologia molecolare, come la reazione a catena della polimerasi (Polymerase Chain Reaction PCR), anche nell'ambito della Paleopatologia costituiscono potenti strumenti di analisi e di indagine. Lo studio dell'ancient DNA (aDNA) consente, ad esempio, l'esame delle alterazioni genetiche, il riconoscimento di patologie molecolari, la determinazione del sesso, la ricostruzione dei legami di parentela e la formulazione di eventuali studi di genetica di popolazione nel passato¹¹. Si tenga comunque presente che l'aDNA spesso può risultare danneggiato e rendere più difficoltosa la sua amplificazione e successiva analisi.

Ancillari, ma non secondarie per importanza, sono le analisi chimico-fisiche dei terreni di provenienza dei resti umani, quelle palinologiche e quelle dendrocronologiche. Per dirimere la possibilità di presunti avvelenamenti, invece, si può ricorrere ad esami tossicologici.

Infine, di alto impatto mediatico sono le ricostruzioni in 3D dei volti, a seguito dell'acquisizione dei dati morfometrici tramite scansioni a microscala.



CT scan di mummia peruviana con evidenza di scheletro e tessuto muscolare (fonte: Naval Medical Center, San Diego).

La ricostruzione del volto attraverso questa metodica permette infatti la restituzione della fisionomia del "paziente" con il valore aggiunto, non secondario, di suscitare l'interesse del grande pubblico verso le ricerche paleopatologiche e antropologiche. In ultima analisi le indagini paleopatologiche, avvalendosi di molteplici competenze specifiche e specialistiche, rappresentano un territorio di incontro e confronto multidisciplinare, che mutua esperienze mediche, biologiche, antropologiche, archeologiche, geologiche, storiche, artistiche e letterarie. La Paleopatologia può essere quindi considerata a buon diritto come un *"meeting ground for many disciplines"*¹².

Desidero esprimere un vivo ringraziamento alla dott.ssa Chiara Regio, archeologa, per i consigli dati.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

- 1) La letteratura in campo paleopatologico è estremamente vasta. In questa sede si citano solo alcuni esempi di diagnosi in retrospettiva. Sulle indagini mediche inerenti la morte di Alessandro Magno si consulti E. DAMIANI, *La piccola morte di Alessandro il Grande. La fine di un eroe tra storia e mito*, Marsilio Editori, Venezia 2012 e il recentissimo lavoro E. DAMIANI, *La piccola morte di Alessandro il Grande: fu febbre tifoide?*, in 51° Congresso Nazionale Società Italiana di

Storia della Medicina Book of short papers, a cura di M. RIPPA BONATI, Cleup, Padova 2016, p 257-259.

Sulla famiglia De' Medici si consultino, a titolo d'esempio e di confronto, D. LIPPI, *Illacrimate sepolture. Curiosità e ricerca scientifica nella storia delle riesumazioni dei Medici*, Firenze University Press, Firenze 2006 e G. FORNACIARI, R. BIANUCCI, *Francesco: non fu arsenico*, in *Archeologia viva*, n. 138, 2009, p 78-81.

- 2) Per un approccio esaustivo alla Paleopatologia si segnalano: L. CAPASSO, *Principi di storia della patologia umana*, Società Editrice Universo SEU, Roma 2002; G. FORNACIARI, V. GIUFFRÀ, *Lezioni di Paleopatologia*, Edizioni Culturali Internazionali Genova ECIG, Genova 2009; A. ZANATTA, *Paleopatologia*, Collana Power Lesson n. 3, Cleup. Padova 2013; il numero monografico di *Medicina nei Secoli Arte e Scienza, Giornale di Storia della Medicina*, Nuova Serie Vol. 25 n. 1, 2013, edito dalla Sezione e Museo di Storia della Medicina dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" (reperibile anche on-line al sito: http://www.histmed.it/medicina%20nei%20secoli/rivista_articoli_pdf.htm) e F.J. RÜHLI, F.M. GALASSI, M. HAEUSLER, *Palaepathology: Current challenges and medical impact*, in *Clin. Anat.* 2016 Oct; 29(7): 816-22. Infine si consulti il sito: www.paleopatologia.it della Divisione di Paleopatologia dell'Università di Pisa.
- 3) cfr.: L. CAPASSO, *Principi storia patologia umana*, op. cit., p 1.
- 4) cfr.: M. RIPPA BONATI, *Introduzione Per una storia della Paleopatologia*, in A. ZANATTA, *Paleopatologia*, Collana Power Lesson n. 3, Cleup. Padova 2013, p 23.
- 5) cfr.: M. RIPPA BONATI, *Introduzione*, op. cit., p 16-18 e L. CAPASSO, *Principi storia patologia umana*, op. cit., p 1.
- 6) cfr.: A. ZANATTA, *Paleopatologia*, op. cit., p 48, 57.
- 7) cfr.: M. RIPPA BONATI, *Introduzione*, op. cit., p 38.
- 8) cfr.: M. RIPPA BONATI, *Introduzione*, op. cit., p 37.
- 9) cfr.: A. ZANATTA, *Paleopatologia*, op. cit., p 48-49.
- 10) cfr.: A. ZANATTA, *Paleopatologia*, op. cit., p 49-50.
- 11) cfr.: A. ZANATTA, *Paleopatologia*, op. cit., p 51; M. HOFREITER et al., *Ancient DNA*, in *Nature Reviews Genetics*, Macmillan Magazines, vol.: 2, 2001, p 353-359; F. DE ANGELIS, G. SCORRANO, O. RICKARDS, *DNA antico: principi e metodologie*, in *Medicina nei Secoli Arte e Scienza, Giornale di Storia della Medicina*, Nuova Serie Vol. 25 n. 1, 2013; T. A. BROWN, *Genomi*, 2a edizione, Edises, Napoli 2001.
- 12) cfr.: E.R. KERLEY, W.M. BASS, *Paleopathology: meeting ground for many disciplines*, *Science*. 1967 Aug 11; 157 (3789): 638-44.



Ordini del giorno approvati nel Consiglio Nazionale del 15-16 dicembre 2016

ORDINE DEL GIORNO CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCeO 15 e 16 DICEMBRE 2016

CERTIFICAZIONE DI MALATTIA

Il Presidente OMCEO di Piacenza Augusto Pagani, ritenendo che l'attuale normativa inerente la certificazione di malattia dei lavoratori pubblici e privati sia inadeguata e che presenti aspetti di incostituzionalità, preso atto della inerzia e delle resistenze al riesame ed alla modifica delle predette norme fino ad oggi dimostrata dalle organizzazioni dei datori di lavoro della Pubblica Amministrazione e dalle forze politiche, chiede al Presidente ed al Comitato Centrale della FNOMCeO di attivarsi per arrivare al più presto alla revisione della Legge Brunetta ed alla autogiustificazione dei primi tre giorni di malattia.

Approvato all'unanimità dal Consiglio Nazionale del 15-16 dicembre 2016.

ORDINE DEL GIORNO CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCeO DEL 15 e 16 DICEMBRE 2016

SPERIMENTAZIONE ANIMALE SULLE SOSTANZE D'ABUSO

Il Presidente OMCEO di Massa Carrara, Dr. Carlo Manfredi, espone al Consiglio Nazionale della FNOMCeO il seguente ordine del giorno.
L'Italia ha recepito con il D.Lgs n. 26/2014 la direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati ai fini scientifici in senso più restrittivo. L'art. 5, comma 2, lett. e) del D.Lgs vieta l'uso degli animali per ricerche sulle sostanze d'abuso a partire

dall'inizio del prossimo anno. Questa disposizione è in contrasto con l'art. 5, comma 1 dello stesso D.Lgs che consente l'uso degli animali per la ricerca di base e per quella applicata alla diagnosi e cura delle malattie.

Il Decreto 26/2014 pone l'Italia in una posizione di svantaggio competitivo rispetto ad altri Paesi europei che hanno correttamente recepito la Direttiva 2010/63/UE.

I nostri ricercatori sono impossibilitati a prendere parte ai progetti di ricerca europei e all'utilizzazione di risorse che l'Italia comunque versa all'UE come contributo nazionale.

Se non verrà prolungata la moratoria, che scade con la fine del 2016, il divieto di utilizzare animali da esperimento per gli studi sulle sostanze d'abuso impedirà ai ricercatori italiani di effettuare ricerche nel nostro Paese anche nell'ambito di progetti di ricerca europei ai quali l'Italia stessa contribuisce finanziariamente.

Dato che l'Italia recupera in progetti finanziati una quota inferiore allo stanziamento in ricerca, il divieto sulle sostanze d'abuso non farà che aggravare tale disavanzo.

È pertanto necessaria una proroga della moratoria che permetta di proseguire la ricerca sulle sostanze d'abuso nell'attesa di una revisione del D.Lgs 26/2014.

Si tratta infine di evitare che gruppi di ricerca avanzati e qualificati a livello mondiale siano costretti ad emigrare all'estero con grave danno per il nostro Paese.

L'abuso di sostanze è un disturbo del comportamento motivato che deriva da meccanismi neuronali che sono rimasti relativamente invaria-

ti nei mammiferi, dai più semplici, come il ratto e il topo, fino ai primati, compreso l'uomo.

Per questo motivo non esistono attualmente metodi alternativi o *in vitro* o *in silico* per studiare i meccanismi dell'abuso di sostanze e l'efficacia di nuovi farmaci da utilizzare per il loro trattamento.

Si chiede al Presidente e al Consiglio Nazionale della FNOMCeO di attivarsi al fine di sollecitare l'approvazione della moratoria come sopra illustrato.

Approvato all'unanimità dal Consiglio Nazionale del 15-16 dicembre 2016.

ORDINE DEL GIORNO CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCeO DEL 15-16 DICEMBRE 2016

FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunito in Roma nei giorni 15 e 16 dicembre 2016, ha preso atto che la formazione specifica in medicina generale è tornata alla attenzione delle forze politiche a seguito di due emendamenti proposti nel testo della Legge di stabilità e respinti in Commissione Bilancio, che prevedevano l'affidamento della formazione specifica in medicina generale all'Università, assimilandola alle altre scuole di specializzazione.

Considerato

Che tale provvedimento avrebbe dovuto comunque tener conto di vent'anni di esperienza nella formazione in medicina generale svolta dalle Regioni e dagli OMCEO.

Rilevato

Che tale proposta rischiava di escludere di fatto la Professione da ogni discussione e confronto.

Preso atto

Che la FNOMCeO è impegnata da oltre un decennio su questo tema, avendone ruolo e competenze specifiche e che ha presentato alle Istituzioni numerosi documenti in merito alla necessità di revisione e riforma del percorso di studi e del decreto legislativo 368 di riferimento.

Valutato

Positivamente il ruolo determinante svolto dalla medicina generale nel percorso formativo specifico quale patrimonio di competenze ed esperienze da tutelare in una Disciplina altamente specifica.

Ritenuto che

- 1) Sulla base dei dati elaborati dalla FNOMCeO si prevede, per i prossimi anni, una gravissima carenza di medici di assistenza primaria, tale da mettere a rischio la sostenibilità del Sistema, ulteriormente aggravata dalla necessaria presa in carico della cronicità e dalla carenza di specialisti in pediatria

in ambito territoriale, rendendosi inderogabile la previsione di una adeguata programmazione del numero di accessi al Corso, attualmente insufficienti al fabbisogno;

- 2) Non sia più rinviabile la equiparazione tra il Corso di formazione specifica in medicina generale e i Corsi di specializzazione universitari, sia dal punto di vista economico che normativo;
- 3) Sia necessario il superamento della attuale eterogeneità dei percorsi formativi nelle diverse Regioni - Province Autonome;
- 4) Sia strategico avviare un percorso di condivisione con l'Università su tutto l'iter formativo pre e post laurea;

Propone

L'istituzione immediata di un Tavolo Tecnico della Professione, che veda coinvolti tutti gli attori interessati alla formazione specifica del Medico di medicina generale al fine di produrre soluzioni operative e risposte coerenti alle necessità di salute della popolazione.

Dà mandato

Al Presidente Nazionale della FNOMCeO e al Comitato Centrale di rappresentare al Governo tali istanze al fine di avviare il confronto.

Approvato all'unanimità dal Consiglio Nazionale del 15-16 dicembre 2016.

Prelievo venoso effettuato dall'Odontoiatra

CERTIFICATO DI ONORABILITÀ PROFESSIONALE (GOOD STANDING)

Di recente pubblicazione da parte della FNOMCeO lettera di specifica pertinente l'utilizzo degli emoderivati effettuati da Odontoiatra nell'ambito del competente esercizio professionale.

La vicenda era stata avviata dal Presidente CAO di Vicenza per problema sorto all'interno della sua provincia.

Nella lettera la Presidente Chersevani si rifà al Decreto del Ministero della Salute del 2/11/2015 per le "disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".

Nel decreto, al punto 3, si sancisce che "per le attività che riguardano gli emocomponenti per uso non trasfusionale, si applicano le seguenti modalità:

3.1 la richiesta deve essere effettuata da un medico o, solo per le attività cliniche di competenza, da un odontoiatra.

A seguente punto 3.6 si stabilisce che "l'applicazione di emocomponenti in ambito odontoiatrico può essere effettuata da un odontoiatra solo per le attività cliniche di competenza".

A tutto ciò sempre la Presidente Chersevani aggiunge poi, con sua del 7/12/2016 che si rifà a medesimo decreto, che può soltanto aggiungersi che il comma 7 dell'art. 20 del più volte citato D.M. n. 69/2015 prevede: la produzione di emocomponenti autologhi per uso non trasfusionale al di fuori dei servizi trasfusionali può essere effettuata in strutture sanitarie pubbliche e private, accreditate o non accreditate, nell'ambito della **convenzione con Azienda Sanitaria** con cui opera il servizio trasfusionale di riferimento, nel rispetto di quanto indicato nell'allegato 10, punto E. Le regioni e le province autonome definiscono specifiche indicazioni per la stipula di convenzioni tra l'azienda sanitaria in cui opera il servizio trasfusionale e le strutture sanitarie pubbliche e private, accreditate o non accreditate.

Quindi gli odontoiatri potranno procedere all'applicazione di emocomponenti per le attività cliniche di competenza solo nel rispetto della normativa appena citata.

Per i medici e gli odontoiatri operanti in Stati non aderenti all'UE, facendo seguito alle note della Federazione del 2 e 4 luglio 2013 e nota del Ministero della Salute del 16 luglio 2013, il Ministero della Salute ha chiarito che la Federazione può rilasciare certificati di onorabilità professionale per i medici e gli odontoiatri operanti in Stati non aderenti all'Unione Europea.

Ciò detto considerato che gli Ordini provinciali tengono gli Albi professionali ai sensi dell'art. 3, comma 1 lett. a) del D.Lgs C.P.S. 233/46, si ritiene che gli stessi possano rilasciare tale certificato ai propri iscritti.

Per i certificati di onorabilità professionale dei cittadini comunitari, cittadini della Confederazione Svizzera, cittadini dell'Area SEE (Islanda, Liechtenstein, Norvegia) e cittadini non comunitari stabiliti in Italia, si richiede il certificato di onorabilità professionale presso il Ministero della Salute: (modello G- Good standing) accompagnato da tutta la documentazione indicata nel modello G1 (solo per gli iscritti ad un Ordine professionale Italiano)

Odontoiatri: basta “casi Simoncini”. Un regime speciale per il mercato dei Servizi Sanitari

Può una cura, una prestazione sanitaria essere commercializzata alla stregua di un telefonino o di un capo di abbigliamento, con le stesse regole in fatto di pubblicità e di controlli? La risposta è ovvia: no, perché il “bene salute”, tutelato dalla stessa Costituzione, non può essere assimilato a qualsiasi altro bene.

Eppure, la normativa non pare andare in questa direzione. È quanto denuncia la **Commissione Albo Odontoiatri** in un Documento appena consegnato all'**Antitrust** dal Segretario Sandro **Sanvenero**, per chiedere, per il “mercato dei servizi sanitari”, un regime speciale, in cui la vigilanza sia affidata alle autorità competenti, Ministero della Salute in primis, con l’ausilio degli Ordini. Eppure, le regole ci sono, e sono – afferma la Cao – “chiarissime, condivise e condivisibili”.

Parliamo, ad esempio, di pubblicità: deve essere funzionale all’oggetto, veritiera e corretta, non deve violare il segreto professionale e non deve essere equivoca, ingannevole o denigratoria. E, secondo la Cassazione, tale veridicità e correttezza vanno valutate alla luce delle evidenze scientifiche. Ma chi controlla questi requisiti? **L'Autori-**

tà Garante della Concorrenza e del Mercato, che non solo non possiede, per sua natura, le competenze “scientifiche” necessarie ma soprattutto può intervenire solo **a posteriori**, senza alcun controllo preliminare sulla qualità delle informazioni erogate.

“Prendiamo un caso noto a tutti, che è stato più volte oggetto di denunce anche da parte dei media: un medico che propagandava di poter curare il cancro con il bicarbonato e che, per la falsità dei suoi comportamenti, è stato radiato dall'Albo nel maggio del 2002. Ebbene, il provvedimento dell'AGCM, che proibiva la pubblicità di tale metodica, è stato emanato solo novembre 2010 e pubblicato nell'aprile 2011. In tutti quei nove anni, chi ha tutelato i pazienti? Chi ha tutelato il loro diritto fondamentale alla Salute?” si chiede il presidente **Cao** nazionale **Giuseppe Renzo**.

“Siamo i soli a vedere il grave rischio in cui può cadere il cittadino?” – continua Renzo - Possibile che la politica non si preoccupi? Fuori da ogni inutile e perniciosa polemica, Cao nazionale ha il dovere di contrastare in ogni sede questa, che non a caso, ho definito deriva. Abbiamo portato oltre 12000

firme per una pubblicità corretta. Ora portiamo le prove. Cos'altro serve, per smuovere le coscienze?”.

La Cao chiede quindi – si legge nel Documento, che alleghiamo integralmente - un “regime speciale per il quale qualunque soggetto intenda fare “pubblicità in materia sanitaria” debba presentare domanda, almeno 30 giorni prima, alle Autorità sanitarie, il Sindaco o il Ministero della Salute, che, nel termine perentorio di 30 giorni (acquisito il parere dell'Ordine dei medici provinciale, per i Sindaci e della Federazione nazionale degli ordini dei medici, per il Ministero della Salute) devono rispondere motivando la loro, eventuale, negazione al consenso ad effettuare quella specifica pubblicità”.

“La pubblicità deve seguire un protocollo di verifica che in via preventiva ne certifichi la liceità, come già avviene per i farmaci da banco – conclude Renzo.- Non si tratta di difesa corporativa, anzi chiediamo al Ministero della Salute e ai sindaci di porre in atto le norme vigenti”.

UFFICIO STAMPA FNOMCEO: 0636203238
(3371068340) INFORMAZIONE@FNOMCEO.IT
COMUNICATO DEL 10/3/2017

REGISTRO ITALIANO DEI MEDICI - NUOVA INIZIATIVA

Ci è giunta una segnalazione concernente una nuova iniziativa, a nome della “**Euromedi* - European Medical Directory**” la quale, dall’esame della documentazione pervenuta, appare del tutto simile alla ben nota richiesta di “aggiornamento dati” del Registro Italiano dei Medici.

È necessario, pertanto, prestare la massima attenzione in caso di ricevimento di tale modulistica, evitando di sottoscriverla.

Eliano Mariotti eletto vice-presidente dell'Enpam

Eliano Mariotti è stato eletto vice-presidente della Fondazione Enpam. La votazione si è tenuta sabato 26 novembre nel corso dell'Assemblea nazionale dell'ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri.

Mariotti ha raccolto 118 voti su 171 presenti.

Nato a Livorno 67 anni fa, laureato in Medicina a Pisa nel 1975 e perfezionatosi successivamente in medicina delle assicurazioni, Mariotti ha iniziato la sua carriera come medico condotto nella sua città natale e ha continuato per 33 anni come medico di



medicina generale. Nel 2000 è diventato presidente dell'Ordine dei medici labronico. Ricopre dal 2005 la carica di Consigliere di amministrazione

dell'Enpam. Esercita attualmente la libera professione come medico legale e perito di tribunale.

Con l'elezione a vice-presidente di Eliano Mariotti per la Quota A si completa la squadra di vertice della Fondazione Enpam, già composta dal presidente Alberto Olivetti (medico di medicina generale) e dal vice-presidente vicario Giampiero Malagnino (odontoiatra).

Mariotti sostituisce Roberto Lala, mancato lo scorso 1 settembre e ricordato all'inizio dei lavori con un applauso.

Data pubblicazione: 26/11/2016

ENPAM Gli obiettivi per il 2017

Trascorso un anno dal rinnovo del Consiglio di amministrazione per gli anni 2015-2020, questo è ciò che la Fondazione sta facendo ed è intenzionata a fare, nell'anno di previsione, per realizzare gli obiettivi cardine del programma di mandato.

Il primo obiettivo, strategico per garantire pensioni adeguate, è difendere e incrementare il flusso dei contributi che entrano nelle casse della Fondazione.

Le criticità che si profilano, riguardano il mancato rinnovo delle convenzioni nell'ambito dell'assistenza primaria. È importante che si arrivi quanto prima alla firma di nuovi accordi nazionali; per questo la Fondazione farà la sua

parte garantendo un sostegno tecnico a favore dei medici.

Allo stesso tempo i nostri numeri mostrano che molti convenzionati si avviano al pensionamento senza che sia previsto un adeguato numero di giovani leve per rimpiazzarli.

Bisogna adoperarsi affinché le Regioni rivedano da subito al rialzo il numero di borse di studio messe a bando per la formazione in medicina generale, evidentemente sproporzionato rispetto agli scenari del futuro fabbisogno, a livello nazionale, di assistenza primaria.

Ciò è cruciale se l'Italia vuole continuare a garantire ai cittadini assistenza e cure adeguate sul territorio. Al-



Alberto Olivetti – Presidente ENPAM

trimenti sul territorio rimarranno solo i pazienti, e le cure primarie correranno il rischio di essere l'anello mancante per la tenuta del nostro Servizio sanitario nazionale.

In parallelo l'Enpam sosterrà il ricambio generazionale per evitare effetti paradossali che potrebbero verificarsi, come il massiccio pensionamento di medici anziani accompagnato da un mancato o tardivo inserimento di giovani colleghi.

Questo fenomeno può accadere nell'immediato se i pazienti di medici appena andati a riposo, invece di

indirizzarsi verso neo convenzionati, vanno a ridistribuirsi su altri prossimi alla quiescenza.

L'APP, Anticipazione della Prestazione Pensionistica ideata e regolamentata dall'Ente, può essere un valido strumento, volontario, per gestire questa fase transitoria: permettendo l'accoglienza di nuovi pazienti negli ambulatori esistenti e facilitando contemporaneamente il rapido innesto nella professione dei colleghi più giovani. Mancano le convenzioni per renderla operativa. L'eventuale matrimonio professionale intergenerazionale, comunque, deve avvenire per libera scelta, innanzitutto per salvaguardare e favorire il trasferimento del rapporto fiduciario che è alla base della relazione medico-paziente.

Come secondo obiettivo è necessa-

rio sostenere la piena autodeterminazione di governo arrivando quanto prima a una ridefinizione chiara della natura giuridica delle Casse.

Insieme agli altri aderenti all'ADEPP, Associazione degli Enti Previdenziali Privatizzati, l'Enpam si è dotata di un Codice della trasparenza e di una policy dei conflitti di interesse, senza attendere sollecitazioni da parte dei ministeri vigilanti, e da ultimo di un codice di autoregolamentazione degli investimenti, di cui la Fondazione è stata promotrice.

Rivendichiamo orgogliosamente la qualità nella gestione dei nostri investimenti, con un'attenzione sempre più centrata sul monitoraggio del rischio e con prospettive di sempre maggiore diversificazione.

Inoltre ci impegniamo a migliorare i

risultati raggiunti rafforzando il welfare di categoria, con la conferma degli obiettivi del progetto Quadrifoglio (previdenza complementare; credito agevolato; Fondo sanitario integrativo; rischi professionali e biometrici), anche prendendo atto di ciò che non ha funzionato (lo strumento Enpam Sicura).

Per il 2017 infine si intravedono aree di novità sul fronte della doppia imposizione (che pesa sui rendimenti del patrimonio investito e sulle pensioni erogate), con la possibile detassazione di alcuni tipi di investimento. Un bagliore all'orizzonte.

Sintesi delle Considerazioni introdotte al bilancio preventivo 2017.

ALBERTO OLIVETTI*
*PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE ENPAM
@FONDAZIONEENPAM

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



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

Magi eletto nuovo consigliere di amministrazione

Antonio Magi, 60 anni, romano, è il nuovo consigliere di amministrazione della Fondazione Enpam. Magi è stato eletto questa mattina dall'Assemblea nazionale della Fondazione con 114 voti. Il candidato concorrente, Augusto Pagani, presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Piacenza, ha ricevuto 34 preferenze. Magi prende il posto di Eliano Mariotti, eletto vicepresidente della Fondazione Enpam nella ultima assemblea nazionale in sostituzione dello scomparso Roberto Lala. Magi, radiologo, è segretario generale del Sumai Assoprof, il sindacato mag-



giornamente rappresentativo della categoria degli specialisti ambulatoriali. Già direttore di Distretto nell'azienda sanitaria Roma A e poi presso l'azienda sanitaria Roma 1, Magi è in pos-

sesso di un Master di secondo livello in Management e Innovazione delle Aziende sanitarie e insegna "Organizzazione sanitaria e forme contrattuali" all'università la Sapienza, Cattolica del S. Cuore di Roma, Ca' Foscari di Venezia e Alma Mater di Bologna.

"Ho accettato di candidarmi – ha detto – potendo mettere a disposizione della Fondazione Enpam le varie competenze che ho acquisito in questi anni sul campo, da quelle sindacali per la mia profonda conoscenza dei contratti e delle convenzioni, a quelle professionali e gestionali".



AEMME SERVIZI

Le soluzioni che cercavi



Noi non ci occupiamo di medicina:

ASSICURIAMO I MEDICI!

AEMME SERVIZI di Zamperlin Silvana

Via Fiumicello 5, 37131 VERONA - Tel. 045 8403520 - Fax 045 8402971 - e-mail: infomedici@aemme-servizi.it

Iscrizione RUI n. E000312579 del 14/12/2009

www.nonsoloassicurazioni.it



Bilancio 2016 approvato, +1,3 miliardi di utile

L'Assemblea nazionale della Fondazione Enpam ha approvato oggi il Bilancio consuntivo 2016. Il documento è stato approvato a larga maggioranza: su 168 iscritti al voto, i contrari sono stati 5 e le astensioni 4.

PER I CAMICI BIANCHI 1,3 MILIARDI IN PIÙ

La Fondazione Enpam ha chiuso il 2016 con un **utile record superiore a 1,3 miliardi di euro** e un patrimonio netto che ha raggiunto quota 18,4 miliardi (con un valore di mercato che sfiora i 20), in crescita del 7,2 per cento rispetto all'anno precedente. L'utile è aumentato di 307 milioni di euro rispetto all'anno precedente.

Il miliardo e 328 milioni di euro in più a garanzia delle pensioni dei camici bianchi è dato dalla somma di 996 milioni di euro di avanzo previdenziale e di 745 milioni di euro di proventi lordi della gestione patrimoniale, sottratti 269 milioni di oneri e ben 144 milioni di euro di imposte pagate allo Stato. Gli iscritti attivi sono saliti a 362.391 (+0,4%) mentre i pensionati sono diventati 105.721 (+4,45%).

I numeri confermano la solidità dei conti della Fondazione che nel 2016 ha incrementato ancora la riserva legale, portando a 12,86 le annualità garantite dal rapporto tra patrimonio previdenziale e prestazioni erogate. Detto in altri termini, se per assurdo l'Enpam non incamerasse più un euro di contributi, con il patrimonio potrebbe continuare a pagare le attuali pensioni per quasi 13 anni.

LA GESTIONE PREVIDENZIALE

Nel 2016, la Fondazione ha registrato entrate contributive pari a 2,542 miliardi di euro, erogando nello stesso periodo prestazioni previdenziali e assistenziali per oltre 1,546 miliardi. A incidere sul fronte delle uscite è stato l'aumento dei pensionati che, come previsto dalla cosiddetta 'gobba pre-

videnziale' presente e già scontata nei bilanci attuariali dell'Ente, saranno in crescita ancora per diversi anni.

PATRIMONIO DA REDDITO

Nel 2016 la Fondazione aveva quasi 5 miliardi di euro del suo patrimonio investiti in attività immobiliari (27%), 13 miliardi in attività finanziarie (69%) e circa 550 milioni di liquidità (3%).



Nell'ultimo anno, gli immobili posseduti direttamente dalla Fondazione Enpam hanno portato a una redditività lorda del +4,51% ma scesa al -0,69% dopo oneri e imposte. Non è un caso che l'Enpam stia proseguendo nella dismissione del mattone tradizionale, a vantaggio di investimenti tramite fondi immobiliari che infatti nello stesso anno hanno portato a una redditività netta molto più elevata 2,67% (a fronte di un lordo del 3,1%).

Le attività finanziarie hanno invece prodotto una redditività lorda del 4,54 per cento (4,34% al netto degli oneri di gestione, 3,48% al netto delle imposte).

INVESTIRE SULLA PROFESSIONE

“Questo – ha detto il presidente della Fondazione, **Alberto Olivetti** – è un **bilancio positivo sia nelle evidenze che nelle proiezioni**, che corregge in meglio le previsioni elaborate dalla Fondazione e quelle appostate prudentemente nel bilancio tecnico

che ha certificato la nostra sostenibilità. Siamo in vantaggio rispetto alla tabella di marcia e forti di questo risultato crediamo di aver esercitato bene la nostra missione. Insistiamo sulla volontà originaria del legislatore che ci privatizzò.

Vogliamo cioè che il patrimonio, fatto di contributi pagati dagli iscritti e accantonati a garanzia delle loro pensioni, venga conteggiato quando veniamo sottoposti ai test di sostenibilità. Non ha senso costringere i medici e i dentisti a sacrifici irragionevoli, quando con i contributi già versati da loro stessi potremmo promuovere iniziative di welfare ancora migliori per la categoria”.

PENSIONI

Il bilancio consuntivo offre uno spaccato sugli assegni versati agli iscritti. Le nuove pensioni liquidate nel 2016 sono state in media di 233 euro lordi al mese per la Quota A (percepita da tutti), cui vanno sommate altre voci per chi ha svolto la libera professione in Quota B (in media 378 lordi mensili), per chi ha lavorato come medico di medicina generale (3.515 euro al mese) o come specialista ambulatoriale (in media 2.891 euro mensili).

I dati sui pensionamenti mostrano una propensione dei medici convenzionati a restare al lavoro a lungo. Tra i medici di medicina generale solo il 9% di coloro che hanno maturato il diritto ad andare in pensione ordinaria nel 2016 ha effettivamente fatto domanda; una percentuale che sale al 18% tra gli specialisti ambulatoriali. In entrambe le categorie la tendenza a rimandare il pensionamento al compimento dell'età limite per lasciare l'attività (70 anni).

IN CONTATTO CON L'ENPAM

Il rapporto dei medici e i dentisti con il proprio ente previdenziale appare particolarmente stretto e consapevole. Nel 2016 ben 184 mila hanno ottenuto una o più ipotesi di pensione sfruttando il servizio di busta arancione offerto dall'Enpam.

L'Enpam ha inoltre risposto a 220 mila richieste di informazioni arrivate telefonicamente e a 41 mila per email, oltre a ricevere 7.800 iscritti di persona. Attivi anche servizi a distanza presso le sedi di 91 ordini provinciali.



Federazione Medico Sportiva Italiana
Comitato Regionale Veneto

Rappresentatività regionale della Federazione Medico Sportiva Italiana

In seguito alle elezioni del 25-03-2017 per il rinnovo delle cariche regionali della Federazione Medico Sportiva Italiana, il nuovo Comitato Regionale Veneto risulta così composto:

Presidente:

Dott. Mario CIONFOLI

Vice-Presidente:

Dott.ssa Susi CAMPI

Consiglieri:

Dott.ssa Luisa D'ALIESSI

Dott. Riccardo BARISON

Dott. Stefano PAIARO

Ai neoeletti i complimenti del Comitato di Redazione di Verona Medica.

PAOLO CERIONI PREMIATO A ROMA

*Il Parlamento della Legalità ha premiato, a Roma,
il "nostro" Paolo Cerioni "per" il suo costante impegno
a favore dei valori della vita cooperando
nell'educare i giovani a colorare il mondo
con la gioia e la determinazione
di chi crede che nessuna notte sarà così lunga
da impedire al giorno di ritornare.*

*A Paolo, che lavorando con noi da anni, si è fatto
apprezzare ed amare, le nostre felicitazioni.*

Il Comitato di Redazione di Verona Medica ed il Consiglio.



Il Caso De Maj *Una riscoperta letteraria*

di **CORRADO BUSCEMI**

Corrado Buscemi è un Collega Oculista che abita e lavora a San Bonifacio.

Appassionato di storia, ha pubblicato due saggi storici su Cunizza da Romano e su Lodovico di San Bonifacio, due personaggi medioevali. Su que-

ste pagine abbiamo già ospitato una recensione del suo libro *Il Sigillo del Palladio* un romanzo giallo a contenuto storico-esoterico.

Ora ritorna alla saggistica con questo saggio-biografico su Bianca De Maj, scrittrice veronese del primo novecento, un tempo famosa e poi ingiustamente dimenticata.



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

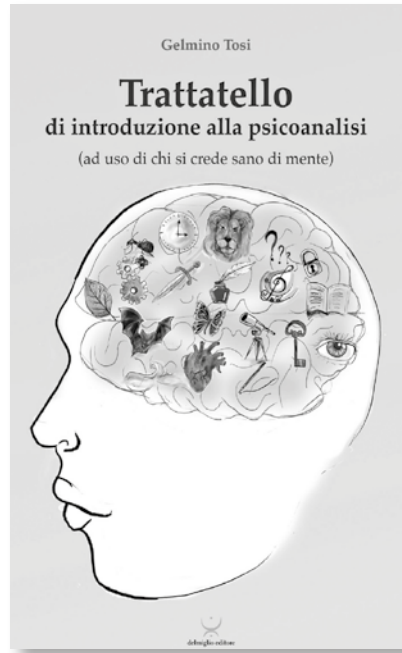
Trattatello di introduzione alla psicoanalisi

Il "Trattatello di introduzione della psicoanalisi" del Dr. Gelmino Tosi stimola diparate riflessioni.

Il pluriromanziero si è avventurato in un'opera ardua, (per qualcuno presuntuosa) per spiegare i presupposti psicoanalitici del lavoro medico con approfondimenti e dettagli che meritano franca ammirazione.

Dall'altra parte ne nasce una curiosa reinterpretazione di molti incontri del lavoro con i pazienti (vi sono frequentissimi casi pratici di applicazione) quasi a voler trasfigurare il lavoro clinico in una ottica più vasta ed approfondita che si giova della spiegazione di tanti comportamenti bizzarri, mitigando, mi sembra le frustrazioni quotidiane del rapporto col paziente.

In un momento peraltro in cui l'approccio psico-analitico è meno in auge è tuttora in grado di essere uno stru-



mento potente per capire...e spiegare e migliorare i nodi che influenzano la relazione con i nostri "clienti".

L'agevole libretto peraltro è sufficientemente completo nella spiegazione dei fenomeni psichici che la psicoanalisi classica ci insegna; di qui ha un rilievo di approfondimento o di ripasso di queste teorie che ne testimoniano l'attualità; lavoro che merita proprio complimenti per il campo complesso/minato in cui va a collocarsi. Si ha l'impressione poi che vi sia il modo per aiutarci a poter sopportare il lavoro quotidiano spesso così frustrante, trovandone sempre le spiegazioni nascoste, profonde, non banali. Molto piacevoli i casi pratici di applicazione. Lo vedrei proprio come uno strumento, pure economico, da consultazione veloce ovvero di riflessione a fine giornata.

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.

Cherubino Trabucchi e l'Ospedale Psichiatrico di Verona

di LUIGI TRABUCCHI

Luigi Trabucchi è un collega psichiatra di Verona. Lavora presso la Casa di Cura Santa Chiara a Quinto di Valpantena.

Essendo figlio d'arte ha sempre frequentato il mondo della malattia mentale e si è interessato a questo tema e a quello della sofferenza umana.

Ha già pubblicato in collaborazione con la Dott.ssa Matilde Segale "L'assistenza ne disagio psichico, per operatori e familiari", un libro sull'assistenza psichiatrica.

Questo secondo libro nasce dall'esperienza di anni di confronto con pazienti e familiari e dalla sua esperienza di Docente di Assistenza alla persona con handicap mentali nella Scuola di Formazione Regionale per Operatori Socio Sanitari.

Attualmente Luigi è anche Presidente della Società Italiana Medici della Sanità Privata e Segretario Nazionale della Società Italiana Assistenza Psichiatrica.

Cherubino Trabucchi e l'ospedale psichiatrico di Verona. Un percorso verso la medicina della persona Verona, Cierre, 2016, Euro 11,50.

Si tratta di una breve, affettuosa monografia in cui l'autore ricorda la figura umana e professionale del proprio padre: Cherubino Trabucchi (29 gennaio 1911 - 2 ottobre 1986). E proprio per questo motivo la copertina del saggio è impreziosita da un elegante disegno di Mariella Fasson che ritrae la portineria del vecchio S. Giacomo con il secondo piano dell'edificio dove si trovava lo studio

del direttore. Cherubino Trabucchi fu, infatti, l'ultimo direttore dell'ospedale, succedendo a Ruggero Lambranzi che diede tanto prestigio a questa istituzione veronese.

Cherubino Trabucchi, in verità, è stato più volte ricordato non solo con un opuscolo edito ad un anno dalla scomparsa, con parole di Berlucchi e di Cazzullo, ma anche dieci anni dopo ed in occasione dei cento anni dalla nascita. Ed ancora, un'ampia raccolta dei suoi scritti - *Curare la psiche elevando lo spirito* - è stata pubblicata a cura di Antonio Nazzaro con Presentazione di Alessandro Beretta Anguissola. Il saggio di Luigi Trabucchi, qui recensito, si colloca pertanto lungo un sentiero conoscitivo dove molto è stato detto e scritto ma in quest'ultimo ricordo l'approccio ha un sapore non scontato: si tratta, del resto, dello sguardo di un figlio che, psichiatra come il padre, ne ricostruisce la biografia da un punto di vista quasi domestico, sulla scorta di documenti, conferenze, estratti etc. del tempo, verosimilmente raccolti in casa: una casa che, al tempo qui preso in esame, si trovava appena al di là della strada che la separava dall'ospedale. Luigi Trabucchi, infatti, ha trascorso proprio in questo edificio i suoi anni giovanili accanto agli ospiti del S. Giacomo.

Ricorda Luigi, in brevi parole, che Cherubino Trabucchi ha plasmato la psichiatria veronese lungo il periodo che va dalla conclusione della seconda guerra mondiale fino alla legge del '68 che ha ridimensionato il ruolo e l'ampiezza degli ospedali psichiatrici tradizionali proponendo, di fatto, un'organizzazione settoriale dell'assistenza. Ed in questi anni - nota Luigi - l'impegno di Cherubino Trabucchi è stato costantemente volto a migliorare le condizioni di vita dei pazienti e ad irrobustire il servizio



d'igiene mentale, incoraggiando con tempestività l'impiego dei principali psicofarmaci. Grazie agli psicofarmaci il rapporto medico-paziente diventa più agevole permettendo di evitare qualche ricovero coatto: in Verona, del resto, nascono, quanto prima, alcune soluzioni d'accoglienza alternativa, come il reparto 'Paolo Colombo' annesso all'ospedale stesso e come le case di cura S. Giuliana e S. Chiara dove Trabucchi opera come consulente.

Cattolico coerente e positivista ad un tempo, Trabucchi è sempre stato ancorato a questi due motivi nel promuovere la propria pratica professionale da intendere, scrive il figlio Luigi, come "un percorso verso la medicina della persona". Rilevante è sempre stato l'impegno nel difendere la famiglia e i suoi valori e, alla luce della corrente società agamica, bisogna riconoscere che questo impegno non era del tutto privo di ragioni.

Un'appendice alla monografia contiene i titoli, con un breve riassunto, di alcuni saggi pubblicati sia da Trabucchi che da altri collaboratori, durante il tempo della sua direzione.

LUCIANO BONUZZI

Dottori, domani

Storie, dialoghi e riflessioni per una nuova educazione alle cure

Il prof. Luciano Vettore ha co-editato un importante testo che riguarda una materia molto trascurata: la pedagogia medica. Docente (e preside di facoltà) ben conosciuto ed apprezzato a Verona, con grande esperienza didattica in più materie e in più università, si è appassionato della pedagogia tanto da diventare uno dei padri della disciplina in Italia, da dedicarvici ancora di più anima e corpo una volta pensionato e da farne ora -come ci ha rivelato, la sua taverna sede della segreteria della società nazionale. Il libro-testo è un tomo consistente, pur di costo contenuto, che rappresenta una summa della disciplina in Italia. "Dottori, domani" tratta con stile narrativo le basi pedagogiche e i problemi concreti che riguardano l'insegnamento e l'apprendimento nelle Scienze della salute e della cura in Italia toccando molti interessanti temi collegati come quello delle valutazioni cui si è sottoposti vita professionale durante, il rapporto (asimmetrico) discente-docente, il modo di apprendimento dell'adulto, il valore dell'ecm, l'attuale ruolo di tutor di molti medici.

Il libro si snoda con soluzioni espositive molto piacevoli fedelmente al sottotitolo che recita: "storie, dialoghi e riflessioni per una nuova educazione alle cure". Lo stile narrativo, è leggero ed agevola la lettura di un'opera che tratta tutto il settore. Tutti i capitoli - con l'intento di stimolare nei lettori una riflessione creativa - iniziano con un racconto, proiettato in un futuro abbastanza prossimo, nel presupposto che la formazione di oggi deve rispondere adeguatamente alle domande di salute che incontreranno i professionisti di domani: si fotografa la realtà didattica-pedagogica di ieri-oggi e domani discussa con una esposizione dialogica poi ripresa nella sintesi dei punti fondamentali: Tra questi l'anacronismo pedagogico che lotta da tempo contro l'immobilismo del sistema e pur flirtando con i supporti tecnologici per la didattica, ha ancora difficoltà nell'uso delle tecniche moderne di insegnamento e sui criteri valutativi. Si parla di politica sanita-



ria nel senso più nobile, trattando pure il moderno rapporto medico paziente alla luce dei problemi di riservatezza, uso di nuove tecnologie, i nuovi ruoli assunti, la pressione della burocrazia; interessante il dialogo tra gli autori, che fa emergere gli aspetti problematici narrati nel racconto; ogni capitolo si conclude con numerosi approfondimenti teorici di natura pedagogica e con una sintesi dei contenuti: non manca una puntuale bibliografia essenziale. E i capitoli si rincorrono cominciando da come stanno cambiando la salute e le malattie a come dovranno cambiare i modi di curare i malati; a come sono formati oggi e come dovranno essere formati domani quelli che debbono rispondere ai bisogni di salute delle persone; a come dovrebbero essere preparati quelli che insegnano l'arte della cura ai curanti; e infine a come questi ultimi possono continuare a imparare.

Di "Dottori, domani" ognuno può leggere e utilizzare quello che gli piace, o che gli può servire curiosando tra i vari capitoli e gustandolo a spicchi con le "storie" proiettate nel futuro, i dialoghi nei quali gli autori discutono i problemi narrati nelle storie; gli approfondimenti

pedagogici, cioè i principi teorici e le conoscenze pratiche che aiutano la buona formazione dei "guardiani della salute". Insomma tutte le problematiche del lavoro medico, dei rapidi cambiamenti in essere, alla relazione col paziente e con gli altri operatori sanitari rivoluzionata. impressiona la lucidità di disegnare nei vari complessi aspetti lo scenario della medicina del futuro. -Come per esempio l'aumento degli incidenti catastrofici e conseguente necessità di impegno formativo nella medicina delle catastrofi. Vi sono sorprese ben gradite. per esempio la somma delle cose da fare e non fare per gli anziani. la filosofia della medicina, le riflessioni sui mutamenti sociali che ci faranno agire diversamente. non è quindi solo un testo sulla pedagogia medica ma anche una Summa della medicina, della sua filosofia, riflessioni profonde su tutti i temi della salute nel senso più ampio, sulla trasformazione della società e della professione al crocevia col mondo. In sostanza: le riflessioni ponderate e di un grande clinico sulla professione, sul suo futuro, sui mutamenti prevedibili, sul fare medicina oggi e domani, sulla società che sta cambiando. Con i loro forti riflessi sulla formazione del sanitario anche nel post-laurea. Se cambiano i coefficienti della salute e le coordinate sociali entro cui fare il medico, come deve attrezzarsi la facoltà di medicina; forse deve anch'essa ripensarsi.

Il libro sembra perciò proporsi come principale testo italiano dedicato alle iniziative - sempre più necessarie - di "formazione dei formatori" in ambito sanitario. Ma è pure di interesse per la formazione di tutti gli operatori sanitari e per chi è curioso di conoscere i problemi della pedagogia medica, per chi si dedica all'insegnamento delle scienze mediche. Dedicato quindi non solo ai medici, ma anche a chi pratica tutte le professioni sanitarie ai politici e ai formatori.

RENZO BASSI

S.O.S. – Sostituzioni

Si prega chi è interessato a dare la propria disponibilità per sostituzioni in medicina generale, di compilare il tagliando riportato a pagina 36 e di spedirlo all'Ordine (Via Locatelli 1, 37122 Verona).

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN MEDICINA GENERALE

Cognome - Nome	Via	Località	Dipl. formaz. M.G.	Telefono 1	Telefono 2
ASHRAF MOHAMED YOUNIS	Via Lucio Anzio 5	Grezzana	NO	380 7808521	
AVESANI ANNA	Via Astico 6	Verona	NO	340 3415149	
AVESANI MARIA	Via Puglie 7/D	Verona	SI	349 7566774	
AYYAD LAYLA	Via G. Barucchi 35L	Verona	NO	340 9243923	
BANTERLE SILVIA	Via Scrivia 8	Verona	NO	349 7313053	
BARAKAT ZIAD	Via Franchetti 6	Verona	NO	334 9594162	
BARONI ANNA	Via Minghetti 34	San Bonifacio	NO	347 2613726	
BELLESINI CHIARA	Via Adelardo 5	Verona	NO	349 6818732	
BENINI ANNACHIARA	Via Preare 55	Lavagno	NO	340 9091758	
BENINI LAVINIA	Via A. Pacifico 4	Verona	NO	345 9316783	
BERNASCONI RICCARDO	Piazza dei Caduti 20	Verona	NO	347 3023695	045 956158
BERTASSELLO PAOLO	Viale Manzoni 14/A	Verona	NO	340 2220831	
BERTOLINI CHIARA	Via Gazzera 27	Verona	NO	348 7442726	
BIANCHI ANNALISA		Verona	SI	347 6747424	
BIONDAN MARTA	Via XXV Aprile 13/A	Ronco all'Adige	NO	380 7080065	
BIXIO RICCARDO	Via Silvio Pellico 35	San Bonifacio	NO	346 4959572	
BONDAVALLI TOMMASO	Via Nino Bixio 5/A	Verona	NO	340 8571236	
BRAGGIO LEONARDO	Piazza del Porto 19	Verona	NO	348 3141779	
BRAVIN GIOVANNI	Via Bozzini 5	Verona	NO	340 3135628	
BRUNO PAOLO	Via Saval 3	Verona	NO	334 7669247	
BUTTURINI CATERINA	Via Sant'Alessio 20	Verona	NO	340 3328631	
CARAMORI ALBERTO	Via Zinetti 23	Sanguinetto	NO	349 6002670	
CASATO CLAUDIA	Via Fontanelle Santo Stefano 10	Verona	NO	349 7346949	
CAZZOLA ANDREA	Via Carducci 12	Casaleone	NO	340 9870019	
CICCO PIERDOMENICO	Via Legnago 29/B	Verona	SI	320 8713801	
COLPO SILVIA	Via Isola della Scala 19/A	Vigasio	NO	348 0322252	
COSARO ELISA	Via R. Adelaide 12	Verona	NO	348 0105135	
COSTA MARCO	Via Legnago	Verona	NO	349 6607297	
CREMA ALBERTO	Via Borgo Alberi 12	Montagnana (PD)		338 4074108	0429 82334
DALLA VALLE MICHELA	Via del Risorgimento 23	Verona	NO	333 3449549	
DE GUIDI GIULIA	Via Fracazzole 87/L	Verona	NO	349 8618117	
DE TOGNI FRANCESCA	Via Don Arcadio Merlini 3	Zevio	NO	329 8509348	
DI LECCE IRENE	Contrada Polese 10	Verona	NO	340 4660932	
DONELLA ENRICA	Lung. Sammiceli 11	Verona	NO	333 2989936	
EPURE MIHAELA CRISTINA	Via Benassu' Montanari 17	Verona	SI	392 7509915	045 8400667
EKINDE SEAN	Via Niccolò Vecchietti 8	Cologna Veneta	NO	348 3858373	
FORIERI ELISA	Via Ruffo 11	Verona	NO	340 8742930	
FORMAGLIO ANDREA	Via F. Cusinatti 136	Castagnaro	NO	328 5354060	
FORMENTI SERENA	Via Vendri 7	Verona	NO	347 9470017	
FRAMBA VIVIANA	Via Fiumicello 32	Verona	NO	345 9298406	
GELMINI VALENTINA	Via Urbano III 30	Verona	NO	347 5045135	
GIARLETTA MARIO	Via Marsala 39/C	Verona	NO	340 4664682	
GIOELI FEDERICA	Via Montemezzi 8	Verona	NO	348 0394896	
GOIO ELISABETTA	Via Locchi 33	Verona	NO	349 4316232	
GOLABEK GIORGIA	Vicoletto Cieco Fondachetto 15	Verona	NO	340 2951484	
GOZZO ALESSANDRA	Via M. Kolbe 17/B	S. Ambrogio Valpolicella	NO	340 5968592	
GRANATO ANNA	Via XXIV Maggio 37	Verona	NO	349 4120479	
GRASSO DANIELA	Via Chiesa 3	Domegliara	NO	349 5578380	
GUARDALBEN EMANUELE	Via Scrimari 51/A	Verona	NO	347 9420737	
IDOLAZZI CHIARA	Via C. Colombo 1	Negrar	NO	340 8445299	
INGRA' JESSICA	Via Montello 5	Verona	NO	347 1113134	

GIOVANI E PROFESSIONI

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN MEDICINA GENERALE

Cognome - Nome	Via	Località	Dipl. formaz. M.G.	Telefono 1	Telefono 2
LAVINI ANNA	Vicolo Corte Spagnola 1	Verona	NO	347 3699688	
LAVINI GIULIA	Via A. Mazzotto, 7	San Bonifacio	NO	347 4785503	
MACCHIONE GILDA	Via Don L. Bassani 1	Verona	NO	389 1503087	340 7311326
MAGALINI FEDERICA	Via Fonte Menago 4	Verona	NO	340 9697268	
MANTOVANI ALESSANDRO	Via P.P. Corneliano 11	Verona	NO	340 3047101	
MANTOVANI ALESSIO	Via G. Beltrami 22	Verona	NO	349 3594674	
MARTINELLI FEDERICO	Via Prati 14	Verona	NO	340 2712705	
MARTINI NICOLO'	Via Franchetti 6	Verona	SI	335 5940186	
MASSARUTTO ALESSIA	Via A. Zanella 10	Sommacampagna	SI	328 2660746	
MASTELLA CARLOTTA	Via Valerio Atullo 9	Verona	NO	389 4823311	
MAURELLI MARTINA		Valeggio s/M	NO	331 3344720	
MELLA ALESSANDRO	Via Treviso 10	S. Giovanni Lupatoto	NO	340 3180984	
MIGLIOZZI MARIA	Via Marin Faliero 9	Verona	NO	349 7043877	
MIOSO VITTORIO	Via Vittorio Veneto 28	Isola della Scala	NO	346 7788712	
MIRANDOLA CARLOTTA	Via Don Mazza 13	Buttapietra	NO	347 3798892	
MIRANDOLA MARIA TERESA	Via Valdonega 58	Verona	NO	349 3312420	
MORANDINI BIANCASTELLA	Via Muretti 2	Rivoli V.se	NO	3381439733	
MUNARI ANDREA	Via Borgo Nuovo 3	S. Pietro Incariano	NO	333 5836979	
MURARI ANGELA	Via Brollo 61	Albaredo d'Adige	NO	340 7088508	
NARDI CLAUDIA	Via Pascoli 8	S. Martino B.A.	SI	349 1560846	
NEGRI CLAUDIA	Piazza Libero Vinco	Verona	NO	340 3246953	
OBINU LUCA	Via Della Valverde 59	Verona	SI	346 0237386	
PATUZZO SERENA	Via C. Casalino 1017	Isola Rizza	NO	366 6097997	
PEDUZZI GIULIA	Viale Verona 11	Pescantina	NO	349 2107397	
PERBELLINI SEBASTIANO	Via Belfiore 194	Verona	NO	348 6704762	
PETTENUZZO ROBERTO	Via Cavour 16	Buttapietra	NO	045 6660027	339 6400855
PIOVESAN RAFFAELLA			NO	349 1391744	
POLI CRISTIAN	Via Monte Bondone 5	Buttapietra	NO	380 4108812	
PUPELLO BENEDETTA	Via Sante Pinaroli 21	Verona	NO	340 6166342	
REBONATO GIORGIA	Via Verona 24	Isola della Scala	NO	349 8138898	
RODA VALENTINA	Via Seminario 1	Verona	NO	345 9277566	
ROSSI MARIANNA	Piazza Pozza 7	Verona	NO	340 6763709	
SARTORI LETIZIA	Via M. Faliero 16	Verona	NO	377 9750196	
SCIMEMI ALBERTO	Via Vasco De Gama 8/1	Bardolino	NO	348 5431194	
SETTI ORSOLA MARIA	Via Peschiera 1	Verona	NO	347 3434157	
STEFANI KRISANA	Via Brunoro Della Scala 9	Verona	NO	320 2836639	
TACCHELLA ALESSANDRO	Via A. Catalani, 3	Verona	NO	348 8166605	
TANZILLO GIUSEPPE			NO	392 4291194	
TIN ELEONORA	Via Angelo Poli 20	Villabartolomea	NO	348 2978163	
TISATO MARIA GIULIA	Via Zancle 66	Verona	NO	340 8348667	
TORRESANI STEFANIA	Via Don L. Benassuti	Cerea	SI	340 3934368	
VARALTA MARIA SILVIA	Via E. Da Persico 42	Verona	NO	340 6242122	
VERALDI VITALIANO	Via A. Di Cambio 16	Verona	NO	328 5679985	

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN PEDIATRIA

Cognome - Nome	Via	Località	Spec. in Pediatria	Telefono 1	Telefono 2
ASHRAF MOHAMED YOUNIS	Via Lucio Anzio 5	Grezzana	NO	380 7808521	
BARONI ANNA	Via Minghetti 34	San Bonifacio	NO	347 2613720	
BATTOCCHIO GIULIA	Via Filippo Rosa Morando 4/A	Verona	NO	349 6692605	
BORGHESANI MARISA	Via Pradelle 57	Verona	SI	360 566631	340 1461078
BRUNELLI MARIA ANGELA	Via Ca' Paletta 39/A	Negrar	SI	339 8433614	
BRUNO PAOLO	Via Saval 3	Verona	NO	334 7669247	
CARLI MARIA	Via Casette, 30/C	S. Giovanni Lupatoto	SI	045 9250375	347 8359281
CERAVOLO ROSSANA	Via Del Pontiere 4	Verona	SI	338 3641543	
EPURE MIHAELA CRISTINA	Via Benassu' Montanari 17	Verona	NO	392 7509915	045 8400667
GIARLETTA MARIO	Via Marsala 39/C	Verona	NO	340 4664682	
MASCHERINI ELEONORA	Via C. Colombo 52	San Bonifacio	SI	333 8356927	
MASTELLA CARLOTTA	Via Valerio Catullo 9	Verona	NO	389 4823311	
PAIOLA GIULIA	Viale Venezia 2	Cologna Veneta	SI	349 5060447	
TENERO LAURA	Via Montelungo 39/B	Lavagno (VR)	SI	349 5114175	
TURCO CAMILLA	G.B. Cavalcaselle	Verona	SI	347 5156098	
VOLTOLINI CLAUDIA		Montorio	SI	340 5803066	320 3821013
ZANONI LAURA	Via G.B. Bodoni 15	Verona	NO	349 2249827	

Chi cerca... trova

Preghiamo chi è interessato a compilare il modulo che si trova a pag. 44 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".

Per aiuto in Ricerche Bibliografiche OFFRO consulenza gratuita ai colleghi.
bassi.renzo@tiscali.it
Tel. 339 8032600

AFFITTO a collega, ambulatorio in centro a Legnago.
Tel. 333 4221326
Tessera Ordine n. 5786

VENDO villetta a schiera, centrale su quattro, panoramica, a Montericco - Arbizzano.
Tel. 339 1671483
Tessera Ordine n. 4591

OFFRESI a Gallipoli (Lecce), sul lungomare, nei mesi estivi, villetta con sei posti letto, e posto auto, a prezzi modici.
Tel. 338 5946212
Tessera Ordine n. 8504

AFFITTASI ambulatorio nuovo e avviato di 8 medici, molto confortevole. Zona centrale a Verona Ponte della Vittoria (Borgo Trento). Canone mensile da definire in base al tempo di utilizzo.
Tel. 335 353823
Tessera Ordine n. 4964

CEDO piccolo ambulatorio al piano terra (n. 3 ambulatori) con autorizzazione sanitaria. Zona Saval.
Tel. 345 7917529
Tessera Ordine n. 8780

VENDO studio medico di circa 40 m², per cessata attività di medico di base a Dossobuono (Villafranca-Verona).
Tel. 347 7742080
Tessera Ordine n. 3686

AFFITTO studio professionale in condivisione a Borgo Trento.
Tel. 045 8348847
Tessera Ordine n. 3446

VENDESI/AFFITTASI studio medico dentistico di 130 mq, 3 riuniti, 2 bagni, sala d'attesa. Zona Borgo Trento, 150 m dall'Ospedale Maggiore. Molto bello!
Tel. 348 4431467

A Lignano Pineta, **AFFITTO**, villa con giardino ampio, otto posti letto, aria condizionata, 2 bagni. Libero nei mesi estivi.
Tel. 349 8052644
Tessera Ordine n. 643

AFFITTO per i mesi primaverili, estivi, appartamento con 4 posti letto, terrazzo vista lago e piccolo giardino indipendente in residence con piscina a Garda.
Tel. 349 8052644
Tessera Ordine n. 643

VENDO a Borgo Trento, appartamento ristrutturato di 130 mq, al terzo piano. Composto da: ingresso, salone, cucina abitabile con terrazzo, camera matrimoniale con bagno, cameretta, bagno, lavanderia, sgabuzzino, soffitta e ampio garage.
Tel. 348 2250254
Tessera Ordine n. 93

AFFITTASI studio medico in zona Ponte Crenzano (Borgo Trento). Composto da: sala d'attesa, ambulatorio con bagno privato, 2° ambulatorio (o sala medicazione), 2° bagno accessibile dalla sala d'attesa. Piano terra senza barriere architettoniche, ampia possibilità di parcheggio, zona ben servita da mezzi pubblici.
Tel. 339 4334791
Tessera Ordine n. 6137

Signora referenziata **CERCA** lavoro come segretaria in studio medico preferibilmente in Verona centro o nelle immediate vicinanze. Esperienza pluriennale.
Scrivere a: fuinora@gmail.com

Medico di Verona **CERCA** appartamento per acquisto zona alto lago. Caratteristiche: piacevole, con vista lago o piscina, anche arredato, 2 camere da letto, già ristrutturato, posto auto.
Per contatti: ore pasti (meglio serali)
Tel. 339 2972244

Signora referenziata **CERCA** lavoro come SEGRETARIA part time in studio medico/odontoiatrico preferibilmente Verona città o immediate vicinanze. Esperienza pluriennale in studi medici, front office, ottima padronanza sistemi informatici, contabilità.
Iscrizione all'Albo n. 6278
Cell. 347 9508387

Studio Furlani srl **SELEZIONA** Pedodontista per sostituzione maternità da gennaio a dicembre 2017. L'impegno minimo previsto sarà il martedì e il giovedì pomeriggio, più una mattina a scelta da lunedì a giovedì.
E-mail: dottorfurlani@studiofurlani.com
Tessera Ordine n. 72

AFFITTASI uno studio medico specialistico (destinato a ginecologo, dermatologo e/o omeopata) presso nuovo centro medico composto da 5 studi a S. Maria di Negrar, adiacente a 4 medici di base ed 1 pediatra.

Per informazioni telefonare al 347 2100670

Poliambulatorio S. Francesco di Villafranca di Verona **CERCA** odontoiatra da inserire nel proprio organico. Per info chiamare: 3464233676 Tessera ordine n. 0397

VENDO lettino pieghevole, Pellegrini Medicina Legale completa, Collana monografica completa aggiornamenti clinico-terapeutici (n. 70-80 volumi) dal 1973 al 1980 ed altri di annate precedenti. Inoltre vendo altri trattati di medicina legale. Tel. 333 2153742 Tessera Ordine n. 1001

AFFITTO ambulatorio-ufficio piano terra Via Bezzacca (Borgo Trento) a 300 euro mensili, comprensivi di riscaldamento, luce e spese condominiali. Tel. 333 2153742 Tessera Ordine n. 1001

Istituto Clinico San Rocco, facente parte del Gruppo Ospedaliero San Donato **RICERCA** medici specialisti per integrare ed implementare la propria équipe di Pronto Soccorso/DEA. È previsto un contratto di assunzione a tempo indeterminato in libera professione. I medici interessati possono contattare direttamente il Responsabile del Servizio PS/DEA dr. GABANETTI PIERLUCA, od inviare un Curriculum Vitae. E-mail: pierluca.gabanetti@grupposandonato.it

AFFITTASI/VENDESI ampio studio medico dentistico con tre spazi operativi in contesto d'epoca, completamente ristrutturato. Comodità di parcheggio. Zona B.go Trento. Tel. 347 1240532 (Elisa) dopo le ore 14,00 Tessera Ordine n. 2144

VENDO bell'appartamento di 110 mq circa in villa bifamiliare esclusiva, presso Montericco (Arbizzano-Verona), con garage coperto e giardino di proprietà. Prezzo interessante. Possibilità subentro mutuo. Libero fin da subito. Tel. 334 8839394 Tessera Ordine n. 727

CERCO odontoiatra per collaborazione con esperienza in conservativa, endodonzia e igiene orale. Tel. 334 8839394 Tessera Ordine n. 727

AFFITTO studio medico convenzionato, per eventuale subentro a breve, in San Pietro in Cariano, con due locali. Tel. 339 6213410 - 347 7792443 - 045 7502253 Tessera Ordine n. 5023

AFFITTASI • VENDESI a Verona zona Borgo Trento, signorile studio medico con ambulatorio chirurgico autorizzato, piano rialzato, doppio ingresso. Tel. 339 7469977 Tessera Ordine n. 38248 (Ordine Medici Milano)

AFFITTASI a Verona in via 4 Novembre (Borgo Trento), appartamento con ingresso, soggiorno, cucina abitabile, bagno fenestrato, camera matrimoniale, cantina. Disponibile dal 1° gennaio 2017. Tel. 328 4898470 Tessera Ordine n. 7538

Poliambulatorio di nuova apertura in Corso Milano, frontestrada vetrinato, **CERCA** Collaboratore specialista per condivisione spazi e servizi. Tel. 045 577871 Tessera Ordine n. 810

VENDO arredo per ambulatorio medico (lettino, scrivania, armadio, sedie e poltroncina), per cessata attività. Tel. 333 7132173 Tessera Ordine n. 2403

OFFRO causa pensionamento, studio dentistico ben avviato in Veronetta, preferibilmente a giovane odontoiatra a inizio carriera. E-mail: studioinveronetta@libero.it Tel. 366 9792786 Tessera Ordine n. 238

Giovane odontoiatra **OFFRESI** per collaborazioni in igiene conservativa, endodonzia semplice, estrazioni. Tel. 340 2808098 Tessera Ordine n. 1325



In questi giorni, Mario, ci ha lasciati.

Dal 1991, per ben 26 anni, ha stampato e preparato per noi Verona Medica. La sua prima casa è sempre stata la tipografia. Prima di quella nuova, quella che vedete nella foto e che ora dirige il figlio Andrea, la sua tipografia era sotto la casa dove abitava.

Trovarlo al lavoro a tutte le ore era normale. In quella nuova Mario ci teneva l'ufficio; vicino alla grande sala dove lavorano le macchine, tra il profumo dell'inchiostro e della carta. Era lui che dirigeva e decideva i tempi delle stampe.

E non è mai mancato un giorno.

Da domani, recarmi in tipografia, sarà diverso. Quell'ufficio vuoto non potrà non richiamarmi la

sua figura. Ma sono convinto che quando ci sarà da dare il via alle stampe continueremo, tutti, a sentirlo presente.

Caro Mario, a nome di tutti i medici veronesi, grazie per quanto hai fatto per noi in tutti questi anni.



Roberto Mora



Abitare Verona

by Ballarini Interni

Quale meglio di questo titolo rappresenta la **Ballarini Interni** che da più di sessant'anni arreda le case dei veronesi e non solo. **Ballarini Interni** viene fondata nel 1946, quando due fratelli, Guido e Ottorino, aprono una falegnameria nel cuore della Valpolicella, a Valgatarà. Comincia così un lungo percorso, all'insegna della passione per il lavoro, della qualità e dell'estetica. Successivamente, con l'arrivo in azienda dei figli, si fa strada l'idea di evolversi da produttori ad arredatori di interni. Inizia così la ricerca di marchi di design di arredamento da affiancare alla propria produzione, e la collaborazione di progettisti interni all'azienda, ma anche di architetti e studi operanti sul territorio. Ben presto **Ballarini Interni** diventa un punto di riferimento per chi sa riconoscere l'importanza di vivere in una casa o nell'ambiente di lavoro ben arredato. Con l'apertura del punto vendita di Marco di Rovereto, situato in una posizione strategica per tutto il Trentino Alto Adige vista la vicinanza all'ingresso autostradale di Rovereto Sud, **Ballarini Interni** allarga la propria attività anche in territorio trentino, divenendo un ulteriore punto di riferimento per tutto il nord Italia. Il subentro in azienda della terza generazione, la globalizzazione, l'evoluzione dell'economia negli ultimi anni e il successo del Made in Italy nel campo dell'arredamento, ha portato la **Ballarini Interni** ad operare dovunque nel mondo, senza distogliere lo sguardo dai bisogni del nostro committente italiano, che rimane il cliente più preparato ed esigente. Grazie al costante impegno e all'eccellenza dei risultati, l'azienda rappresenta una realtà leader nell'arredamento a Verona e in Trentino, con il supporto del laboratorio

di falegnameria interno, in grado di creare con abilità e fantasia quello che l'industria non è in grado di fornire. Oltre ad eccellere nel settore dell'interior design **Ballarini Interni** offre diversi servizi volti alla realizzazione più esaustiva delle aspettative del cliente. La peculiarità è di riuscire a soddisfare i clienti con una progettazione attenta a qualsiasi esigenza: funzionale, estetica e di prezzo. Ma **Ballarini Interni** non è solo arredo: da sempre si è adoperata per promuovere la cultura dell'abitare con l'organizzazione o la sponsorizzazione di eventi culturali come le rassegne "Divertiamoci a Teatro e il Grande Teatro" ecc. Oltre a ciò è editore del magazine *Abitare Verona*, punto di riferimento per le novità del design d'interni a Verona e non solo. A breve sarà online il nuovo sito internet dell'azienda **www.ballarini-interni.it**, con nuove ispirazioni, progetti e novità per l'arredo d'interni. Come sostiene Giuseppe Ballarini, uno dei soci dell'azienda, "Lo stile **Ballarini Interni** è unico, perché in esso è presente il valore degli uomini e delle donne che hanno fatto la storia del marchio, in settant'anni di vita dell'azienda."

Ballarini Interni

Via del Lavoro 18 - Valgatarà di Valpolicella (VR) - tel. 045 6800525
Via Varini 50 - Marco di Rovereto (TN) - tel. 0464 943220
www.ballarini-interni.com - info@ballarini-interni.com