ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

Caro amico, ti scrivo ..... pag. 5

Autoanticorpi, encefaliti e patologie demielinizzanti del SNC ..... pag. 16

Il ruolo della R.T. esterna nei tumori polmonari non a piccole cellule ..... pag. 20

ENPAM: Bilancio Consuntivo 2017 ..... pag. 42

Trimestrale di informazione medica - anno LIII n. 2 GIUGNO 2018 - Sped. in a.p. - 70% - Poste Italiane S.p.A. - op. postale 30032393-002

2
GIUGNO
2018

Socio del Club
UN VANTAGGIO CHE VALE

Iscrizione **Albo Soci**

quota valida per 12 mesi € 100,00

I N O M A G G I O
- polizza di tutela legale (benefit di € 80)
- legal service (benefit di € 30)
- bonus viaggi (benefit di € 100)

quota valida per 12 mesi € 150,00

I N O M A G G I O
- edicola e biblioteca digitale (benefit di € 2.000)
- polizza di tutela legale (benefit di € 80)
- legal service (benefit di € 30)
- bonus viaggi (benefit di € 100)

modalità di versamento

- Online, collegandosi al sito **www.clubmedici.it** ed effettuando la procedura di iscrizione o rinnovo ed il **pagamento direttamente via e-commerce** con **carta di credito**
- Con domiciliazione bancaria compilando gli appositi form
- Con domiciliazione su carta di credito compilando gli appositi form

IMPORTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE
DEDUCIBILE FISCALMENTE!

ClubMedici®

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

Nordest Srl
Via degli Scrovegni, 2a
35131 Padova

049.8753577 | nordest@clubmedici.org
lunedì - venerdì (9.00 - 18.00)

associati ora www.clubmedici.it

SOMMARIO

EDITORIALE

5 *Caro amico, ti scrivo...*

NOTIZIE DALL'ORDINE

8 *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*

ALBO ODONTOIATRI

10 *Verbali della Commissione Odontoiatri*

LETTERE

12 *La programmazione utile*

13 *La professione più bella di sempre: è ancora possibile?*

CONVEGNI E CONGRESSI

15 *Convegni e Congressi*

AGGIORNAMENTO

16 *Autoanticorpi, encefaliti e patologie demielinizzanti del Sistema Nervoso Centrale*

20 *Il ruolo della Radioterapia esterna, come unica modalità di cura definitiva, nei carcinomi polmonari non a piccole cellule (NSCLC) agli stadi I e II-localizzato*

PROFESSIONE E LEGGE

26 *Cassazione: confermato sequestro beni e attrezzature a dentista Ue che operava senza iscrizione all'albo italiano*

27 *Il Sistema Nazionale Linee Guida G.U. n. 66 del 20-3-2018*

28 *Idoneità psicofisica per la patente di guida: modifiche*

29 *Chiarimenti in materia di certificazione per attività non agonistica e di impiego della defibrillazione negli impianti sportivi*

30 *Decreto legislativo n. 21/18 Nuove fattispecie di reato*

ATTUALITÀ

31 *Meglio disoccupati che lavorare al Pronto Soccorso*

32 *Ecco "ISSalute.it", il primo portale istituzionale contro le Fake news*

33 *Come vengono spesi i soldi delle tasse in salute? I dati dell'Agenzia delle Entrate*

STORIA DELLA MEDICINA

34 *Santorio e le radici del meccanicismo nella medicina moderna*

37 *Francesco Vasani, medico veronese criticato dai colleghi a mezzo stampa*

FNOMCeO

41 *Soccorso e Assistenza alle donne vittime di violenza*

ENPAM

42 *ENPAM: Bilancio Consuntivo 2017: +1,16 miliardi di utile*

SINDACATI MEDICI

44 *Sottoscritta la preintesa per il rinnovo dell'accordo collettivo nazionale (ACN) per la medicina generale*

45 *Farmaci senza fustella, il Mmg che li detiene rischia fino a tre anni di reclusione*

45 *Deducibilità del costo dei carburanti*

GIOVANI E PROFESSIONI

46 *S.O.S. - Sostituzioni*

TEMPO LIBERO

49 *Chi cerca... trova*

ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VR

NUOVO ORARIO DI APERTURA DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE

(dal 7 MARZO 2018)

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

Rammentiamo che le pratiche ENPAM,
si svolgeranno nei giorni di Lunedì e Mercoledì dalle ore 9,00 alle ore 13,00
su appuntamento.

VERONA MEDICA

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

Anno LIII n. 2 GIUGNO 2018

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: Carlo Rugiu
Vice-Presidente: Lucio Cordioli
Segretario: Fabio Marchioretto
Tesoriere: Caterina Pastori

Consiglieri
Giorgio Accordini, Elena Boscagin, Francesco Bovolin,
Giorgio Carrara, Pasquale Cirillo, Amedeo Elio, Fabio Facincani,
Alfredo Guglielmi, Franca Mirandola, Anna Maria Musso, Francesco Orcalli,
Carlo Matteo Peruzzini, Claudio Salvatore

Revisori dei Conti
Franco Bertaso, Vania Teresa Braga, Anna Tomezzoli

Revisore dei Conti Supplente
Andrea Bonetti

Commissione Odontoiatri
Elena Boscagin, Francesco Bovolin, Umberto Luciano,
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 (a colori)	€ 250,00	€ 350,00 (totali)	€ 550,00 (totali)
1/2 pagina interna (a colori)	€ 500,00	€ 400,00 (per uscita)	€ 350,00 (per uscita)
1 pagina interna (a colori)	€ 800,00	€ 600,00 (per uscita)	€ 400,00 (per uscita)
2ª e 3ª pagina di copertina (a colori)	€ 1200,00	€ 1000,00 (per uscita)	€ 800,00 (per uscita)
4ª pagina di copertina (a colori)	€ 1600,00	€ 1400,00 (per uscita)	€ 1200,00 (per uscita)

Caro amico, ti scrivo...

Care Colleghe e cari Colleghi,
dopo i primi mesi di attività all'Ordine, ho deciso di prendere carta e penna per presentarmi e per illustrarVi come mi piacerebbe l'Ordine del prossimo triennio.
Prima però, voglio ringraziare tutti coloro che mi hanno accordato la loro fiducia con il loro voto, assicurando a loro, ed anche a chi non è venuto al seggio elettorale, che cercherò di non deluderli e farò il possibile per rappresentare tutti al meglio.
L'elezione alla Presidenza dell'Ordine mi ha dato una gioia grandissima, e i motivi sono facilmente immaginabili, che mi sembra superfluo elencarli o illustrarli...
Tuttavia, sento il peso di un ruolo importante, di una responsabilità istituzionale che cercherò di ricoprire con la massima attenzione e voglia di fare bene. Molti di Voi sanno che hanno eletto un collega poco salottiero e ancor meno abituato a fare politica: sappiate, comunque, che mi impegnerò al massimo per dimostrarVi che mi sono meritato la Vostra fiducia.
Se sbaglierò, sarà per eccesso di entusiasmo, ma mi farà tanto piacere ricevere i Vostri suggerimenti, le Vostre critiche costruttive, le Vostre indicazioni: io sarò il Vostro Presidente, sarò a Vostra disposizione e intendo svolgere questo ruolo al servizio di tutta la Comunità Medica Veronese, della quale sono orgoglioso di fare parte.
Nel 2011, l'amico Flavio Guerrazzi mi propose di candidarmi al Consiglio dell'OMCeO di Verona: accettai, spinto dal desiderio di conoscere un campo della Professione del quale conoscevo poco. I primi anni servirono per orientarmi in un mondo diverso da quello nel quale lavoravo.
Nel triennio 2015-2017, il Presidente mi volle al suo fianco come Vicepresidente: fu un triennio di apprendistato, durante il quale cercai di capire, sotto la guida paziente del dott. Mora, il funzionamento della macchina Ordinistica.
Nello stesso periodo, il Personale di Segreteria mi aiutò a conoscere le tante sfaccettature di una attività per me nuova.
A tutte e a tutti, sono riconoscente per la pazienza ed il tempo che mi hanno dedicato.
Prima di procedere, voglio dare il benvenuto alle Colleghe e ai Colleghi eletti per il triennio 2018-2020:

Il Presidente Carlo Rugiu

il nuovo Consiglio, con le rispettive cariche Ordinistiche e la commissione Odontoiatri, Vi è già stato presentato nel precedente numero di Verona Medica.
A tutte e a tutti auguro un buon lavoro e una proficua collaborazione per il prossimo triennio.
Vorrei in questa sede cercare di definire il programma della mia Presidenza, la quale, seppur nominalmente sotto la mia guida, vorrei fosse una Presidenza che si basa sull'accordo e l'armonia che spero ci sarà fra me e tutti Voi.
E poiché ogni Consigliere è espressione di una diversa componente del mondo medico, e poiché ognuno ha avuto diverse esperienze professionali, ho deciso di sentire nelle prime settimane dell'anno il parere di ogni Consigliere, proprio allo scopo di poter poi fare una sintesi dei diversi punti di vista, e poter trarre suggerimenti dai colloqui svolti con ognuno di loro.
Sento il dovere di ringraziarli tutti perché mi è stato molto utile, per chiarirmi le idee e per cercare di trovare la giusta "rotta di navigazione".
Di seguito Vi riassumerò quanto i Consiglieri mi hanno detto:
Vorrei un Ordine più vicino ai Medici…., ai giovani Medici…., ai Medici che non fanno parte di questo Consiglio...,un Ordine più vicino ai libero professionisti….
Alcuni Colleghi mi hanno chiesto di ridurre il numero delle commissioni: erano 15 nello scorso mandato.
Mi interessa condividere il risultato delle consultazioni fatte e, quindi, cercare di tradurre in pratica quello che mi ero prefissato, e cioè:

- ridurre il numero delle commissioni;
- ridurre il numero dei partecipanti alle commissioni;
- nominare un referente della commissione, che dovrà riferire al Consiglio ogni sei mesi sul lavoro svolto; queste commissioni devono avere un obiettivo di partenza, obiettivo che sarà periodicamente portato all'attenzione del Consiglio, a luglio e a dicembre.

Molti di voi hanno, inoltre, chiesto un Ordine che sia presente nella città, non solo nella "Giornata del Medico e dell'Odontoiatra" (lodevole iniziativa del dott. Mora, che ha saputo dare una veste più vivace e moderna ad una cerimonia che negli ultimi anni era diventata un po' triste, e frequentata da pochi intimi); certamente l'Ordine dovrà cercare di essere più presente nella nostra Città, anche in altre occasioni; in particolare, facendosi parte attiva nella vita culturale veronese, possibilmente in collaborazione con altri Ordini professionali ed aprendosi al confronto con il Comune, con l'Università e con le Istituzioni Culturali Cittadine.
Ed, infine, le mie proposte per il prossimo triennio.

- Problemi di Segreteria: ho chiesto al Personale di modificare gli orari di apertura, con la possibilità di avere un pomeriggio in più alla settimana per il pubblico: una delle Segretarie, a turno, si fermerà il mercoledì pomeriggio; cercheremo di programmare un piano ferie, allo scopo di smaltire

le ferie residue e di razionalizzare le assenze durante l'anno.
- Ho chiesto al Personale di azzerare l'uso del contante all'interno dell'Ordine: ritengo che il contante debba essere bandito, e ho già dato il via alle pratiche per l'acquisizione della carta di credito e di un bancomat, che permetta la massima tracciabilità delle spese.
- Ho chiesto alla Segreteria di limitare l'uso della carta stampata; quindi, nelle cartelline dei Consiglieri, in occasione delle sedute di Consiglio, non ci saranno più tanti fogli di carta, in modo da andare nella direzione di un Ordine "dematerializzato". La documentazione verrà inviata via mail ai singoli Consiglieri prima delle sedute di Consiglio, e loro decideranno, se e che cosa stampare.
- Verona Medica: continuerà, sempre sotto la direzione del dott. Mora, ad essere il nostro bollettino a cadenza trimestrale. Tuttavia, i tempi sono maturi perché anche Verona Medica diventi un giornale esclusivamente in formato digitale. Ne ho già parlato con il dott. Mora, ho già avuto l'approvazione del Consiglio: il 2018 sarà l'ultimo anno nel corso del quale il giornale verrà stampato ed inviato a domicilio. Pertanto, nel corso degli ultimi numeri, tutti i Colleghi verranno informati di questa novità (che ritengo doverosa ed al passo coi tempi), ed invito tutti a continuare a leggere la nostra rivista – già consultabile sul sito dell'Ordine. Mi auguro che questo cambiamento incontri il Vostro favore, e possa portarci ad un risparmio delle spese finora sostenute per la stampa e le spese postali, e che i fondi così "recuperati" possano essere spesi in altre direzioni: attendo suggerimenti sull'argomento!
- Newsletter: mi piacerebbe che, a fianco di Verona Medica, riuscissimo ad uscire con una Newsletter, per aggiornare tempestivamente i nostri Iscritti.
- Portale dell'Ordine: penso che siate tutti d'accordo che il nostro sito abbia bisogno di un aggiornamento. Abbiamo già iniziato a prendere contatti con aziende specializzate per poterVi fornire un sito moderno e più fruibile, possibilmente interattivo con i Colleghi che vorranno consultarlo.

Prima di parlarVi delle Commissioni, vorrei dirVi i nomi dei referenti per i quali ho individuato, sulla base delle esperienze e dei rispettivi campi d'azione, un ruolo specifico:
Per i Procedimenti disciplinari: dott. Lucio Cordioli.
Per ENPAM: dott. Roberto Mora, coadiuvato dal dott. Giuseppe Costa.
Per i rapporti con l'Università: prof. Alfredo Guglielmi.
Per le Medicine Complementari: dott. Amedeo Elio.
Per la Commissione Psicoterapeuti: dott. Rugiu, affiancato dai precedenti componenti.
Per i rapporti con l'Ospedalità Privata: dott. Facincani (che continuerà ad occuparsi anche di Iscrizioni e Cancellazioni).
Le Commissioni, che erano 15 nello scorso triennio, si sono ridotte a sei:

1. Commissione GIOVANI MEDICI E NEO ABILITATI: referente il Dott. Salvatore, il quale sceglierà il gruppo di lavoro
2. Commissione OSPEDALE-TERRITORIO: ho fatto parte di questa commissione nei due precedenti mandati; ritengo che essa abbia un ruolo cruciale, che sia uno snodo fondamentale per facilitare la collaborazione fra la componente Ospedaliera e quella Territoriale della nostra Professione. Purtroppo, i risultati ottenuti, nonostante l'indubbio sforzo dei partecipanti, non sono stati in passato proporzionati alle attese e all'impegno profuso. Nella commissione di quest'anno, sotto la guida del referente, dott. Orcalli, abbiamo invitato al tavolo della Commissione il direttore sanitario della AOUI Verona, dott.ssa Bovo, e quello dell'AULSS 9 Scaligera, dott.ssa Signorelli. Con loro e con altri Colleghi l'Ordine cercherà di individuare le principali criticità e si impegnerà per cercare di migliorare i rapporti tra le varie componenti Mediche in campo.
3. Commissione RAPPORTI CON LA LIBERA PROFESSIONE, referente dott. Carrara.
4. Commissione SALUTE E AMBIENTE referente dott. Cirillo, non tanto per la sicurezza del posto di lavoro, quanto per la salute dei veronesi.
   Ed, infine, due Commissioni alle quali affido un compito importante e dalle quali mi aspetto molto.
5. Commissione PER LO SVILUPPO PROFESSIONALE CONTINUO E INCONTRI CULTURALI APERTI ALLA CITTADINANZA: referente dott.ssa Musso.
   La mission della Commissione sarà organizzare aggiornamenti, coinvolgendo il dott. Orcalli, il prof. Guglielmi e i Medici di Medicina Generale esperti in formazione e nell'organizzazione di eventi culturali. I Colleghi si potranno interfacciare con Personalità di elevato valore culturale nel campo della Medicina e della Bioetica. Inoltre, compito della Commissione sarà anche cercare di facilitare la collaborazione con l'Università, con gli altri Ordini Professionali e con le Istituzioni Culturali cittadine; mi auguro che alcuni eventi si possano svolgere con il patrocinio del Comune di Verona, per facilitare il confronto non solo con i Colleghi, ma anche con la speranza di poter fare una corretta informazione alla Cittadinanza su temi di carattere medico-etico-epidemiologico.
6. Commissione per la RAZIONALIZZAZIONE della SPESA ORDINISTICA, guidata dal dott. Accordini, coadiuvato dalla dott.ssa Pastori e dal dott. Marchioretto. Credo che non ci sia bisogno di molte spiegazioni. Non è una spending review a priori, ma – credo - una analisi doverosa da parte di chi si siede per la prima volta al tavolo della Presidenza, per cercare di capire, una volta fatta un'analisi del passato, se ci sia necessità/possibilità di apportare delle variazioni.
   Non vengono riproposte le Commissioni: Trasparenza, Esami di Stato, Rapporti con gli altri ordini e Informatizzazione, perché la loro attività fa già parte del lavoro di altre Commissioni.

Resta in sospeso la Federazione Regionale, per la quale stiamo aspettando un appuntamento per una prima riunione a Venezia.

Non Vi ho detto nulla della Commissione PARI OPPORTUNITÀ, non perché me ne sia dimenticato, ma perché ritengo che sia una Commissione che ha fatto il suo tempo. Prima di giungere a questa decisione, ne ho parlato a fondo con la, purtroppo sparuta, ma qualificata, rappresentanza femminile nel Consiglio. Ho spiegato alle dottoresse il mio pensiero a tal proposito, e ho avuto il loro benestare. Penso che non sia più il tempo di delegare ad una Commissione un compito che deve essere un inderogabile impegno per noi tutti, e cioè: vigilare perché le condizioni di lavoro e di vita delle nostre Colleghe siano pari a quelle dei Colleghi, e non siano oggetto della minima sperequazione nella vita professionale e nella vita di tutti i giorni.

A tutti noi il compito di vigilare e segnalare eventuali situazioni di disagio nella attività delle nostre Colleghe!

Voglio infine ricordare che continuerà nel prossimo triennio il CORSO DI FORMAZIONE ALLE MEDICAL HUMANITIES, organizzato dal Comitato di Bioetica dell'OMCEO di Verona e coordinato dal prof. Luciano Vettore e dai dottori Giovanni Bonadonna, Fabio de Nardi e Gaetano Trabucco.

Come forse saprete, circa due anni fa il dott. Mora mi incaricò di affiancare i Colleghi in questo ambizioso progetto che vide la luce nella primavera dell'anno scorso. Sono grato al dott. Mora che mi ha dato l'opportunità di seguire questo campo affascinante, e ai Colleghi che ho avuto l'onore di affiancare e sostenere nella nascita e nella realizzazione del progetto.

Il Gruppo di coordinamento sta riproponendo il corso di Formazione, declinato in tre diverse versioni, dedicate agli Studenti della Scuola di Medicina e ai professionisti dell'ULSS 9 Scaligera e dell'AOUI di Verona, con modalità diverse a seconda delle necessità che le diverse situazioni professionali richiederanno.

A tutti chiedo la massima franchezza e collaborazione, in modo che se tutti facciamo la nostra parte, il Consiglio possa lavorare proficuamente per il prossimo triennio.

Io sarò a disposizione di tutti gli Iscritti, qualora abbiate suggerimenti da darmi.

A tutte le Colleghe e Colleghi Veronesi auguro buon lavoro e invio un cordiale saluto,

CARLO RUGIU

DAL PROSSIMO ANNO, CESSERÀ LA STAMPA DELLA EDIZIONE CARTACEA DI VERONA MEDICA

Il giornale uscirà nella sola versione digitale e sarà disponibile sul sito web dell'Ordine.

Agli iscritti dei quali sia disponibile presso la segreteria l'indirizzo di posta elettronica, la copia digitale sarà inviata via e-mail.

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO DEL 30 GENNAIO 2018

Consiglieri presenti: *Rugiu, Cordioli, Guglielmi, Pastori, Marchioretto, Orcalli, Salvatore, Musso, Accordini, Facincani, Carrara, Mirandola, Elio, Cirillo, Bovolin, Boscagin.*
Revisori dei conti: *Tomezzoli, Braga, Bertaso, Bonetti.*
Assenti giustificati: *Peruzzini.*
Funzionaria amministrativa: *Maffioli.*
Partecipano alla riunione del Consiglio: *il Revisore Legale Cerioni.*

Il Presidente Dott. Carlo Rugiu, constatata la presenza del numero legale, dichiara aperta la seduta.
Vengono quindi esaminati gli argomenti all'Ordine del Giorno:

1) DELIBERE AMMINISTRATIVE
Il Revisore Legale Cerioni espone le Delibere Amministrative di Novembre–Dicembre 2017, le quali vengono approvate all'unanimità.

2) COMUNICAZIONI:
RELAZIONE DEL PRESIDENTE
Il Presidente dà il benvenuto ai nuovi eletti del Consiglio triennio 2018-2020: la dott.ssa Anna Tomezzoli, il dott. Amedeo Elio, la dott.ssa Franca Mirandola, la dott.ssa Elena Boscagin, il dott. Francesco Orcalli, il dott. Pasquale Cirillo, il dott. Andrea Bonetti, il dott. Franco Bertaso, e a tutti augura una proficua continuazione e buon lavoro.
Dopodiché, inizia la sua relazione di apertura del triennio, che viene qui di seguito riportata.
"Questa è la prima seduta di consiglio di questo mandato. Prima di tutto, devo riferirVi che la scorsa settimana sono stato a Roma ed ho partecipato alle elezioni del Consiglio Nazionale Fnomceo, il cui esito ha portato all'elezione del neo presidente dott. Filippo Anelli, attualmente presidente dell'Ordine dei medici Chirurghi e Odontoiatri di Bari; l'affluenza è stata massiccia, 106 presidenti su 106 Ordini hanno votato il candidato presidente, il quale ha raccolto oltre 2000 preferenze, e tutti i 13 componenti la sua lista sono stati eletti; abbiamo la soddisfazione di veder entrare alla vice presidenza il nostro amico e Collega dott. Giovanni Leoni, presidente dell'Ordine di Venezia.
I 9/13 eletti sono nuovi componenti e non sono mai entrati a far parte di un consiglio, che è, attualmente, completamente maschile; il nuovo Presidente si è proposto un obbiettivo importante, quello di affrontare la questione medica, quello addirittura di riorganizzare il sistema nazionale e cercare di riallacciare i rapporti sfilacciati con il mondo politico, questo per quanto riguarda la FNOMCEO.
Adesso guardiamo a Verona e cerchiamo di definire quello che sarà il nostro prossimo triennio.
E poiché ognuno di Voi è l'espressione di una diversa componente del mondo medico, e poiché con ognuno di Voi vorrò lavorare con la massima sintonia, ho scelto di sentire nelle scorse settimane il parere di ciascuno di Voi. Prima di tutto, voglio ringraziarvi di cuore, perché il tempo che mi avete dedicato è stato molto utile, per cercare di trovare la giusta rotta di navigazione.
A tutti Voi chiedo la massima franchezza e collaborazione, in modo che se tutti facciamo la nostra parte, il Consiglio possa lavorare proficuamente per il prossimo triennio.
Io sarò a disposizione di tutti, in caso abbiate suggerimenti da darmi, come avete fatto nelle scorse settimane.
Prima di parlarVi delle Commissioni, vorrei dirVi i nomi dei referenti delle varie commissioni:
Referente per i PROCEDIMENTI DISCIPLINARI: dott. Lucio Cordioli.
Referente ENPAM: il Presidente propone la candidatura del dott. Mora, che sarà coadiuvato dal dott. Giuseppe Costa.
Referente RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ: prof. Alfredo Guglielmi.
Referente per la Commissione MEDICINE COMPLEMENTARI: dott. Elio
Referente Commissione PSICOTERAPEUTI: dott. Rugiu; rimangono i precedenti componenti.
Referente nei rapporti con l'OSPEDALITÀ PRIVATA: dott. Facincani (che continuerà ad occuparsi di ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI).

Le Commissioni a mio avviso sono:
1) Commissione GIOVANI MEDICI E NEO ABILITATI: referente il dott. Salvatore il quale sceglierà il gruppo di lavoro.
2) Commissione OSPEDALE-TERRITORIO: viene dato mandato quale referente al dott. Orcalli, che sarà affiancato dalla dott. dott.ssa Mirandola.
3) Commissione RAPPORTI CON LA LIBERA PROFESSIONE: referente dott. Carrara.
4) Commissione SALUTE E AMBIENTE: referente dott. Cirillo.

Ed, infine, due Commissioni "nuove", alle quali affido un compito importante e dalle quali mi aspetto molto.
1) Commissione AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E INCONTRI CULTURALI APERTI ALLA CITTADINANZA: referente Dott.ssa Musso.
2) Commissione per la RAZIONALIZZAZIONE della SPESA ORDINISTICA: guidata dal dott. Accordini coadiuvato dalla dott.ssa Pastori e dal dott. Marchioretto.

Non ho parlato della Commissione PARI OPPORTUNITÀ, non perché me ne sia dimenticato, ma perché ritengo che sia una Commissione "fuori dal tempo". Penso che non sia più il tempo di delegare ad una Commissione un compito che deve essere un serio impegno per noi tutti, e cioè vigilare perché le condizioni di lavoro e di vita delle nostre Colleghe siano pari a quelle dei Colleghi e non siano oggetto della minima sperequazione nella vita professionale e nella vita di tutti i giorni.
A tutti noi il compito di vigilare e segnalare eventuali situazioni di disagio nella attività delle nostre Colleghe!
Voglio infine ricordare che continuerà nel prossimo triennio il CORSO DI FORMAZIONE ALLE MEDICAL HUMANITIES, organizzato dal Comitato di Bioetica dell'OMCEO di Verona, coordinato dal prof. L. Vettore, in collaborazione con i dottori G. Bonadonna e G. Trabucco.

Vi ringrazio per l'attenzione ed auguro a tutti buon lavoro.

3) VARIE ED EVENTUALI
La Dott.ssa Pastori evidenzia note della circolare FNOMCEO n. 112 Nuovo regolamento UE n. 2016/679 pervenuta ancora nel 2017 in cui si parla di adottare la figura del **DPO Data Protection Officier interno ed esterno** ossia il Responsabile della protezione dei dati, il quale effettua la valutazione d'impatto per determinare le probabilità di rischio nel trattamento dei dati, tale figura può essere selezionata tra i dipendenti che abbiano fatto un corso per DPO e certificazione Iso, OPPURE UN CONSULENTE ISCRITTO AL REGISTRO DEL DPO il quale dovrà:

1) Applicare il codice Privacy Dlgs 196/03 – al regolamento 679/2016
2) Controllare il registro dei trattamenti dei dati sensibili
3) Controllo della gestione di rischio dei dati personali da dove può provenire e la gravità del rischio

Per detta figura è pervenuta un'offerta all'Ordine troppo onerosa, sarà interessamento della Dott.ssa chiedere altre offerte in modo di trovare un professionista che ci supporti e abbia delle referenze solide, entro e non oltre il 25 maggio 2018.
Approvazione circolare FNOMCEO n. 118 nuova formulazione art. 76 e art. 76 bis.
Il presidente chiede al consiglio di autorizzare a richiedere al Banco BPM - LINEA DI EVIDENZA per la presentazione di s.d.d. per le quote associative all'Ordine fino ad un importo massimo di € 400.000.00, delibera inoltre di richiedere alla predetta Banca il rilascio di una tessera Bancomat ed una Carta di Credito per le necessità dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, il consiglio approva.
Il consiglio autorizza la segretaria Alessandra Pasqualotto ad avere nella busta paga di Gennaio 2018 un'anticipo del TFR e il pagamento di gg. 15 dell'anno 2017.
Il presidente propone il rinnovo per sei mesi del contratto a tempo determinato della segreteria Ficca Barbara che viene approvato all'unanimità (scadenza 31/07/2018).
Il segretario Dott. Marchioretto espone brevemente la questione della copertura assicurativa in caso di "COLPA GRAVE" cioè la condizione in cui uno o più soggetti, nell'ambito dello svolgimento delle funzioni in ambito ordinistico, compiessero un errore grave per negligenza, imperizia o imprudenza tale da comportare un danno economico all'Istituzione. Il Giudice potrebbe riconoscere, qualora ne occorressero le condizioni, la fattispecie di colpa grave a carico di uno o più soggetti a cui fosse riconducibile l'errore: In tale situazione il singolo DEVE risarcire in solido il danno patrimoniale: né l'Ordine né la Compagnia assicuratrice con la copertura RC possono intervenire.
Per coprire questo rischio è necessario stipulare una copertura specifica per Colpa Grave e il costo deve essere a carico di ciascun assicurato (il costo non può e non deve essere a carico dell'Ordine); per dare un'idea, altri Ordini si sono attivati in questo senso stipulando una copertura dove contraente risulta il Presidente ed assicurati tutti coloro che hanno aderito, pagando una quota pro capite intorno ai 150 euro/anno.
Il consiglio approva e verranno raccolti i nominativi di chi vuole aderire.
La Dott.ssa Pastori parla del progetto SMART finanziato dall'Unione Europea e finalizzato a misurare il ruolo e l'uso dell'Information and Communication Technology e della sanità elettronica tra i medici di medicina generale in Europa. Data l'attualità del tema si è ritenuto l'adesione al progetto per acquisire il dato nazionale in rapporto a quello europeo, e per accreditare il ruolo della FNOMCEO e degli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri presso la Commissione europea come referenti per la professione medica e odontoiatrica in Italia, per il successo del progetto è fondamentale la raccolta dati, per la quale sarà utilizzato un questionario, che dovrà essere compilato da un numero di medici proporzionale al numero di iscritti per paese, la scadenza è fissata per il 15 Febbraio.

4) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI
Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate all'unanimità.

MEDICI-CHIRURGHI

Iscrizioni neo-abilitati:
Dott.ssa GIACONA Maria Cristina

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:
Dott.ssa CASTELLAZZI Paola a Milano
Dott.ssa FRISO Roberta a Bolzano
Dott. SARRAF Reza a Bolzano
Dott.ssa BELLUSSI Federica a Bologna

Cancellazioni su richiesta:
Dott. BENETTI Roberto
Dott. CALI' Stefano
Dott. CAMINITI Paolo
Dott. FRACCARI Flavio
Dott. FRANCHETTI Luigi
Dott. FURLAN Gaetano
Dott. LUZI CRIVELLINI Armando
Dott. MARINI Adriano
Dott. PERINI Sandro
Dott. PIARDI Walter
Dott. PISTAFFA Elvio
Dott. PUGINA Mario
Dott. ROMPON Marco
Dott. SALAZZARI Giancarlo
Dott. SONKOUE SUANGWOUA Homere

Cancellazioni per decesso:
Dott. BASSANI Giacomo
Dott. BUONOCORE Francesco
Dott. FAVARO Federico
Dott. GHEBREMARIAM-TESFAU Kidane
Dott. SCALA Domenico
Dott. TREVISOI Eugenio

ODONTOIATRI

Iscrizioni neo-abilitati
Dott. ANTI Massimiliano
Dott. GAGAS Spyridon
Dott. LONARDI Francesco

S.T.P.
Nuova iscrizione
Dott. SANDRO GRANGIE'
Chirurgo Ortopedico STP S.r.l.

Cancellazioni per decesso
Dott. GHEBREMARIAM-TESFAU Kidane
Dott. SCALA Domenico

Variazione dati anagrafici
Dott.ssa ULYANAVA Natallia

5) RELAZIONI ISTRUTTORIE
Dott. Beniamino Zanella invito a colloquio

Null'altro essendovi da discutere o deliberare, alle ore 22:10 la seduta viene tolta.

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DEL 9 GENNAIO 2018

Presenti: *Boscagin, Bovolin, Luciano, Pace, Zattoni.*

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

Comunicazioni del Presidente:

1) Il Presidente Dott.ssa Boscagin riferisce che, per esigenze lavorative del nuovo Presidente OMCeO di Verona eletto, Dott. Carlo Rugiu, gli orari dei Consigli e dei direttivi dell'Ordine subiranno delle variazioni e viene chiesto anche alla CAO di adeguarsi a tali variazioni. La Cao approva.
2) Il Presidente propone una conferenza stampa riguardante gli obblighi/competenze cliniche degli odontoiatri anziché dei chirurghi maxillo facciali. La data prevista potrebbe essere il prossimo 20 febbraio ore 11.00. Il Dott. Bovolin da lettura di una bozza del testo del comunicato che verrà inviato. Viene aperto ampio dibattito, riguardante anche le competenze di medicina estetica orale e periorale. La CAO approva. Il progetto verrà approfondito.
3) Il Presidente informa che l'ufficio Odontoiatri, a firma del Dott. Renzo, ha inviato una Comunicazione riguardante l'approvazione, da parte della Commissione Bilancio della Camera dei Deputati, che introduce, a carico delle società sanitarie operanti nel settore odontoiatri, un versamento alla gestione quota B dell'ENPAM, un contributo pari allo 0,5% del fatturato annuo, entro il 20 settembre dell'anno successivo a quello di chiusura dell'esercizio. Legge 124 del 4/08/2017 comma 153 art. 1.
4) Il Presidente ripercorre il caso relativo alla società C….. ove la Dott.ssa BB lamentava un possibile furto di identità in quanto il suo nome compare nella targa della struttura, lei non avendo mai avuto alcun ruolo professionale nella stessa. La Cao Verona ha richiesto copia della lettera/denuncia, ma purtroppo la Cao di Venezia risponde che non esiste alcuna dichiarazione scritta da parte della dott.ssa B. Viene deciso di convocare a colloquio il Direttore Sanitario, Dott. De MM, per chiarimenti circa la presenza del nome della Dott.ssa B sulla targa dello studio.
5) Dott. AA: viene ripercorso il caso e viene data lettura del verbale di audizione. Il Sanitario, convocato per delle anomalie riscontrate nelle targhe (mancanti del nome del sanitario referente) e per il video postato su facebook. Il sanitario dichiara che provvederà a modificare le targhe aggiungendo il suo nominativo. Per quanto riguarda il video postato su facebook il Sanitario riferisce che se ne era occupato il figlio (già precedentemente sentito per questo motivo). Viene aperto un ampio dibattito e viene deciso il non luogo a procedere nei confronti del Dott. AA e LL.
6) Dott. NN – viene ripercorso il caso relativo al Sanitario che è stato segnalato per presunto comportamento scorretto nei confronti di una paziente. Il Dott. N è stato convocato il 9 gennaio precedentemente a questa riunione. Viene data lettura del verbale di audizione. Dopo discussione condivisa viene deliberato il non luogo a procedere.
7) Vertenza CP/PC. Viene ripercorso il caso e il Dott. Bovolin, al tempo Presidente CAO, riferisce dell'incontro avuto il 19 dicembre scorso con gli avvocati delle parti convocati per un possibile incontro conciliativo ex art. 3. L. 13/09/1946 n. 233 e come previsto dal DLgs 28/2010 e dal DM Giustizia 180/2010 art. 5 comma 1 in attuazione di quanto disposto dall'art. 60 della legge 69/2009 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Non apparendo comunque esservi le violazioni deontologiche ipotizzate dalle parti, viene deciso il non luogo a procedere nei confronti dei due sanitari

VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DEL 20 FEBBRAIO 2018

Presenti: *Boscagin, Bovolin, Luciano, Pace, Zattoni.*

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

Comunicazioni del Presidente:

1) La Presidente informa i presenti che sono pervenute le congratulazioni, a firma Dott. Giuseppe Renzo, per l'elezione della neo costituita Commissione CAO.
2) La Presidente informa i presenti sugli obblighi per l'Odontoiatra riguardanti il consenso informato alla luce della recente legge 22/12/2017 n. 219 "norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate". Il Dott. Bovolin relaziona sui temi di un convegno in materia svoltosi presso la facoltà di legge della nostra città. La relatrice sull'argomento del convegno, magistrato Dott.ssa Fin, su richiesta del Dott. Bovolin si è detta disponibile a partecipare quale docente a un incontro sull'argomento organizzato dall'Ordine. Per tale l'organizzazione vengono incaricati i Dott.ri Zattoni e Bovolin.
3) La Presidente riferisce di aver parlato con il Dott. Almini (referente ECM in Cogeaps), Presidente Cao di Bergamo, invitandolo a essere relatore in un incontro di informazione/formazione per gli odon-

toiatri veronesi sulla complessa tematica degli ECM. Viene presa in considerazione la possibilità organizzativa.

4) Legge Lorenzin; la Presidente espone per sommi capi quanto prevede il decreto di recente validazione. Il Dott. Luciano è incaricato di preparare un articolo riguardante le novità in ambito odontoiatrico.
5) La Federazione informa che lo scorso 12 gennaio si è tenuto un incontro tecnico/operativo tra FNOMCeO e Società Scientifiche medico specialistiche cui hanno partecipato referenti FNOMCeO. Nell'incontro è stato formalizzato un protocollo che prevede anche il riconoscimento per gli odontoiatri di essere iscritti nell'elenco dei CTU. Viene data lettura di circolare riguardante la possibile iscrizione degli odontoiatri all'albo dei CTU.
6) La Presidente riferisce che è stata richiesta, da parte di alcuni presidenti CAO provinciali, la convocazione di assemblea straordinaria avente come oggetto i decreti attuativi del recentemente approvato decreto Lorenzin. A questo riguardo la Federazione risponde che è stata costituita una Commissione dedicata a tale argomento. Sarà inoltre convocata per il prossimo 23 marzo l'Assemblea nazionale dei presidenti CAO.
7) Caso I.S. … – la Presidente ripercorre il caso e informa di aver ricevuto da parte dell'Ordine di Ravenna una segnalazione nei confronti della Società I.S…. accusata di insolvenza di merce acquistata. Viene data lettura della segnalazione e viene deciso di rispondere al Dott. Papale dando l'adesione della CAO di Verona alle iniziative intraprese e auspicandone ancora una volta l'allargamento e coesione a tutte le province ove Idea Sorriso abbia una sede operativa.

Relazioni istruttorie:

1) La Presidente relaziona sui temi dei colloqui che avranno luogo nelle prossime settimane: Dott. VV (Direttore Sanitario clinica XX); Dott. FF; Dott. GG; il Presidente relazionerà i presenti nel corso della prossima riunione CAO.
2) Dott. DD – direttore sanitario XYZ. Viene ripercorso il caso e viene data lettura del verbale di audizione. Circa il nome presente nella targa e riferito alla Dott.ssa BB il Sanitario dichiara che rappresenta un errore della sede …… di ….. Dopo ampia discussione con chiarimenti e approfondimenti viene deliberato il non luogo a procedere.
3) Dott. DD – viene ripercorso il caso relativo al Sanitario, su nostro sollecito è pervenuta la comunicazione da parte dell'Avvocato del Sanitario con copia della sentenza di assoluzione del Tribunale di Mantova. Viene deciso di archiviare il caso e di non dar luogo a procedere.
4) Dott.ssa SS - viene ripercorso il caso relativo al Sanitario. La Dott.ssa S era stata segnalata dal Dott. N per aver cercato di sottrarre dei pazienti al suo studio inviando loro un messaggio ove li invitava, a seguito di suo trasferimento presso altro studio dentistico, a proseguire le cure presso il nuovo studio ove lei avrebbe operato. La Presidente espone il caso nei minimi dettagli. Considerato il comportamento notevolmente censurabile della Dott.ssa S, viene deliberato l'apertura del procedimento disciplinare, in possibile violazione degli articoli 27, 30 e 58 del codice di deontologia medica, nominando relatore il Dott. Roberto Pace.

Procedimenti disciplinari:

Dott. AA: viene ripercorso il caso relativo al Sanitario il quale in data 16/06/2017 è stato radiato dall'Albo Odontoiatri. Non avendo il Dott. A ricorso nei termini previsti dalla Legge, la radiazione è divenuta effettiva in data 30/01/2018 ed è quindi stato radiato dall'Albo Odontoiatri.

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

☐ MEDICINA GENERALE ☐ PEDIATRIA

COGNOME .....

NOME .....

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

CAP ..... CITTÀ .....

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

Possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale SI ☐ NO ☐

Possesso della Specializzazione in Pediatria SI ☐ NO ☐

La programmazione utile

Cari Colleghi,

Desidero porre alla Vostra attenzione alcune mie riflessioni su uno dei tanti mali che affliggono in questo momento la Sanità Locale e Nazionale.
Si dice che i medici in attività saranno insufficienti dato l'elevato numero di medici che andranno in pensione.
Molti sono gli argomenti che in questo momento sono in discussione, a mio parere con molta superficialità e pressappochismo.
Ricordo che si parla di Ospedali che vengono chiusi, Ospedali che vengono attivati, Ospedali a due gambe, Ospedali socchiusi per mancanza di fondi, ma quale sarà la verità? Quale sarà il futuro?
Tralascio di dare un giudizio su questi argomenti e pongo alla Vostra attenzione su uno degli argomenti della Sanità attualmente tanto dibattuti: presto il numero dei medici necessari per avere una assistenza adeguata sul territorio non sarà più sufficiente, sia per i medici di medicina generale che gli specialisti, in quanto il numero di quelli che andranno in pensione sarà superiore al bisogno nazionale, con la conseguente diminuzione dell'assistenza sul territorio.
Si dice l'università non garantisca un numero adeguato di medici sia di medicina generale che di specialisti nei vari settori.
Per cui, a mio parere, è utile che i politici e le organizzazioni mediche si siedano attorno ad un tavolo per programmare correttamente il numero dei medici necessari.
La programmazione dovrebbe essere fatta su base regionale, valutando il bisogno dei medici nei vari settori.
Ai miei tempi le Università scarseggiavano e non erano presenti in tutte le regioni. Ora sono presenti, per cui basterebbe coordinarle e fare una programmazione adeguata, censendo quanti medici, di medicina generale e di specialisti, siano necessari per le varie Regioni.
Credo che così facendo non si dovrebbe più parlare di numero chiuso o aperto, ma di numero programmato da correggere (forse ad ogni fine corso di specializzazione) con la collaborazione fattiva tra università e le regioni. La programmazione dovrebbe essere un punto fermo, altrimenti assisteremo solo ad un aumento di laureati in medicina che non darebbe garanzia al posto, contribuendo ad aumentare il numero dei disoccupati.
In conclusione bisogna pensare e programmare per tempo per evitare una sperequazione tra medici necessari sul territorio e pensionati.
Il solo parlarne non risolve il problema.

GIUSEPPE COSTA

La professione più bella di sempre: è ancora possibile?

Si è appena concluso il 2° anno del **Corso di Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese**, organizzato dal dalla Scuola per la Medicine Non Convenzionali (S.MNC)[1] in collaborazione con l'Ordine dei Medici della Provincia di Verona.
Gli allievi del corso vogliono qui ringraziare il Dott. Rosario Pugliarello che è stato promotore lungimirante e realizzatore appassionato di questo corso triennale che si avvale di Docenti Universitari di chiara fama e di cultori qualificati della materia di varie scuole di pensiero; il corpo docente ha predisposto l'insegnamento finalizzandolo ad una visione di ampio respiro della Medicina Tradizionale Cinese (MTC) e, come auspicato dall'OMS, ad una sua sempre maggiore integrazione con la Medicina Occidentale.
In particolare il Professor Emilio Minelli dell'Università di Milano, Vice Direttore WHO CC for Traditional Medicine, docente del Corso ha aiutato gli allievi a comprendere come questa integrazione non solo sia possibile ma auspicabile.
Per l'OMS[2] la medicina tradizionale cinese (MTC):

- Include diverse pratiche, approcci, conoscenze e credenze relative alla salute
- Che incorporano medicine a base di piante, animali e/o minerali, terapie spirituali, tecniche manuali ed esercizi
- Applicati singolarmente o combinati
- Per mantenere il benessere e per trattare, diagnosticare o prevenire la malattia.

Una prima considerazione; le modalità di integrazione posso essere diverse.

1) Sistema integrato
La Medicina Tradizionale o Medicina Complementare (TM/CM) è riconosciuta ufficialmente e incorporata in tutte le aree che si occupano della cura della salute

- La TM/CM è compresa in modo rilevante nella politica farmaceutica nazionale
- Operatori e prodotti sono registrati e regolamentati
- Le TM/CM sono disponibili in ospedali e in cliniche (sia pubblici che privati)
- Il trattamento con TM/CM è rimborsato dall'assistenza sanitaria
- La ricerca è intrapresa in modo rilevante
- È disponibile un'educazione in TM/CM in: Cina Corea e Viet Nam

2) Sistema inclusivo
Riconosce la TM/CM ma non la integra ancora completamente in tutti gli aspetti della sanità (erogazione di cure, educazione e formazione, regolamentazione)

- TM/CM non disponibile a tutti i livelli della cura della salute
- Assicurazione sanitaria non copre tutti i trattamenti con TM/CM
- Educazione in TM/CM può non essere disponibile a livello universitario
- Regolamentazione degli operatori e dei prodotti può essere mancante o parziale
- È sviluppato un lavoro sulla politica, la regolamentazione, la pratica, la copertura dell'assicurazione sanitaria, la ricerca e l'educazione.

Si realizza:

- Nei *Paesi in via di sviluppo*, quali: Guinea, Nigeria e Mali
- Nei *Paesi industrializzati*: Canada, Brasile e Gran Bretagna

3) Sistema tollerante
Si realizza nei Paesi in cui il sistema sanitario nazionale è basato interamente sulla medicina allopatica, ma alcune pratiche di TM/CM sono tollerate dalla legislazione. È quello che avviene in: Italia, Francia, Grecia, Spagna e Germania
Perché la MT/CM è così diffusa nei paesi sviluppati?[3]

- Maggiore enfasi posta dalla TM su un approccio personale alla malattia e maggiore sensibilità nel dar senso al male
- Ripensamento sul senso e sul significato del farmaco
- Enfatizzazione degli effetti collaterali dei farmaci sintetici
- Aumento delle malattie croniche
- Aumento di stati morbosi controllati dall'assunzione di farmaci con numerosi effetti collaterali
- Maggiore domanda di Qualità della Vita
- Maggiore partecipazione decisionale del paziente alle procedure di salute
- Preferenza ideologica per terapie "dolci o naturali"

Per quanto riguarda infine la definizione dell'Efficacia l'OMS ha le idee molto chiare sul metodo da seguire[4]
Con queste premesse il Corso offre ai 20 allievi l'opportunità di ripensare al modo di essere *Medici moderni oggi*.
Una prima considerazione trae spunto dalla visione della MTC che è prima di tutto una medicina di PREVENZIONE; la salute è un patrimonio che non va sprecato e il vero medico deve agire per prevenire l'insorgenza della Malattia; questa infatti si instaura quando l'armonia del corpo è stata alterata.
La Medicina Occidentale parla solo in maniera impropria di prevenzione (in realtà si occupa più di prevenzione secondaria o di diagnosi precoce o screening, col solito anglicismo).
Una seconda considerazione ci viene dalla cronaca di questi anni che registra con crescente frequenza la rottura del patto ippocratico Medico-Paziente; si va dalle aggressioni fisiche e/o giudiziarie al personale sanitario, agli interessi privati dei Medici a danno dei pazienti.
Una conferma viene non solo dalle scomposte reazioni antivaccinali o dalle "diete" cervellotiche ma anche

dal fatto che un numero sempre maggiore di Pazienti si rivolge alle Medicine Complementari alla evidente ricerca di una maggiore empatia dei Medici per le sofferenze dei Pazienti.
La MTC già da oltre 2000 anni basa il rapporto Medico/Paziente sul concetto di BEN SHEN (*o Radicamento agli spiriti* o Radice dello Shen) che ha due significati:

1° Perché un atto terapeutico sia efficace, il Medico stesso deve saper andare al centro di sé e, con atteggiamento sereno e raccolto, giungere fino al cuore delle problematiche del suo Paziente.
2° Quando si agisce in Medicina Cinese,bisogna osservare e andare fino alla radice della malattia, dello squilibrio dell'energia vitale.

L'impegno che lega Medico e Paziente è rappresentato dal Proposito o **Yi** del Medico (ovvero attenzione, riflessioni, ragionamento) e dalla Volontà o **Zhi** *del Paziente d'impegnarsi per ritrovare l'armonia e quindi la salute.*
Sembrano cose ovvie, scontate, ma oggi non è così; la cieca fiducia nella Tecnologia sanitaria ha distolto entrambi Medici e Pazienti dall'attenzione a questi elementari fondamenti che ci dovrebbero ricordare che le Malattie non esistono ma esistono i Malati. (le diagnosi sono semplici convenzioni che per praticità servono a delimitare un campo ma non possono avere la pretesa di definire compiutamente un essere umano malato).
La Medicina Occidentale presa come è da tecniche di gestione della spesa sanitaria da qualche decennio sembra aver dimenticato questo fatto elementare; ci riferiamo a cose come DRG, LEA, EBM o Evidence Based Medicine e temporizzazione delle prestazioni sanitarie, che hanno reso la Medicina sempre meno umana.
Si è giunti al punto di far assurgere i Dati strumentali a strumenti di conoscenza più affidabili rispetto agli strumenti clinici tradizionali, cercando di rendere "oggettivo" ciò che in realtà e squisitamente soggettivo perché legato ad una Persona.
Non inutile sembra il richiamo alla **Dichiarazione di Alma Ata, - 1978**
***Salute** per tutti significa che "la salute deve essere alla portata di tutte le persone nei vari paesi. E per salute si intende uno stato di benessere della persona e non solamente la disponibilità di servizi sanitari – uno stato di salute che permette alla persona di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva".
*Le **cure primarie** - Primary Health Care (PHC) – sono definite come lo strumento per raggiungere il goal di una Salute per Tutti.
*Per cure primarie si intendono "cure essenziali che devono divenire universalmente accessibili per gli individui e le famiglie nella comunità, per mezzo della loro piena partecipazione e ad un costo sostenibile".
Ecco che gli allievi del 2° Corso vogliono qui testimoniare come sia loro esigenza primaria di ripensare al modo di agire quotidianamente da Medici e di ritornare alle origini e di prendersi compiutamente *Cura dei Malati*.
Insomma tornare indietro per andare veramente avanti.
Sembra che in sede locale qualcosa si stia muovendo e che la classe politica stia lavorando nel senso di una reale integrazione tra Oriente ed occidente. **(http://www.consiglioveneto.it/crvportal/pageContainer.jsp?n=37&c=11&p=37&e=151&t=0&key=1874279**
Modalità di esercizio delle medicine complementari da parte dei medici e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti http://www.consiglioveneto.it/crvportal/pdf/pratiche/10/pdl/PDL_0312/1000_5Ftesto_20presentato.pdf)
Il nodo centrale però è quello se sia veramente possibile il completo ripristino dei vecchi ed abbandonati strumenti clinici di lavoro: l'Anamnesi paziente e completa, la Visita generale accurata, la prescrizione ragionata della terapia in risposta alle vere necessità del sig. Mario Rossi, di anni 60, operaio, etc.
Poi dovranno seguire accertamenti strumentali e/o di Laboratorio nella misura in cui siano veramente necessari abbattendo i costi per esami inutili o per semplice medicina difensiva.
Ricordiamo che noi Medici abbiamo l'obbligo deontologico di un uso appropriato delle risorse per la Cura dei Malati non delle diagnosi[5] (Art. 3, 5, 6, 17, 30, 32, 46. 54, etc).
Sarà ancora possibile?

Bibliografia

1) Per maggiori informazioni visitare il sito http://www.smncscaligera.it
2) *Strategia OMS per la Medicina Tradizionale 2002-2005*
3) *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005 and WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*
4) Livelli di evidenza [*"General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine"*, WHO, Hong Kong SAR 2000]
5) https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf

ALBERTO PERONI

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.

Convegni e Congressi

22 - SETTEMBRE 2018

L'ENDOCRINOLOGIA IN AMBITO INTERNISTICO - INDIFFERENZA, COMPETIZIONE O SINERGIA?

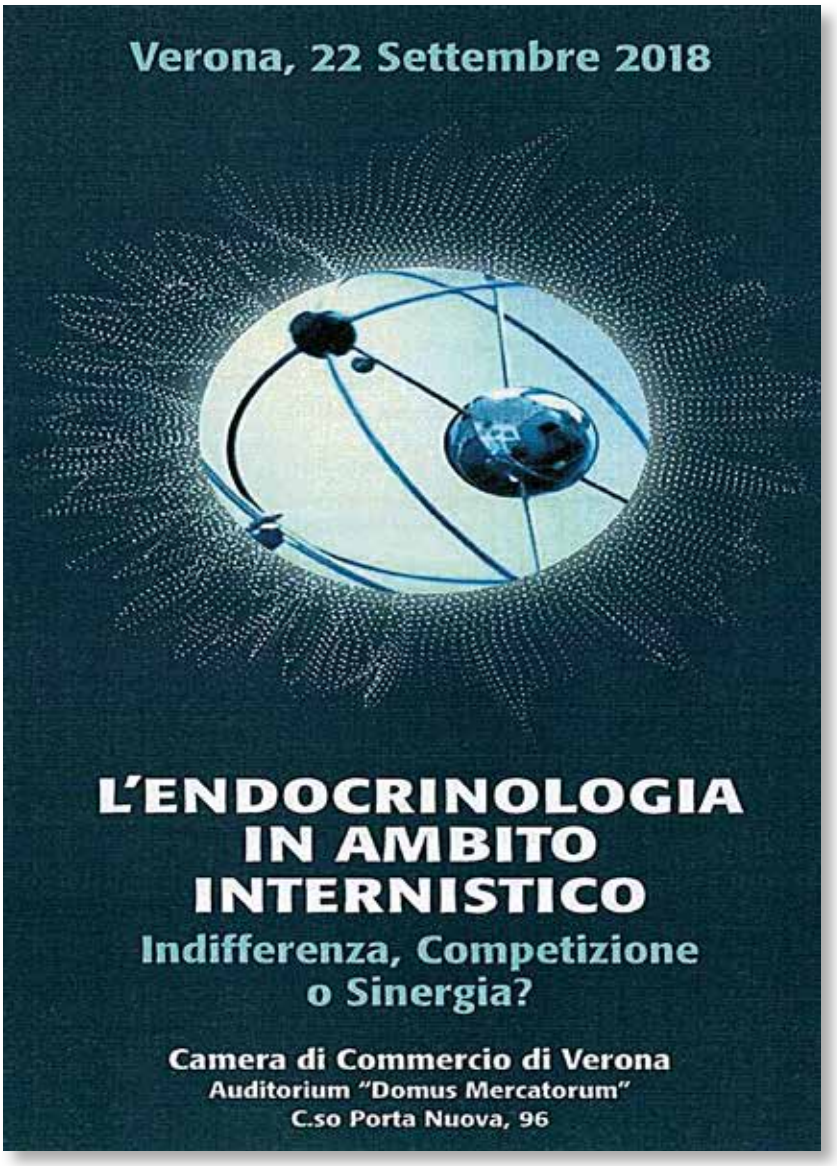
Provider ECM
Servizio Sviluppo per la professionalità e l'Innovazione AOUI – Verona

Responsabili scientifici:
Marco Caputo
Roberto Castello
Ernesto De Menis

Camera di Commercio di Verona
Auditorium "Domus Mercatorum"
C.so Porta Nuova 96

Inizio lavori ore 8.30
chiusura ore 18.00

Il convegno si articolerà in 8 "topics" in ognuno dei quali si confronteranno endocrinologo ed internista con le rispettive competenze e specificità, cercando di chiarire come si collocano rispetto al problema indicato nel titolo e cercando contemporaneamente il massimo della interattività con i partecipanti.



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 .....
Nº TESSERA ORDINE .....

Autoanticorpi, encefaliti e patologie demielinizzanti del Sistema Nervoso Centrale

SARA MARIOTTO
Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento
Università degli studi di Verona
Neurologia B. - Direttore: Prof. S. Monaco

Negli ultimi anni la ricerca in ambito neuroimmunologico ha permesso di identificare un numero sempre crescente di autoanticorpi che rappresentano la base eziopatologica di alcune malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale (SNC). La risposta immunitaria indotta da specifici antigeni dipende dall'interazione tra SNC e sistema immunitario nella sua componente innata ed adattativa (1). Il danno prodotto dall'anticorpo rivolto contro uno specifico epitopo del tessuto nervoso risulta responsabile delle manifestazioni cliniche e dei quadri radiologici caratteristici delle diverse malattie anticorpo-mediate. In particolare gli autoanticorpi hanno un ruolo rilevante in due sottotipi di patologie infiammatorie del SNC: le encefaliti e lo spettro delle malattie associate alla neuromielite ottica.

Encefaliti autoimmuni

Il termine "encefalite" denota una patologia infiammatoria acuta o subacuta del SNC associata ad alterazioni delle funzioni cerebrali. Le manifestazioni cliniche dell' encefalite includono disturbi comportamentali, deficit neurologici focali o diffusi, disturbi del movimento, crisi epilettiche e febbre. La causa più frequente delle encefaliti era ritenuta essere di natura infettiva, sebbene non sempre venisse individuato l' agente causale. Recentemente si è identificata una causa autoimmune in un numero rilevante di casi prima ritenuti di origine "idiopatica", tanto che le forme di encefalite autoimmune sembrano essere frequenti almeno quanto quelle infettive (2-4). Il crescente riconoscimento di nuovi autoanticorpi associati a queste patologie ha notevolmente espanso lo spettro clinico di queste forme. I pazienti con encefalite autoimmune solitamente presentano un esordio subacuto di disturbi comportamentali e psichici, talora preceduto da una fase prodromica (sintomi simil-influenzali), con evoluzione successiva in disturbi del movimento (discinesie, distonie, corea, rigidità, movimenti stereotipati), crisi epilettiche, alterazioni autonomiche (della pressione e del ritmo cardiaco, ipoventilazione), agitazione, catatonia ed alterazioni dello stato di coscienza, fino al coma (3-8). Dirimente per una corretta diagnosi differenziale tra forme infettive e infiammatorie/autoimmuni è la ricerca di anticorpi specifici sia nel liquor che nel siero dei pazienti. Gli anticorpi responsabili delle encefaliti autoimmuni si distinguono in tre gruppi: quelli rivolti contro antigeni di superficie neuronale (come NMDAR, LGI1, Caspr2, AMPAR, GABAbR, DPPX, IgLON5), quelli rivolti contro proteine sinaptiche intracellulari (come GAD65) e quelli volti contro antigeni intracellulari (come Hu, Ri, Yo, Ma2, Tr, CV2, amfifisina). Trigger di queste forme di encefalite possono essere tumori (forme paraneoplastiche) o infezioni (8) che, attraverso meccanismi di mimetismo molecolare, attivano la risposta contro antigeni del SNC. Di supporto diagnostico possono essere gli esami strumentali come il neuroimaging, in particolare la Risonanza Magnetica Nucleare dell'encefalo (RMN), l'elettroencefalogramma (EEG) e l'esame del liquor, che può evidenziare un aumento delle cellule o delle proteine liquorali. Nelle encefaliti autoimmuni spesso si evidenzia al neuroimaging un interessamento del sistema limbico (che comprende l'ippocampo, l'amigdala, l'insula, l'ipotalamo, la corteccia cingolata) e dei gangli della base, con un tipico coinvolgimento dei lobi tempo-

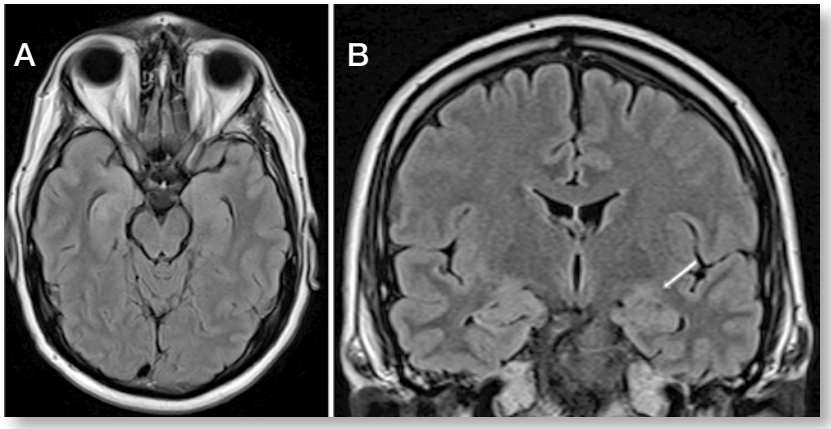


Fig. 1 - Quadro di RMN suggestivo per encefalite che, in questo caso, si è rivelata di origine autoimmune.
L'interessamento bilaterale delle regioni limbiche, ed in particolare dei lobi temporali mesiali e delle regioni ippocampali (frecce), appare evidente nelle sequenze T2 pesate in trasversale (A) e in coronale (B).

rali mesiali (5-6), come mostrato nella Figura 1. Tuttavia la RMN dell'encefalo può risultare negativa o talora molto simile ai quadri che si osservano nelle encefaliti infettive (ad esempio da Herpes virus 1), così da non essere dirimente nel processo diagnostico. Nei casi di encefalite autoimmune l'EEG è spesso alterato e permette di evidenziare crisi epilettiche subcliniche. Sono stati descritti pattern elettroencefalografici peculiari associati a specifici anticorpi (7), tuttavia spesso si evidenziano rallentamenti diffusi, attività epilettiche o uno stato di male, elementi spesso comuni anche alle forme infettive. Risulta quindi chiaro che una diagnosi corretta si basa soprattutto sulla ricerca sierica e liquorale di specifici anticorpi, necessaria per impostare una terapia adeguata e per migliorare la prognosi dei pazienti. L'identificazione poi di possibili tumori associati è fondamentale perché il trattamento della neoplasia è il primo approccio terapeutico da considerare (9, 10). In tutte le forme di encefalite autoimmune vanno inoltre impostate in fase acuta adeguate terapie immunomodulanti (steroidi con eventuale aggiunta di immunoglobuline endovena e/o plasmaferesi) e va valutata la terapia immunosoppressiva di seconda linea e nel lungo termine, a seconda dell'andamento clinico. Sono infatti possibili recidive anche a distanza di tempo ed è necessario un adeguato follow-up clinico, strumentale e laboratoristico. La ricerca dell'insorgenza di tumori va estesa anche nel corso del follow-up, poiché la neoplasia si può manifestare anche a distanza di alcuni anni dall'esordio dell'encefalite. Più complessa è la gestione delle forme "possibilmente infiammatorie" nelle quali gli esami in ambito infettivologico ed autoimmune risultano negativi, compresa la ricerca di specifici anticorpi. Sulla base delle più recenti linee guida è possibile sospettare un'encefalite autoimmune anche in assenza di uno specifico anticorpo sierico e/o liquorale, qualora siano soddisfatti specifici criteri di supporto (esordio subacuto di deficit della working memory, alterazione dello stato mentale o sintomi psichiatrici associati ad indagini strumentali suggestive ed all' esclusione di altre cause) (4). Poiché le forme sieronegative possono essere associate ad anticorpi non ancora individuati, l'identificazione di nuovi anticorpi responsabili delle encefaliti autoimmuni è in continua espansione. Caratteristica comune di queste forme di encefalite è la predilezione per la giovane età e, qualora siano precocemente diagnosticate, la possibile risposta al trattamento immunosoppressivo. Emerge quindi chiaramente l'importanza della ricerca di specifici anticorpi con test appropriati (colture cellulari, immunoistochimica), che permettano di riconoscere e trattare correttamente questi casi, ancora oggi spesso misdiagnosticati e confusi con patologie psichiatriche o infettive.

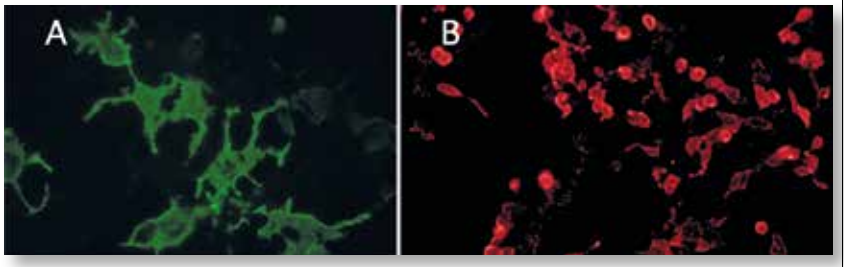


Fig. 2 - Visualizzazione in immunofluorescenza della positività per anticorpi anti-AQP4 (A) ed anti-MOG (B).
Presso il Laboratorio di Neuropatologia dell'Università di Verona il test per anticorpi anti-AQP4 viene effettuato mediante immunofluorescenza su cellule fissate (Euroimmun, Lübeck), mentre gli anticorpi anti-MOG vengono testati mediante colture cellulari in vivo (B). Il contatto con centri specializzati di alto livello (Prof. Reindl, Innsbruck e Prof.ssa Höftberger, Vienna) ci permette di approfondire gli accertamenti in caso di negatività di questi esami e di fronte ad un forte sospetto diagnostico.

Neuromielite ottica e malattie anticorpo-mediate associate

Con il termine di neuromielite ottica o, secondo le più recenti classificazioni, NMOSD ossia "neuromyelitis optica spectrum disorders" (11) si intende un gruppo di patologie infiammatorie che colpisce preferenzialmente il midollo spinale ed il nervo ottico. L'andamento clinico della NMOSD può essere monofasico o, più frequentemente (80-90% dei casi), ricorrente. Le ricadute influenzano la disabilità finale, sono più frequenti e di maggior gravità rispetto a quelle che avvengono in corso di sclerosi multipla (SM) e la remissione clinica è spesso solamente parziale (12). Clinicamente la NMOSD è caratterizzata da segni di interessamento del nervo ottico e del midollo spinale, in associazione talora a sintomi aggiuntivi come il segno di Lhermitte, spasmi tonici, dolore radicolare, nausea, singhiozzo ed insufficienza respiratoria qualora sia coinvolto il tronco encefalico. Spesso all'esordio la RMN dell'encefalo risulta priva di alterazioni, eccetto in alcuni casi che presentano un interessamento del nervo ottico o del tronco encefalico. Nel corso del follow-up si rilevano lesioni cerebrali (iperintense alle sequenze FLAIR e T2, che talora assumono il mezzo di contrasto paramagnetico) che solo del 10% dei casi soddisfano i criteri radiologici di SM (13, 14). L'imaging midollare è di maggior supporto nella diagnosi di NMOSD rilevando frequentemente lesioni del midollo spinale che coinvolgono più di 3 metameri determinando un quadro di mielite longitudinalmente estesa (LETM) ed edema midollare, che più tardivamente evolve in atrofia (15). All'esame del liquor si riscontra spesso un aumento del contenuto di leucociti e di proteine, mentre più rara è la presenza di bande oligoclonali, presenti comunemente nei soggetti con SM (13, 14). La diagnosi differenziale più controversa della NMOSD è senza dubbio nei confronti della SM, patologia più frequente e dalle manifestazioni cliniche spesso simili (11). Questa complessa diagnosi differenziale ha dato l'impulso alla ricerca di marcatori sierici e liquorali specifici per queste due patologie. Un passo importante è stato fatto nel 2004 con la dimostrazione della presenza di specifiche immunoglobuline, identificate nel 2005 come anticorpi anti-acquaporina (AQP4), esclusivamente nel siero di pazienti con NMOSD (16, 17). Gli anticorpi anti-AQP4, direttamente coinvolti

nella patogenesi della NMOSD, sono rivolti contro l'acquaporina 4, un'importante "proteina-canale" espressa dagli astrociti. Nonostante la scoperta degli anticorpi anti-AQP4 abbia dato una svolta rilevante alla diagnosi differenziale di queste malattie, la sempre più frequente descrizione di forme di NMOSD parziali, nelle quali spesso non si riscontrano gli anticorpi anti-AQP4 (18-21), ha confermato la complessità del processo diagnostico portando alla ricerca di altri marcatori che potessero essere dirimenti nella diagnostica differenziale. In tale ambito la rilevazione di anticorpi anti-MOG, (myelin oligodendrocyte glycoprotein) sierici ha riscontrato notevole interesse (22). La MOG è una glicoproteina componente la guaina mielinica, espressa sulla superficie degli oligodendrociti. Questa proteina parrebbe agire come molecola di adesione, regolatore della stabilità dei microtubuli e mediatore dell'interazione tra mielina e sistema immunitario. Per le sue proprietà e caratteristiche rappresenta un bersaglio facile per gli anticorpi circolanti. Il meccanismo patogenetico consiste nel fatto che il legame degli anticorpi al dominio extracellulare della MOG causerebbe l'internalizzazione della MOG stessa ed una retrazione reversibile dei processi degli oligodendrociti, con conseguente danno a carico della mielina e dell'assone (23). Sulla base di questi presupposti, negli ultimi anni la presenza degli anticorpi anti-MOG è stata ricercata in diverse patologie demielinizzanti, in particolare nei pazienti con SM, encefalomielite acuta disseminata (ADEM) ed NMOSD, sia pediatrici che adulti. In base ai più recenti dati della letteratura lo spettro clinico associato alla positività degli anticorpi anti-MOG sembra differire nei casi pediatrici ed adulti (24). Nei soggetti di età pediatrica, infatti, la presenza degli anticorpi anti-MOG si associa a quadri monofasici o recidivanti di NMOSD, ADEM, mielite e neurite ottica idiopatica, ma molto raramente è in relazione a quadri tipici di SM (25-28). Sul piano radiologico le lesioni encefaliche sono spesso simili a quelle che si riscontrano in corso di ADEM, le mieliti sono spesso estese e le lesioni tendono a risolversi nel tempo, in alcuni casi anche completamente (29). Il trattamento prevede l'uso di steroidi associati talora a immunoglobuline endovena (IGEV) o plasmaferesi nella fase acuta, mentre in cronico è talora necessario l'uso di farmaci immunosoppressori (azatioprina, micofenolato mofetil, rituximab) o IGEV. Secondo dati recenti queste ultime sembrano avere il miglior impatto sul numero di ricadute future (30). Nel soggetto adulto gli anticorpi anti-MOG si associano prevalentemente a forme di mielite e/o neurite ottica, oppure a NMOSD, anche se sono stati descritti quadri clinici e radiologici simili a quelli che si rilevano in corso di encefalite (31-36). Anche nel paziente adulto nell'attacco acuto la terapia si basa sull'uso di steroidi, plasmaferesi e/o IGEV. Altri farmaci come azatioprina, micofenolato mofetil o rituximab hanno dimostrato efficacia nel ridurre il tasso di ricadute. I farmaci utilizzati nella SM sono solitamente poco utili ed in alcuni casi potenzialmente dannosi in corso di malattia demielinizzante con anticorpi anti-MOG. (37, 38). È interessante notare che, sia nel paziente adulto che in quello pediatrico, il titolo anticorpale si mantiene solitamente elevato nelle forme ricorrenti mentre tende a ridursi nel tempo nei casi monofasici (29, 39). Da questi dati emerge chiaramente l'importanza della ricerca degli anticorpi anti-MOG sierici nei pazienti con patologie demielinizzanti, che riveste un fondamentale ruolo guida nelle scelte terapeutiche. Altrettanto rilevante è la scelta della tecnica diagnostica più appropriata ed efficace per la ricerca degli anticorpi sopra menzionati. Per quanto riguarda gli anticorpi anti-AQP4 tra le metodiche attualmente disponili l'immunofluorescenza con l'utilizzo di cellule in coltura che iperesprimono l'antigene (Cell Based Assay, CBA) ha senza dubbio la miglior sensibilità (91%) e specificità (100%), seguita dall'immunofluorescenza su cellule fissate, che è comunemente utilizzata come metodica di screening (Fig. 1 A). Per la corretta identificazione degli anticorpi anti-MOG è di fondamentale rilievo il mantenimento della conformazione proteica. È stato chiaramente dimostrato infatti che la ricerca di anticorpi rivolti contro la proteina MOG nativa mediante colture cellulari in vivo ed immunofluorescenza mantiene la maggior specificità, che viene poi aumentata utilizzando uno specifico anticorpo secondario ed adeguati cutoff (Fig. 1 B). Il test su cellule in coltura permette infatti, oltre a rilevare la presenza degli anticorpi, di effettuarne la titolazione mediante analisi di diluizioni sieriche progressive. Il monitoraggio del titolo anticorpale è di notevole utilità nel corso del follow-up, data la possibile associazione tra la persistenza di titoli anticorpali elevati ed il tasso di ricadute (32, 40). Metodi di rilevazione di questi anticorpi che utilizzano il dominio extracellulare della proteina MOG ricombinante o che non permettono di conservare l'epitopo conformazionale (ELISA/immunoblot) non forniscono risposte attendibili (41). Il test per la ricerca di questi anticorpi è da effettuare esclusivamente sul siero dei pazienti, poiché il saggio su liquor non sembra dare informazioni aggiuntive.

Conclusioni

Negli ultimi anni la ricerca scientifica ha condotto alla continua scoperta di autoanticorpi associati a malattie infiammatorie del SNC, divenuti importanti marcatori di malattia. La ricerca mediante tecniche appropriate di questi specifici anticorpi permette di effettuare una diagnosi rapida e corretta, necessaria per poter impostare un trattamento opportuno e migliorare la prognosi dei pazienti. Fondamentale è il riferimento a centri specializzati in ambito neuroimmunologico, che effettuino test adeguati in tempi rapidi e mantengano un aggiornamento continuo delle metodiche.

Bibliografia

1) Ransohoff RM, Engelhardt B. The anatomical and cellular basis of immune surveillance in the central nervous system. *Nat Rev Immunol* 2012; 12: 623-635.
2) Lim M, Hacohen Y, Vincent A. Autoimmune encephalopathies. *Pediatr Clin North Am* 2015; 62: 667-685.
3) Graus F, Titulaer MJ, Balu R *et al.* A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. *Lancet Neurol* 2016; 15: 391-404
4) Dalmau J, Lancaster E, Martinez-Hernandez E, Rosenfeld MR, Balice-Gordon R. Clinical experience and laboratory investigations in patients with anti-NMDAR encephalitis. *Lancet Neurol* 2011; 10: 63-74.
5) Lancaster E, Lai M, Peng X *et al.* Antibodies to the GABA(B) receptor in limbic encephalitis with seizures: case series and characterisation of the antigen. *Lancet Neurol* 2010; 9: 67-76.

6) Lai M, Huijbers MG, Lancaster E *et al.* Investigation of LGI1 as the antigen in limbic encephalitis previously attributed to potassium channels: a case series. *Lancet Neurol* 2010; 9: 776-785.
7) Schmitt SE, Pargeon K, Frechette ES *et al.* Extreme delta brush: a unique EEG pattern in adults with anti-NMDA receptor encephalitis. *Neurology* 2012; 79: 1094-1100.
8) Dalmau J, Geis C, Graus F *et al.* Autoantibodies to Synaptic Receptors and Neuronal Cell Surface Proteins in Autoimmune Diseases of the Central Nervous System. *Physiol Rev* 2017; 97: 839-887.
9) Leypoldt F, Armangue T, Dalmau. Autoimmune encephalopathies. *J Ann N Y Acad Sci* 2015; 1338: 94-114.
10) Lancaster E. The Diagnosis and Treatment of Autoimmune Encephalitis. *J Clin Neurol* 2016; 12: 1-13.
11) Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL et al. International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology* 2015; 85: 177-189.
12) Pittock SJ, Lucchinetti CF. Neuromyelitis optica and the evolving spectrum of autoimmune aquaporin-4 channelopathies: a decade later. *Ann N Y Acad Sci* 2016; 1366: 20-39.
13) Wingerchuk DM. Neuromyelitis optica spectrum disorders. *Continuum (Minneap Minn)* 2010; 16: 105-121.
14) Wingerchuk DM, Lennon VA, Lucchinetti CF, Pittock SJ, Weinshenker BG. The spectrum of neuromyelitis optica. *Lancet Neurol* 2007; 6: 805-815.
15) Wingerchuk DM, Hogancamp WF, O'Brien PC, Weinshenker BG. The clinical course of neuromyelitis optica (Devic's syndrome). *Neurology* 1999; 53: 1107-1114.
16) Lennon VA, Wingerchuk DM, Kryzer TJ *et al.* A serum autoantibody marker of neuromyelitis optica: distinction from multiple sclerosis. *Lancet* 2004; 364: 2106-2112.
17) Lennon VA, Kryzer TJ, Pittock SJ, Verkman AS, Hinson SR. IgG marker of optic-spinal multiple sclerosis binds to the aquaporin-4 water channel. *J Exp Med.* 2005; 202: 473-477.
18) Jarius S, Wildemann B. AQP4 antibodies in neuromyelitis optica: diagnostic and pathogenetic relevance. *Nat Rev Neurol* 2010; 6: 383-392.
19) Waters PJ, McKeon A, Leite MI *et al.* Serologic diagnosis of NMO: a multicenter comparison of aquaporin-4-IgG assays. *Neurology* 2012; 78: 665-671.
20) Marignier R, Bernard-Valnet R *et al.* Aquaporin-4 antibody-negative neuromyelitis optica: distinct assay sensitivity-dependent entity. *Neurology* 2013; 80: 2194-2200.
21) Jiao Y, Fryer JP, Lennon VA *et al.* Updated estimate of AQP4-IgG serostatus and disability outcome in neuromyelitis optica. *Neurology* 2013; 81: 1197-1204.
22) Jasiak-Zatonska M, Kalinowska-Lyszczarz A, Michalak S, Kozubski W. The Immunology of Neuromyelitis Optica-Current Knowledge, Clinical Implications, Controversies and Future Perspectives. *Int J Mol Sci* 2016; 17, E273.
23) Saadoun S, Waters P, Owens GP *et al.* Neuromyelitis optica MOG-IgG causes reversible lesions in mouse brain. *Acta Neuropathol Commun* 2014; 2: 35.
24) Reindl M, Di Pauli F, Rostásy K, Berger T. The spectrum of MOG autoantibody-associated demyelinating diseases. *Nat Rev Neurol* 2013; 9: 455-461.
25) Lechner C, Baumann M, Hennes EM *et al.* Antibodies to MOG and AQP4 in children with neuromyelitis optica and limited forms of the disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2016; 87: 897-905.
26) Hacohen Y, Absoud M, Deiva K *et al.* Myelin oligodendrocyte glycoprotein antibodies are associated with a non-MS course in children. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm* 2015; 2: e81.
27) Hacohen Y, Mankad K, Chong WK *et al.* Diagnostic algorithm for relapsing acquired demyelinating syndromes in children. *Neurology* 2017; 89: 269-278.
28) Hennes EM, Baumann M, Schanda K *et al.* Prognostic relevance of MOG antibodies in children with an acquired demyelinating syndrome. *Neurology* 2017; 89: 900-908.
29) Baumann M, Sahin K, Lechner C *et al.* Clinical and neuroradiological differences of paediatric acute disseminating encephalomyelitis with and without antibodies to the myelin oligodendrocyte glycoprotein. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015; 86: 265-272.
30) Hacohen Y, Wong YY, Lechner C *et al.* Disease Course and Treatment Responses in Children With Relapsing Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein Antibody-Associated Disease. *JAMA Neurol* 2018; doi: 10.1001/jamaneurol. 2017.4601 [Epub ahead of print].
31) Jarius S, Ruprecht K, Kleiter I *et al.* MOG-IgG in NMO and related disorders: a multicenter study of 50 patients. Part 2: epidemiology, clinical presentation, radiological and laboratory features, treatment responses, and long-term outcome. *J Neuroinflammation* 2016; 13:280.
32) Mariotto S, Ferrari S, Monaco S *et al.* Clinical spectrum and IgG subclass analysis of anti-myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody-associated syndromes: a multicenter study. *J Neurol* 2017; 264: 2420-2430.
33) Mariotto S, Monaco S, Peschl P *et al.* MOG antibody seropositivity in a patient with encephalitis: beyond the classical syndrome. *BMC Neurol* 2017; 17: 190.
34) Ramanathan S, Mohammad S, Tantsis E *et al.* Clinical course, therapeutic responses and outcomes in relapsing MOG antibody-associated demyelination. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2018; 89: 127-137.
35) Cobo-Calvo A, Ruiz A, D'Indy H *et al.* MOG antibody-related disorders: common features and uncommon presentation. *J Neurol.* 2017; 264: 1945-1955.
36) Jurynczyk M, Messina S, Woodhall MR *et al.* Clinical presentation and prognosis in MOG-antibody disease: a UK study. *Brain* 2017; 140: 3128-3138.
37) Ramanathan S, Reddel SW, Henderson A *et al.* Antibodies to myelin oligodendrocyte glycoprotein in bilateral and recurrent optic neuritis. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm* 2014; 1:e40.
38) Miyazaki T, Nakajima H, Motomura M *et al.* A case of recurrent optic neuritis associated with cerebral and spinal cord lesions and autoantibodies against myelin oligodendrocyte glycoprotein relapsed after fingolimod therapy. *Rinsho Shinkeigaku.* 2016; 56: 265-269.
39) Hyun JW, Woodhall MR, Kim SH *et al.* Longitudinal analysis of myelin oligodendrocyte glycoprotein antibodies in CNS inflammatory diseases. *Neurol Neurosurg Psychiatry* 2017; 88: 811-817.
40) Waters P, Woodhall M, O'Connor KC *et al.* MOG cell-based assay detects non-MS patients with inflammatory neurologic disease. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm* 2015; 2: e89.
41) Ramanathan S, Dale RC, Brilot F. Anti-MOG antibody: The history, clinical phenotype, and pathogenicity of a serum biomarker for demyelination. *Autoimmun Rev* 2016; 15: 307-324.

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

Il ruolo della Radioterapia esterna, come unica modalità di cura definitiva, nei carcinomi polmonari non a piccole cellule (NSCLC) agli stadi I e II-localizzato

FRANCO CAMPOSTRINI
Radioterapia, Oncologia, Medicina Nucleare
fcampostrini@aliceposta.it

Acronimi più frequenti nel testo:

CrPl: *Carcinoma Polmonare;*
RT: *Radioterapia esterna;*
NSCLC: *Non Small Cell Lung Cancer;*
SBRT: *Stereotactic Body Radiation Therapy;*
BED: *Biological Effective Dose;*
OS: *Sopravvivenza globale;*
LC: *Controllo Locale;*
LiE: *Livello di Evidenza.*

A. INTRODUZIONE

Il Carcinoma polmonare (CrPl) rappresenta la principale causa di morte per neoplasia maligna in quasi tutto il mondo, con 1,8 milioni di nuovi casi documentati nel 2012, che costituivano il 13% dei tumori complessivi diagnosticati nel periodo **(1)**. Negli Stati Uniti sono attesi per il 2018 circa 234000 nuovi pazienti e 154000 decessi dovuti alla malattia **(2)**. Nel 2012 nella Comunità Europea le nuove diagnosi furono 309600 e le morti 264 800: ad eccezione della sola Svezia, il CrPl appariva come il tumore maligno maggiormente letale, con rapida ascesa della mortalità per le donne in un numero crescente di nazioni. Nello stesso anno in Italia i nuovi casi risultarono 37240 e 33540 le persone morte **(3)**. Mentre il fattore etiopatogenetico dominante è il fumo di sigaretta **(2)**, emerge sempre più netta la realtà di soggetti, che ammontano al 15% fra gli uomini e 53% fra le donne, colpiti dal CrPl pur in assenza di consumo tabagico **(4)**.
Gli accertamenti diagnostici e la stadiazione del CrPl, fondamentali per la decisione terapeutica, richiederebbero delle approfondite e singole trattazioni per le quali si rimanda alla letteratura ed alle linee-guida specifiche. Noi ci occuperemo subito del fronte terapeutico di questa severa neoplasia, cercando di precisare alla luce delle evidenze scientifiche il ruolo attuale della Radioterapia esterna (RT) nelle diagnosi accertate di malattia iniziale, ovvero in tutti gli stadi I e negli stadi II con linfonodi negativi **(Tabella I, Tabella II)**. Ci limiteremo alle applicazioni della RT esclusiva, impiegata a scopo terapeutico con energie fotoniche convenzionali, non discutendo i nuovi approcci alla cura dei CrPl con i protoni ed accennando solo ai tentativi con radiofrequenze, per il loro carattere ancora in fase sperimentale.
È ormai classica la suddivisione dei CrPl in 2 distinte categorie, alla luce di criteri biologici, terapeutici e prognostici: **1)** Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC: 83%) e **2)** Small Cell Lung Cancer (SCLC: 13%). I NSCLC comprendono *Il carcinoma squamoso, l'adenocarcinoma, il carcinoma adenosquamoso, il carcinoma a larghe cellule, ed il carcinoma sarcomatoide* **(2)**. In questa sede verranno considerati i soli NSCLC che hanno il massimo impatto a livello socio-sanitario.

Tabella I: NSCLC: Stadiazione essenziale AJCC -TNM

Stadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA1	T1mi T1a	N0 N0	M0 M0
IA2	T1b	N0	M0
IA3	T1c	N0	M0
IB	T2a	N0	M0
IIA	T2b	N0	M0
IIB	T1a-c T2a-b T3	N1 N1 N0	M0 M0 M0
IIIA	T1a-c T2a-b T3 T4 T4	N2 N2 N1 N0 N1	M0 M0 M0 M0 M0
IIIB	T1a-c T2a-b T3 T4	N3 N3 N2 N2	M0 M0 M0 M0
IIIC	T3 T4	N3 N3	M0 M0
IV A-B	Ogni T	Ogni N	Metastasi

T1s: ca. in situ, ca squamoso in situ, Adenocarcinoma in situ
T1a (mi): minimally invasive adenocarcinoma

B. LA RADIOTERAPIA ESCLUSIVA NEGLI STADI I e II dei NSCLC con linfonodi regionali negativi

(Dimensione del T: fino a ≤ 7 cm., **Tabella I, Figure 1-2**)

b1. Premessa

Secondo studi epidemiologici del 2016, nella popolazione bianca americana questo stadio di malattia comprende circa il 16% di tutti i tumori polmonari **(5)** ed è caratterizzato da sopravvivenze assolute a 5 anni del ± 55% nei pazienti curati con ogni mezzo **(6)** mentre si arresta al 10% nei soggetti privi di terapie **(7)**.
Con indicazioni unanimi di autorevoli Società Scientifiche, Gruppi di studio ed Autori **(1, 2, 8)** la Chirurgia con lin-

Tabella II. Livelli di evidenza NCCN ed ESMO per le indicazioni terapeutiche

ESMO 2017 (1) Livelli di evidenza	ESMO 2017: Criteri di valutazione
I	Studio (i) random(i) di alta qualità (HQ) o metanalisi di studi random HQ
II	Studi random di qualità inferiore (lower quality) o metanalisi di studi random LQ
III	Studi prospettici
IV	Studi retrospettivi
V	Studi senza gruppi di controllo, case reports opinioni di esperti
NCCN 2018 (2) Categorie di evidenza e consenso	**NCCN 2018: Criteri di valutazione**
Categoria 1	Alto livello di evidenza, unanime consenso NCCN sull'appropriatezza dell'intervento (AI)
Categoria 2A	Livello di evidenza inferiore, unanime consenso NCCN su AI
Categoria 2B	Livello di evidenza inferiore, generale consenso NCCN su AI
Categoria 3	Ogni livello di evidenza, prevalente disaccordo NCCN su AI

ESMO: European Society for Clinical Oncology; NCCN: National Comprehensive Cancer Network.

fadenectomia regionale costituisce il trattamento elettivo negli stadi I e II di malattia, e secondo casistiche americane **(6)** viene praticata in via esclusiva nel 53% dei casi. Come avvalorato da un trial randomizzato del Lung Cancer Study Group, la lobectomia costituisce il trattamento di scelta per i tumori T1 poiché nelle tecniche di resezione più limitate l'incidenza delle recidive locali sale in modo significativo **(8)**.

b2. La Radioterapia

Nei pazienti con NSCLC istologicamente provati al I-II Stadio locali, affetti da comorbidità rilevanti, od inoperabili per altre ragioni, od in coloro che rifiutano la Chirurgia **(9, 10)**, la Radioterapia esclusiva con tecnica stereotassica (SBRT: *Stereotactic body radiotherapy*, altrimenti denominata SABR: *Stereotactic ablative radiotherapy* nella nomenclatura americana) rappresenta il provvedimento terapeutico alternativo più efficace, con LiE III secondo ESMO e 2A secondo NCCN **(Tabella II)**. Inoltre la SBRT polmonare è raccomandata e sostenuta nelle linee-guida delle più influenti Società scientifiche di Radioterapia ed Oncologia mondiali, ASTRO **(11)** ed ASCO **(12)**. I principi tecnici e dosimetrici della SBRT trassero lo spunto dalla pionieristica Radiochirurgia addominale praticata al Karolinska Hospital in Svezia negli anni 90 **(13)** che ispirò l'approccio con simile tecnica poco tempo successivamente anche per i carcinomi polmonari in Giappone e Germania, **(14, 15)**, raggiungendo ovunque nel corso degli anni livelli di sofisticazione metodologica sempre più elevati.

b3. Definizione di SBRT

Vi è accordo fra gli organismi scientifici nel mondo radioterapico di definire la SBRT una metodica di terapia radiante che presenti almeno 4 caratteristiche **(16)**:

- Accuratissime precisione e conformazione della dose,
- Elevate singole dosi di radiazioni,
- Una o poche frazioni di trattamento (massimo 10),
- Applicazioni in sedi extracraniche.

La realizzazione di un trattamento SBRT richiede la dotazione di apparecchiature e dispositivi di avanzata tecnologia sia nella pianificazione radioterapica (TAC-PET, TAC-4D, etc.) come durante l'irradiazione vera e propria (sistemi di "gating respiratorio" per ovviare ai movimenti toracici e di "tracking", o visualizzazione dinamica della lesione). La SBRT è normalmente praticata con Acceleratori Lineari (Linac) opportunamente adattati, od anche appositamente concepiti e costruiti per applicazioni di RT stereotassica (Cyberknife) **(17, 18)**.
Non solo i Linac richiedono speciali conformazioni e mezzi di visualizza-

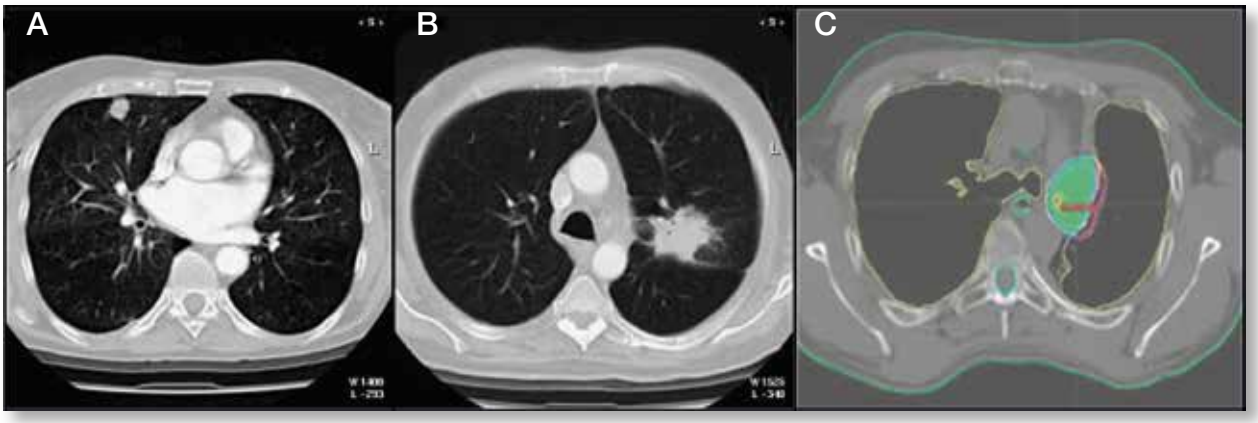


Figura 1. – A: Ca. periferico T1. B: Ca. periferico T2. C: Ca. T2 ultracentrale (vedi testo), trattato con SBRT mediante Linac.

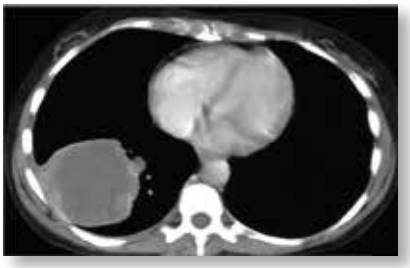


Figura 2. – Ca. periferico T3, al limite per dimensioni per un trattamento SBRT (vedi testo: Conclusioni).

zione in tempo reale del target tumorale, ma anche i sistemi di immobilizzazione del paziente devono garantire la correttezza del trattamento, limitando al minimo gli spostamenti del volume tumorale rispetto al fascio radiante. A tale scopo ogni Centro di Radioterapia ha dei propri protocolli specifici nell'impiego di supporti e manovre per il complesso lettino-paziente.

b4. Dosi

È noto che nella Radioterapia standard conformazionale 3-D le dosi "curative" per il CrPl sono di 60-66 Gy, con frazionamenti singoli di 1.8 -2 Gy x 5/settimana. Considerando invece le applicazioni di SBRT per la stessa patologia, le dosi singole variano da 5 Gy fino a 18 Gy, raggiungendo dosaggi finali normalmente di 50-70 Gy con intervalli vari. Si tratta quindi di regimi di cura effettuati con ipofrazionamenti estremi, per i quali è fondamentale calcolare, mediante una collaudata formula matematica, la Dose Biologica Effettiva (BED): questa esprime il dosaggio virtuale complessivo che verrebbe ottenuto con frazioni singole di 2 Gy, rispetto ad un determinato trattamento ipofrazionato in gioco. Per la SBRT polmonare si è visto mediante una vasta metanalisi (19) che il range di dose espressa in BED erogata nei trials analizzati è compreso fra i 83.2 e 146 Gy, oltre i quali i risultati terapeutici non acquistano alcun vantaggio.

b5. I risultati dei trattamenti SBRT nei CrPl negli Stadi I e II localizzato

Nella illustrazione dei risultati resi noti da una vasta letteratura medica, vale premettere che nella grande maggioranza gli studi finora condotti in questo settore sono di tipo osservazionale/retrospettivo ed in misura molto minore prospettici, eccetto due soli trial randomizzati non conclusi, oggetto solo di una metanalisi **(20)**. I primi constano di casistiche molto disomogenee, per numero, età, comorbidità dei pazienti, metodiche diagnostiche adottate per la stadiazione (TAC e/o MRI e/o PET, etc.) topografia delle lesioni, ed ancora di più per la diversità delle schedule di Radioterapia impiegate (es: frazionamenti, dosi complessive, etc.). Noi riferiremo i risultati estrapolati da una selezione di reports recenti in cui la numerosità dei pazienti sia ≥ 50 casi ed il loro outcome valutato su almeno 3 anni. Fra i parametri di efficacia delle tipologie di SBRT impiegate, a nostro avviso riveste la massima importanza la sopravvivenza globale (OS), mentre il controllo locale (LC) delle lesioni tumorali in questa patologia è di secondario significato clinico e scientifico.

È utile una distinzione concettuale fra i tumori periferici **(Fig. 1, a-b)** ed i tumori centrali **(Fig. 1-c)**, per i quali variano tecniche e dosi di RT, adeguate al diverso rischio di tossicità che, intuitivamente, aumenta nelle localizzazioni prossime al mediastino. Tuttavia non sono disponibili dati statistici forniti da studi randomizzati che pongano a confronto il destino di queste due opposte localizzazioni di malattia dopo trattamento.

b6. Passando subito alla osservazione di un campione selezionato e ristretto di casistiche apparse in letteratura **(Tabella III)** si notano a 3 anni valori mediani di LC ed OS del 87.3% (52-93%) e 60% (29-84.7%) rispettivamente, ed a 5 anni del 85% (73-92%) e 55.7% (17-72%).

A 7 anni LC e la OS possono raggiungere il 92% ed il 47,5%.

b7. Il confronto di efficacia terapeutica fra SBRT e Chirurgia (CH) negli Stadi iniziali dei NSCLC fu intrapreso in 2 studi randomizzati di fase 3 (Studi "Rosel" e "Stars"), ma in nessuno di questi il reclutamento dei pazienti si rivelò sufficiente per procedere nelle analisi. Come sopra accennato, Chang et al. **(20)** in seguito portarono a termine una metanalisi su 58 pazienti estrapolati dai due trials. Lo scopo era quello di valutare l'outcome in pazienti affetti da NSCLC St I operabili, trattati con SBRT da un lato e lobectomia+ dissezione o sampling mediastinici dall'altro. La stima di sopravvivenza a 3 anni risultò del 95% e 79% per SBRT e CH rispettivamente (p= 0.037). Gli effetti collaterali severi furono del 29% nel braccio SBRT e 44% nel braccio di CH, comprendendo un decesso postoperatorio. Gli Autori conclusero che la SBRT potrebbe costituire una opzione nei casi operabili di NSCLC St I, rimandando tuttavia un giudizio definitivo a futuri studi randomizzati di qualità.

b8. In una vasta metanalisi del 2014, Zheng et al. **(21)** confrontarono i risultati della SBRT (40 studi e 4850 pazienti) rispetto alla Chirurgia (23 studi e 7071 pazienti). Le sopravvivenze globali per SBRT, lobectomia e resezione segmentaria a 3 e 5 anni furono rispettivamente del 56.65 e 41.2%, del 77.9 e 66.1% ed infine del 80 e 71.7%. Vi appare un largo vantaggio in termini di efficacia terapeutica nella serie chirurgica, tuttavia per i trattamenti SBRT la OS migliorava con il progressivo aumento numerico dei pazienti operabili.

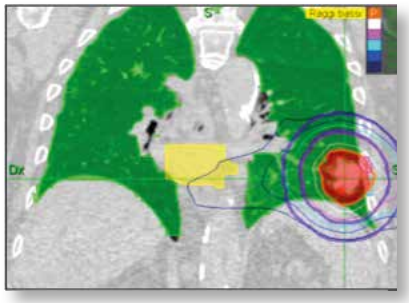


Figura 3. – SBRT di ca. periferico; rapida caduta della dose circostante al focolaio (30% circa a 2-3 cm.: trattamento con Cyberknife).

La interpretazione di questi dati contrastanti fra le metanalisi di Chang e Zheng richiedono cautela trattandosi di un pool di studi molto disomogenei e condotti in tempi diversi.

Tuttavia viene rafforzata l'indicazione primaria di tipo chirurgico espressa in modo unanime dalle linee–guida più accreditate nei NSCLC I-II stadio operabili.

b9. Nei soggetti anziani, per ragioni di tipo clinico ed etico–morali ben conosciute, l'atteggiamento medico

Tabella III. Risultati generali della SBRT per i NSCLC in trials con outcomes dei pazienti di almeno 3 anni

Autori	Tipo di Trial	N. Pazienti	Stadio	SBRT	LC, anni	OS
Bauman P 2009	Pr	57	I-II	45 Gy 3 fr.	92%, 3a	60%, 3a
Timmerman R 2010 (36)	Pr	55	I-II	54 Gy 3 fr.	97.6%, 3a	55.8%, 3a
Baba F. 2010	R/Os	124	I	44-48-52 Gy 4 fr.	66%, 3a	72%, 3a
Andratschke N 2011 (31)	R/Os	92	I	24-45 Gy 3-5 fr.	83%, 5a	17%, 5a
Haasbeck C.J 2011	R/Os	63	I-II	60 Gy 8 fr.	92.6%, 3a	64.3%, 3a
Chang J.Y 2014 (25)	R/Os	100	Recidive Centrali T1-T2 N0	70 Gy 10 fr.	96,5%, 3a	70,5%, 3a
Nagata J 2015	Pr	164	I	48 Gy 4 fr.	87%, 3a	60%, 3a
Schanne DH 2015	R/Os	90	I centrale I periferico	72 Gy, 5 fr. 84 Gy, 3 fr.	52%, 3a 84%, 3a	29%, 3a 51%, 3a
Onishi H 2011	R/Os	87	I	45-72,5 Gy 3-10 fr.	IA: 92%, 5a IB: 73%, 5a	IA: 72%, 5a IB: 62%, 5a
Taremi M 2012	Pr	108	I	48 Gy, 4 fr. 54-60 Gy, 3 fr. 50-60 Gy, 8 fr.	89%, 4a	CSS: 77%, 4a
Sun B 2017	Pr	65	I	50 Gy 4 fr.	92%, 5a 92%, 7a	55.7%, 5a 47.5%, 7a
Lagerwaard FJ 2012	Pr	177	I-II	60 Gy 3, 5, 8 fr.	93%, 3a	84,7%, 3a

Legenda: Pr: Prospettico; R/Os: Retrospettivo/Osservazionale; SBRT: Stereotactic Body Radiotherapy; fr.: frazione; LC: Controllo Locale; OS: Sopravvivenza globale; CSS: Cause Specific Survival.

comune è quello di instaurare con prudenza o di evitare trattamenti aggressivi di ogni tipo. Tuttavia in seguito alla SBRT questa categoria di pazienti sembra vantare parametri di controllo della malattia e livelli di tossicità paragonabili a quelli delle fasce di età più giovani **(22)**. Ad es. Haasbeek et al. valutarono 193 pazienti con età ≥75 anni affetti da NSCLC (61% T1, 39% T2) ed irradiati con SBRT a dosaggi curativi. I trattamenti vennero bene tollerati ed un solo paziente non concluse la cura. Il LC e la OS a 3 anni furono l'89% ed il 45%, rispettivamente. La tossicità acuta risultò modesta, mentre quella tardiva ≥ G3 fu < 10% **(23)**. Inoltre, Louie et al. **(24)** impiegarono un modello di analisi Markov in pazienti ≥ 75 anni con severa broncopneumopatia cronica ostruttiva (BCO) e trattati con SBRT, per simulare il loro decorso rispetto a soggetti di simile fascia d'età non sottoposti ad alcuna cura. Il modello predisse una netta superiorità della OS a 5 anni nel gruppo con SBRT (6.8-47.2% vs. 2.8-9%).

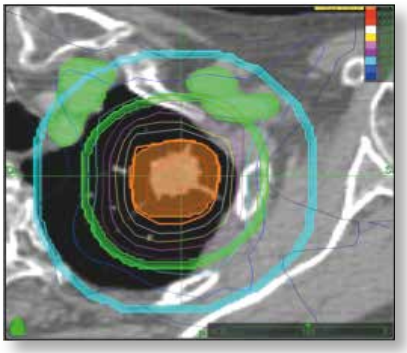


Figura 4. - Recidiva apicale di ca. trattata con SBRT, caduta della dose come in figura 3 (Cyberknife).

b10. Alla luce dei dati pubblicati in letteratura, si evince che le recidive dopo trattamento SBRT si verificano nel 8-50% dei casi circa e tali eventi si associano normalmente ad una prognosi severa nelle patologie oncologiche. A tale proposito Chang JY et al. **(25)** sottoposero a SBRT "di salvataggio" 100 pazienti con recidive centrali di NSCLC T1-T2 istologicamente accertate (definite più avanti).

A 3 anni le curve attuariali dimostrarono percentuali del 96.5% e 70.5%, per il LC e la OS, rispettivamente, non dissimili quindi dai risultati riferiti per i tumori primitivi **(Tabella III)**.

C. LA TOSSICITÀ NEI TRATTAMENTI SBRT

La RT polmonare stereotassica, applicata non solo per i NSCLC ma anche per le oligometastasi secondarie, gode di un vasto favore presso i Radioterapisti Oncologi per la sua sofisticata e stimolante tecnologia ed il vantaggio di poter realizzare dei trattamenti potenzialmente curativi in tempi ridotti. Tuttavia tale moderna metodica non è scevra da effetti collaterali anche molto severi.
Per trattare razionalmente il tema della tossicità da SBRT è utile distinguere gli eventi avversi periferici da quelli centrali.

c1. Tumori centrali

Secondo la definizione IASLC **(25)**, si tratta di quelle localizzazioni di NSCLC situate nel raggio di 2 cm. in tutte le direzioni da ogni struttura mediastinica critica: vascolare, nervosa, bronchiale. Date le elevate probabilità di coinvolgimento di queste delicate formazioni nel volume ad alta dose di radiazioni, la tossicità nei NSCLC centrali risulta generalmente più elevata e severa rispetto alle localizzazioni periferiche e comporta danni vascolari, esofagei, con ulcerazioni ed emorragie, non solo acuti, ma anche a distanza. In una accurata review di Senthi et al. **(26)** vennero valutati 120 pazienti con NSCLC centrali agli stadi iniziali ed irradiati con BED > 200 Gy nella maggioranza dei casi. Le morti tossiche avvennero nel 5.83% dei pazienti e gli eventi di grado 3-4 nel 19% dei casi.
Le manifestazioni più importanti e frequenti furono le polmoniti, accanto a singole segnalazioni di pericardite, frattura costale e tosse.

c2. Tumori "ultracentrali" (Figura 1C).

Sono le forme di NSCLC ancora più contigue all'anatomia mediastinica ed a contatto con un bronco prossimale **(1)**, per le quali si rende necessario un dosaggio terapeutico che comprenda la trachea e/o i bronchi principali aumentando le probabilità di complicanze attiniche severe. Ad esempio Tekatli **(27)** et al. riferirono una percentuale di morti tossiche, verosimilmente da SBRT, nel 15% di 47 pazienti appartenenti a questa categoria.
Come in ogni applicazione radioterapica, esiste quasi certamente uno stretto rapporto fra dose erogata e rischio di danni secondari. Infatti altri Autori, sulla base di studi retrospettivi descrivono un buon controllo dei NSCLC centrali ed ultracentrali con minima tossicità, impiegando dosaggi inferiori per frazione a quelli del report sopracitato **(25, 28, 29)**.

c3. Tumori periferici.

Nei trattamenti periferici **(Figure 3-4)** le strutture a rischio di tossicità critica per la vita sono ovviamente minori rispetto alle localizzazioni centrali, a parte la nota radiosensibilità del parenchima polmonare. La SBRT erogata perifericamente è sufficientemente tollerata **(1, 30)** con tossicità severa G2-G3-G4 raramente superiore al 10% **(31)**. Le manifestazioni più importanti sono costituite da polmoniti da raggi e dispnea, ma non manca tutto un corteo di sintomi minori, che possono sensibilmente invalidare la qualità di vita dei pazienti: fra questi i più frequenti sono la stanchezza, i dolori parietali, le fratture costali, la tosse, ed altri **(1, 31-32)**. I pazienti con fibrosi interstiziale sono ad alto rischio di eventi fatali e richiedono una minuziosa valutazione clinica prima della SBRT **(1)**.

D. CONCLUSIONI

Negli stadi I e II-localizzato di NSCLC la SBRT ha un ruolo primario nel controllo della malattia, condiviso con la Chirurgia. Tuttavia solo una piccola quota di pazienti corrispondenti a circa il 7% di tutti i trattamenti per gli stadi iniziali è affidata alla metodica radioterapica **(6)**. Va menzionata l'evenienza molto rara di soggetti in cui ambedue i mezzi di cura siano controindicati. In questi casi la termoablazione con radiofrequenze può costituire una ragionevole scelta, ma con debole LiE (ESMO: V) **(33,34)**.
Normalmente la SBRT è impiegata per lesioni ≤ 5 cm. ma può avere indicazioni anche per tumori fino a 7 cm purchè siano rispettati i vincoli di dose per le strutture a rischio (LiE NCCN: 2A; ESMO: III) **(35)**. Le raccomandazioni generali per il suo impiego della SBRT coincidono secondo le scuole di pensiero americane (NCCN) ed europee (ESMO), con lievi scostamenti. Mentre con la RT convenzionale 3-D il controllo locale dei NSCN a 3 anni era solo del 40-60%, con sopravvivenze del 20-35% **(36)**, questi parametri di efficacia sono sostanzialmente migliorati mediante la SBRT fino ad oltre l'85% per il LC ed il 50% per la OS. A pari passo ne hanno tratto beneficio anche i trattamenti per le oligometastasi polmonari, acquistando sempre maggiore spazio nei Centri di cura **(37)**.
Tuttavia nuovi protocolli di studio sono ancora necessari per abbassare concretamente la tossicità severa "life threatening" e favorire un consenso su dosaggi e frazionamenti della SBRT, che rimangono degli argomenti cruciali per la metodica.

E. BIBLIOGRAFIA

1. Postmus PE, Kerr KM, Ouderk M, *et al.* Early and locally advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2017: 28 (Suppl 4).
2. NCCN Cinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): Non-Small Lung Cancer 2018 Aprile; www.nccn.org/patients.
3. Ferley J, Steliarova-Foucher E, Lortet –Tieulent J *et al.* Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 2013; 49: 1374-1403.
4. Sun S, Schiller JH, Gazdar AF. Lung cancer in never smokers--a different disease. *Nat Rev Cancer* 2007; 7: 778-790.
5. Siegel RL, Miller KD, Jemail A. Cancer statistics 2016. *CA Cancer J Clin* 2016; 66: 7-30.
6. Miller KD, Siegel RL, Lin CC *et al.* Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA Cancer J Clin* 2016; 66: 271-289.
7. Rosen JE, Keshava HB, Yao X *et al.* The Natural History of Operable Non-Small Cell Lung Cancer in the National Cancer Database. *Ann Thorac Surg* 2016; 101: 1850 -1855.
8. Ginsberg RJ, Rubinstein LV. Randomized trial of lobectomy versus

limited resection for T1 N0 non-small cell lung cancer. Lung Cancer Study Group. *Ann Thorac Surg* 1995; 60:615-22.
9. Lindberg K, Nyman J, Riesenfeld Kallskog V *et al.* Long-term results of a prospective phase II trial of medically inoperable stage I NSCLC treated with SBRT - the Nordic experience. *Acta Oncol* 2015; 54:1096-1104.
10. Verstegen NE, Lagerwaard FJ, Hashemi SM *et al.* Patterns of Disease Recurrence after SABR for Early Stage Non-Small-Cell Lung Cancer: Optimizing Follow-Up Schedules for Salvage Therapy. *J Thorac Oncol* 2015; 10:1195-1200.
11. Videtic GMM, Donington J, Giuliani M, *et al.* Stereotactic body radiation therapy for early-stage non-small cell lung cancer: Executive Summary of an ASTRO Evidence-Based Guideline. *Pract Radiat Oncol* 2017; 7:295-301.
12. Schneider BJ, Daly ME, Kennedy EB, *et al.* Stereotactic Body Radiotherapy for Early-Stage Non Small Cell Lung Cancer: American Society of Clinical Oncology Endorsement of the American Society for Radiation Oncology Evidence-Based Guideline. *J Clin Oncol* 2018; 36: 710-9.
13. Lax I, Blomgren H, Naslund I, *et al.* Stereotactic radiotherapy of malignancies in the abdomen. Methodological aspects. *Acta Oncol* 1994; 33. 677-683.
14. Uematsu M, Shioda A, Tahara K *et al.* Focal, high dose, and fractionated modified stereotactic radiation therapy for lung carcinoma patients: a preliminary experience. *Cancer* 1998; 82: 1062 -1070.
15. Wulf J, Hadinger U, Oppitz U *et al.* Stereotactic radiotherapy of extracranial targets: CT-simulation and accuracy of treatment in the stereotactic body frame. *Radiother Oncol* 2000; 57: 225-236.
16. Guckenberger M, Andratschke N, Alheit H, *et al.* Definition of stereotactic body radiotherapy: principles and practice for the treatment of stage I non-small cell lung cancer. *Strahlenther Onkol* 2014; 190: 26-33.
17. Campostrini F. Attualità su apparecchiature e tecniche della Radioterapia Oncologica.Verona Medica Dicembre 2017; 25-32.
18. Nuyttens JJ, van de Pol M.The CyberKnife radiosurgery system for lung cancer. *Expert Rev Med Devices* 2012; 9: 465-475.
19. Zhang J, Yang F, Li B, *et al.* Which is the optimal biologically effective dose of stereotactic body radiotherapy for Stage I non-small-cell lung cancer? A meta-analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011; 81: 305-316
20. Chang JY, Senan S, Paul MA, *et al.* Stereotactic ablative radiotherapy versus lobectomy for operable stage I non-small-cell lung cancer: a pooled analysis of two randomised trials. *Lancet Oncol* 2015; 16: 630-7.
21. Zheng X, Schipper M, Kidwell K, *et al.* Survival outcome after stereotactic body radiation therapy and surgery for stage I non-small cell lung cancer: a meta-analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2014; 90: 603-611.
22. Donovan EK, Swaminath A. Stereotactic body radiation therapy (SBRT) in the management of non-small-cell lung cancer: Clinical impact and patient perspectives. *Lung Cancer* 2018; 16: 13-2.
23. Haasbeek CJ, Lagerwaard FJ, Antonisse ME *et al.* Stage I non small cell lung cancer in patients aged > or =75 years: outcomes after stereotactic radiotherapy. *Cancer* 2010; 116: 406-414.
24. Louie AV, Rodrigues G, Hannouf M *et al.* Stereotactic body radiotherapy versus surgery for medically operable Stage I non-small-cell lung cancer: a Markov model-based decision analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011; 81:964-973.
25. Chang JY, LiQQ, Xu QY, *et al.* Stereotactic ablative radiation therapy for centrally located early stage or isolated parenchymal recurrences of non-small cell lung cancer: how to fly in a "no fly zone". *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2014; 88:1120-1128.
26. Senthi S, Cornelis JA, Haasbeek CJ *et al.* Outcomes of stereotactic ablative radiotherapy for central lung tumours: A systematic review. *Radioth Oncol* 2013; 106: 276-282.
27. Tekatli H, Hasbeek N, Dahele M, *et al.* Outcomes of Hypofractionated High-Dose Radiotherapy in Poor-Risk Patients with "Ultracentral" Non-Small Cell Lung Cancer. *J Thorac Oncol* 2016; 11: 1081-1089.
28. Chaudhuri AA, Tang C, Binkley MS *et al.* Stereotactic ablative radiotherapy (SABR) for treatment of central and ultra-central lung tumors. *Lung Cancer* 2015, 89: 50-56.
29. Bezjak A, Paulus R, Gaspar LE, *et al.* Primary study endpoint analysis for NRG Oncology/RTOG 0813 trial of stereotactic body radiotherapy (SBRT) for centrally located non-small cell lung cancer (NSCLC). *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2016; 94:5–6.
30. Chen H, Louie AV, Boldt RG *et al.* Quality of Life After Stereotactic Ablative Radiotherapy for Early-Stage Lung Cancer: A Systematic Review. *Clin Lung Cancer* 2016; 17: 141-149.
31. Andratschke N, Zimmermann F, Boehm E, *et al.* Stereotactic radiotherapy of histologically proven inoperable stage I non-small cell lung cancer: patterns of failure. *Radiother Oncol* 2011; 101: 245-9.
32. Lagerwaard FJ, Vestegen NE, Haasbeek CJ *et al.* Outcomes of stereotactic ablative radiotherapy in patients with potentially operable stage I non-small cell lung cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012; 83:348-53.
33. Bilal H, Mahmood S, Rajashanker B, *et al.* Is radiofrequency ablation more effective than stereotactic ablative radiotherapy in patients with early stage medically inoperable non-small cell lung cancer? *Interact Cardiovasc Thorac Surgery* 2012; 15: 258-265.
34. Ambrogi MC, Fanucchi O, Dini P, *et al.* Wedge resection and radiofrequency ablation for stage I nonsmall cell lung cancer. *Eur Respir J* 2015; 45: 1089-1097.
35. Woody NM, Stephans KL, Marwaha G, *et al.* Stereotactic Body Radiation Therapy for Non-Small Cell Lung Cancer Tumors Greater Than 5 cm: Safety and Efficacy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2014; 90: 603-611.
36. Timmerman R, Paulus R, Galvin J, *et al.* Stereotactic body radiation therapy for inoperable early stage lung cancer. *JAMA* 2010; 303:1070-6.
37. Li S, Yang J, Liu J, *et al.* Dosimetric comparison of helical tomotherapy and conventional Linac-based X-knife stereotactic body radiation therapy for primary lung cancer or pulmonary metastases. *J Thor Dis* 2018; 10: 999-1006.

Cassazione: confermato sequestro beni e attrezzature a dentista Ue che operava senza iscrizione all'albo italiano

La Cassazione ha confermato la condanna a un professionista laureato in Ecuador, iscritto in Portogallo, ma senza riconoscimento in Italia. Il titolo ottenuto in uno Stato Ue è infatti abilitativo anche in Italia alla sola condizione che il soggetto abbia presentato apposita domanda al ministero della Sanità e dopo che questo, fatte le dovute verifiche, abbia trasmesso la stessa all'ordine competente per l'iscrizione. L'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Verona come di consueto si costituirà Parte Civile nei confronti dell'esercente abusivo.

L'attività di odontoiatra da parte di un cittadino Ue, che abbia il diploma rilasciato da uno stato dell'Unione, non è reato solo se questo ha presentato domanda al ministero della Salute che a sua volta, esaminato ed approvato il piano di studi effettuato all'estero con i relativi esami sostenuti, abbia trasmesso la documentazione all'Ordine competente per l'iscrizione.

Nel caso in esame, la Cassazione (Sezione VI penale - sentenza 13307/2018) ha condannato il medico laureato in altro stato (Ecuador), ma senza riconoscimento in Italia, che, in seguito a segnalazione dell' Ordine di Verona alla Guardia di Finanza di Verona e Vicenza, nelle cui province il condannato operava, fu trovato all'interno dello studio dentistico con addosso un camice verde in assenza di altro medico odontoiatra.

Secondo i giudici l'atteggiamento, al momento del controllo dell'indagato e delle tre assistenti, tutti vestiti con camice verde all'interno di uno studio perfettamente attrezzato, l'assenza di medici odontoiatri all'interno della struttura, la presenza di documentazione fiscale attestante una collaborazione di medici odontoiatri alle attività eseguite nella struttura estremamente modesta rispetto alle dimensioni della stessa, la qualità del ricorrente di socio accomandatario della società titolare dello studio, sono tutte circostanze che, "allo stato, sulla base di criteri logico-giuridici di valutazione possono correttamente essere ritenute quali indizi da cui desumere l'abusivo esercizio di una professione, quella odontoiatrica, per ii cui svolgimento è necessaria l'abilitazione statale".

La Corte ha quindi ritenuto legittimo il sequestro preventivo delle attrezzature e apparecchiature rinvenute nello studio dentistico.

La Cassazione ha motivato la condanna con una serie di elementi:

1) l'atteggiamento del titolare dello studio e delle tre assistenti, tutti con camice verde;
2) la struttura dello studio i cui locali erano "allestiti e pronti all'uso";
3) l'assenza nello studio di un medico odontoiatra abilitato all'esercizio della professione;
4) la disponibilità da parte della società di altro studio dotato di strutture omogenee;
5) la posizione dell'indagato come socio accomandatario dell'impresa;
6) l'allegazione di sole due fatture al mese per tre medici, eccessivamente modesta rispetto alla complessità della struttura della società.

Dal punto di vista della presunta abilitazione ottenuta in Portogallo, la Cassazione ricorda come il titolo ottenuto in uno Stato Ue sia abilitativo anche in Italia alla sola condizione che il soggetto abbia presentato apposita domanda al ministero della Sanità e questo dopo aver accertato la regolarità dell'istanza nonché la presenza di tutte le credenziali, abbia trasmesso la stessa all'ordine competente per l'iscrizione.

"Il Tribunale in proposito – conclude la sentenza - rappresenta innanzitutto che la previsione di cui all'art. 10 d.lgs. n. 206 del 2007 vieta al prestatore di opera proveniente da altro Stato membro di esercitare qualunque attività professionale senza aver previamente informato con dichiarazione scritta l'autorità competente, «salvo i casi di urgenza». Aggiunge, poi, che la disciplina in esame legittima prestazioni temporanee od occasionali, come tali non "includibili" in quelle coerenti con le capacita operative delle strutture sequestrate, che l'indagato non ha prodotto neppure la dichiarazione scritta di cui all'art. 10 cit. e che l'abilitazione in Portogallo è risalente e non autorizza di per se ad esercitare la professione in Italia, in quanto a tal fine è necessario ii controllo di requisiti minimi di preparazione".

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.

Il Sistema Nazionale Linee Guida G.U. n. 66 del 20-3-2018

Nato già nel 2004 con decreto del Ministero della Salute, il Sistema Nazionale delle Linee Guida, è stato finalmente concretizzato nell'ottobre del 2017 con la legge 24 dell'8 marzo.
Complesso e travagliato il compimento del sistema, è disciplinato dal Ministero della Salute ma studiato e steso dalle Società Scientifiche mediche e odontoiatriche più importanti che ne validano i contenuti.
La Comunicazione n. 27 del 23/3/2018 della Federazione Nazionale degli Ordini ne delinea le caratteristiche in un documento sintetico che rimanda a quello, assai più complesso, del Ministero della Salute pubblicato nella G.U. Chi desiderasse approfondire il tema potrà farlo con tale riferimento.
Già nel settembre 2017 il Ministro Beatrice Lorenzin, avvalendosi della collaborazione di numerosi importanti studiosi dell'odontoiatria, aveva pubblicato l'aggiornamento delle **Linee Guida in Odontoiatria** che aggiornava quanto già scritto nel 2014 in prima stesura. Il documento è logicamente la summa di quanto la **letteratura scientifica**, approfonditamente vagliata dalle **comunità scientifiche** più importanti, afferma essere il corretto comportamento nell'esercizio professionale in odontoiatria. Ogni aspetto professionale vi è considerato: Deontologia e Comunicazione, Odontoiatria pediatrica, Odontoiatria conservativa, Endodonzia, Parodontologia, Chirurgia orale, Implantologia orale, Gnatologia, Odontoiatria protesica, Ortognatodonzia, Odontoiatria speciale, Medicina orale, Odontoiatria protesica di riabilitazione postoncologica e Tecnologia digitale in odontoiatria protesica.
Ma naturalmente ciò che è, o sembra, facile a dirsi, non si rivela tale nella realtà.
Lo scopo della pubblicazione delle L.G., come dice la parola stessa, è di dare un indirizzo di comportamento sicuro a tutti.
Pare essere utopico. Impossibile infatti, in medicina, standardizzare. Ogni caso è dissimile da un altro, ogni paziente ha sue peculiarità, ogni storia clinica gode di sviluppi a volte imprevedibili.
Quindi?
Quindi, osservando la questione in un **ottica squisitamente legale**, che rappresenta uno degli aspetti maggiormente qualificanti del documento, il riassunto di numerosi scritti analitici pubblicati pare si debba giungere alla conclusione che:

1) il rispetto delle L.G. è un obbligo; disconoscerle, non applicarle, ignorarle, rappresenta per un giudice una violazione professionale certa
2) il rispetto assoluto delle L.G. non rappresenta tuttavia una garanzia. Il professionista deve essere in grado di apportarvi ragionevoli varianti come conseguenza di alterazioni individuali del caso clinico affrontato.

Secondo alcuni, addirittura, il rispetto delle L.G. potrebbe rappresentare un minus della libertà di scelta del professionista che può vedervi un peggioramento nel programma terapeutico da lui stesso intuito come il "gold" per il caso da affrontare.
Questo comunque, per chi ne fosse sprovvisto, il link presso il Ministero della Salute ove è pubblicato ed è scaricabile il documento delle Linee Guida.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2730_allegato.pdf

OCT

Tomografia retinica a coerenza ottica
Studio Oculistico Corso Porta Nuova n. 42
VERONA tel. **37 72 30 30 30**

Si eseguono OCT (anche urgenti) per Glaucoma, Maculopatie senili e non
Retinopatie diabetiche, Fori maculari, Sindromi dell'interfaccia retino vitreale
CRSC (Corioretinopatie Sierose Centrali), Vasculopatie occlusive arteriose e venose
Malattie Neurologiche: malattie demielinizzanti, M. di Parkinson, Alzheimer
OCT Heidelberg Spectralis refertati da specialista

Idoneità psicofisica per la patente di guida: modifiche

Modifiche in materia di requisiti di idoneità psicofisica per il conseguimento e la conferma di validità della patente di guida.

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 63 del 16-3-2018 è stato pubblicato il decreto 26/01/2018 che con riferimento ai soggetti che debbono rinnovare o conseguire la patente di guida, fissa i nuovi parametri relativamente alle patologie cardiovascolari e al diabete mellito.

Vi si prevede che, per le patologie cardiovascolari indicate nel decreto, l'idoneità al rilascio o alla conferma di validità della patente di guida è attestata da uno dei sanitari di cui all'art. 119, comma 2, o dalla commissione medica locale di cui all'art. 119, comma 4, del nuovo codice della strada, sulla base di certificazione di un medico specializzato in cardiologia, appartenente ad una struttura pubblica.

Come è noto l'art. 119. comma 2, del nuovo codice della strada di cui al D.Lgs. 285/92 e s.m.i. dispone che "l'accertamento dei requisiti fisici e psichici, tranne per i casi stabiliti nel comma 4, è effettuato dall'ufficio della unità sanitaria locale territorialmente competente, cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale. L'accertamento suindicato può essere effettuato altresì da un medico responsabile dei servizi di base del distretto sanitario ovvero da un medico appartenente al ruolo dei medici del Ministero della salute, o da un ispettore medico delle Ferrovie dello Stato o da un medico militare in servizio permanente effettivo o in quiescenza o da un medico del ruolo professionale dei sanitari della Polizia di Stato o da un medico del ruolo sanitario del Corpo nazionale dei vigili del fuoco o da un ispettore medico del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. L'accertamento può essere effettuato dai medici di cui al periodo precedente, anche dopo aver cessato di appartenere alle amministrazioni e ai corpi ivi indicati, purché abbiano svolto l'attività di accertamento negli ultimi dieci anni o abbiano fatto parte delle commissioni di cui al comma 4 per almeno cinque anni. In tutti i casi tale accertamento deve essere effettuato nei gabinetti medici".

Con riferimento ai soggetti affetti da diabete mellito il decreto prevede che "il candidato o conducente affetto da diabete in trattamento con farmaci che possono provocare ipoglicemia deve dimostrare di comprendere il rischio connesso all'ipoglicemia e di controllare in modo adeguato la sua patologia. La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o conducente che non abbia un'adeguata consapevolezza dei rischi connessi all'ipoglicemia.

La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o al conducente che soffra di ipoglicemia grave e ricorrente, a meno che la richiesta non sia supportata da un parere medico specialistico e valutazioni mediche periodiche. Nel caso di ipoglicemie gravi e ricorrenti durante le ore di veglia la patente di guida non deve essere rilasciata né rinnovata prima dei tre mesi successivi all'ultimo episodio. La patente di guida può essere rilasciata o rinnovata in casi eccezionali a condizione che il rilascio/rinnovo sia debitamente giustificato dal parere di un medico diabetologo, appartenente ad una struttura pubblica, e sottoposto a valutazione medica periodica che garantisca che la persona è in grado di guidare il veicolo in modo sicuro tenendo conto degli effetti della patologia".

IL PRESIDENTE
FILIPPO ANELLI

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.

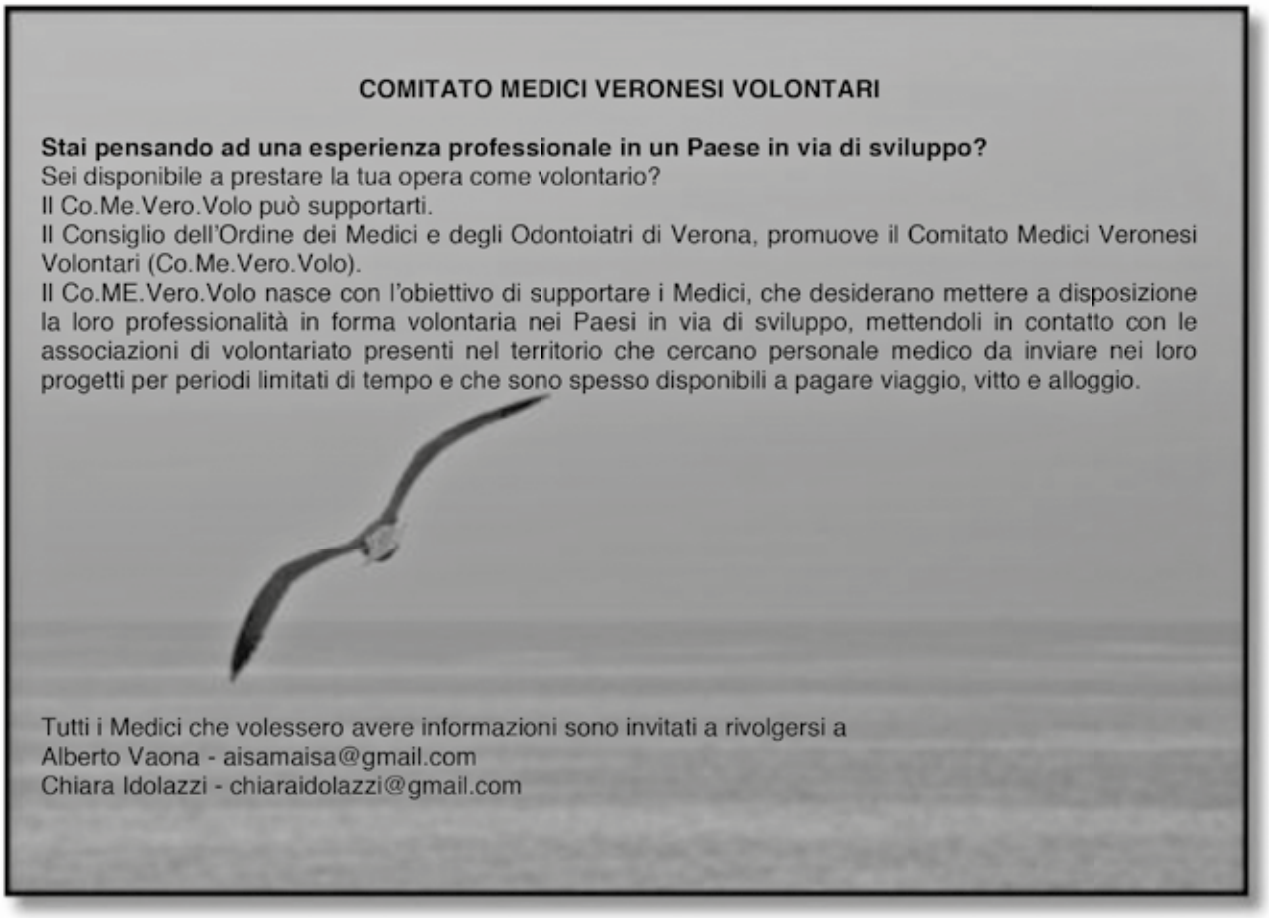
Chiarimenti in materia di certificazione per attività non agonistica e di impiego della defibrillazione negli impianti sportivi

La nota del Ministero della Salute 1 febbraio 2018 riprende una serie di chiarimenti in materia di prevenzione e primo soccorso nell'attività sportiva. Si precisa in particolare che:

1) La ripresa formativa (retraining) per gli addetti all'utilizzo del defibrillatore semi-automatico (DAE) è obbligatoria ogni 2 anni
2) I soggetti in possesso di certificazione per attività fisica agonistica non sono obbligati a produrre certificato per attività non agonistica nei casi di specie (gerarchia tra certificazioni)
3) È raccomandata la formazione al primo soccorso sportivo, come già previsto dal DM 24 aprile 2013.

Inoltre, con la nota 28 febbraio 2018 il Ministero della Salute precisa che non sono obbligati a certificazione per attività sportiva i bambini da 0 a 6 anni, ad eccezione dei casi specifici indicati dal pediatra.

CARLO MATTEO PERUZZINI



Decreto legislativo n. 21/18 Nuove fattispecie di reato

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 68 del 22-3-2018 è stato pubblicato il decreto legislativo 1° marzo 2018, n. 21, recante "Disposizioni di attuazione del principio di delega della riserva di codice nella materia penale a norma dell'articolo 1, comma 85,lettera q), della legge 23 giugno 2017, n. 103", che attua il principio della riserva di codice nella materia penale previsto da una delle deleghe di cui alla legge n. 103/2017.

Il provvedimento risulta essere di interesse per la professione medica perché provvede ad inserire nel codice penale nuove fattispecie di reato tra cui utilizzo o somministrazione di farmaci o di altre sostanze al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti (art. 586-bis), interruzione colposa di gravidanza (art. 593-bis) e interruzione di gravidanza non consensuale (art. 593-ter). Di fatto il decreto traspone nel codice penale le diverse disposizioni contenute in diverse leggi speciali con l'obiettivo di riaffermare la centralità del codice nell'ordinamento penale.

In particolare si rileva che l'art. 586-bis dispone che **"salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni e con la multa da euro 2.582 a euro 51.645 chiunque procura ad altri, somministra, assume o favorisce comunque l'utilizzo di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive, ricompresi nelle classi previste dalla legge, che non siano giustificati da condizioni patologiche e siano idonei a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo, al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti, ovvero siano diretti a modificare i risultati dei controlli sull'uso di tali farmaci o sostanze.** La pena di cui al primo comma si applica, salvo che il fatto costituisca più grave reato, a chi adotta o si sottopone alle pratiche mediche ricomprese nelle classi previste dalla legge non giustificate da condizioni patologiche ed idonee a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo, al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti ovvero dirette a modificare i risultati dei controlli sul ricorso a tali pratiche.

La pena di cui al primo e secondo comma è aumentata:

a) se dal fatto deriva un danno per la salute;
b) se il fatto è commesso nei confronti di un minorenne;
c) se il fatto è commesso da un componente o da un dipendente del Comitato olimpico nazionale italiano ovvero di una federazione sportiva nazionale, di una società, di un'associazione o di un ente riconosciuti dal Comitato olimpico nazionale italiano. **Se il fatto è commesso da chi esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione temporanea dall'esercizio della professione".**

L'art. 593-bis (Interruzione colposa di gravidanza) prevede che **"chiunque cagiona a una donna per colpa l'interruzione della gravidanza è punito con la reclusione da tre mesi a due anni. Chiunque cagiona a una donna per colpa un parto prematuro è punito con la pena prevista dal primo comma, diminuita fino alla metà.** Nei casi previsti dal primo e dal secondo comma, se il fatto è commesso con la violazione delle norme poste a tutela del lavoro la pena è aumentata".

L'art. 593-ter (Interruzione di gravidanza non consensuale) dispone che "chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna è punito con la reclusione da quattro a otto anni. Si considera come non prestato il consenso estorto con violenza o minaccia ovvero carpito con l'inganno.

La stessa pena si applica a chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna. Detta pena è diminuita fino alla metà se da tali lesioni deriva l'acceleramento del parto. Se dai fatti previsti dal primo e dal secondo comma deriva la morte della donna si applica la reclusione da otto a sedici anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da sei a dodici anni; se la lesione personale è grave quest'ultima pena è diminuita. Le pene stabilite dai commi precedenti sono aumentate se la donna è minore degli anni diciotto ... Omissis ...".

In conclusione si rileva che il decreto apporta modifiche all'art. 601-bis c.p. **(Traffico di organi prelevati da persona vivente)**, prevedendo che "chiunque, illecitamente, commercia, vende, acquista ovvero, in qualsiasi modo e a qualsiasi titolo, procura o tratta organi o parti di organi prelevati da persona vivente è punito con la reclusione da tre a dodici anni e con la multa da euro 50.000 ad euro 300.000. Chiunque svolge opera di mediazione nella donazione di organi da vivente al fine di trarne un vantaggio economico è punito con la reclusione da tre a otto anni e con la multa da euro 50.000 a euro 300.000. **Se i fatti previsti dai precedenti commi sono commessi da persona che esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione ... (Omissis) ...".**

IL PRESIDENTE
FILIPPO ANELLI

Meglio disoccupati che lavorare al Pronto Soccorso

"Meglio disoccupati che al pronto soccorso". Così si è espresso, in Sicilia il consigliere dell'Ars Francesco Capello (M5S) a proposito di posti vacanti in Pronto Soccorso in "zone di frontiera" per situazioni "fuori controllo".
E aggiunge: "Là c'è il far west, le condizioni di lavoro, a causa della carenza di personale, sono disumane e le aggressioni all'ordine del giorno".
"Al pronto soccorso di Caltagirone" i posti occupati sono circa il 50 per cento di quelli previsti in pianta organica.
E quello che accade a Caltagirone succede in tantissimi altri pronto soccorsi "specie nei più piccoli".
"Le Asp e le aziende ospedaliere scorrono le graduatorie e provvedono alle chiamate", ma non ricevono risposta. I giovani medici preferiscono rimanere a casa piuttosto che lavorare in quello che sta diventando una sorta di Far West.
Perché di questo si tratta: molti professionisti operano in condizioni disumane e spesso rischiano pure la pelle a causa delle frequenti aggressioni.
La cronica carenza di camici bianchi è confermata da un recente studio di Anaao-Cimo che testimonia come nei pronto soccorso con accessi che vanno dai 30 mila ai 50 mila annui, i vuoti arrivano a sfiorare il 50 per cento della dotazione organica.
Una risposta al problema potrebbe essere quella proposta da Massimo Geraci, primario del Pronto Soccorso del Civico di Palermo e referente Anaao per l'emergenza secondo cui, per riportare i medici in Pronto Soccorso, si dovrebbe agire sul piano della vocazione e formazione professionale.
"Il Pronto Soccorso", dice Geraci, "non può essere un posto di ripiego per un cardiologo o uno pneumologo che non hanno trovato spazio altrove. Nel 2008 in 25 università italiane è partita la specializzazione in medicina e chirurgia di accettazione e di emergenza. In Sicilia si è partiti solo lo scorso anno e solo a Catania. I risultati si vedranno solo fra qualche anno".

CERTIFICATO DI ONORABILITÀ PROFESSIONALE (GOOD STANDING)

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)

Nasce "ISSalute.it", portale istituzionale dell'Istituto Superiore di Sanità contro le Fake news

Secondo l'ultimo rapporto Censis, un italiano su tre naviga in rete per ottenere informazioni sulla salute. Di questi, oltre il 90,4% effettua ricerche su specifiche patologie. Crescono i contatti dei quotidiani online (+2,6%) e degli altri portali web di informazione (+4,9%). Ed è in aumento anche la diffusione dei Social Network.

Nasce per questo ISSalute, il primo portale istituzionale dedicato interamente al cittadino che, potrà informarsi, conoscere e scegliere anche grazie a linguaggio chiaro, semplice e accessibile.

Il portale, già on line all'indirizzo www.ISSalute.it e di facile consultazione, è organizzato in quattro sezioni: la salute A-Z, stili di vita e ambiente, falsi miti e bufale, alla quale si aggiunge una sezione News quotidianamente aggiornata dall'agenzia Ansa sui temi di attualità in medicina e ricerca.

Gli esperti dell'Istituto Superiore di Sanità hanno realizzato per il cittadino una vera e propria enciclopedia della salute digitale e interattiva, con oltre 1.700 schede redatte sulle cause, i disturbi, le cure, la prevenzione delle malattie e 150 fake news smascherate (che diventeranno in breve tempo oltre 400). Un sito, quotidianamente aggiornato, che offre ai visitatori una vera e propria bussola per orientarsi nel mare dell'informazione scientifica presente sul web.

"Il nostro portale – ha spiegato Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto – nasce per spiegare ai cittadini il valore della ricerca e di tutta la conoscenza prodotta dall'Iss e dall'intera comunità scientifica per renderla fruibile al maggior numero di persone possibile, senza discriminazione di reddito o di livello di alfabetizzazione. Scendiamo in campo contro le bufale online. Vogliamo offrire ai cittadini che sempre più spesso consultano il web per motivi di salute, trovando tutto e il contrario di tutto, un approdo sicuro, un punto di riferimento rigoroso e autorevole.

È un'informazione certificata all'origine perché prodotta negli stessi luoghi in cui si fa ricerca e si produce conoscenza scientifica e un contributo all'equità e alla sostenibilità del nostro sistema sanitario".

CARLO MATTEO PERUZZINI

NUOVO FAD "SALUTE GLOBALE ED EQUITÀ"

Dal 1 dicembre c.a. è disponibile online, per medici e odontoiatri, sul portale FNOMCeO - piattaforma FadInMed -, il nuovo corso di formazione a distanza su "Salute globale ed equità" (n. 10 crediti ECM), coordinato dal gruppo di lavoro FNOMCeO "Salute globale, sviluppo e cooperazione internazionale".

Si tratta di un progetto didattico e formativo che intende fornire ai colleghi uno strumento per acquisire conoscenze e competenze specifiche utili ad affrontare i bisogni di salute emergenti.

Dr.ssa Roberta Chersevani

Come vengono spesi i soldi delle tasse in salute? I dati dell'Agenzia delle Entrate

Allo scopo di migliorare il senso di partecipazione dei cittadini, nella sezione "cassetto fiscale" dell'area personale sul sito dell'Agenzia delle Entrate (o consultando la dichiarazione precompilata via web) l'interessato potrà conoscere come sono state distribuite le risorse fiscali versate in un quadro sintetico che contiene le principali voci di spesa: sanità pubblica, previdenza, istruzione, sicurezza, ordine pubblico, trasporti, cultura, protezione del territorio, ma anche la quota parte del debito pubblico o come si contribuisce al bilancio dell'Unione europea, oltre ai servizi generali

delle pubbliche amministrazioni. La destinazione delle imposte è stata predisposta sulla base dei dati analitici della spesa pubblica elaborata dal Ministero dell'Economia e delle finanze. A titolo di esempio, su 10mila euro di imposte relative al 2016, il contribuente saprà che 2.125 euro sono stati destinati alla voce previdenza e assistenza, 1.934 euro sono andati alla sanità, 1.090 euro all'istruzione, 882 euro a difesa, ordine pubblico e sicurezza, 832 ai servizi erogati dalla Pubblica Amministrazione.
I cittadini possono accedere al cassetto fiscale mediante nome utente, password e pin dei servizi online dell'Agenzia delle Entrate o con la Carta Nazionale dei Servizi.

CARLO MATTEO PERUZZINI

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.*

Santorio e le radici del meccanicismo nella medicina moderna

di LUCIANO BONUZZI

Il ricorso sistematico alle indagini strumentali, che connota la pratica medica oggi corrente, trova le proprie origini quando l'umoralismo galenico della tradizione viene ad essere progressivamente falsificato in seguito a molteplici ricerche che raggiungono la più evidente incisività nel clima galileiano che, fra '500 e '600, circola in Padova proprio negli anni di Santorio Santorio (1561-1636), un istriano nato a Capodistria.
Al tempo della medicina umanistica era il libro, custode del sapere degli Antichi, a cui si faceva eminente riferimento per interpretare il mondo della natura, ma con Vesalio (1511-1564), che si ricorda per il valore emblematico che gli è proprio, la medicina si trasforma sull'onda della rinascita anatomica. L'anatomia, infatti, si rinnova grazie ad una consapevole rivoluzione metodologica che, valorizzando l'impiego della mano, fa riferimento all'importanza degli utensili – del coltello, dello scalpello etc. –senza scordare, nel contempo, il valore insostituibile dell'illustrazione scientifica. Una rivoluzione radicale che prende forma a Padova quando ospita il "Ginnasio più illustre di tutto il mondo"[1]. Le frontiere conoscitive del passato ormai sbiadiscono sempre più: con Falloppia (1523-1562) nasce la comparazione morfologica fra i vari animali che erode e problematizza l'interesse esclusivo per il corpo dell'uomo; ed ancora, con la costruzione nel 1594 di un teatro anatomico fisso[2], ad opera di Fabrizi d'Acquapendente (1533-1619), viene codificata l'importanza fondamentale dell'osservazione per una corretta ricerca naturalistica.
In questo clima di rinnovamento epistemologico Santorio, che si era laureato a Padova nel 1582, torna in città nel 1611 dove soggiorna fino al 1624 occupando, con grande prestigio, la cattedra di Medicina teorica[3]. Sono anni in cui è senza dubbio evidente la forza del magistero di Galilei (1564-1642) che nello Studio padovano aveva letto Matematica dal 1592 al 1610. Con Galilei la misurazione del tempo e l'uso della bilancia diventano momenti essenziali per un approccio oggettivo ai fenomeni. Ma Galilei costruisce anche strumenti scientifici: mette a punto il "compasso geometrico et militare", contribuisce alla scoperta del termoscopio, costruisce un cannocchiale e realizza il primo "occhiale per vedere le cose minute". Con l'uso di questi strumenti, che uniscono il destino della scienza a quello della tecnica, non solo si allargano le possibilità dei sensi ma, ricorrendo alla misurazione matematica e pertanto oggettiva, si esclude l'imponderabile dall'osservazione scientifica[4]. La portata dottrinale dell'opera del Galilei emerge con evidenza dalla pagina del *Dialogo sopra i due massimi Sistemi del Mondo Tolemaico e Copernicano* dove si rileva che "quello che l'esperienza e il senso ci dimostra si deve anteporre ad ogni discorso, ancor che ne paresse assai ben fondato". Ma nel *Dialogo* si sancisce anche che per il sapere scientifico non è la selva delle opinioni di cui si deve tener conto, ma della sola necessità[5].
È probabile, come lasciano intendere Antonio Favaro[6] e Mirko Grmek, che fra Santorio e Galilei vi sia stato qualche legame personale. Certamente Santorio opera all'insegna del metodo galileiano e del Galilei perfeziona il termoscopio[7]. Del resto Santorio, come sottolineano i biografi, è stato un intraprendente costruttore di strumenti, dal pulsiligio al termoscopio, e proprio il ricorso sistematico ad uno strumento – ad una bilancia – ne garantirà la fama facendone l'iniziatore dello studio del metabolismo basale in Età moderna.
Queste ricerche del Santorio sono pubblicate nel *De medicina statica*[8], un saggio edito nel 1614 sotto forma di aforismi, alla maniera di Ippocrate. Ricercatore assai intraprendente, si serve di una ingegnosa sedia-bilancia che, dopo aver registrato il peso del corpo accanto a quello del cibo e degli escrementi, permette di dimostrare in modo oggettivo l'entità della *perspiratio insensibilis* di galenica memoria e le sue possibili variazioni nelle differenti condizioni dell'organismo. Gli aforismi del *De medicina statica* sono raggruppati in sette Sezioni: la prima ha per titolo 'Del pesare l'insensibile traspirazione'; la Sezione seconda riguarda 'Aria e acqua'; la terza 'Cibo e bevanda'; la quarta tratta 'Del dormire e del vegliare'; la quinta 'Dell'esercizio e della quiete'; la sesta 'Dell'uso venereo; l'ultima, la settima, ha per titolo 'Delle passioni di animo'. L'equilibrio di bilancio fra sostanze ingerite e sostanze eliminate ha, alla luce delle ricerche di Santorio, un valore fondamentale per il mantenimento della salute. Il medico deve pertanto operare per promuovere e mantenere questo equilibrio senza trascurare il ruolo che compete all'"insensibile traspirazione" che si realizza "per i pori del corpo … circondato dalla pelle" o "col mezzo della respirazione per bocca" (Sez. I, Af. v). la traspirazione insensibile risente, peraltro, di tante varianti: del clima, dell'età, della qualità dei cibi, dello stato di malattia e via dicendo. L'aria calda e le bevande calde la aiutano; quando lo stomaco è vuoto diventa modesta; è, invece, favorita dal sonno, soprattutto da un sonno della durata ottimale di sette ore. Anche la tranquillità nei movimenti favorisce la traspirazione mentre nel moto violento, accompagnato da sudorazione, "il corpo occultamente meno traspira" (Sez. v, Af. I); ed ancora, argomenta Santorio: "Due sono gli esercizi, uno del corpo, l'altro dell'animo: quello del corpo evacua gli escrementi sensibili, l'altro dell'animo piuttosto gl'insensibili, e principalmente del cuore e del cervello dove sta la sede dell'animo" (Sez. V, Af. XIV). Per venire alle regole di un corretto comporta-

mento sessuale, Santorio, costantemente orientato da un ideale di equilibrio, scrive: "La troppa astinenza nella congiunzione e il troppo uso di quella impediscono la traspirazione, ma questo fa il troppo uso più dell'astinenza" (Sez. VI, Af.I). Nell'ultima Sezione, che ha per oggetto il ruolo delle passioni, si legge: "Fra le passioni dell'animo l'ira e l'allegrezza rendono i corpi più leggieri: il timore e la malinconia più pesanti" (Sez. VII, Af. I). Anche nel pensiero umorale la salute consiste nell'equilibrio fra i vari umori che è invece alterato nella discrasia che connota gli stati morbosi. E per lo stesso Santorio è essenziale il riferimento all'equilibrio, ma si tratta di un equilibrio, quantitativamente determinato, fra sostanze ingerite e sostanze eliminate tenendo conto di ciò che compete alla *Perspiratio insensibilis*. Vi è pertanto uno scarto di prospettiva dal 'quale' al 'quanto'.

Il *De medicina statica* ha avuto una grande fortuna: questo piccolo libro, edito come un prontuario per il mantenimento della salute, è stato ripetutamente stampato anche nel '700 ed al proposito si ricorda l'edizione italiana curata dall'abate Francesco Chiari[9] che lo ha pubblicato insieme agli *Aforismi* di Ippocrate, al *Trattato della vita sobria* di Luigi Cornaro (1464-1566), al saggio sulla *Medicina de solidi* di Giorgio Baglivi (1668-1707) e ad una raccolta personale di suggerimenti per restare in buona salute. Il messaggio metodologico santoriano, al di là del successo editoriale, è stato raccolto da illustri clinici come Baglivi e Boerhaave (1668-1738). Baglivi[10], facendo riferimento a Santorio, ricorda che per ben curare è necessario conoscere la statica dell'animo e quella del corpo. E Boerhaave nel *De oeconomia animalis*, esponendo il sapere della fisiologia, dedica un capitolo alla *'Sanctoriana perspiratio'*[11].

Per l'avvento del meccanicismo in medicina, così come per il ricorso sistematico alle indagini strumentali, compete a Santorio un indubbio ruolo prioritario. Ma nel '600 non sono stati pochi i clinici ed i ricercatori che, ricorrendo a strumenti, hanno portato acqua al mulino del meccanicismo: si pensi a Malpighi (1628-1694), a Bellini (1634-1704), a Leeuwenhoek (1632-1723) etc. Tuttavia, in questo corale moto di rinnovamento, un rilievo particolare, sia pure con differenti motivazioni, lo si deve attribuire, oltre che a Santorio ed agli studiosi ora ricordati, anche ad Harvey (1578-1657) e a Descartes (1596-1650). Harvey, vecchio scolaro padovano, è un aristotelico[12] che, applicando regole galileiane, porta un contributo decisivo alla scoperta della circolazione del sangue[13]. Le ricerche in parola sono pubblicate a Francoforte nel 1628, qualche anno dopo la prima edizione del *De medicina statica*, in un celebre saggio: *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*[14]. Il corpo viene immaginato come una macchina idraulica centrata nel cuore: si tratta di un modello antropologico di grande fascino che suggestiona molti studiosi come Baglivi, a cui si è già fatto cenno.

Baglivi, un santoriano che raccomanda l'osservazione scrupolosa della natura evitando il demone dell'analogia[15], cade però lui stesso, affascinato dalla circolazione del sangue, nello stesso errore che aveva indicato ai ricercatori in quanto intende il corpo come un cerchio dove la vita è mantenuta dal movimento del cuore, che fa circolare il sangue, e da quello della dura madre che pulsando convoglia gli spiriti animali. Baglivi, infatti, aveva osservato in seguito a ferite esposte del cranio che la dura madre pulsa. Osservazione confermata dall'esperimento sulla pecora[16]. Si trattava, in verità, di movimenti passivi di origine arteriosa … ma il fascino della circolazione del sangue aveva oscurato, anche in Baglivi, ogni prudenza inviandolo a trarre conclusioni per lo meno affrettate da quanto aveva effettivamente visto.

All'avvento del meccanicismo, accanto a Santorio ed Harvey etc., ha però dato un contributo significativo lo stesso Descartes, uno studioso dell'anima, in quanto, separata la *res cogitans* dalla *res extensa*, aveva postulato l'incontro dell'anima con il corpo nella ghiandola pineale[17] – organo impari che permette di unificare la molteplicità delle percezioni – liberando di fatto il corpo dall'interferenza dell'anima ed incoraggiando pertanto la ricerca naturalistica ed oggettiva del suo funzionamento[18]. Morgagni (1682-1771), tuttavia, esaminato lo stato della pineale sia in soggetti non dementi, dove avrebbe dovuto essere integra, che in soggetti dementi, dove avrebbe dovuto essere sempre alterata, ha concluso che non è possibile ritenerla la sede dell'anima come voleva Cartesio[19]. Si trattava, insomma, di un'ipotesi infondata.

Questa rapida escursione attraverso la cultura filosofica e medica del '600 invita a qualche breve considerazione sia in margine all'opera di Santorio che di Harvey, di Cartesio e di Baglivi. Santorio è stato un grande innovatore per l'avvento della medicina strumentale, ma il suo insegnamento si farà con-

cretamente sentire solo dopo qualche secolo raggiungendo la clinica contemporanea attraverso vie sotterranee poco prevedibili, fra dimenticanze e riscoperte. Harvey, illuminato dal sole aristotelico dei fini, chiarisce il mistero della circolazione del sangue, ma lo chiarisce pesando e misurando. Descartes, occupandosi dell'anima, apre le porte al materialismo illuminista. Baglivi, un ricercatore quanto mai attento al metodo, si rivela vittima del demone dell'analogia che aveva stigmatizzato con tanta vivacità. In brevi parole, nella ricerca biologica non tutto avviene secondo le premesse e le aspettative che hanno orientato la ricerca stessa. Vi è, infatti, un'eterogeneità dei fini che sconcerta ed invita a dubitare ed a correggere ogni fede con una larga dose di scetticismo, ascoltando con cauta perplessità la voce della natura.

Note e richiami bibliografici

1) Sulla consapevolezza metodologica di Vesalio si veda: *Prefazione alla 'Fabrica' e Lettera a G. Oporino*, a cura di L. Premuda, Padova, La Garangola, 1965, pp. 17, 25, 31. Per l'incisività del soggiorno padovano si rimanda a: L. Premuda, *Il significato del soggiorno padovano di Andrea Vesalio,* in *Giornata celebrativa del IV Centenario della morte di Andrea Vesalio*, «Acta Medicae Historiae Patavina», X (1963-64), pp. 119-132.
2) Puntualizza Premuda che l'inaugurazione è avvenuta nel gennaio 1595 (L. Premuda, *Padova nella medicina europea tra Rinascimento e Barocco*, a cura di C. Semenzato, Padova, Università degli Studi di Padova, 1994, p.21).
3) Per qualche cenno biografico su Santorio: G. Tiraboschi, *Storia della letteratura italiana*, Venezia, 1796, tomo VIII, parte I, pp. 295-197; D. Giordano, *Parole dette in Capodistria il 9 giugno 1924 per la inaugurazione di un busto a Santorio Santorio,* in *Scritti e discorsi pertinenti alla Storia della Medicina e ad argomenti diversi*, Milano, Rivista di terapia medica e di medicina pratica, 1930, pp. 204-210; M. D. Grmek, *Santorio, Santorio,* in *Scienziati e tecnologi dalle origini al 1875*, Milano, Mondadori, 1975, III, pp. 80-81; L. Premuda, *Sanità e personaggi nell'Istria veneto-asburgica*, Trieste, Ars libera, 2011, pp. 44-51.
4) L. Bonuzzi, *Una rivoluzione che ha cambiato il volto della medicina*, «Kos», 41 (1989), pp. 32-37. Per una raffigurazione di strumenti scientifici d'età galileiana e dello stesso Galilei, si veda: AA.VV., *Galileo e Padova - mostra di strumenti libri incisioni,* Padova, Comune di Padova, 1983, pp. 58 e seg.
5) G. Galilei, *Dialogo sopra i due massini Sistemi de Mondo Tolemeico e Copernicano*, Padova, Tipografia del Seminario, 1744, pp. 56, 231.
6) A. Favaro, *Galileo Galilei e lo Studio di Padova*, Padova, Antenore, 1966, II, p. 91; A. Favero, *Galileo Galilei a Padova*, Padova, Antenore, 1968, p. 17.
7) Secondo Favaro, Santorio avrebbe migliorato lo strumento galileiano "applicandovi la segnatura dei gradi" (A. Favaro, *Galileo Galilei e lo Studio di Padova*, cit., I, pp. 207-209). Sul rapporto fra Galilei e Santoio si veda anche: G.A. Salandin, *La filosofia dell'esperienza al tempo di Galileo,* in *Galileo e Padova etc.*, cit., pp. 93-98.
8) Si fa qui riferimento all'edizione curata dall'Abate Chiari: Santorio de' Santorj, *La medicina statica*, Venezia, Domenico Occhi, 1749.
9) L'Abate Francesco Chiari (Pisa 1668-Venezia 1750) fu un letterato dai vasti interessi che tradusse in italiano non solo l'opera di Santorio ma anche la *Medicina* di Celso (Eloy, *Chiari, Abb. Francesco Ranieri*, in *Dizionario storico della medicina*, ed. it., Napoli, Benedetto Gessari, 1762, II, p. 111).
10) G. Baglivi, *De Medicina Solidorum ad rectum Statices usus*, Canon I, in *Opera Omnia Medico-Practica et Anatomica*, Venetiis, Girardi, 1761, p. 211.
11) H. Boerhaave, *De Oeconomia Animalis*, in *Opera omnia*, Venetiis, Basilium, 1742, p. 55.
12) L. Premuda, *Filosofia dei Circoli, Aristotelismo Padovano e Guglielmo Harvey,* in *Guglielmo Harvey - nel tricentenario della morte*, Roma, Società Editrice Universo, 1957, (estratto); W. Pagel, *Le idee biologiche di Harvey*, trad. A. Carugo, Milano, Feltrinelli, 1979, pp. 25 e seg.
13) P. Flourens, *Storia della scoverta della circolazione del sangue*, a cura di A. De Martini e D. De Luca, Napoli, Stamperia dell'Iride, 1858.
14) Franco Alessio, commentando il testo harveyano, non esclude la possibilità che lo studioso inglese sia venuto a conoscenza del pulsilogio di Santorio, ma conclude che si deve escludere che lo abbia effettivamente usato (W. Harvey, *Opere*, a cura di F. Aessio, Torino, Boringhieri, 1963, p. 679).
15) Baglivi parla del "Falsum genus analogiarum" (*De Maxima Observationum in re Medica necessitate*, in *Opera Omnia*, cit., p.4).
16) G. Baglivi, *De Fibra Motrice*, I, V, in *Opera Omnia*, cit., pp. 118, 123.
17) R. Descartes, *Le passioni dell'anima*, 31, 32, a cura di E. Garin, Bari, Laterza, 1966, pp.22-23.
18) Nota Vartanian che si deve a Cartesio "quell'impronta di meccanicismo che apparve nel modo più evidente nell'*Homme machine* di Lamettrie" (A. Vartanian, *Diderot e Descartes*, trad. G. Garritano, Milano, Feltrinelli, 1956, p. 17). In quest'ottica, Lamettrie altro non sarebbe che un figlio illegittimo di Descartes.
19) G. B. Morgagni, *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, lib. V, ep. LXI, 3, Venetiis, Ex Typographia Remondiniana, 1761, p.405.

MEDICINA DI FAMIGLIA
COME CALCOLARE IL COMPENSO DOVUTO AL SOSTITUTO

Il nuovo accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti economici con i medici di medicina generale derivante dall'intesa della Conferenza Stato-Regioni n. 2272 del 23.03.2005 prevede che:
"L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, …omissis.., nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'art. 59.."
Il compenso in questione è il"COMPENSO FORFETTARIO ANNUO".
Questo va corrisposto per intero se la sostituzione si effettua nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; va aumentato del 20% se la sostituzione avviene nei mesi di Dicembre, gennaio, febbraio, marzo; va diminuito del 20% se la sostituzione avviene nei mesi di giugno, luglio, agosto, settembre.
In pratica quindi la formula per il calcolo è la seguente. Dal cedolino mensile:

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

X va aumentato del 20% nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio, marzo
X va diminuito del 20% nei mesi di giugno, luglio, agosto, settembre

Francesco Vasani, medico veronese criticato dai colleghi a mezzo stampa

GIANNA FERRARI DE SALVO

Nella lunga e laboriosa ricerca archivistica condotta per ricomporre la storia del medico alchimista Vittorio Algarotti mi sono imbattuta in un manoscritto di circa 400 pagine[1], un elaborato inedito che, seppur con qualche dubbio, è stato attribuito al medico municipale Francesco Giuseppe Vasani. Da qui il desiderio di ricostruire, anche se molto parzialmente, la carriera di questo personaggio che spesso fu discusso e messo in cattiva luce dai suoi colleghi tramite la pubblicistica scientifica contemporanea.

Il contesto familiare

Sappiamo ancora poco delle vicende umane e professionali di questo medico veronese e solo sulla scorta di alcuni documenti archivistici possiamo tentare di tracciarne un breve profilo. Figlio del dottor Nicolò[2] e di Domenica Biscardi, nacque a Brenzone all'una di notte del 3 febbraio 1782[3], morì presso l'ospedale di Verona il 20 marzo 1850 e fu sepolto nel paese natale il 22 seguente[4]. Il 13 novembre 1807, presa in moglie Monica Antonia Cressotti, figlia del notaio Antonio Cressotti di Brenzone[5] e di Caterina Gaiter, nel 1811 si stabilì in riva all'Adige al civico 739 di Via Quattro Spade[6]. Con la coppia, che non ebbe figli, convisse dal 1825 la cognata Vittoria Cressotti (nata a Brenzone il 25 luglio 1810), e dal 1833 furono accuditi da una cameriera, tale Maria, figlia di Francesco Suban e Maria Cattencini, nata a Gorizia il 4 maggio 1791. Monica Antonia, nata il 4 maggio 1791, morì il 5 febbraio 1846 e fu sepolta in Sant'Eufemia[7].

Tra gli ascendenti di Francesco Vasani sono noti: Nicolò fu Pietro, notaio dal 1691 al 1699, il notaio Pietro fu Nicolò (1714-1769) e don Giovanni Battista, reggente dell'oratorio di Sant'Agostino di Brenzone nella seconda metà del '700[8]. Nel *Prospetto del Personale Sanitario di Sinistra Adige del 1819* il nostro medico viene rappresentato «di circa 40 anni, gode buona opinione, abita in Contrada SS. Apostoli, di condizione economica in comodo stato, in arte idem, buono nell'esercizio e nella condotta, concorre con il dottor Berti Giovanni Battista[9], della contrada di San Luca, all'istituzione dei bagni a vapore»[10].

La sua carriera professionale

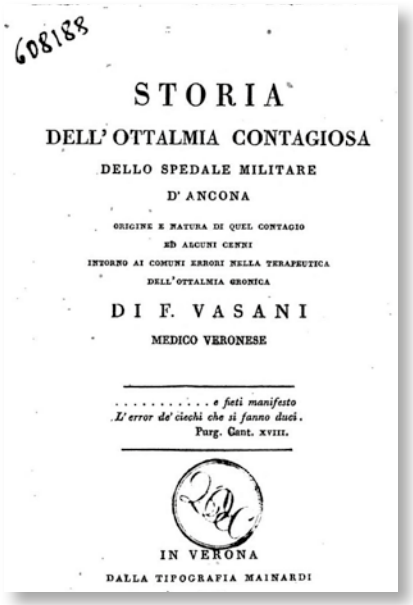
Laureato a Padova il 10 maggio 1802, lavorò per qualche tempo nell'ospedale di Mantova. Nel gennaio 1813 fu convocato presso l'ospedale di Ancona, dove rimase fino al 20 maggio dello stesso anno[11], assegnato al reparto degli oftalmici in veste provvisoria di chirurgo di seconda classe per curare i soldati affetti dalla celebre "oftalmia egiziana", un triste retaggio della Campagna d'Egitto combattuta tra il 1798 e il 1799[12]. Con il trattato intitolato *Storia dell'oftalmia contagiosa dello Spedale militare d'Ancona. Origine e natura di quel contagio ed alcuni cenni intorno ai comuni errori nella terapeutica dell'oftalmia cronica*, pubblicato a Verona nel 1816, Vasani raccontò la tragica epidemia che nel 1812-13 infierì sulle truppe della guarnigione d'Ancona e dei moltissimi soldati ricoverati nel nosocomio della città divenuti ciechi totali o parziali[13].

Quando il contagio cominciò a manifestarsi, da principio rimase limitato al VI Reggimento di linea, e solo dopo qualche tempo si diffuse alle altre truppe del presidio. Tuttavia, la natura trasmissibile non fu riconosciuta dai medici militari, come risulta dalle loro relazioni inviate al Ministero della Guerra di Milano, all'epoca capitale del Regno Italico. Nel suo elaborato, Vasani mise in cattiva luce gli Ufficiali della Sanità accusandoli di non essere riusciti a ostacolare l'insorgere dell'epidemia, descrivendo poi taluni casi clinici specifici e i rimedi da lui applicati. Successivamente, non ebbe vita facile poiché alcuni colleghi si diedero a contestarlo screditandolo attraverso le loro opere scientifiche.

In risposta a *Storia dell'oftalmia contagiosa di Ancona*, nel 1816 il medico Annibale Omodei[14] diede alle stampe un opuscolo intitolato *Cenni sull'oftalmia contagiosa di Egitto e sulla sua propagazione in Italia* proponendo varie argomentazioni per dimostrare l'inconsistenza delle accuse avanzate da Vasani e rimproverandolo di aver spacciato per suo il metodo debilitante di cura (che, ovviamente, comprendeva l'immancabile salasso[15]) già usato in Padova dal medico Penada[16] nell'analoga epidemia del 1804. Omodei, riprendendo l'argomento in altra sua pubblicazione del 1816, vi rinnovò le critiche. A pag. 362[17], riportando alcune affermazioni del collega veronese, lo accusa di "smisurata indiscretezza" aggiungendo: «accecare a capriccio tanti valorosi soldati ch'egli non avea mai veduti né curati, è certamente una singolare compiacenza».

L'aspra disputa, piena di livore e invettive, continuò da ambo le parti per mezzo di altri scritti scientifici. Con *Risposta di Francesco Vasani a ciò che lo riguarda nei cenni del dr. Omodei sull'oftalmia contagiosa d'Egitto e sulla sua propagazione in Italia* (Verona 1818), dopo aver confutato e ribadito sulle cure da lui praticate e sui risultati ottenuti, in una piccola appendice (p. 45) coglie l'occasione per chiamare in giudizio certo prof. Scarpa[18], che pure aveva screditato la sua terapia applicata in Ancona e ironizzato sul metodo curativo tratto da studi di chirurghi inglesi e francesi con i quali aveva asserito "d'aver fatto prodigi". Vasani, pur elogiando Scarpa per «i bellissimi allori colti nel campo dell'anatomia che la Storia glieli conserverà immortali, non tanto quelli che sta tentando di ottenere nel campo della Chirurgia e che ora voglia ad ogni costo coglierne pur anco nella Medicina», gli rammenta la celebre esortazione «sutor, ne ultra crepidam!», quasi a dis-

suaderlo dal pronunciarsi su argomenti quasi sconosciuti alla sua esperienza clinica.
Nel frattempo, Vasani aveva fatto stampare *Storia singolare d'una febbre miliare: con alcune considerazioni sopra questa malattia* (Verona 1815). Grande promotore dell'uso dei bagni freddi per curare tale patologia, nel suo saggio descrisse la sintomatologia e relativa terapia instaurata per curare, con successo, la contessa Elisabetta Gradenigo di Venezia, consorte del conte Francesco Miari di Belluno, colpita da febbre miliare nel luglio 1815 mentre si trovava ai bagni di Abano.
Le pungenti critiche contro di lui però non si fermarono, e ripresero per mano del dottor Ciro Pollini[19], che nell'*Esame delle osservazioni del dottore F. Vasani sulla storia d'una sinoca reumatica gastrica* (Verona 1821) raccontò lo svolgersi dei fatti durante la malattia che colpì Luigi Movio, un «giovane di cortesi e piacevoli maniere, valentissimo e gentilissimo suonatore di violino, da due anni a Verona come direttore d'orchestra». Movio, un milanese di circa 25 anni «di temperamento sanguigno – nervoso e di gracile costituzione», colpito da una sinoca gastrica (febbre infiammatoria)[20] nel giugno 1820, fu curato e dichiarato guarito dal Pollini. Il musicista, che continuò a soffrire di varie indisposizioni, esattamente un anno dopo fece riconvocare urgentemente il medico al suo capezzale. Il paziente, molto agitato, accusava frequenti tachicardie, un senso di costrizione allo *scobricolo* del cuore, una percezione dolorosa verso le ultime costole del lato destro che s'irradiava verso i lombi, il tutto accompagnato da febbre, «polso vibrato e duro, grande inappetenza, lingua paniata e sete ardente». Il dolore non era pungente, ma la sensazione era di un molesto stringimento che si faceva più acuto nelle ispirazioni e nei movimenti rapidi del tronco.
Pollini diagnosticò una *sinoca* reumatica gastrica, causata dall'aver indossato abiti leggeri nei giorni precedenti quando la temperatura si era improvvisamente abbassata di almeno 10°C. Prescrisse una dieta rigorosa, copiose assunzioni di acqua e limone o agro di cedro, e un buon purgante per il giorno successivo composto di polpa di tamarindi e tartaro solubile diluiti in acqua. Il dottore si recò al letto del malato per 9 giorni consecutivi e, nonostante le condizioni peggiorassero, ogni volta ordinò "cavate di sangue" tramite salasso e applicazione di almeno 15 sanguisughe nei punti doloranti, drastici purganti giornalieri e qualche… clistere. Infine, essendosi gonfiato il ventre a dismisura, fu disposta una somministrazione di olio di mandorle e ricino.
Poche ore prima della morte del paziente, Pollini cercò un consulto per il quale fu scelto il "professor Vasani" il quale non confermò la diagnosi di "sinoca gastrica-reumatica", ma l'interpretò piuttosto come una "febbre miliare" e si limitò a proporre un sacerdote per l'Estrema unzione. Il dottor Pollini, dopo che il povero Movio, debilitato da nove


608188

STORIA
DELL' OTTALMIA CONTAGIOSA
DELLO SPEDALE MILITARE
D' ANCONA
ORIGINE E NATURA DI QUEL CONTAGIO
ED ALCUNI CENNI
INTORNO AI COMUNI ERRORI NELLA TERAPEUTICA
DELL'OTTALMIA CRONICA
DI F. VASANI
MEDICO VERONESE
. . . . . e fieti manifesto
L' error de' ciechi che si fanno duci.
Purg. Cant. XVIII.
IN VERONA
DALLA TIPOGRAFIA MAINARDI

giorni di digiuno a causa del vomito e "sostentato" con purganti drastici e letteralmente dissanguato, ebbe reso l'anima a Dio, si affrettò a scrivere un libretto di 15 pagine dichiarando, invece, che l'illustre collega aveva confermato la sua diagnosi e la relativa terapia. Inoltre, ammise che divulgava lo svolgersi dei fatti per due motivi: «l'uno perché la singolarità del caso non merita d'esser nascosta ai coltivatori della scienza medica», l'altro perché gli stessi, essendo giudici competenti, avrebbero saputo giustificarlo dalle imputazioni che il volgo avrebbe potuto muovergli.
In effetti, rendendo pubblica la dinamica degli avvenimenti voleva dimostrare che le complicanze insorte durante i suoi interventi di routine non erano derivate da imperizia od omessa o insufficiente diligenza. La replica di Vasani arrivò l'anno seguente con la pubblicazione di un *Breve commentario all'esame delle osservazioni sulla storia d'una sinoca-reumatica-gastrica* (Vicenza 1822). Uno scritto polemico dove i due medici s'incolpano a vicenda, mentre Vasani mira a far conoscere al mondo accademico l'abuso del suo nome fatto dal Pollini, contestandolo come "medico ingiuriatore".
Vasani esercitò la professione medica anche presso i Padri Stimatini di Verona, dove fu testimone di un miracolo. Nel 1834 don Giacomo Accordini, ammalatosi gravemente, fu visitato da don Gaspare Bertoni che lo benedì e lo esortò a sperare in Dio. Il medico fu in grado di attestare che grazie all'imposizione delle mani e alle preghiere di don Gaspare, l'infermo recuperò in breve tempo la salute ormai disperata[21].

La "Topografia" scritta nel 1837

Il manoscritto *Topografia fisico-medica del Comune di Verona* inizia con il canto trigesimo dell'*Orlando innamorato*: "Quella che di valor, d'ingegno è piena / per cui tu con più lume, Italia, splendi / di cui la fama in te chiara risuona / Eccelsa, graziosa, alma Verona". Fanno seguito i seguenti capitoli: Forma e qualità del territorio; Nota intorno al lago di Garda; Pesci, con nome scientifico e in vernacolo; Oche e tutti i tipi di uccelli; Natura delle rocce e dei terreni; Acque che bagnano i terreni che circondano il Comune di Verona; Acque minerali della Provincia di Verona; Coltivazione applicata a questi terreni; Topografia del Comune: terreno e sua coltivazione; Denominazione botanica e officinale; Terre asciutte e aratorie; Descrizione e topografica della città; Monumenti, case, chiese; Anfiteatro e teatri; Cimiteri; Pubblici passeggi; Delle strade esterne della città e di quelle che mettono in comunicazione coi paesi della provincia; Delle acque dell'Adige, canali, ponti, fossi e loro pesci; Del clima e delle sue influenze; Cenni storici intorno alla città di Verona; Continuazione cenni storici di medici veronesi; Movimento della popolazione (1828-1837); Turno militare; Matrimoni nello stesso periodo con età dei contraenti; Movimento della popolazione nello stesso decennio a Tomba e Santa

Lucia (nati, morti, matrimoni); Composizione del clero cittadino; Ebrei; Delle arti, mestieri e lavori della popolazione; Dei cibi, bevande e vesti degli abitanti; Delle facoltà fisiche, intellettuali e morali degli abitanti; Dei pregiudizi del popolo; Dei luoghi di educazione e istruzione; Delle librerie e accademie; Dei luoghi pii; Dell'orfanatrofio delle Franceschine; Del ritiro a San Silvestro delle Convertite; Della Casa d'Industria (a SS. Trinità); Della Pia Casa degli Esposti; Del Santo Monte di Pietà; Della Pia Opera di Carità; Dell'Ospedale Civile; Dell'Ospedale Militare.

Uno studio analogo, ma di ben più ampie dimensioni, pubblicato a fascicoli allo scadere del secolo XIX (stampato tra il 1898 e il 1904), fu riunito e coordinato dal conte Luigi Sormani Moretti[22] con il titolo *La provincia di Verona: monografia statistica economica amministrativa*, che raccoglie lo stato delle conoscenze sulla città e sulla provincia. Tale "monumentale" opera è conservata presso la Biblioteca Civica e l'Archivio di Stato di Verona.

Nel complesso, questa indagine archivistica e bibliografica ha proficuamente permesso di gettare maggior luce sulla famiglia di questo medico, e al contempo ha consentito di approfondire e precisare la storia di alcune vicende di innegabile rilievo che l'hanno coinvolto.

Abbreviazioni

ASVr = Archivio di Stato Verona
DP = Delegazione Provinciale
US = Ufficio Sanità

Note e richiami bibliografici

1) *Topografia fisico-medica del Comune di Verona (sec. XIX)*, forse di Francesco Vasano (sic!) protomedico municipale nel 1837 (ASVr, *VIII Vari*, b. 248).
2) Nicolò (o Nicola) di anni 58, membro di una delle famiglie più in vista di Brenzone, nel 1819 risulta medico condotto del paese lacustre da ben 35 anni (ASVr, *DP*, b. 476).
3) ASVr, *US, Anagrafi territorio, battezzati Brenzone*, reg. 158
4) ASVr, *US, morti città*, rubr. 141.
5) Nome di un casato ancora oggi simbolo di Brenzone, che conservò per circa tre secoli una posizione sociale, quella notarile e imprenditoriale, di spicco e di *élite* governativa. Per riferimenti a questa famiglia si veda F. M. ERRICO in *Brenzone, un territorio e le sue comunità* (a cura di Pierpaolo e Andrea Brugnoli), Villafranca 2004, alle schede 123, 125, 136, 160.
6) G. BENNASSUTTI, *Indicatore Veronese per l'anno 1835*, vol. 5, pp. 30-55-61. Ivi sono citati tutti i medici e i chirurghi veronesi e loro domicilio. Francesco Vasani è ricordato anche in: P. A. PARAVIA, *Storia della letteratura italiana del cav. abate Girolamo Tiraboschi che contiene la vita dell'autore e l'indice generale di tutta l'opera*, tomo IX, Venezia 1825, p. 387; *Elenco dei signori associati nelle navigazioni di Cook*, in J. COOK, *Navigazioni di Cook pel grande oceano et intorno al globo: Terzo viaggio*, Milano 1817, p. 285; *Almanacco per le provincie soggette al I. R. Governo di Venezia: per l'anno bisestile 1836*, Venezia 1836, p. 333; *Manuale per le province soggette all'Imperiale Regio Governo di Venezia*, Venezia 1845, pp. 570-724.
7) ASVr, *Ruoli della popolazione, Anagrafe austriaca*, reg. 35, foglio 11943/0, consultabile in internet: http://archivio.comune.verona.it/nqcontent.cfm?a_id=874
8) Cfr. P. ROSSIGNOLI in *Brenzone, un territorio…*, schede 166,171, 189; ivi, V. S. GONDOLA, scheda 210.
9) Di questo medico, nato ad Avio (TN) l'11-4-1782, residente a Verona alla Colomba* n° 2643 dal 10-8-1812 e qui deceduto il 19-1-1836 (cfr. ASVr, *Ruoli della popolazione, Anagrafe austriaca*, reg. 8, foglio 1420/0, v. nota 7), possiamo ricordare le seguenti pubblicazioni: *Notizie intorno all'acqua minerale di Egra della fonte I francescana, raccolte e compilate dal medico G. B. Berti, membro corrispondente della società Linneana di Parigi, della Società Medico Chirurgica di Berlino, dell'Ateneo di Treviso, ecc.* (Verona 1824); G. B. BERTI - RTILUGEROTTI FRACASTOR*, *Notizie storiche intorno al tifo carcerale di Verona dell'anno 1817. Con alcune considerazioni sull'uso dei bagni freddi nel tifo e sul modo ond'esso si comunica (Verona 1818). Collaborò alla Gazzetta eclettica di farmacia e chimica medica e repertorio delle meglio utili notizie pei farmacisti, medici e chirurghi compilato da Giambattista Sembenini, farmacista-chimico coadiuvato dal dr. G. Ganz e da altri valenti colleghi*, Verona 1833, vol. II.
   * Per localizzare al meglio il toponimo Colomba, rimando a G. RAPELLI, Prontuario toponomastico del comune di Verona, Vago di Lavagno 1996, ad vocem.
   * Tommaso Gugerotti Fracastor, laureato in medicina e filosofia a Padova nel 1800. Coniugato con la contessa Laura Rocca, abitava a Verona in Via San Marco, n°. 834, morì per acutissima enterite all'età di 62 anni nel 1835. Nel necrologio, letto dal medico Giuseppe Cervetto, ebreo veronese, viene esaltato come uomo «pio, caritatevole e filantropo […], vero modello di morali e cittadine virtù» (cfr. *Poligrafo. Giornale di scienze lettere ed arti e commentario delle conversazioni scientifico-letterarie che si riuniscono mensilmente nella casa del direttore nob. cav. Giovanni Orti*, tomo I, Verona 1836, pp. 208-215). Di questo medico si ricorda: *La sifilide di Gerolamo Fracastoro recata in metro italiano*, stampato postumo a Verona nel 1840.
   * Sembenini proveniva da una famiglia di farmacisti di Castelnuovo del Garda (VR), che qui si succedette nella stessa professione fin dal '700. G. Battista, figlio di Giovanni e Marianna Zamboni, nacque il 25-3-1806 e si trasferì a Verona nel 1826 per dirigere una sua farmacia. Non ebbe figli dal matrimonio con Maria Luigia Tessari (Castelnuovo, 19-2-1816) celebrato il 12-10-1838 e dalla quale in seguito si separò. Nel foglio di famiglia risulta anche Carlo Volpato, alunno di farmacia, nato a Lonigo (ASVr, *Ruoli della popolazione, Anagrafe austriaca*, reg. 8, foglio 1387/0; reg. 33, f. 11172/0). Sembenini fu membro della Società dei Farmacisti dell'Alemagna settentrionale e dell'Accademia d'Agricoltura, Commercio ed Arti di Verona, che lo premiò con medaglia d'oro per i suoi meriti scientifici. Per una sua bibliografia rimando a I. CANTÙ, *L'Italia scientifica contemporanea, notizie sugli Italiani ascritti ai cinque primi congressi, attinte alle fonti più autentiche*, Milano 1844, pp. 118, 119.
10) ASVr, *DP*, b. 476.
11) Alcuni autori riportano «dal 13 gennaio al 3 luglio» quando, sostituito per Decreto Ministeriale dal dott. Fiano, ripartì per Mantova dove era stato nominato come medico di quel nosocomio (cfr. anche A. OMODEI, *Annali universali di medicina straniera*, Milano 1816, vol. IV, p. 363).
12) Sull'argomento scrisse con competenza, forse unica, M. MEYERHOF in *A short history of ophthalmia during the Egyptian campaigns of 1798-1807, in The British Journal of ophthalmology*, March 1932. Max Meyerhof (1874-1945) medico e orientalista tedesco di religione ebraica, apprezzato studioso di medicina islamica medievale, fu autore, traduttore dall'arabo ed editore di un ampio numero di contributi scientifici. Cfr. anche L. BELLONI, *Una ricerca del contagio vivo agli albori dell'Ottocento*, in Chttp://www.e-periodica.ch, consultato il 18-7-2017.
13) Per la situazione negli ospedali militari in Ancona e nelle varie città del Regno d'Italia si veda V. ILARI, *La sanità militare in Italia durante le guerre napoleoniche*, Regno d'Italia 1796-1814. Sull'oftalmia d'Egitto si rimanda a: Antonio Mario Timoleone Savaresi (1773–1830) medico e celebre scienziato originario del Regno di Napoli. Dopo aver servito nelle armate francesi in Italia, in Egitto e nella Martinica, divenne medico in capo delle armate del Regno di Napoli. Tra le sue numerose pubblicazioni scientifiche possiamo ricordare: *Description et traitement de l'ophtalmie d'Egypte, La Décade égyptienne*, 2, an VIII (1799/1800), 159-165; *Notice sur la topographie physique et médicale de Ssalehhyéeh, La Décade égyptienne*, 3, an VIII (1799/1800), 96-100; *Descrizione dell'oftalmia di Egitto, col metodo curativo della medesima*, Il Cairo, an VIII (1799/1800).
14) Carlo Giuseppe Annibale Omodei (Cilavegna 1779 – Milano 1840) visse ed esercitò principalmente a Milano tra il XVIII e XIX secolo. Con Giovanni Strambio e Angiolo Nespoli fu uno dei primi medici italiani a promuovere l'utilizzo dello stetoscopio.
15) L'oftalmia era curata con controstimoli, sia generali quali «salasso, applicazione di sanguisughe, cataplasmi, vescicatori, purganti, bagni freddi e dieta rigorosa» che locali «colliri a base di tartaro stibiato e digitale». Le «abbondanti missioni di sangue, sin quasi alla lipotimia» erano state usate "vantaggiosamente" da Galeno, Avicenna, Aezio, Serapione, Rhases, Mesue, Damasceno e altri.
16) Iacopo Penada, medico padovano (1748-1828), laureato nell'università di Padova, vice-protomedico della città, fu per molti anni incisore in quell'istituto anatomico. Per i suoi meriti, l'imperatore di Russia lo nominò professore onorario dell'università di Vilna. Lasciò parecchie memorie su argomenti di anatomia e di patologia, tra cui: *Saggio sopra alcuni casi singolari riscontrati nell'esercizio della medicina e dell'anatomia pratica* (Padova 1793); *Memoria intorno a quattro valvole semilunari riscontrate alla base dell'arteria polmonare*, Padova 1802; *Malattia straordinaria del cuore con molte riflessioni patologico-anatomiche*, Modena 1805. Si occupò anche delle relazioni tra le condizioni meteorologiche e le malattie: *Osservazioni medico–pratiche-meteorologiche; quinquennio primo, 1786-1790*, Padova 1792; *Osservazioni medico meteorologiche servienti all'intelligenza delle costituzioni epi-*

demiche di Padova dall'anno 1796 al 1800, Padova 1802; *Osservazioni medico meteorologiche serventi..., dall'anno 1801 al 1805*, Padova 1808.

17) A. OMODEI, *Annali universali di medicina straniera*, vol. IV, Milano 1816.
18) A. SCARPA, *Trattato delle principali malattie degli occhi di Antonio Scarpa: vol. I*, V edizione, Pavia 1816, p. 217. Antonio Scarpa (1752-1832), celebre chirurgo e anatomista di Motta di Livenza, fu stimato professore a Modena e Pavia. Eseguì importanti ricerche di anatomia comparata, fisiologia, anatomia sistematica, anatomia chirurgica e tecnica operatoria. Questo saggio rappresenta il più importante trattato di oftalmologia e oftalmoiatria dell'epoca, con una molteplicità di casi trattati, in cui, oltre all'anamnesi, Scarpa rende nota la patologia, la cura e i risultati ottenuti.
19) Ciro Pollini (Alagna 1782 – Verona 1833), medico e naturalista, laureato in medicina nel 1802 all'Università di Pavia, preferì dedicarsi agli studi di botanica. Trasferitosi a Milano, nel 1805 fu nominato supplente di Vitman alla cattedra di Botanica e Agraria e all'Orto di Brera. Alla morte di Vitman, Pollini presentò la domanda per ottenerne la titolarità, che però nel 1807 fu assegnata a Paolo Sangiorgio. Nominato professore di botanica e agraria presso il Liceo di Verona, nel 1808 fu tra i fondatori della Società Letteraria. Nel corso della sua breve carriera descrisse numerose nuove specie vegetali (soprattutto Asteraceae, Graminaceae, Leguminose e Orchidacee) e al suo nome è dedicata la *Genista pollinii* delle Fabacee. Pollini, nell'*Elenco dei medici del 1821* viene descritto come «medico fisico di anni 40, residente in contrada SS. Apostoli, di comodo stato, soffrì nell'opinione per il cambiamento di Governo. Di buona condotta e di molto sapere, è più noto per la teoria che per il pratico esercizio» (ASVr, *DP*, b. 476).
20) Cfr. C. G. A. OMODEI, C. A. CALDERINI, R. GRIFFINI, *Annali universali di medicina*, Milano 1843, vol. 106, p. 369.
21) Gaspare Bertoni (1777–1853), religioso veronese, fondò la Congregazione delle Sacre Stimmate di Nostro Signore Gesù Cristo. È venerato come santo dalla Chiesa cattolica (cfr. Stimmatini, *Vita di san Gaspare Bertoni* digilander.libero.it/gogmagog1/Santi/vitber06.htm, 30-6-2017).
22) Luigi Sormani Moretti (1834-1908), originario di Reggio Emilia, fu senatore del Regno d'Italia nella XVI legislatura. Divenuto senatore nel 1886, fu prefetto di Verona dal 1888 al 1897. Nella città scaligera coordinò la compilazione della monumentale monografia statistica, economica, amministrativa e naturalistica della Città e Provincia di Verona. Fu insignito di molte onorificenze italiane e straniere e nominato socio di varie istituzioni scientifiche, compresa l'Accademia di Agricoltura Scienze e Lettere di Verona (1888). Fra le sue opere a stampa (1859-1906) s'impongono le due famose monografie locali di grande formato: *La Provincia di Venezia* (1880-81) e *La Provincia di Verona*, di cui fu curatore e coordinatore. Quest'ultima opera, una vera e propria miniera di notizie, è tuttora una fonte imprescindibile per chiunque effettui studi su Verona. La prima parte è dedicata alle condizioni fisiche: aspetto; confini e posizione geografica; clima; geologia, stratigrafica e paleontologica e idrologia superficiale e sotterranea; flora; fauna; topografia; idrografia; demografia. La seconda parte riguarda le condizioni economiche: proprietà fondiaria; agricoltura; pesca e pescicoltura; caccia; industrie manifatturiere; istituti di credito e società commerciali; commercio. La terza parte tratta le condizioni politiche e amministrative: storia di Verona; governo e amministrazione della provincia; Comuni; opere pubbliche; edifici monumentali e antichità; belle arti; teatri, associazioni ricreative, istruttive e altre; giornali; istruzione; salute e moralità pubblica; beneficenza; istituti e associazioni di previdenza e di mutualità; amministrazione finanziaria; telegrafi; poste; ferrovie; navigazione sul Garda, in Adige e fluitazione; comando militare e fortificazioni; reali carabinieri; questura; carceri; giudiziario; culti.

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:

- PREMERE **1** PER PRATICHE ENPAM (SOLO IL LUNEDÌ E MERCOLEDÌ)
- PREMERE **2** PER COMMISSIONE ODONTOIATRI E PROCEDIMENTI DISCIPLINARI
- PREMERE **3** PER SEGRETERIA DELLA PRESIDENZA
- PREMERE **4** PER PAGAMENTI, ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI
- PREMERE **5** PER ECM

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

Soccorso e assistenza alle donne vittime di violenza

LINEE GUIDA NAZIONALI

Nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 24 del 30/01/2018 è stato pubblicato il decreto 24/11/2017 "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza".
Con tale provvedimento si dettano per tutto il territorio nazionale le regole che gli operatori sanitari e, in particolare i medici, devono osservare in presenza di donne vittime di violenza.

Si rileva, in particolare, che i medici che entrano in contatto con la donna che ha intrapreso il Percorso per le donne che subiscono violenza, a partire dal medico che farà la prima visita, dovranno refertare in modo dettagliato e preciso tutti gli esiti della violenza subita.

La visita medica dovrà prevedere i seguenti momenti:
- Accoglienza e indici di sospetto (psicologici, anamnestici, fisici), ed eventuale screening (domande di approfondimento);
- Acquisizione del consenso informato al trattamento dati ed alla acquisizione delle prove giudiziarie (in caso di violenza sessuale).

Il consenso informato deve essere articolato e comprensivo di tutte le situazioni in cui è indispensabile che l'operatrice/l'operatore sanitaria/o abbia il consenso a procedere da parte della donna;
- Anamnesi accurata con storia medica dell'aggressione;
- Esame obiettivo completo;
- Acquisizione delle prove (eventuale documentazione fotografica, tamponi, ecc.);
- Esecuzione degli accertamenti strumentali e di laboratorio;
- Esecuzione delle profilassi e cure eventualmente necessarie;
- Richiesta di consulenze.

In conclusione si rileva che i presidi di pronto soccorso e le aziende sanitarie dovranno standardizzare le proprie procedure uniformandole a quelle dettate dalle linee guida in esame entro un anno dalla loro entrata in vigore.

ENPAM: Bilancio Consuntivo 2017: +1,16 miliardi di utile

L'esercizio 2017 si chiude con un utile superiore a 1,16 miliardi di euro che è superiore quindi alla cifra del bilancio preconsuntivo che prevedeva un utile di 979 milioni di euro.
Nel 2016 l'utile era stato di 1,328 miliardi di euro.
Con l'utile a bilancio 2017 il **patrimonio netto** della Fondazione sale a **19,7 miliardi** di euro con una crescita del 7,1% rispetto all'anno precedente.
Il Bilancio consuntivo 2017 è stato approvato dall'Assemblea Nazionale Enpam con 162 voti favorevoli, 3 contrari e 2 astenuti, nella seduta di sabato 28 aprile. Verona ha votato a favore dell'approvazione.

GESTIONE PREVIDENZIALE

Nel 2017 la Fondazione ha registrato entrate contributive pari a 2,668 miliardi di euro, erogando nello stesso periodo prestazioni previdenziali e assistenziali per oltre 1,643 miliardi di euro.
La gestione previdenziale risulta quindi in **attivo** per un totale di **1,025 miliardi** di euro
La temuta "gobba previdenziale", diluita nel tempo dalle modifiche statutarie approvate nel 2012 che hanno da una parte ritardata l'età pensionabile e dall'altra introdotto modifiche delle quote contributive, sta dando frutti. Nonostante l'aumento delle spese per pensioni, infatti, il saldo tra contributi incassati e pensioni erogate continua a dare cifre positive importanti.
L'aumento dei pensionati, come nelle previsioni, tuttavia, sarà in crescita anche negli anni venturi e questo produrrà una inevitabile diminuzione di tale voce di bilancio.
Per tale motivo sarà importante la quota di entrate prodotte dalla rendita del capitale che nel 2017 mostra una redditività complessiva del 4,1% al netto di costi di gestione e di tasse.
Nel 2017 vi è stato un importante incremento del numero dei nuovi titolari di pensioni ordinarie rispetto al 2016.

La gestione che registra la variazione minore è la Quota B del Fondo Generale (+ 1,36%), mentre la specialistica ambulatoriale presenta l'aumento maggiore (+35,96%). Di rilievo è anche l'incremento dei nuovi pensionati della medicina generale (+ 21,13%), mentre specialistica esterna e la Quota A del Fondo Generale presentano incrementi meno rilevanti pari rispettivamente a 7,22% e 2,46%.
I dati sui pensionamenti della medicina generale mostrano un costante aumento dell'età media al momento del pensionamento. Il dato, che aveva raggiunto nel 2012 un minimo di 65 anni, ha registrato una crescita continua fino ai 67,6 anni del 2017.
Complessivamente i medici di famiglia che sono andati in pensione lo scorso anno sono stati 1.720, con un +21% rispetto all'anno precedente (quando erano stati 1.420) e +92% rispetto alle 898 unità del 2014.

PATRIMONIO DIVERSIFICATO E RISERVA LEGALE INCREMENTATA

Nel 2017 il patrimonio della Fondazione ha visto salire a poco più di 5 miliardi di euro la quota investita in attività immobiliari. La percentuale del mattone sul totale è in calo (nel 2017 è calata dal 27 al 26 per cento) per effetto del netto aumento degli investimenti finanziari che si attestano poco oltre i 14 miliardi di euro, con un balzo di circa 1 miliardo.
In totale gli investimenti nell'ultimo anno hanno portato un utile di **420 milioni di euro lordi** nel bilancio civilistico dell'Ente. Da questa cifra vanno sottratti 16 milioni di euro di commissioni e soprattutto **110 milioni di euro in tasse**. La rendita netta del capitale si assesta dunque sulla **cifra netta di 294 milioni di euro**.
Calcolato a valori di mercato il patrimonio dell'Enpam ha superato i 20,9 miliardi di euro e nel 2017 ha avuto una **redditività complessiva del 4,1%** al netto di costi di gestione e di tasse.
Si conferma con tali dati la solidità dei conti dell'Enpam.
Incrementata anche la riserva legale che arriva ora a quasi 20 miliardi di euro e che permetterebbe all'ente di continuare ad erogare pensioni per parecchi anni anche in assenza di entrate contributive.
Il dato garantisce i pensionati attuali e futuri perché sta ad indicare che Enpam ha un patrimonio sufficiente a pagare gli assegni anche nel caso in cui dovessero verificarsi crisi o eventi inattesi.
In ogni caso lo scorso anno i numeri si sono rivelati migliori rispetto a quelli che gli attuari avevano prospettato nel bilancio tecnico dell'Ente.
Tele dato rassicura anche sul fatto che l'ente è in vantaggio sulla tabella di marcia della sostenibilità a 50 anni fissata dal bilancio tecnico e dalle leggi che impongono tale cifra come quella che si dovrà raggiungere per garantire la completa solidità. Attualmente tale riserva è pari a 13 volte l'ammontare delle pensioni pagate nell'anno. IL che significa che anche in assenza di entrate contributive l'ente sarebbe in grado di pagare le pensioni per 13 anni.
Nel frattempo serve porre estrema attenzione alla questione del rimpiazzo professionale, indispensabile a mantenere elevate le entrate contributive, e monitorare con attenzione il cambiamento demografico ed anche quello tecnologico.
Per il futuro l'impegno è di costruire

una nuova sicurezza sociale per la categoria e i giovani iscritti e, grazie a un patrimonio che a valore di mercato supera i 20 miliardi di euro, alimentare investimenti circolari capaci cioè di creare valore professionale per tutti i medici e gli odontoiatri.
In tal senso si stanno sviluppando offerte per la crescita occupazionale (prestiti d'onore, mutui agevolati per l'acquisto e l'arredo dello studio professionale, etc..) che possano sostenete l'occupazione e di qui l'entrata contributiva.
Gli iscritti Enpam sono saliti a 363.670, cifra che comprende anche i 2.004 studenti delle Facoltà di Medicina e Odontoiatria dal V anno di corso. Significativo il vantaggio dell'iscrizione precoce: da una parte l'iscrizione da diritto alla copertura assicurativa per l'eventuale insorgenza di invalidità (Long Term Care), dall'altra permette un allungamento del periodo di anzianità contributiva.
Il numero di medici e di odontoiatri attivi registra invece una flessione rispetto alle 362.391 unità dello scorso anno.
Aumentano i pensionati, a conferma del movimento massiccio verso la pensione previsto dai bilanci tecnici: nel 2017 sono arrivati a 111.770 unità, con un incremento del 5,72 per cento rispetto ai 105.721 del 2016.
Un dato ancora stridente: continuano ad essere elevati, e sono in crescita, le cifre relative ai costi degli organi istituzionali, che nelle intenzioni della riforma del 2012 avrebbero dovuto invece calare.
Nel corso del 2017 tale cifra è stata pari a 3,9 milioni di euro. Nel 2012 la cifra era di circa 3,4 milioni di euro.
In tal senso sono arrivate le critiche da parte di alcuni Presidenti di Ordine.
Che non hanno peraltro mancato di sottolineare come alcuni componenti l'attuale CDA della Fondazione e del Collegio dei Revisori dei Conti, compaiano come membri componenti anche nei Consigli di amministrazione e nei collegi dei revisori di società controllate da ENPAM e che con tale duplicità di incarichi raddoppino sia l'indennità di carica che i gettoni di presenza.
Da segnalare infine il fatto che con la nuova convenzione per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta, ora ENPAM sia il titolare del contratto stipulato con la Cattolica Assicurazioni per la copertura dei primi 30 giorni di malattia.
La nuova polizza prevede una serie di miglioramenti (franchigie e massimali più vantaggiosi rispetto la vecchia polizza con Generali Assicurazioni) e per la presenza capillare sul territorio sia in grado di definire in tempi più rapidi le procedure di liquidazione.

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 ulteriori reminescenza, 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.

ANNUNCIO NUOVO CORSO FAD SU "I MARCATORI TUMORALI"

Dal 22 febbraio 2018 è stato attivato sulla piattaforma FadInMed (www.fadinmed.it) il nuovo corso FAD della FNOMCeO, ***"I marcatori tumorali"*** *(ID 218016), gratuito per medici e odontoiatri, che permette di conseguire 10 crediti ECM.*
Dai dati disponibili risulta che in Italia la prescrizione dei marcatori in Italia è molto più frequente di quanto presupporrebbe l 'epidemiologia dei tumori solidi, suggerendo un'inappropriatezza prescrittiva per eccesso, con conseguente elevato rischio di sovradiagnosi. Numerosi fattori contribuiscono a indurre questa eccessiva prescrizione: il timore del medico di "mancare" una diagnosi, il bisogno di rassicurazione del paziente, il fatto che il marcatore è un test poco invasivo e facilmente disponibile, la fiducia acritica nelle nuove tecnologie, l'attitudine a ritenere che "di più è meglio".
L' impiego dei marcatori in oncologia è quindi esempio di come uno strumento importante per un'ottimale gestione del paziente venga spesso usato in modo improprio.
Il corso si propone di offrire indicazioni evidence based circa l'applicazione, in modo appropriato, dei marcatori nei diversi scenari di pratica clinica.

Sottoscritta la preintesa per il rinnovo dell'accordo collettivo nazionale (ACN) per la medicina generale (MG)

In data 29 marzo 2018, dopo anni di gestazione, ha visto la luce il primo abbozzo di rinnovo della contrattazione collettiva della MG. La situazione si trascinava ormai dal 2010, annualità dalla quale cominciano a datare gli arretrati previsti nella preintesa, a prezzo di sola rivalutazione ISTAT, incrementale fino al 2017, da 35 centesimi (2010) a euro 1,28 (2017) per assistito/anno per i medici di famiglia, e da 11 centesimi a 41 centesimi per ora svolta per i medici di continuità assistenziale.
Gli obiettivi che la preintesa si pone esplorano le seguenti aree:
Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale:

- PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (PNC)
  "Nell'ambito dell'attuazione del PNC a livello regionale e per migliorare la gestione della cronicità, viene valorizzato il ruolo del medico di medicina generale prevedendo una partecipazione attiva nella valutazione dei casi e nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea. In particolare, per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e per assicurare maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini particolare rilievo sarà attribuito al loro ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico".

- PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2017-2019
  "Riconoscimento e implementazione del ruolo del medico di medicina generale nell'attuazione del P.N.P.V., prevedendo una attiva partecipazione nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate".

- ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO
  "Viene ribadita la necessità di promuovere un cambiamento culturale nell'approccio ai bisogni di salute e allo stesso tempo viene sottolineata la necessità di giungere ad una integrazione delle reti territoriali della medicina generale e delle loro forme organizzative con strutture, servizi e altre figure del territorio nonché il coinvolgimento dei medici nella diagnostica di primo livello".

- GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA
  "Viene riconosciuto ai medici di assistenza primaria un ruolo effettivo nei percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni e per le forme organizzative dei medici di medicina generale previsto il coinvolgimento delle nei processi di budgeting aziendali".

Velocizzazione dell'accesso dei giovani medici: allo scopo di velocizzare l'inserimento in graduatoria regionale dei medici, "possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria". In materia di graduatorie per incarichi provvisori, limitatamente agli incarichi di sostituzione, a seguito dei medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio e dei medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda per la graduatoria regionale, i medici vengono così graduati:

- medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale
- medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994
- medici iscritti ai corsi di specializzazione.

Assegnazione di incarichi di assistenza primaria: concordemente col punto precedente, possono concorrere all'assegnazione "i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda".
Tutela della gravidanza: l'astensione obbligatoria per la gravidanza non determina riduzione del punteggio per la formazione della graduatoria per i conseguenti periodi di sospensione dall'attività convenzionale.
Regolamentazione del diritto di sciopero: viene accluso un allegato con quelle che vengono riconosciute le prestazioni indispensabili da non far mancare in caso di esercizio del diritto di sciopero.
Sicurezza delle sedi di Continuità Assistenziale: "Le parti concordano che, al fine di garantire adeguati livelli di sicurezza per i medici di continuità assistenziale, l'attività ambulatoriale, sentito il Comitato aziendale, venga svolta solo presso sedi idonee e che nell'ambito degli AIR, in coerenza con la programmazione regionale, vengano definite le modalità organizzative per regolamentare il libero accesso dei pazienti in orari diurni e serali prestabiliti e divulgati ai cittadini".

Farmaci senza fustella, il Mmg che li detiene rischia fino a tre anni di reclusione

È indispensabile non abbiate tra i vostri farmaci confezioni prive delle fustelle ovvero già erogate dal Servizio sanitario». Il messaggio urgente e accorato ai medici di famiglia arriva dal segretario Fimmg veneto Domenico Crisarà, dopo che i Nas hanno denunciato 13 generalisti padovani per la detenzione di confezioni senza fustella. I farmaci, non scaduti, erano stati consegnati da familiari di assistiti deceduti per distribuirli a pazienti meno abbienti, o comunque ad altri assistiti, come accade per i campioni che il medico detiene: una consuetudine dettata dalla volontà di non sprecare un bene che può salvare vite ma che la legge italiana proibisce. «È necessario -continua l'appello di **Crisarà** ai colleghi- che i pazienti che vi danno l'opportunità di riutilizzare questi farmaci senza fustella siano invitati a contattare il Servizio farmaceutico dell'Ulss per farsi fornire indirizzo e orari di accettazione perché sono solo le farmacie ospedaliere a ritirare quelle confezioni». Già, per quei medicinali l'alternativa al contenitore dei rifiuti della farmacia non è nello studio del medico. Un decreto del 6 luglio 1999 ("linee direttrici in materia di distribuzione di medicinali per uso umano") e ulteriori linee guida del 2013 sulla distribuzione - per la verità più attinenti al grossista - impongono norme severissime di tracciabilità. I problemi sono in sostanza due: primo, com'è emerso nell'intervista rilasciata a Fimmg Lazio Tv dalla farmacista **Domenica Tassielli** vicepresidente del Comitato Etico Lazio 1, il medicinale senza fustella è stato acquistato in farmacia per il paziente deceduto, per quel paziente la farmacia è stata pagata dal SSN, non dovrebbe trovarsi in distribuzione dal medico; tanto più - secondo motivo, emerso a margine dell'inchiesta padovana - che l'articolo 443 del codice penale punisce con l'arresto e fino a 3 anni di reclusione chi detenga per il commercio o ponga in commercio o somministri medicinali guasti o imperfetti. Quest'ultimo risulta appunto il capo d'accusa per i tredici medici di famiglia veneti, seguiti dai legali dei sindacati di riferimento «almeno per quanto riguarda Fimmg», dice **Crisarà**. Il quale sottolinea parla di normativa "cieca": «Rivolgersi allo studio del curante, il posto dove è più naturale siano riportati medicinali già pagati dal Ssn, viene considerato illegittimo e così anziché tutelare la sostenibilità del sistema gli si arrecano danni importanti. Non trovo altro aggettivo che importante o ingente per definire la cifra che la sanità risparmierebbe se tutti i 45 mila medici d'Italia procurassero ciascuno un risparmio medio di 30-40 euro l'anno». La normativa, come puntualizza **Tassielli**, è peraltro chiara su ciò che i medici possono e non possono detenere in studio: sì ai campioni gratuiti rilasciati dai fornitori con tanto di bolla, formale accettazione del medico, indicazione del lotto e della data di scadenza, che il Mmg dovrà controllare al momento della consegna eventuale del medicinale; sì all'adrenalina e ai farmaci che il medico ritiene di dover utilizzare all'occorrenza (anche antipiretici ed antibiotici) se autoprescritti su ricetta bianca e regolarmente acquistati in farmacia dal medico a pagamento: potranno essere dedotti l'anno dopo come oneri dello studio. Mai invece farmaci senza fustella e non tracciati; al paziente che meritoriamente vorrebbe non sprecare la medicina, andrà al più indicata la strada della Onlus, che distribuisce quei medicinali a immigrati non iscritti alle liste Asl o con problemi di permesso, o della farmacia ospedaliera.

MAURO MISERENDINO

Deducibilità del costo dei carburanti

Abolizione della scheda carburante
La legge di bilancio 2018 ha decretato l'abolizione della c.d. "scheda carburante". Il comma 926 dell'art. 1 della legge n. 205 del 2017, infatti, abroga, con decorrenza 1° luglio 2018, il d.P.R. n. 444 del 1997, recante il regolamento sulla scheda carburante quale documento sostitutivo della fattura per gli acquisti di carburante per autotrazione. Conseguentemente, come disposto dal comma 920 dell'art. 1 della L. n. 205 del 2017, a far data dal 1° luglio 2018, le cessioni di carburante per autotrazione presso impianti stradali verso tutti i soggetti titolari di partita IVA, dovranno essere certificate con l'emissione della fattura elettronica. Se fino ad oggi, per effetto delle disposizioni recate dal D.L. n. 70 del 2011, è possibile avvalersi, per i soggetti passivi IVA che acquistano carburante per autotrazione, in via del tutto facoltativa, dell'esonero della tenuta della scheda carburante, a condizione che siffatta modalità di documentazione sia utilizzata per tutti i mezzi aziendali, dal 1° luglio 2018 diventerà un obbligo.
Ciò significa che sarà onere del benzinaio, ogni qualvolta effettuerà un rifornimento ad un soggetto titolare di partita IVA, emettere una fattura elettronica, anche per una sola operazione.
Onere che appare comunque spropositato se rapportato all'obiettivo di arginare gli abusi derivanti dall'autocertificazione dei costi per carburanti: abusi che sembrerebbero essere già ampiamente scongiurati dall'obbligo del pagamento con moneta elettronica.

COMMISSIONE FISCO FIMMG

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 11 e di spedirlo all'Ordine (Via Locatelli 1, 37122 Verona).

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN MEDICINA GENERALE

Cognome - Nome	Località	Dipl. formaz. M.G.	Telefono 1	Telefono 2
ALTIMARI MARIA FRANCESCA	Verona	NO	333 9408750	
ANSELMI BIAGIO	Zevio	NO	349 7108842	
ASHRAF MOHAMED YOUMIS	Grezzana	NO	380 7808521	
AVESANI ANNA	Verona	NO	340 3415149	
AVESANI MARIA	Verona	SI	349 7566774	
AYYAD LAYLA	Verona	NO	340 9243923	
BARAKAT ZIAD	Verona	NO	334 9594162	
BARONI ANNA	San Bonifacio	NO	347 2613726	
BELLESINI CHIARA	Verona	NO	349 6818732	
BENINI ANNACHIARA	Lavagno	NO	340 9091758	
BENINI LAVINIA	Verona	NO	345 9316783	
BENINI PIETRO	Verona	NO	045 8003543	389 9136652
BERNASCONI RICCARDO	Verona	NO	347 3023695	045 956158
BERTASSELLO PAOLO	Verona	NO	340 2220831	
BERTOLINI CHIARA	Verona	NO	348 7442726	
BIANCHI ANNALISA	Verona	SI	347 6747424	
BIONDAN MARTA	Ronco all'Adige	NO	380 7080065	
BIONDARO ARIANNA	Albaredo d'Adige	NO	347 8616643	
BIXIO RICCARDO	San Bonifacio	NO	346 4959572	
BONDAVALLI TOMMASO	Verona	NO	340 8571236	
BONETTO JACOPO	S. Michele Extra	NO	340 5056429	
BORGHESANI MICHELE	Verona	NO	340 8505298	
BRAGGIO LEONARDO	Verona	NO	348 3141779	
BRAVIN GIOVANNI	Verona	NO	340 3135628	
BRUNO PAOLO	Verona	NO	334 7669247	
BUSTI FABIANA	Nogarole Rocca	NO	349 6778910	
BUTTURINI CATERINA	Verona	NO	340 3328631	
CACCIATORI LISA	Sona	NO	333 4416343	
CARAMORI ALBERTO	Sanguinetto	NO	349 6002670	
CASATO CLAUDIA	Verona	NO	349 7346949	
CAVALLINI CHIARA		SI	045 7902665	
CAZZOLA ANDREA	Casaleone	NO	340 9870019	
CICCO PIERDOMENICO	Verona	SI	320 8713801	
COLLA FIAMMETTA MARIA	Verona	NO	340 1006435	
COLPO SILVIA	Vigasio	NO	348 0322252	
CORONA DANIELE	Verona	NO	347 7224648	
COSARO ELISA	Verona	NO	348 0105135	
COSTA MARCO	Verona	NO	349 6607297	
CREMA ALBERTO		NO	338 4074108	
CROCE JACOPO	San Giovanni Lupatoto	NO	349 6214059	045 549442
DALLA VALLE MICHELA	Verona	NO	3333449549	
DE GUIDI GIULIA	Verona	NO	349 8618117	
DE TOGNI FRANCESCA	Zevio	NO	329 8509348	
DI LECCE IRENE	Verona	NO	340 4660932	
DONELLA ENRICA	Verona	NO	333 2989936	
ELIO GIOVANNI	Vigasio	NO	346 2210153	
EPURE MIHAELA CRISTINA	Verona	SI	392 7509915	045 8400667
ERBICI GLORIA	Verona	NO	340 9325401	
FERRARI MARCO	Verona	NO	393 5856968	
FORIERI ELISA	Verona	NO	340 8742930	
FORMAGLIO ANDREA	Castagnaro	NO	328 5354060	
FORMENTI SERENA	Verona	NO	347 9470017	
FRAMBA VIVIANA	Verona	NO	345 9298406	
FRANCHINI ANNALISA	Casella di Sommacampagna	NO	345 4659511	
GELMINI VALENTINA	Verona	NO	347 5045135	
GHIRELLI ANGELICA	Verona	NO	340 6560430	
GIARLETTA MARIO	Verona	NO	340 4664682	

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN MEDICINA GENERALE

Cognome - Nome	Località	Dipl. formaz. M.G.	Telefono 1	Telefono 2
GIOELI FEDERICA	Verona	NO	348 0394896	
GOIO ELISABETTA	Verona	NO	349 4316232	
GOLABEK GIORGIA	Verona	NO	340 2951484	
GOZZO ALESSANDRA	S. Ambrogio Valpolicella	NO	340 5968592	
GRASSO DANIELA	Domegliara	NO	349 5578380	
GUARDALBEN EMANUELE	Verona	NO	347 9420737	
HAIEK EDWARD	Sommacampagna	NO	347 7209800	
IDOLAZZI CHIARA	Negrar	NO	340 8445299	
INGRA' JESSICA	Verona	NO	347 1113134	
KODO ALEXIX	Verona	NO	333 7419076	
LAITI SILVIA	Pescantina	NO	347 8678674	
LATTANZI FEDERICO	Cadidavid	NO	339 2303142	
LAVINI ANNA	Verona	NO	347 3699688	
LAVINI GIULIA	San Bonifacio	NO	347 4785503	
MACCHIONE GILDA	Verona	NO	389 1503087	340 7311326
MAGALINI FEDERICA	Verona	NO	340 9697268	
MANTOVANI ALESSANDRO	Verona	NO	340 3047101	
MANTOVANI ALESSIO	Verona	NO	349 3594674	
MANZATO ANDREA	S. Ambrogio Valpolicella	NO	347 5739179	
MARTINELLI ELENA	Colognola ai Colli	NO	347 9472310	
MARTINELLI FEDERICO	Verona	NO	340 2712705	
MARTINI NICOLO'	Verona	SI	335 5940186	
MASSARUTTO ALESSIA	Sommacampagna	SI	328 2660746	
MASTELLA CARLOTTA	Verona	NO	389 4823311	
MAURELLI MARTINA	Valeggio s/M	NO	331 3344720	
MELLA ALESSANDRO	S. Giovanni Lupatoto	NO	340 3180984	
MIGLIOZZI MARIA	Verona	NO	349 7043877	
MIOSO VITTORIO	Isola della Scala	NO	346 7788712	
MIRANDOLA CARLOTTA	Buttapietra	NO	347 3798892	
MIRANDOLA MARIA TERESA	Verona	NO	349 3312420	
MOORE ELMOR	Verona	NO	340 1444038	
MORANDINI BIANCASTELLA	Rivoli V.se	NO	338 1439733	
MUNARI ANDREA	S. Pietro Incariano	NO	333 5836979	
MURARI ANGELA	Albaredo d'Adige	NO	340 7088508	
NARDI CLAUDIA	S. Martino B.A.	SI	349 1560846	
NEGRI CLAUDIA	Verona	NO	340 3246953	
NICOLIS ANDREA	Vigasio	SI	340 9409403	
OBINU LUCA	Verona	SI	346 0237386	
OMEGA LUCA	Verona	NO	339 6790188	
PASOTTI CHIARA	Garda	NO	3481041486	
PATUZZO SERENA	Isola Rizza	NO	366 6097997	
PEDUZZI GIULIA	Pescantina	NO	349 2107397	
PERBELLINI SEBASTIANO	Verona	NO	348 6704762	
PETTENUZZO ROBERTO	Buttapietra	NO	045 6660027	339 6400855
PIOVESAN RAFFAELLA		NO	349 1391744	
POLI CRISTIAN	Buttapietra	NO	380 4108812	
PRIOR ENRICO	Verona	NO	342 0835033	
PRIORI DARIO	San Bonifacio	NO	348 5626487	
PUPELLO BENEDETTA	Verona	NO	340 6166342	
RODA VALENTINA	Verona	NO	345 9277566	
ROSSI MARIANNA	Verona	NO	340 6763709	
ROSSI ROBERTA	Grezzana	NO	340 6015758	
ROSSIGNOLI SARA	Isola della Scala	NO	340 2765708	
SCIMEMI ALBERTO	Bardolino	NO	348 5431194	
SETTI ORSOLA MARIA	Verona	NO	347 3434157	
SIST CHIARA	Verona	NO	348 0354299	
STEFANI KRISANA	Verona	NO	320 2836639	
TACCHELLA ALESSANDRO	Verona	NO	348 8166605	
TACCHELLA GLORIA	Colognola ai Colli	NO	348 3704755	
TANZILLO GIUSEPPE		NO	392 4291194	
TIN ELEONORA	Villabartolomea	NO	348 2978163	
TISATO MARIA GIULIA	Verona	NO	340 8348667	
TORRESANI STEFANIA	Cerea	SI	340 3934368	
TREVISAN VIRGINIA	Verona	NO	349 6224113	
TURRINA GIULIANO	Castel d'Azzano	NO	348 3126364	
URCIUOLI BEATRICE	Verona	NO	348 8581691	
VARALTA MARIA SILVIA	Verona	NO	340 6242122	
VERALDI VITALIANO	Verona	NO	328 5679985	
VICENZI EDOARDO	S. Ambrogio Valpolicella	NO	333 7147623	
ZAMPIERI ANNACHIARA	Colognola ai Colli	NO	340 9879196	
ZENATI ENRICO	Verona	NO	347 7762034	

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN PEDIATRIA

Cognome - Nome	Località	Spec. in Pediatria	Telefono 1	Telefono 2
ASHRAF MOHAMED YOUNIS	Grezzana	NO	380 7808521	
BARONI ANNA	San Bonifacio	NO	347 2613720	
BATTOCCHIO GIULIA	Verona	NO	349 6692605	
BONOMO BEATRICE		SI	339 6937438	
BORGHESANI MARISA	Verona	SI	360 566631	340 1461078
BRUNELLI MARIA ANGELA	Negrar	SI	339 8433614	
BRUNO PAOLO	Verona	NO	334 7669247	
CANGIANO GIULIA	Verona	SI	389 1620561	
CERAVOLO ROSSANA	Verona	SI	338 3641543	
EPURE MIHAELA CRISTINA	Verona	NO	392 7509915	045 8400667
FERRARI MARCO	Verona	NO	393 5856968	
GANGIANO GIULIA	Verona	SI	389 1620561	
GIARLETTA MARIO	Verona	NO	340 4664682	
MARTINELLI ELENA	Colognola ai Colli	NO	347 9472310	
MASCHERINI ELEONORA	San Bonifacio	SI	333 8356927	
MASTELLA CARLOTTA	Verona	NO	389 4823311	
PAIOLA GIULIA	Cologna Veneta	SI	349 5060447	
ROSSIGNOLI SARA	Isola della Scala	NO	340 2765708	
SANSOTTA NAIRE	Verona	SI	329 7158223	
TENERO LAURA	Lavagno (VR)	SI	349 5114175	
TEZZA GIOVANNA	Verona	SI	340 6687216	
TURCO CAMILLA	Verona	SI	347 5156098	
VOLTOLINI CLAUDIA	Montorio	SI	340 5803066	320 3821013
ZANONI LAURA	Verona	NO	349 2249827	

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 597902 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 mercoledì 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 lunedì e mercoledì dalle ore 09,00 alle ore 12,00.

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.

Chi cerca... trova

Preghiamo chi è interessato a compilare il modulo che si trova a pag. 15 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 permetterne 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

AFFITTASI ambulatorio nuovo, bello e confortevole, a Verona (Ponte della Vittoria). Canone fisso mensile di sicura convenienza e comprensivo di tutto. Tre studi già molto avviati, con 8 medici. Giorni possibili di utilizzo: lunedì, giovedì e sabato.
Tel. 335 353823
Tessera Ordine n. 4964

Dossobuono (VR). Studi Medici Catullo, finemente arredato, composto di reception, attesa e vari studi, **DISPONE** di stanza libera per specialisti. A disposizione del medico e del paziente i migliori servizi, parcheggio fronte studio, receptionist, accoglienza pazienti, WiFi, segreteria, agenda, calendario.
Tel. 045 987099 o 334 1109488

Dossobuono (VR). Studio medico oculistico già avviato, comprensivo di Campo Visivo, OCT, conta endoteliale e modulo test patente, **RICERCA** Oculista per collaborazione con oculisti e ortottista presenti. A disposizione del medico e del paziente i migliori servizi, parcheggio fronte studio, receptionist, accoglienza pazienti, WiFi, segreteria, agenda, calendario.
Tel. 045 987099 o 334 1109488

Causa cessazione attività per pensionamento, **OFFRO** lettino da visita e n. 3 vetrinette per medicine/medicazioni, anche separatamente.
Tel. 347 6456145
Tessera Ordine n. 4129

VENDESI a Rovigo presso Area Tosi, ufficio-ambulatorio di 115 mq., composto da: ingresso/reception con sala attesa, n. 3 uffici e doppi servizi e al piano superiore: 2 uffici con ripostigli. Condizioni generali ottime (aria condizionata - arredo - ascensore - porta blindata - riscaldamento autonomo).
Tel. 335 6568717

CEDESI studio dentistico accreditato con contratto con sistema sanitario regionale e budget assegnato, inoltre convenzionato con principali fondi integrativi. Periodo previsto per subentro: fine 2019, disponibilità successiva ad affiancamento per alcuni mesi.
Cell. 345 5173855
Tel. 045 584575 - 045 8520632
Iscrizione Albo Odontoiatri n. 109

CERCO collega odontoiatra esperto in endodonzia per collaborazione.
Studi zona S. Bonifacio - Vicentino.
Tel. 335 6157573
Iscrizione Albo n. 175

Studio dentistico avviato della provincia di Verona **CERCA** odontoiatra per seria e duratura collaborazione. Si cerca un professionista serio che si occupi prevalentemente di conservativa ed endodonzia, con spiccate capacità relazionali ed attitudine al rapporto interpersonale.
Tel. 328 4010848
Tessera Ordine n. 1151

CERCO colleghi interessati a condividere uno studio sito in Valpolicella, a San Pietro in Cariano. Lo studio, ubicato in un nuovo centro polifunzionale, è completamente arredato, con ampio parcheggio gratuito adiacente. Disponibilità di una o più giornate settimanali, incluso il sabato e di mezze giornate.
Per informazioni: Dott.ssa Daniela Zardini
Tel. 340 2865879
e-mail: dzardini@gmail.com
Tessera Ordine n. 5135

CERCO dott./dott.ssa, laureato/a in ortodonzia, con esperienza di collaborazione in altri studi sul campo lavorativo. Contattare se interessati per colloquio.
Tel. 348 5805769
Tessera Ordine n. 615

CERCO studio dentistico in Veneto, 2-3 poltrone, a norma. Se seriamente interessato a cederlo entro l'anno.
Tel. 347 1575001

Odontoiatra, Laurea con lode, 10 anni di esperienza **OFFRO** collaborazione in protesi, conservativa, endodonzia. Consulenza qualificata. Utilizzo tutte le tecniche. Massima serietà e professionalità.
Tel. 347 1575001

La Biosoc S.r.l., Centro Analisi e Poliambulatorio di Badia Polesine (RO), **CERCA** Medici interessati ad eventuale collaborazione presso la nostra sede. Stiamo cercando un cardiologo, un allergologo ed un fisiatra. Sul nostro sito (www.biosoc.it) troverete tutte le informazioni inerenti al centro.

CEDESI causa trasferimento, avviato studio dentistico a Grezzana (Verona).
Tel. 328 2128057
Tessera Ordine n. 881

OFFRESI a Lecce, sul mar Adriatico, villa immersa nel verde, nei mesi estivi. Posto auto. Prezzo modico.
Tel. 340 7229511
Tessera Ordine n. 8504

AFFITTO studio medico arredato, a Salizzole, in via Mantegna, 42. Facile da raggiungere, con ampio parcheggio, comprensivo di tutte le utenze e materiali di consumo ad euro 122,00 (con IVA) al mese per un giorno alla settimana.
Tel. 347 4410376
Tessera Ordine n. 3918

VENDO villetta a schiera in residence zona alto lago, vicinissima al lago e con vista incantevole.
Tel. 347 4522729
Tessera Ordine n. 4922

Affermato e prestigioso studio dentistico **CERCA** collaboratore conservativa-endodonzia. Possibilità subentro.
Tel. 338 7906621

OFFRO a S. Martino Buon Albergo, in posizione strategica, studio medico di 80 mq., composto da: sala d'attesa più 3 locali e 3 servizi con wc più lavabo e posto auto riservato.
Tel. 347 8893834
Tessera Ordine n. 4249

SI AFFITTA uno studio Odontoiatrico autorizzato USL, attrezzato all'interno di un Poliambulatorio.
Se interessati, contattare la segreteria del Poliambulatorio 045 7901331

Poliambulatorio **CERCA** medico odontoiatra cinese autorizzato in Italia, per collaborare con nostro studio visto l'aumento di pazienti cinesi.
Tel. 045 7901331

Studio dentistico **SELEZIONA** pedodontista/ortodonzista con esperienza per collaborazione.
Tel. 366 2960429
Tessera Ordine n. 825

AFFITTASI ambulatorio/ufficio al piano terra in Lungadige Catena (quartiere Navigatori), a norma e comprensivo di luce, riscaldamento e spese condominiali.
Tel. 366 2960429
Tessera Ordine n. 825

AFFITTASI signorile appartamento, completamente ammobiliato, situato a Verona in via C. Abba 12 (IV piano con ascensore), a pochi passi dal centro; composto da: 1 cucina, 1 ampia sala da pranzo con salotto, 2 camere da letto, 1 camera da letto più piccola attualmente adibita a studio, doppi servizi, cantina e posto auto al coperto.
Tel. 045 594076 (ore pasti)
Tessera Ordine n. 3036

AFFITTASI in centro Avesa, bilocale ristrutturato ed ammobiliato con garage, no spese condominiali.
Tel. 320 4321569

VENDO lettino pieghevole e arredamento studio professionale, completo di scrivania con cassettiera, libreria e mobiletti, per cessazione attività. Inoltre **CEDO** vari trattati e libri tra cui Cecconi Medicina Interna, Pellegrini Medicina Legale, 7 e 12 volumi completi, aggiornamenti medici monografici Minerva Medica.
Tel. 045 596129
Tessera Ordine n. 1001

CEDO studio odontoiatrico in Bussolengo, per raggiunti limiti d'età. Avviamento trentennale. Iniziale collaborazione per passaggio della clientela.
Tel. 045 7151978

OFFRO in affitto a Lignano, Villa con giardino, con 8 posti letto e 2 bagni.
Tel. 349 8052644 (ore serali)
Tessera Ordine n. 643

A Garda, in residence con piscina, **AFFITTO** nei mesi estivi, appartamento con 4 posti letto e terrazza con vista lago.
Tel. 349 8052644 (ore serali)
Tessera Ordine n. 643

VENDO lettino da visita con supporto per lenzuolino. Usato pochissimo.
Tel. 338 2223484
Tessera Ordine n. 7542

Odontoiatra **OFFRE** collaborazione in conservativa, endodonzia, protesi chirurgica, per 1-2 giorni a settimana.
Tel. 328 7777373
Tessera Ordine n. 01307

Causa inutilizzo per pensionamento, **VENDO** STAMPANTE EPSON WP-4095 ideale per medico di famiglia o per ufficio. Doppio cassetto (ricetta dematerializzata e ricetta rossa o bianca), fronte-retro, riduzione costi di gestione del 50% (cartucce separate ad alto rendimento che stampano fino a 3400 pagine ciascuna), economica ed ecologica, consente di stampare da smartphone e tablet.
Euro 115.
Tel. 347 9275754

Medico dentista con 38 anni di attività, **OFFRESI** per Direzione Sanitaria.
Tel. 349 6107282
Tessera Ordine n. 6387

Per cessata attività **VENDO** libreria a 6 ante e scrivania in stile, più poltrona e altri accessori.
Tel. 348 5183041

Medico di Medicina Generale, con studio ben avviato, **CERCA** Collega specialista per condividere nuovo e prestigioso ambulatorio a Bolzano, zona centrale e facilmente raggiungibile, canone di locazione molto interessante.
Per informazioni e contatti scrivere a:
medicinagenerale@email.it

VENDO lettino pieghevole.
"Cecconi Michele Medicina Interna", "Pellegrini Medicina Legale" 7 e 12 volumi completi. Aggiornamenti mensili monografici Minerva medica, vari trattati e libri per cessazione attività.
Telefonare ore pasti: 045 596129

AFFITTO in immobile ristrutturato, in studio odontoiatrico, 2 locali (studio medico/ambulatorio) adatto ogni specialità. Contesto accogliente, composto di reception, sala d'attesa, due servizi. Aria condizionata, parcheggio. Ottimo.
Zona B.go Milano.
Tel. 335 456251
Tessera Ordine n. 6232

AFFITTO anche solo 1 o 2 giorni alla settimana, studio medico arredato, in Corso Milano (Verona). Facile da raggiungere. Ampio parcheggio (200 euro al mese per 1 giorno a settimana; 300 euro al mese per 2 giorni a settimana. Comprensive di tutte le utenze e materiali di consumo.
Per informazioni: 347 7050701

Studio dentistico in provincia di Rovigo con attività lavorativa trentennale, **CERCA** odontoiatra con esperienza per collaborazione.
Per contatti telefonare al numero 0425 87690 (martedì e venerdì dalle 15.00 alle 18.30) oppure 0442 320279 (dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.00 e dalle 14.30 alle 19.00).

OFFRO Volkswagen Golf 1.6 TDI, 5 porte, allestimento Highline. Aprile 2011.
km 34.000.
Tel. 347 5343372
Tessera Ordine n. 4710

Poliambulatorio appena ristrutturato, accessoriato e dotato di moderno Ecografo completo di sonde compresa quella cardiologica, annesso a rinomato Studio Dentistico in zona Borgo Trento, **CERCA** Medici Specialisti da inserire come Collaboratori nella propria struttura.
Per approfondimenti e informazioni, chiamare il 348 9024747

VENDO casa di 60 mq in Grecia (Isola di Serifos, Cicladi). Composta da: cucina, soggiorno, cameretta/studio, camera matrimoniale e 2 ampie terrazze.
Vista sulla Baia a 100 m.
Tel. 339 3425073
Tessera Ordine n. 5463

In bellissima struttura in ZAI, tra Adigeo ed Esselunga alla Fiera, Ambulatorio Polispecialistico con giardino e comodo Park privati, dotato di Ecografi GE con sonda vascolare, parti molli ed Ecocardiografo dedicato, Ecografo Ginecologico con sonda transaddominale e transvaginale e colposcopio, **RICERCA** specialisti da inserire nel proprio staff.
Tel. 348 4713912
e-mail: caneva@salutesicurezza.it
Tessera Ordine n. 04551

Lo studio dentistico associato dott.ri Lovato **CERCA** pedodontista con esperienza per collaborazione. Tra le varie tecnologie, lo studio si avvale di ozonoterapia e sedazione cosciente con protossido di azoto. Gli odontoiatri interessati possono usare il contatto telefonico: 0442 320279 oppure inviare il curriculum vitae all'indirizzo mail: lovatocerea@tiscali.it

AFFITTASI locale presso studio medico a collega specialista in Verona, zona Borgo Trieste.
Tel. 320 8823111
Tessera Ordine n. 0291 - 2258

AFFITTO appartamento arredato di 125 m², in via Tonale (Borgo Trento).
Tel. 347 3107332
Tessera Ordine n. 6165

AFFITTASI a Piazzale Stefani, vicino ospedale Borgo Trento, appartamento ammobiliato, composto da: cucina abitabile, due camere da letto, un salone e due bagni.
Tel. 333 4221326

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

Studio Medico a S. Giovanni Lupatoto zona piscine **AFFITTO** locale arredato in studio medico composto da: ingresso, sala d'attesa, servizi, due ambulatori. Ampio parcheggio, clima, piano terra. Canone mensile da definire in base all'utilizzo.
Per contatti: mara@ghinimara.com
Tessera Ordine n. VR4722

AFFITTO anche solo 1 o 2 giorni alla settimana ampio studio medico arredato, nuovissimo, in zona prestigiosa adiacente P.te Vittoria, comodo al parcheggio Arsenale, comprese tutte le utenze e materiali di consumo (spese condominiali, riscaldamento/raffrescamento, luce, PC, stampanti, carta A4, telefono, internet, detergenti mani, salviette, telo di carta per lettino, zona ristoro con frigo/forno microonde/macchina Nespresso). Già presenti diverse figure professionali (Ginecologo, Neurologo, Oculista, Dermatologo etc).
250 euro al mese per 1 giorno a settimana oppure 350 euro al mese per 2 giorni a settimana (disponibili dal 1° Gennaio 2018 il martedì e il venerdì).
Per informazioni: cell. 3336160111
Tessera Ordine n. 06212

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

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

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

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

OFFRO Laser co2 Acupulse Multimode Frazionale Lumenis con manipolo chirurgico-dermatologico. Euro 30.000
Tel. 393 3671196
Tessera Ordine n. 06679

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

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

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

AFFITTASI studio medico in zona Ponte Crencano (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

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

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

✓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.

Ballarini Interni

Via del Lavoro 18 - Valgatara di Valpolicella (VR) - tel. +39 045 6800525
Via Varini 50 - Marco di Rovereto (TN) - tel. +39 0464 943220
www.ballarini-interni.com - info@ballarini-interni.com