

SOMMARIO

EDITORIALE

5 *Non facciamoci rubare la speranza*

NOTIZIE DALL'ORDINE

6 *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*

ALBO ODONTOIATRI

8 *Verbali della Commissione Odontoiatri*

CONVEGNI E CONGRESSI

10 *Convegni e Congressi*

LETTERE AL DIRETTORE

12 *Medici buoni e ...medici da strapazzo*

12 *Giornale Italiano di Nefrologia*

13 *Il Centro Ascolto Fevoss Poiano di Valpantena*

AGGIORNAMENTO

14 *Le recidive biochimiche nei pazienti operati per carcinoma prostatico: moderni criteri diagnostico-terapeutici*

PROFESSIONE E LEGGE

26 *Omeopatia-Agopuntura-Fitoterapia: saranno istituiti appositi elenchi*

27 *IRAP: storia infinita*

27 *Colpa lieve. Cosa cambia per i medici con la sentenza della Cassazione*

28 *Nella Causa Civile resta immutata la "responsabilità contrattuale"*

29 *Diete in centro estetico. Esercizio abusivo della professione medica*

31 *Non uso del ricettario*

ATTUALITÀ

32 *I provvedimenti in sospeso tra vecchia e nuova legislatura: dai Lea alle cure territoriali fino alla filiera del farmaco*

33 *I medici veronesi e le problematiche deontologiche della professione*

39 *Una rassegna fotografica d'interesse psichiatrico*

STORIA DELLA MEDICINA

40 *Il malato immaginario. Che cosa resta della dolente risata di Molière*

FNOMCeO

43 *Nuova scadenza Corso "Sicurezza dei pazienti e degli operati"*

ENPAM

44 *Nuovo Regolamento E.N.P.A.M.*

LIBRI RICEVUTI

46 *L'uomo di nessun colore. La vera Storia dello Smemorato di Collegno*

47 *Nuove droghe ragioni e prevenzione*

GIOVANI E PROFESSIONE

49 *S.O.S. - Sostituzioni*

TEMPO LIBERO

51 *Chi cerca... trova*

ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VR

NUOVO ORARIO DI APERTURA DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE

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

VERONA MEDICA

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

Anno XLVIII n. 2 Aprile 2013

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

Battaglia Giuseppe, Bovolin Francesco, Carrara Giorgio, Dalla Riva Alessandro
Marchi Carlo, Mora Roberto, Orcalli Francesco, Peroni Alberto,
Peruzzini Carlo Matteo, Tosi Gelmino

Consiglio Direttivo

Presidente: Roberto Mora
Vice-Presidente: Roberto Fostini
Segretario: Lucio Cordioli
Tesoriere: Fabio Marchioretto

Consiglieri

Giorgio Accordini, Renzo Bassi, Francesco Bovolin, Giorgio Carrara,
Fabio Facincani, Alfredo Guglielmi, Giuseppe Lombardo, Annamaria Molino,
Francesco Orcalli, Francesco Oreglia, Carlo Matteo Peruzzini, Carlo Rugiu,
Claudio Salvatore, Francesco Spangaro

Revisori dei Conti

Vania Teresa Braga, Mario Celebrano, Giuseppe Costa

Revisore dei Conti Supplente

Elena Piazzola

Commissione Odontoiatri

Francesco Oreglia, Elena Boscagin, Francesco Bovolin,
Gino Cavallini, Gianpaolo Paoletti

**Fotocomposizione Videoimpaginazione
e stampa**

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

Foto di Copertina

Roberto Mora
- Primavera -

INSERZIONI PUBBLICITARIE SUL BOLLETTINO

SPAZIO	<u>1 USCITA</u>	<u>3 USCITE</u>	5 USCITE
1/2 pagina interna (bianco e nero)	€ 400,00	€ 300,00 (per uscita)	€ 250,00 (per uscita)
1 pagina interna (bianco e nero)	€ 500,00	€ 400,00 (per uscita)	€ 350,00 (per uscita)
2ª e 3ª pagina di copertina (a colori)	€ 800,00	€ 600,00 (per uscita)	€ 500,00 (per uscita)
4ª pagina di copertina (a colori)	€ 1000,00	€ 800,00 (per uscita)	€ 600,00 (per uscita)

Non facciamoci "rubare la speranza"

Nel 2015 alle casse del nostro SSN mancheranno, rispetto al fabbisogno, circa 18 miliardi di euro e il "Piano per la salute 2013-2015" prevede importanti tagli al finanziamento delle Regioni che a fronte di questo stanno già studiando piani di rientro che chiederanno ulteriori tagli alla sanità pubblica.

Per mantenere lo "status quo" di un Sistema Sanitario considerato da tutti gli indici internazionali tra i migliori del mondo, sarebbero necessari più investimenti; perché la spesa sanitaria, non sembra destinata a diminuire ma ad aumentare. Il 20% della popolazione, gli ultrasessantacinquenni, consuma il 60% delle risorse sanitarie, e quella parte di popolazione nei prossimi anni non è destinata a diminuire ma ad aumentare. La vita si allunga e crescono di pari passo le condizioni di necessità e gli interventi necessari, creando una spirale che porta all'aumento della spesa.

E poiché i soldi non ci sono, è chiaro che dovremo tirare la cinghia tutti, medici, operatori sanitari ed anche i pazienti.

Dovremo sicuramente rivedere le nostre "abitudini".

Noi medici dovremo essere ancora più attenti al rapporto costo-beneficio delle scelte, ma dovranno riconsiderare il loro comportamento anche quei pazienti, la cui cultura del "tutto è dovuto" dovrà cambiare perché le risorse a disposizione dovranno essere utilizzate in maniera più razionale. Speriamo anche in maniera equa.

I nuovi farmaci, specie quelli oncologici, e le nuove tecnologie creano grandi speranze, ma anche nuovi e drammatici dilemmi etici. Può il loro costo giustificare i vantaggi. E la loro applicazione è

compatibile con le risorse disponibili?

Ed il compito di quelle scelte dovrà essere solo del medico?

O non spetterà anche alla "politica" assumersi la sua parte di responsabilità dichiarando a chiare lettere quello che, stante l'attuale finanziamento, è in grado di garantire e quello che invece sarà il singolo a doversi "assicurare".

La cronaca di questi giorni è foca-



lizzata sulla crisi politica in cui si dibatte il nostro Parlamento e sulle difficoltà di arrivare alla formazione di un governo.

Chiunque sarà chiamato a farlo, dovrà affrontare, tra le altre, anche queste scelte.

Mantenere l'attuale SSN con il suo principio di fondo che ci vuole, nella malattia e nella necessità, tutti uguali indipendentemente dalle capacità economiche, o quella imposta dall'economia, che porterà all'abbattimento dei costi, ma anche dei malati, specie di quelli economicamente più deboli.

E dovrà farlo in maniera più chiara di quanto ha fatto finora. Senza le finzioni e le bugie che hanno caratterizzato queste ultime "legislature" dove i tagli sono spesso stati spacciati per "razionalizzazioni",

le scelte, quando rischiavano di risultare impopolari non sono state assunte, e le responsabilità ed i rischi sono stati lasciati, sempre più spesso, sulle spalle di medici ed operatori sanitari.

Con liste di attesa che sono sempre più lunghe, apparecchiature sempre più obsolete, finanziamenti in cronica diminuzione e condizioni di lavoro dove il rischio di errore è ormai diventato parte del quotidiano.

La spesa che gli italiani affrontano per pagarsi quelle prestazioni e cure che dovrebbero essere garantite dal SSN, ma che i tempi di attesa rendono praticamente indisponibili, aumenta ogni anno, e stime recenti dicono che è in costante crescita.

Checchè ne dicano i nostri amministratori dovrebbe essere chiaro a tutti che esistono ormai due "sanità": quella garantita dal SSN e quella per chi ha possibilità economiche. E mentre la seconda è in crescita, la prima si dibatte in difficoltà sempre maggiori.

Scelte chiare sarà essere espliciti anche su questo: dichiarare quello che è possibile garantire a tutti e quello che non potrà più esserlo, ed assumersi, politicamente, le responsabilità che adesso vengono scaricate sugli operatori.

Quasi a stemperare il clima di scoramento di questi giorni, nel frattempo è stato eletto il nuovo Papa; e la sua figura sta riscuotendo, dovunque, grande consenso.

Una frase, tra quelle pronunciate mi ha colpito in modo particolare. Quella che ci invita a non farci "rubare la speranza".

È quello che auguro a tutti, specie a chi opera nel settore della sanità. Di mantenere la speranza che quello che uscirà da questo drammatico momento di crisi, sia un paese migliore, capace garantire solidarietà ed equità sociale.

Ma anche un paese in cui gli operatori della sanità trovino il coraggio e l'orgoglio di far capire che non sono più disponibili a far da "capro espiatorio" alla demagogia e alle "non scelte" della politica.

ROBERTO MORA

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO DEL 18 DICEMBRE 2012

Presenti: Mora, Fostini, Cordioli, Marchioretto, Accordini, Lombardo, Molino, Oreglia, Peruzzini, Rugiu, Salvatore, Spangaro
Revisori dei Conti: Costa, Braga, Piazzola
Direttore: Cerioni
Avvocato: Gobbi
Assenti Giustificati: Bovolini, Carrara, Facincani, Guglielmi, Orcalli, Celebrano

Il Presidente constatata la presenza del numero legale dichiara aperta la seduta.

1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE

Il Verbale del precedente Consiglio del 20.06.2012, viene approvato all'unanimità.

2) DELIBERE AMMINISTRATIVE

Viene data lettura della delibera amministrativa che viene approvata all'unanimità.

3) COMUNICAZIONI

a) Il Presidente informa i convenuti che nell'ultimo Consiglio Nazionale dell'Enpam sono stati discussi ed approvati i Bilanci Consuntivi 2012 e Preventivo 2013.

4) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Il Consiglio, tenuto conto del parere favorevole espresso dal Segretario all'iscrizione della Dr.ssa El Mously Sherine Mohamed Mohamed Kamel avendo la stessa superato la prova "di conoscenza della lingua italiana", pre-

vista per i cittadini extracomunitari, delibera di iscrivere la stessa all'Albo dei Medici Chirurghi.

Le seguenti iscrizioni e cancellazioni vengo approvate.

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott. EL MOUSLY Sherine Mohamed Mohamed Kamel
 Dott. PAPAGRIGORAKI Anastasia

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. CIRILLO Maria da FERRARA
 Dott. PETROSEMOLO Paola da CHIETI
 Dott. RECCHIA Chiara da TRENTO

Cancellazioni per decesso:

Dott. TADEO Carlo
 Prof. TATO' Luciano
 Dott. TOMASONI Sergio

Cancellazioni su richiesta:

Dott. MICHELETTI Federico
 Dott. PANATO Alfredo
 Dott. POPA Viorel
 Dott. SFORZA Francesco
 Dott. ZACCARIA Giovanni

Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. BUTTICCI Roberta a L'AQUILA

ODONTOIATRI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott. GRAZIANI Pierfrancesco
 Dott. LUCIANO Umberto
 Dott. MENEGHELLO Luca
 Dott. TOMEZZOLI Chiara

VERBALE SEDUTA DI CONSIGLIO DEL 29 GENNAIO 2013

Presenti: Mora, Fostini, Cordioli, Marchioretto, Accordini, Bovolini, Carrara, Facincani, Guglielmi, Lombardo, Molino, Orcalli, Oreglia, Peruzzini, Rugiu, Salvatore, Spangaro
Revisori dei Conti: Braga, Celebrano, Costa, Piazzola
Direttore: Cerioni
Avvocato: Gobbi

Il Presidente constatata la presenza del numero legale dichiara aperta la seduta.

1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE

Il Verbale del precedente Consiglio del 18.12.2012, viene approvato all'unanimità.

2) COMUNICAZIONI

a) Il Presidente informa che l'Avv. Gloria Zanca ha chiesto un colloquio nel corso del quale ha chiesto l'aiuto dell'Ordine per sensibilizzare i medici sulla tematica del consenso informato fornito da pazienti fragili tramite l'istituto dell'amministratore di sostegno. In particolare si sono analizzate le procedure per chiedere l'attivazione di tale figura.

Al colloquio ha partecipato anche il Giudice Dr.ssa Gattiboni del Tribunale di Verona, la consulente medico-legale dell'Ordine, Dr.ssa Bortolotti e l'Avv. Montagna. Nel corso del colloquio si è convenuto di dover approfondire l'argomento prevedendo nel futuro anche iniziative mirate rivolte alla categoria (eventi ECM con il concorso della ASL provinciali?).

L'Avv. Zanca con l'ausilio del Giudice Dr.ssa Gattiboni e della Dr.ssa Bortolotti, si sono rese disponibili a predisporre delle linee guida cui il medico potrà fare riferimento nei casi specifici ENPAM

b) Il Dott. Mora da lettura della comunicazione sottoscritta da quattordici Presidenti di Ordine (tra cui anche Verona), trasmessa al Presidente dell'Enpam dall'Ordine dei Medici C. e O. di Milano, nella quale si da notizia che il Tribunale di Milano, ha riconosciuto la "colpevolezza" di alcune Banche che avevano truffato il comune di Milano, proponendo contratti derivati, condannandole a risarcire i danni subiti dallo stesso Comune.

Sull'argomento segnala quindi ai convenuti, la risposta che il Presidente dell'Enpam, Dr. Olivetti, ha inviato ai firmatari della segnalazione sopra citata, nella quale comunica di aver conferito un incarico "ad hoc" ad uno Studio Legale internazionale che valuterà gli aspetti rilevanti in-

renti la documentazione contrattuale ed informativa, ed il profilo più strettamente civilistico ai sensi del diritto italiano, segnalando che già in un caso, si è giunti ad un accordo transattivo, recuperando le somme richieste.

c) FAR EXPRESS

Il Presidente informa i Colleghi che il giorno 23 gennaio u.s., è stato invitato al Caffè Liston 12 di P.zza Brà dalla Ditta Far-Express, che ha illustrato il servizio che ha attivato a Verona. La ditta fornirà un servizio di consegna dei farmaci a domicilio per quei pazienti che hanno difficoltà ad accedere agli studi e alla farmacia. Il servizio verrà articolato con le seguenti modalità:

- la ditta Far-Express ritirerà dal medico le ricette per i farmaci continuativi e provvederà a ritirarli presso la farmacia indicata dal paziente che le riceverà al proprio domicilio.
- Il servizio ai pazienti verrà finanziato con il rilascio di una tessera valida per tutto il nucleo familiare ad un costo di 35,00 annui.

d) Dr.ssa Mariangela IELASI

Viene data lettura della segnalazione trasmessa all'ordine dal Dr. Paolo Fortunati, riguardate alcune dichiarazioni rilasciate ai media dalla Dr.ssa Ielasi.

Il Consiglio prende atto.

e) Corso Tutor Valutatori per laureandi in Medicina e Chirurgia.

Il Presidente comunica, che, nonostante accordi precedentemente avuti, nei quali si era convenuto di programmare un unico corso di formazione per i "Tutor Valutatori" di concerto con le Università di Padova e Verona, l'Università di Padova si è già attivata autonomamente.

Il Presidente informa di aver già sentito sul problema il Presidente della Federazione Regionale del Veneto, Dr. Scassola.

3) SEGNALEZIONE DEL VICE PRESIDENTE DELLA FNOMCEO

Il Presidente illustra la circolare trasmessaci dal Dr. Benato, il quale comunica agli Ordini la proposta di cooperazione internazionale per la tutela della salute globale, chiedendo agli Ordini di incentivare la formazione di Medici ed operatori sanitari ed

il censimento delle organizzazioni che si dedicano a questo servizio sociale. La Fnomceo si rende disponibile a promuovere iniziative anche a livello governativo per ottenere finanziamenti. Su tale proposta verrà programmato un Convegno nel prossimo autunno, al fine di valutare le iniziative che verranno formulate.

Sull'argomento, l'Ordine ritiene di informare il Prof. Corrocher e Prof. Rossi, già operativi per conto dell'Università di Verona, ed il Dr. Gobbi responsabile dell'As.Co.M. di Legnago. Sull'argomento interviene il Dr. Bovolin informando che l'ASSIMP, ha raccolto circa 6.000,00 disponibili quale contributo alle spese di viaggio per i medici che si recheranno in missioni di volontariato nei paesi del terzo mondo.

4) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate

MEDICI - CHIRURGHI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott. TAHA Abed

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dr.ssa BRUNI Francesca da VICENZA
Dott. FILIPPONE Patrizio da MODENA
Dott. RAVAGNAN Pier Luigi da TRENTO
Dott. ZAGONEL Roberta da PADOVA

Cancellazioni per decesso:

Dott. BARBI Claudio
Dott. CICOGNA Francesco
Dott. MONICI Mario

Cancellazioni su richiesta:

Dott. BALLESTRIERO Giovanni
Dott. BARBA Pietro
Dott. CAMPI Nivo
Dott. CARUSO Orazio
Dott. DEL DOTTO Delfo
Dott. GRILLO Carlo
Dott. GROSSLERCHER Johannes
Dr.ssa VACCARI Chiara

ODONTOIATRI

Iscrizioni neo-abilitati:

Dott. BEVILACQUA Sebastiano
Dott. CARPENE Sara

Dr.ssa IGUAL DOMINGO Lorena
Dott. MENINI Alessandro

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. MAGON Giacomo da FERRARA

5) VARIE ED EVENTUALI

a) La Prof.ssa Molino informa i presenti sulla riunione per le Pari Opportunità, alla quale a partecipato con la Dr.ssa Braga e che si è tenuta presso l'Ordine dei Medici C. e O. di Venezia il 26 gennaio u.s.-

L'argomento in discussione riguardava la scarsa rappresentatività delle donne all'interno dei Consigli di Ordine dovuta alla mancata considerazione delle numerose Colleghe che si laureano in Medicina e Chirurgia

In tal senso è stato prevista una richiesta di intervento da parte della Fnomceo.

È stato inoltre istituito un organismo per la tutela del "mobbing".

b) Il Vice Presidente, Dr. Fostini, illustra l'incontro avuto con l'Avv. Maritato, la quale ha dato la propria disponibilità, in forma totalmente gratuita, a ricevere presso l'Ordine, i Medici che volessero far analizzare le proprie polizze assicurative per R.C. e quelli che hanno necessità di sottoscrivere una polizza di R.C per la prima volta. La consulenza avrà come oggetto la verifica della copertura assicurativa relativamente al servizio svolto. Il Consiglio ritiene di approvare la proposta di consulenza ritenendo di doverla attivare per un periodo di prova di sei mesi. Esprime la propria contrarietà alla proposta di Dr. Bovolin.

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

RELAZIONI ISTRUTTORIE

La Commissione Disciplina, delibera quanto segue:

- n. 1 archiviazione provvedimento
- n. 2 supplementi di indagine
- n. 5 aperture procedimenti disciplinari

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DEL 15 GENNAIO 2013

Presenti: Bovolin, Boscagin, Oreglia, Paoletti

Assente giustificato: Cavallini

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

Comunicazione del presidente:

1. Il Presidente da lettura della circolare FNOMCeO riguardante un sentenza della c. di cassazione n. 117 del 3 1 2013 nella quale (a proposito del coinvolgimento di un'assistente alla poltrona ove esercitava un non avente titolo) si stabilisce che "l'attività costitutiva nel concorso nel reato può essere rappresentata da qualsiasi comportamento che fornisca un'apprezzabile contributo alla realizzazione dell'altrui proposito criminoso o che agevoli l'opera dei concorrenti, in tutte o in alcune fasi di ideazione, organizzazione e esecuzione, nelle quali si snoda l'iter criminis". Viene deciso di inviare alla mailing list odontoiatrica la notizia di questa sentenza.
2. Il Presidente ripercorre il caso relativo alla struttura KS. Comunica che, dopo nostra richiesta, l'Ordine ha ricevuto l'organigramma richiesto. Viene deciso di scrivere informandoli che per qualsiasi forma pubblicitaria deve essere indicato il nominativo del Direttore Sanitario o del Responsabile Sanitario o di tutti gli esercenti la professione.
3. Il presidente informa i presenti sulla comunicazione FNOMCEO riguardante la proroga della autocertificazione dell'effettuazione della valutazione dei rischi al 30

giugno 2013. Detta comunicazione è stata inviata e pubblicata sul sito dell'Ordine e invita alla mailing list.

4. Il Presidente ripercorre il caso relativo alla sig.ra B/Dott.ssa D V e informa che la Sig.ra B ha comunicato di voler rinunciare all'esposto inviato.

Relazioni istruttorie:

1. Il Dott. Oreglia comunica di aver invitato a colloquio il Dott. Ö a seguito di segnalazione dell'Ulss 22 che durante un sopralluogo ha riscontrato notevoli inadempimenti nel merito dell'applicazione dei regolamenti per il rilascio dell'autorizzazione. Il Presidente da lettura del verbale di audizione e fa notare come il Sanitario abbia dimostrato ampia collaborazione nell'ottemperare a quanto indicato dall'Ulss 22. Viene deciso di non dar luogo a procedere
2. Dott. P: il Presidente ripercorre il caso e comunica che il Dott. P ha risposto alla richiesta che l'Ordine gli aveva inviato per chiarire quali tipo di cure fossero state prestate alla figlia dell'esponente Sig. OO. Il Dott. P con lettera del 14/01/2012 spiega i fatti. Dopo ampia discussione si decide di non dar luogo a procedere.

Procedimenti disciplinari:

1. Dott. XY: viene discussa la resistenza alla assegnazione della sospensione da parte dell'avvocato del Dott. XY. La sospensione era stata datata a distanza di un mese e mezzo dopo la notifica da parte della Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, per un riguardo di questa CAO pertinente l'organizzazione del lavoro del sanitario nel periodo di sospensione e conseguentemente di tutela della salute del

cittadino in cura presso tale Sanitario. La CAO si sta adoperando per respingere tale opposizione.

2. Dott. Y: il Presidente informa i presenti di aver ricevuto una segnalazione dall'Avvocato G. il quale riferisce che il Dott. Y ha svolto ruoli di CTP durante il periodo di sospensione. La CAO, nei tempi necessari per portare a fine gli altri procedimenti pertinenti tale sanitario, accantona provvisoriamente la comunicazione.
3. Dott. N: il Presidente ripercorre il caso relativo al sanitario in capo al quale è stato aperto e contestualmente sospeso un procedimento disciplinare per favoreggiamento esercizio abusivo della professione. La CAO ha appreso dagli organi di stampa che al Dott. N sono stati inflitti 4 mesi di reclusione. Viene deciso di scrivere al dott. N per invitarlo a trasmettere gli atti del procedimento che lo riguardano.

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 reminiscenza, l'Art. 8 della legge n. 1792, che così recita:

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

VERBALE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRI DEL 19 FEBBRAIO 2013

Presenti: Bovolín, Boscagin,
Cavallini, Oreglia, Paoletti

Il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente:

- Dibattito speculativo sul caso del Dott. P, per aggiornamento sugli ultimi documenti pervenuti alla CAO. In primis la memoria difensiva dell'avv. P.
- Viene data lettura di lettera a firma Dott. Bianco in merito alle associazioni fra professionisti.
- Viene data lettura di risposta per-

venuta dall'Avvocato Poladas, legale della FNOMCeO, in merito alla possibilità o meno di un CTP di partecipare ad un lavoro di consulenza odontoiatrica durante il periodo di sospensione. Il documento non offre posizioni certe di riferimento.

- Il Presidente da lettura di una richiesta inviata dal Dott. Camis il quale pone il quesito se sia fattibile o meno ospitare uno studente delle scuole superiori per un stage estivo. La CAO decide, prima di rispondere al Collega, di informarsi sulla normativa vigente.

Relazioni istruttorie:

Vertenza *Æ/ Ñ*: il Presidente aggiorna il caso e comunica che la Procura ha risposto alla nostra richiesta inviata

per conoscere lo stato d'avanzamento del caso. L'udienza sarà dibattuta il 13 maggio. La CAO si riserva di chiedere al momento opportuno ulteriori informazioni.

Procedimenti disciplinari:

Dott. Ç: il Presidente comunica che il Dott. Ç ci ha comunicato che è sua intenzione ricorrere in appello. Il Procedimento aperto a suo carico rimane sospeso in attesa della relativa sentenza.

La Dott.ssa Boscagin sottopone un documento dal quale si evince che la corte di cassazione stabilisce inidonei poteri di verifica attribuiti all'ordine professionale sui prezzi e i costi delle prestazioni se non funzionali alla verifica della trasparenza e alla veridicità del messaggio pubblicitario.

COMUNICATO AGLI ISCRITTI

Abbiamo attivato il **nuovo servizio** di **segreteria telefonica**.
Quando telefonerete all'Ordine sentirete la voce del **RISPONDITORE AUTOMATICO**,
che provvederà a smistare la chiamata secondo le esigenze di chi chiama.

LE OPZIONI SARANNO:

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

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

Confidiamo di poterVi dare un servizio migliore

La segreteria dell'Ordine

Convegni e Congressi

3 MAGGIO 2013

Retto: è tutto chiaro?

Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale
Ospedale Sacro Cuore
Don Calabria di Negrar
Verona - Sala Convegni
del Palazzo della Gran Guardia
Inizio lavori ore 8.00

5 MAGGIO 2013

Ambiente e malattie respiratorie

Ospedale Sacro Cuore
Don Calabria di Negrar
Ufficio Formazione
Verona
Sala Convegni
del Palazzo della Gran Guardia
Inizio lavori ore 9.00

9 MAGGIO – 23 MAGGIO

6 GIUGNO 2013

14° Corso post-universitario in immunologia clinica

Cattedra di Immunologia Clinica e Allergologia,
Dipartimento di Medicina e DAI Medico Generale
UOC Medicina Interna B
Unità di Malattie Autoimmuni
Azienda Ospedaliera
Universitaria Integrata di Verona
Verona
Aula R. Vecchioni della Lente
Didattica del Policlinico G. B. Rossi

11 MAGGIO 2013

Per una vita come prima 7° edizione

Dipartimento di Oncologia
dell'Ospedale Sacro Cuore
Don Calabria di Negrar - Negrar
Ospedale Sacro Cuore
Don Calabria
Via A. Sempreboni 5
Inizio lavori ore 8.30

18 MAGGIO 2013

Le nuove terapie della F.A.

Ospedale Sacro Cuore
Don Calabria di Negrar
Negrar
Sala Convegni "FR. F. Perez"
Inizio lavori ore 8.30

25 MAGGIO 2013

Convegno Interregionale AME 2013 Patologia tiroidea, viaggio attraverso le linee guida

Azienda Ospedaliera
Universitaria Integrata di Verona
Medicina Generale ad
Indirizzo Endocrinologico
Verona
Sala Convegni
Centro Culturale G. Marani
Inizio lavori ore 8.30

24 MAGGIO 2013

Il piede diabetico: nuovo approccio ad una vecchia realtà Ulss 21 Legnago

Dipartimento di Medicina
UOC di Medicina Interna
UOS di Diabetologia e
UOS per la Gestione del Piede Diabetico
Ospedale Mater Salutis
Legnago
Aula Convegni
Inizio lavori ore 14.00



25 MAGGIO 2013

Come accompagnare la donna nella prevenzione del tumore al seno

Istituto Iperbarico S.P.A.
Servizio di Diagnostica per Immagini
VILLAFRANCA (VR), Via Francia 10
Inizio lavori ore 9.00
Obiettivo del convegno sarà quello di mettere a confronto i Medici delle diverse Specializzazioni (Radiodiagnostica, Oncologia, Medicina di Base) sui temi legati alla diffusione delle informazioni utili alle pazienti sui percorsi diagnostici clinici e strumentali relativi alla prevenzione del tumore al seno. Saranno discusse le tematiche relative ai fattori di rischio (genetici e non), ai diversi percorsi in relazione all'età delle pazienti, e le problematiche di interesse del Medico di famiglia. Il convegno è rivolto a Medici, Infermieri, T.S.R.M.: sono stati richiesti e crediti ECM alla Regione Veneto

30-31 MAGGIO 2013

X Convegno Nazionale Società Italiana di Endoscopia (area chirurgica) e 2nd Meeting International Society for Surgical Endoscopy

Azienda Ospedaliera
Universitaria Integrata di Verona
Polo Chirurgico P. Confortini
Piastra Endoscopica
Verona
Sede della Banca Popolare di Verona

3-4 GIUGNO 2013

Convegno Annuale della Fondazione Rosa Gallo: attualità chirurgiche nelle malattie del colon-retto day surgery in colon-proctologia

Verona
Aula Magna Policlinico G. B. Rossi

7 GIUGNO 2013

Simi Triveneta Società Italiana di Medicina Interna 2013. Attualità in tema di medicina interna

Verona
Policlinico G. B. Rossi
Aula Magna G. De Sandre
Inizio lavori ore 8.30

I medici di Verona incontrano l'Enpam

Un particolare ringraziamento al Banco Popolare per la gentile concessione della Sala Convegni.

BANCO POPOLARE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA

CONVEGNO

La Previdenza Sanitaria E.N.P.A.M.

VERONA
1 Giugno 2013
ore 09,00

PROGRAMMA:

Ore 9,00
Saluto delle Autorità

Ore 9,30
Intervento del:
Dott. Roberto Mora
 Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

Dott. Francesco Oreglia
 Presidente della Commissione Odontoiatri

Ore 10,00
La Previdenza Sanitaria l'Enpam oggi
Dott. Alberto Olivetti,
 Presidente Fondazione ENPAM

Ore 10,45
La Riforma del Fondo di Previdenza Generale quota A e B
 Dott. Giovanni Pietro Malagnino

Ore 11,30
Coffee Break

Ore 12/12,30
Il Fondo Sanità
 Dott. Luigi Dateffe

Ore 12,30/13
Discussione
 Moderatore: Dott. Giorgio Accordini
 Referente Commissione ENPAM dell'Ordine di Verona

In occasione del convegno saranno disponibili 3 funzionari dell'ENPAM esperti di previdenza, che saranno a nostra disposizione per chiarire le posizioni pensionistiche (per i primi 60 iscritti che si prenoteranno al numero dell'Ordine 045806012 - fax 045594984). L'accesso al servizio è gratuito ma subordinato all'iscrizione, alla presentazione del codice ENPAM e del modulo, che verrà inviato con Verona Medica e consegnato all'Ordine **entro il 20 Maggio 2013**.

SEDE: SALA CONVEGNI
BANCO POPOLARE
VIALE DELLE NAZIONI, 4 - VERONA

Tutti ricorderanno che solo due anni fa la Corte dei Conti usava toni allarmistici per descrivere la nostra situazione previdenziale che, senza riforme, sarebbe diventata "instabile entro un lasso di tempo piuttosto breve". Poco dopo alcuni Presidenti Provinciali di Ordine ponevano dubbi sulla redditività di alcuni investimenti fatti dall'ENPAM nel recente passato e legati a fondi di dubbia trasparenza finanziaria. Nel contempo con la nomina del Governo Monti e l'emanazione della spending review viene chiesto per tutti i sistemi previdenziali, anche privati, il passaggio dal sistema retributivo a quello contributivo e la sostenibilità a lungo termine (parità entrate -uscite) da 30 a 50 anni (era di 15 fino al 2007!) e viene ribadito in modo quasi paradossale che il patrimonio, accantonato dall'ente negli anni, non si possa usare né per pagare pensioni né in proiezione come capitale a garanzia di tenuta; viene con altro provvedimento imposto di versare allo Stato (da cui non riceviamo contributi) i risparmi che l'ente fa su diverse voci di spesa! In questo contesto dettato dalla politica, e di conseguenza ai problemi strutturali dell'ente, il nuovo Presidente eletto nel luglio 2012.

Alberto Olivetti fa approvare una riforma che dà maggior sostenibilità alle pensioni erogate dall'ente anche a lungo termine (50 anni), poi allo stesso tempo si sta occupando degli investimenti del passato con ristrutturazioni finanziarie che hanno permesso il recupero di risorse. La fondazione ENPAM ha inoltre deciso che i compensi degli amministratori saranno pubblicati sul sito web della fondazione (già ridotti del 10%). Il prossimo passo sarà la riforma dello statuto. Ora pur in questo contesto, le semplici domande che i medici fanno più frequentemente sono: quando potrò andare in pensione?

Quale sarà il metodo di calcolo? Quanto prevedibilmente potrà essere la mia pensione? Per rispondere a queste domande in modo appropriato, l'ORDINE dei MEDICI proporrà una giornata di incontro con il Presidente ENPAM Alberto Olivetti e il Vice Giampiero Malagnino il 01-06-2013 presso le sale della Fondazione Cattolica; saranno anche presenti le postazioni ENPAM per poter farsi fare delle proiezioni personali di pensione.

CESARE TESTI

Medici buoni e ...medici da strapazzo

Caro Direttore, sono ad inviarti la presente nota per segnalarti un sito web (www.buonmedico.it), segnalatomi a sua volta da un mio paziente: "Caro dottor, ho visto che te si un buon medico!!" A richiesta di spiegazioni, il mio paziente mi riferiva di aver fatto una ricerca su internet del mio nome e cognome e, appunto, che comparivo sul sito di cui sopra. Sono andato a curiosare.

Effettivamente ricercando su google "giuseppe andrioli" scopro di essere finito su questo buonmedico.it, o meglio, che un tal dott. GIUSEPPE ANDRIOLI, Italia, Verona è presente nel sito buonmedico.it.

Poiché a Verona (Italia) di medici Giuseppe Andrioli ci sono solo io, di me deve trattarsi.

C'è un problema (o forse ce ne sono più di uno): non ho mai fatto domanda di finirci su buonmedico.it

Sulla pagine di buonmedico.it a me dedicata scopro che ci potrei fare dei commenti, fornire dei pareri, dare un giudizio sulla mia accessibilità, piuttosto che sulla mia comunicazione o l'efficacia dei miei trattamenti, o meglio ancora potrei darmi un bel (o brutto) voto, ed altro ancora.

E così lo potrebbero fare i miei reali (o fittizi) pazienti.

Insomma, buonmedico.it pare proprio essere un sistema di valutazione-pubblicità per i medici simile ai siti web che si trovano per i ristoranti ed hotel.

Caro Direttore, per un po' mi sono sentito come un bed and breakfast o un agriturismo in odor di Gambero Rosso.

E pensare che sono su www.buonmedico.it...immaginati se finissi su www.medicodastrapazzo.com

Ho la sensazione che tutto ciò possa generare dei problemi ma a questo punto lascio a te la palla.

Con affetto.

GIUSEPPE ANDRIOLI

P.S. mi è venuta la curiosità e ho controllato: c'è anche Roberto Mora su www.buonmedico.it, ad maiora

Caro Giuseppe, la tua lettera era troppo "gustosa" per non essere pubblicata.

È vero, ho controllato, il sito web esiste. Lo si può interrogare per vedere se esiste il profilo di un medico, ma per accedervi, vederlo e lasciare commenti, occorre una registrazione.

Quindi attento!

La truffa del famoso Registro Italiano Medici dovrebbe avere insegnato qualcosa a tutti. Io, ovviamente mi sono guardato bene dal registrarci, anche per la sola curiosità di vedere cosa compare sul mio profilo.

Non vorrei, infatti, poi vedermi inviare la "parcella".

Ciao, Roberto Mora



Giornale Italiano di Nefrologia

Carissimo Direttore, sono l'Editor del GIN. Da quest'anno il Giornale Italiano di Nefrologia (organo ufficiale della società Italiana di Nefrologia) è on-line e abbiamo deciso, per migliorare la collaborazione tra nefrologi e MMG e tutti gli altri specialisti che curano insieme a noi i nefropatici, di distribuire GIN a tutti i medici. Cerchiamo di farlo attraverso l'ordine dei medici.

Ti preghiamo di darci una mano o inviandoci l'elenco e-mail dei tuoi iscritti o inoltrando a tutti loro questa e-mail. Grazie.

BIAGIO DI IORIO

Le trasmetto il link al GIN on line (www.giornaleitaliano-dinefrologia.it); è sufficiente registrarsi (gratuitamente) per navigare sul giornale.

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

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

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

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

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



Il Centro Ascolto Fevoss Poiano di Valpantena

Sito web: <http://www.fevoss.org>

L'attenzione alle Persone in difficoltà e, in particolar modo agli Anziani, ha motivato, sul territorio di Poiano di Valpantena, dopo un momento di pausa, l'inizio dell'attività, presso il Centro Ascolto Fevoss sito in Via Abate Pietro Calari, 33.

Le attività e i servizi Fevoss hanno esclusivamente finalità di solidarietà sociale con l'obiettivo di perseguire il miglioramento della qualità della vita umana, la salvaguardia della salute fisica, psichica, sociale, dell'ambiente di vita, di ricercare la solidarietà civile, il mutuo soccorso e la cultura

della pace. Inoltre, favorire l'impegno partecipato per contrastare il disagio, l'emarginazione sociale e rispondere alle situazioni di bisogno rappresenta uno degli obiettivi primari della Federazione il cui impegno serio e costante è noto a quanti hanno avuto modo di farne esperienza diretta. Per questo, la Fevoss si impegna a promuovere progetti di solidarietà e la formazione della Comunità, alla solidarietà civile.

Al Centro di ascolto e di socializzazione si ritrovano persone di differenti età, etnia e condizione sociale, per superare la loro solitu-

dine e ritrovare il senso di abitare un Paese vicino al Centro Città ma, nel contempo, lontano dal cuore pulsante della Città di Verona.

Da qui nasce la ricerca della soluzione di problematiche legate alla qualità della vita e inerenti, in particolare modo, la salute fisica e psichica delle persone, soprattutto anziane e, spesso, sole. Le iniziative ludiche, culturali, ricreative che si possono realizzare non possono incontrare l'attenzione se le persone non godono di un benessere fisico e psichico, in equilibrio.

A tal fine, si chiede la possibile e cortese collaborazione di Professionisti della Medicina disponibili a collaborare, sul territorio, con i Medici di Famiglia, per ascoltare, soprattutto, i bisogni delle persone, anziane. L'attenzione alla persona bisognosa aiuta a creare, sul territorio, la realizzazione di servizi di rete destinati a produrre un benessere generale, con una inevitabile ricaduta sociale.

Tale convinzione, insieme alla sensibilità per l'Umanità e i limiti ad essa connessi, motiva l'impegno personale, nella speranza che Altri possano aiutare con il Loro contributo.

A Quanti vorranno regalare un po' di tempo, competenza e cura, il più sincero GRAZIE!

LA COORDINATRICE
GRUPPO FEVOSS POIANO
RENATA CASTELLANI

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.

Le recidive biochimiche nei pazienti operati per carcinoma prostatico: moderni criteri diagnostico-terapeutici

FRANCO CAMPOSTRINI

*Radioterapia Oncologica
e Medicina Nucleare
Ospedale "Mater Salutaris", Legnago
franco.campostrini@aulsslegnago.it
Tel. 0442 622440 - 622255*

INTRODUZIONE

Dopo ogni trattamento con finalità radicale per il Carcinoma prostatico (CaPr), il primo rialzo del PSA, rispetto al nadir raggiunto, è un segno molto sospetto di ricaduta ed apre un lungo percorso di grande tensione emotiva per il paziente e di continui dilemmi diagnostico-terapeutici per il Medico. In questa evenienza si parla di recidiva biochimica (RBi) del primitivo Carcinoma prostatico (CaPr), designando una condizione in cui il solo marker prostatico è alterato, senza riscontro clinico-radiologico di malattia obiettiva. In realtà vedremo come tale definizione, che noi continueremo ad usare, assuma un significato variabile in relazione all'accuratezza degli accertamenti diagnostici impiegati per il paziente. Infatti la stessa recidiva, classificata come "biochimica" dopo valutazione con gli strumenti tradizionali (ECO, TAC, Scintigrafia ossea), potrebbe trasformarsi in "organica" al vaglio di tecnologie d'avanguardia quali la PET/TAC-colina e la Risonanza Magnetica multiparametrica. Nonostante la rilevanza pratica e scientifica di questo fenomeno, non esistono studi definitivi di riferimento per la scelta delle cure più appropriate in pazienti con RBi, la cui sorte dipenderà strettamente dalle personali convinzioni dei Medici piuttosto che da precisi criteri validati scientificamente. Un balzo in avanti nel trattamento delle RBi, è imprescindibile da un approc-

cio multidisciplinare alla malattia in cui il momento diagnostico, avvalendosi di innovativi mezzi di ricerca, ha un ruolo fondamentale per il successo terapeutico. Nel presente lavoro viene offerto un update su questo argomento uro-oncologico (1,2,3) con l'apporto dei recenti dati della letteratura e degli orientamenti espressi dalle più autorevoli Società Scientifiche.

A. GENERALITÀ SULLE RECIDIVE BIOCHIMICHE DEL CARCINOMA PROSTATICO OPERATO

Fondamentalmente si distinguono quattro scenari di RBi:

- 1) Pazienti con RBi dopo prostatectomia radicale (PR);
- 2) Pazienti con persistente PSA elevato dopo PR;
- 3) Pazienti con RBi dopo Radioterapia;
- 4) Pazienti con RBi dopo Ormonoterapia.

Nella presente review ci occuperemo delle categorie 1 e 2, mentre gli altri pazienti sopraindicati (categorie 3 e 4) per le loro peculiarità richiederanno dei capitoli appositi.

È utile ora premettere, per comoda consultazione, la Tabella I in cui sono elencati i termini che più frequentemente appariranno nel testo.

a. L'incidenza delle recidive biochimiche dopo prostatectomia radicale riferita dagli A. sulla base di ampie casistiche retrospettive, varia dal 20 al 30% a 10 anni (4). Tale ampio range riflette le diverse categorie di rischio, (basso, intermedio, od alto) dei pazienti, stadiati prima dell'atto chirurgico (5, 6, Appendice A).

b. La definizione di recidiva biochimica postchirurgica è stata molto dibattuta negli anni trascorsi ma attualmente vi è un prevalente accordo nel definire la RBi un valore del PSA ≥ 0.2

Tabella I. GLOSSARIO

A	Autori
b NED	Biochemical Non Extensive Disease (controllo biochimico)
CaPr	carcinoma prostatico
DRE	Digital Rectal Examination
m.d.c.	mezzo di contrasto
Nadir	Livello più basso del PSA dopo ogni trattamento
OT	Ormonoterapia
PR	Prostatectomia Radicale
PSA	Prostate Specific Antigen
PSAdt	PSA doubling time
PSA vel	PSA velocity
RBi	Recidiva biochimica
RTE	Radioterapia a fasci esterni
RTdS	Radioterapia di Salvataggio per recidiva biochimica
SE	Sensibilità (vedi appendice B)
SPE	Specificità (vedi appendice B)

Tabella II. Valori "cruciali" del PSA nell'uomo sano e nel paziente con ca prostatico

<p>PSA "Normale": 0.5-4 ng/ml (aumenta ulteriormente con l'età)</p> <p>Risposta completa oncologica dopo Prostatectomia radicale (PR) Livelli indosabili di PSA totale (< 0,1 ng/ml) dopo 4-8 settimane dalla PR</p> <p>Recidiva Biochimica dopo Prostatectomia radicale (7-pag. 114-115) Due consecutivi valori di PSA totale ≥ 0.2 ng/ml</p> <p>Recidiva Biochimica dopo Radioterapia sulla prostata (7-idem) Valore di PSA > 2 ng/ml rispetto al nadir dopo RT, indipendentemente dal valore del nadir stesso</p> <p>Recidiva biochimica dopo Radioterapia di salvataggio (8)*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Due consecutivi PSA $\geq 0,1$ ng/ml, ed in crescita, dopo il nadir con RTE • Continuo aumento del PSA dopo RTE <p>* Definizioni ancora controverse</p>
--

ng/ml dopo PR, confermato in 2 successive misurazioni, che offre più garanzie di successo nella scelta di una RT di salvataggio (7, 8).

L'aspetto negativo di questo cut-off è il rischio di porre in terapia soggetti con CaPr non evolutivo. Ad esempio in una analisi retrospettiva di 2782 pazienti sottoposti a PR, Amling (9) riferisce che una volta accertata la RBi, si assisteva ad un successivo incremento del PSA nel 49%, 62% e 72 % dei soggetti, con valori di 0.2, 0.3, 0.4 ng/ml, rispettivamente.

Tali dati dimostrano che in effetti solo una metà dei pazienti con PSA ≥ 0.2 ng/ml è destinato alla progressione biochimica. Nella Tabella II sono espresse le definizioni delle tre principali forme di recidiva osservate in clinica: dopo Chirurgia, dopo Radioterapia, dopo Radioterapia di salvataggio ed un riassunto dei valori del PSA di pratica utilità.

c. La definizione di PSA persistentemente elevato dopo PR richiede un sintetico inquadramento.

Il tempo di dimezzamento del PSA è di 3,15 giorni e la clearance completa dal sangue del marker dovrebbe compiersi entro 21-30 giorni dalla PR. Ma il nadir del PSA postoperatorio (il valore più basso raggiunto nei 6 mesi successivi alla PR) può richiedere anche 33 settimane (10). Ne segue che la persistenza di valori misurabili del PSA dopo 4-8 settimane dalla chirurgia è indicativa di varie possibilità: malattia residua, tessuto benigno secerne, recidiva in loco, micro-me-

tastasi od anche di una combinazione fra queste evenienze (11). I valori "normali" del PSA postoperatorio variano fra < 0,01 e 0.2 ng/ml a seconda degli Autori (12, 13) e dei metodi analitici impiegati (10, 11). In particolare, un'ampia revisione effettuata da Moreira (14) su 943 pazienti, dimostra che solo il 3-5% dei pazienti operati rivela valori > 0,1 ng/ml (range: 0,1-0,19). Vale precisare che concentrazioni del PSA totale ≤ 1 ng/ml sono definite indosabili. A tali minimi livelli infatti le determinazioni del marker non sono pienamente affidabili e si registra ampia variabilità anche all'interno dello stesso laboratorio.

d. Sedi di recidiva

In presenza di RBi, studi con biopsie multiple e con Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) del letto prostatico hanno dimostrato che l'anastomosi vescico-uretrale rappresenta in senso assoluto la sede più frequente di recidiva. Seguono con percentuali inferiori lo spazio retrovescicale, il collo vescicale, le parti laterali della loggia prostatica, le vescicole seminali, il livello di resezione dei vasi deferenti ed anche le combinazioni di più sedi (15, 16, 17, 18, 19). Tuttavia tutto il volume occupato dalla prostata asportata è a rischio (18). Come accennato sopra un PSA "persistentemente elevato" post-chirurgico potrebbe derivare anche da isole di tessuto benigno lasciato in sede dopo PR, in particolare all'apice prostatico ed al collo vescicale (9). Ad esempio, uno studio anatomo-pa-

tologico di una casistica di pazienti sottoposti a PR dimostrò la presenza di margini positivi per tessuto ghiandolare benigno nel 27% dei casi. Nonostante tale riscontro, dopo 5 anni il 61 % manifestarono delle RBi (20). Ma la correlazione fra residui di tessuto benigno e RBi è controversa.

e. La storia naturale dei pazienti con RBi La RBi può precedere la malattia clinica di mesi od anni come riferito nella importante casistica di Pound, che studiò l'outcome di 304 pazienti con RBi osservati nel periodo 1982-1997 (21). Il rischio di progressione clinica a 5 anni variava fra il 27-60% ed era statisticamente correlato con l'intervallo di tempo dalla prostatectomia alla RBi, con il Gleason score, e con il tempo di raddoppiamento del PSA (PSAdt). Il tempo mediano dalla comparsa delle RBi alle metastasi sistemiche era di 8 anni e la sopravvivenza mediana successiva alle metastasi di 5 anni. La mortalità specifica per ca. prostatico risultava del 17% a 15 anni.

Il più recente update di Freedland (22) della medesima casistica ampliata fino a 379 pazienti, dimostrava un destino clinicamente più sfavorevole delle RBi. Infatti la mortalità specifica da CaPr dei pazienti non sottoposti a trattamenti fino all'evento metastatico, risultava del 2 % entro i 5 anni, del 23% fra i 5 e 10 anni e del 45% a 15 anni. Quasi 1/4 dei pazienti era deceduto di CaPr entro i dieci anni dalla diagnosi di RBi ed 1/2 entro i 15 anni.

La RBi da CaPr può quindi anticipare una prognosi incerta o sfavorevole ed un atteggiamento di semplice attesa in luogo della terapia richiede molta cautela.

B. L'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DELLE RECIDIVE BIOCHIMICHE (Appendice B)

Per i pazienti con RBi sospetta o certa dopo prostatectomia, è necessaria una vera e propria ristadiatura per valutare la diffusione della malattia: locale o sistemica.

Nel primo caso si potrà instaurare un trattamento radiante, mentre l'ormonoterapia (OT) costituirà la scelta prioritaria in presenza, o nel sospetto di metastasi.

Esiste una ampia variabilità nelle scelte diagnostiche degli Specialisti per stadiare le RBi, e questa incertezza deriva anche dalla vasta offerta di

Tabella III. Studi con RMN delle recidive biochimiche di Ca prostatico con bassi valori di PSA

Autore	N. casi	PSA medio (ng/ml)	Intervallo CH-RMN Mesi (m), anni (a)	Tecnica	SE	SPE
Silverman JM 1997, (Pr)	35	1,4 (0,4-11)	26 m (8 m-5 a)	RMN-s	100% (1)	100%
Sella T 2004, (R)	48	2.18 (0-10)	0,5-13 a	RMN-s	95%, misto di (1), (2) e (4)	100%
Casciani E 2008, (R)	46	1.9 (0.1 -6)	32 m (10m-6a)	RMN-s RMN- p	48%, (1) 88%, (1)	52% 100% P= 0.0001
Sciarra A. 2008, (Pr)	50*	1.26 (0.9-1.9)	13 m (± 4)	RMN -sp RMN-p RMN-p + RMN-sp	84%, (1) 71%, (1) 87%, (1)	88% 94% 94%
Sciarra A. 2008, (Pr)	20	0.8 (0.4-1.4)	13 m (± 4)	RMN -sp RMN-p RMN-p + RMN-sp	71%, (2) 79%, (2) 86%, (2)	83% 100% 94%
Cirillo S 2009, (R)	71	(1.23) (± 1.3)	1.23 a (1-15)	RMN-s	84%, misto di (1), (2) e (3)	89%
Liau SL 2012, (R)	88	0.30 (0.19-0.72)	32 (14-57)	Misto di RMN -s, RMN-d e RMN -p	24%, (4)	Ns

Legenda: Ns: non specificato; **Validazione dei risultati:** (1): Biopsia; (2): Ex adiuvantibus; (3): PET-colina; (4) Criterio radiologico. Pr = studio prospettico; R = studio retrospettivo. RMN: s = standard; p= perfusione; d= diffusione; sp = spettroscopica.

prestazioni iper-tecnologiche e sofisticate delle quali ancora non si conoscono completamente le fini potenzialità ed i limiti.

È il caso quindi di proporre una sintesi aggiornata dei mezzi diagnostici oggi disponibili per lo studio dei pazienti con RBi, lanciando uno sguardo anche ai costi ed all'impegno organizzativo degli stessi.

1) L'esplorazione digito-rettale (DRE)

È la valutazione clinica più immediata, alla portata di ogni Medico, per apprezzare delle anomalie in loggia prostatica. Il riscontro di tessuto solido e/o di noduli richiede tuttavia la conferma biopatica, potendo corrispondere ad alterazioni fibrotiche postoperatorie (15). La DRE, nonostante sia ritenuta da al-

cuni A. altamente specifica, (16, 23) è un mezzo inadeguato per la localizzazione di recidive locali negli operati.

2) L'Ecografia trans-rettale (ECO)

È il primo esame strumentale comunemente prescritto per lo studio delle sospette recidive dopo PR. L'ECO è più sensibile della DRE nel rilievo di recidive locali, soprattutto in posizione anteriore, ma è meno specifica (16, 23, 24, 25, 26).

Vi è unanime accordo che la funzione più importante, ed al momento insostituibile, della ECO è di guidare la biopsia trans-rettale sui foci patologici. Tuttavia la positività per carcinoma che ne deriva varia dal 38 al 54% (15) e data l'intrinseca invasività, la biopsia dovrebbe essere limitata solo ai casi

in cui può influenzare la scelta terapeutica.

3) La Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)

(nella nomenclatura anglosassone: *Magnetic Resonance Imaging o MRI*) è ormai l'esame più richiesto nella stadiazione dei pazienti con RBi per la sua flessibilità ed i promettenti risultati nello studio locale e sistemico del CaPr, unite alla disponibilità ormai diffusa in ogni Servizio Radiologico Ospedaliero. (Tabella III)

- LA RMN-standard (RMN-s), o morfologica, è normalmente realizzata impiegando sequenze T1- e T2-W (Weighted) + un m.d.c con Gadolinio. Valutando gli studi non numerosi finora prodotti, la RMN-s ha dimostrato elevata accura-

tezza nella identificazione di lesioni recidive in loggia prostatica con un range di valori per la Sensibilità (SE) del 84-100% e per la Specificità (SPE) del 89-100% (18, 27, 28).

Nell'ultimo decennio le prestazioni della RMN si sono potenzialmente arricchite con l'introduzione di tre sequenze funzionali che permettono di enfatizzare l'imaging delle lesioni neoplastiche o di studiarne le componenti molecolari distintive di malignità. Ne riassumiamo brevemente i principi ed i risultati che sono esposti in dettaglio nella Tabella III.

- *La RMN di perfusione (RMN-p) o Dynamic Contrast-Enhanced MRI (DCE-MRI)* consente di analizzare indirettamente, e documentarla nell'imaging, l'angiogenesi tissutale, che può costituire il segno distintivo della presenza di una neoformazione (15, 29, 30) e migliorare significativamente l'informazione diagnostica rispetto alla RMN-s (15). Le prestazioni della RMN-p aumentano considerevolmente con l'abbinamento alla RMN spettroscopica

- *La La RMN di diffusione (RMN-d) o Diffusion-Weighted-Imaging MRI (DWI-MRI)* è stata sviluppata per rappresentare il flusso delle molecole d'acqua (protoni) all'interno dei tessuti. Questo fenomeno nei carcinomi ad elevata cellularità sarà rappresentato da un segnale RMN di intensità diversa rispetto al contesto. Tuttavia le esperienze con tale metodica sono ancora in fase embrionale.

- *La RMN spettroscopica (RMN-sp) o Magnetic Resonance Spectroscopic Imaging (MRSI)* (30) è in grado di identificare la presenza di multipli metaboliti tissutali e rappresentarli graficamente (Esempio: citrato, colina, poliamine, creatina). Nella prostata normale la concentrazione del citrato è elevata, mentre diminuisce verticalmente nelle aree carcinomatose. Viceversa, la concentrazione di colina, che è un fondamentale costituente delle membrane cellulari, aumenta in modo netto in presenza di carcinoma, ed il suo picco all'esplorazione RMN sarà più elevato di quello del citrato, suggerendo la presenza di malattia. (31) La sequenza RMN-sp è potenzialmente in grado di distinguere fra componen-

ti benigne, necrotiche e maligne di un tessuto dopo vari tipi di terapie (31). A bassi livelli di PSA può offrire valori di SE e SPE non eguagliati da altre metodiche (30).

- *La RMN multiparametrica (RMN-mp)* prevede l'utilizzo contemporaneo delle quattro tecniche di RMN (1 Standard e 3 funzionali) descritte e può risultare decisiva per la diagnosi. Tuttavia si tratta di un esame indaginoso, spesso non tollerato dal paziente, e di lunga esecuzione. Inoltre al presente la RMN-mp è regolarmente attuata, con lunghi tempi d'attesa, solo in pochi centri con Radiologi esperti.

I dati riferiti derivano in grande parte da indagini di carattere sperimentale e richiedono ulteriori conferme con ricerche prospettiche e metodologie rigorose su casistiche più vaste. Tenendo presente tale premessa, una recente metanalisi sul ruolo della RMN nella diagnosi delle recidive locali da CaPr ha selezionato 7 studi effettuati con ogni tipo di sequenza, dai quali sono emersi valori di SE e SPE cumulativi del 82% (IC 95%: 78-86%) e 87% (IC 95%: 78-86%) rispettivamente (32).

4) Imaging dei linfonodi. Nell'esplorazione linfonodale, l'accuratezza della RMN e della Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) convenzionali si equivalgono ed ancora non sono stati elaborati dalle Società Scientifiche dei protocolli con indicazioni sulla modalità di imaging da preferire. Secondo una ampia metanalisi di 24 studi selezionati, sono state confrontate le performances della TAC e della RMN nella identificazione di linfonodi metastatici da CaPr. SE e SPE risultarono del 42% e 82% per la TAC e del 39% e 82% per la RMN standard, quindi del tutto sovrapponibili (33). Tuttavia la RMN è in piena evoluzione anche in questo distretto.

Ad esempio molto recentemente Saokar et al. (34) studiando 30 pazienti con neoplasie primitive della vescica o della prostata riferisce una maggiore accuratezza della RMN standard rispetto alla TAC nella identificazione di linfonodi con diametro di 1-5 mm ($p = 0.0001$). Inoltre studi ancora sperimentali descrivono un significativo vantaggio diagnostico del-

la sequenza RMN - diffusione rispetto alla RMN standard nella individuazione di linfonodi metastatici (35, 36). Questi promettenti risultati tuttavia non sono confermati da altri Autori (37) e richiedono future conferme.

5) La Tomografia ad Emissione di positroni (PET) che impiega il Fluorodesossiglucosio marcato con il radioisotopo 18-Fluoro- (^{18}F -FDG), è la tecnica ad emissione di positroni più diffusa per le stadiazioni oncologiche e può vantare una letteratura ormai molto estesa. La sua accuratezza nella identificazione delle RBi di CaPr è comunque di valore modesto e non superiore alle convenzionali TAC e RMN. Inoltre, a valori bassi di PSA, la sensibilità della ^{18}F -FDG -PET declina rapidamente (29, 38). Questa indagine ha ancora un importante ruolo in Oncologia ma per lo studio prostatico è ora del tutto obsoleta.

Come è noto, la PET può essere realizzata anche con altri radiofarmaci introdotti più recentemente, come la colina, l'acetato, la metionina ed il fluoro-didrotosterone, marcate con i radioisotopi Carbonio-11 (^{11}C -) o Fluoro-18 (^{18}F -) (39). Fra questi composti solo la ^{11}C -Colina ha un impiego routinario in clinica e di essa ci occuperemo specificamente. Le altre tre molecole menzionate, implicate a vari livelli nei processi metabolici e di ricambio cellulare, hanno dimostrato promettenti risultati degni di interesse nello studio del carcinoma prostatico, ma non oltre l'ambito sperimentale (39, 40, 41).

La ^{11}C -Colina-PET sta rapidamente acquistando credibilità e diffusione come tecnica di prima scelta per i pazienti con RBi di CaPr prostatico operato, benché non manchino ancora perplessità sul suo reale valore (7-pag. 116-117, 29, 37, 38, 42, 43). Varie caratteristiche, diremmo biotecnologiche, fanno comunque preferire questo esame nel mondo Oncologico e lo rendono vincente sulle altre metodiche nucleari (44):

► Normalmente le cellule prostatiche incorporano la colina per sintetizzare la fosfatidilcolina che è un costituente della membrana cellulare. Questo processo è biologicamente accelerato nelle cellule neoplastiche per favorire una loro rapida proliferazione e ciò costituisce la premessa per una

Tabella IV. Sensibilità della ¹¹C-Colina PET in rapporto alla cinetica del PSA (49)

Misure del PSA	N. casi	Sensibilità della ¹¹ C-Colina PET
PSA trigger		
PSA < 1ng/ml	51	19%
PSA > 1 ng/ml e < 2 ng/ml	39	25%
PSA > 2 ng/ml e < 5 ng/ml	51	41%
PSA > 5 ng/ml	49	67%
PSA velocity (PSA vel)		
PSA vel < 1 ng/ml/ y	33	12%
PSA vel > 1 ng/ml/ y e < 2 ng/ml/ y	26	34%
PSA vel > 2 ng/ml/ y e < 5 ng/ml/ y	19	42%
PSA vel > 5 ng/ml/ y	28	70%
PSA doubling time (PSA dt)		
PSAdt > 6 m	45	20%
PSAdt > 4m e < 6m	20	40%
PSAdt > 2m e < 4m	31	48%
PSAdt < 1m	10	60%

iper captazione della ¹¹C-Colina nei focolai patologici. ► Il tessuto prostatico è avido di Colina. ► L'indagine PET è bene tollerata dal paziente e l'imaging prodotta è di immediata ed agevole lettura anche per i non Specialisti.

L'introduzione della tecnologia PET-TAC, coniugando le caratteristiche dell'esame positronico e della tomografia computerizzata standard, consente di ottenere simultaneamente e senza disagi per il paziente le migliori performances delle due metodiche e di appaiarle per confronto o sovrapporre con una fusione. In questo modo risulta più agevole la localizzazione anatomica di ogni anormalità ed i falsi positivi vengono abbattuti. Inoltre l'utilizzo della ¹¹C-Colina PET-TAC come guida alla Radioterapia accresce la precisione del trattamento, e consente tecniche sofisticate (IMRT etc.) con protocolli di dose escalation, (43, 45) benchè non sia ancora routinariamente raccomandabile (43).

I risultati finora descritti con la ¹¹C-Colina PET dimostrano un netto vantaggio rispetto alla "tradizionale" ¹⁸F-FDG-PET (29, 40) nel riconoscimento di

recidive locali od a distanza, ma in questo compito non è ancora provata una superiorità dell'esame positronico nei riguardi della RMN (37, 46) Il range di SE della ¹¹C-colina, impiegata per il carcinoma prostatico, riflette le disomogeneità dei pazienti e delle casistiche analizzate e risulta molto ampio, variando dal 38 al 98% (47). In realtà sembra ormai accertata una stretta relazione con alcuni parametri di aggressività della malattia che potrebbero selezionare dei sottogruppi di pazienti con diversa sensibilità all'esame.

- Gli studi iniziali con ¹¹C-colina in pazienti poco selezionati e con PSA compreso fra 1 e 5 ng/ml dimostravano un range di SE fra l'11 ed il 36 %, implicando una grossa spesa sanitaria dovuta all'elevata quota di esami negativi e quindi inutili (48).

- Indagini molto recenti hanno invece accertato che l'accuratezza diagnostica della ¹¹C-Colina PET può raggiungere valori di SE del 50% nei pazienti con PSA totale <1,5ng/ml ma caratterizzato da una rapida cinetica (basso PSAdt ed elevata PSAvel) (48, 49). (Appendice C) Non mancano tuttavia posizioni discordanti. Ad esempio Rybalov (50) e

coll. in una ricerca retrospettiva su 180 pazienti con RBi (PSA medio 18.45 ng/ml) riscontrarono una SE della ¹¹C-Colina PET- del 65% per lesioni patologiche. Tuttavia mentre il valore assoluto del PSA e la PSA velocity ebbero un significativo effetto sull'entità del risultato, il PSdt risultò ininfluente.

Dall'insieme delle esperienze riferite, in accordo con gli Autori si possono trarre almeno 3 conclusioni:

I) Il paziente con RBi dovrebbe essere preliminarmente assegnato ad una categoria di rischio (Appendice A). **II)** L'accuratezza diagnostica della ¹¹C-Colina PET dipende dai valori assoluti del PSA, dal PSdt e dalla PSA vel (7, 48, 49, 50). **III)** L'impiego dell'esame con colina è giustificato in paz. con PSA <2 ng/ml solo in presenza di elevata cinetica del marker (basso PSAdt, elevata PSA vel).

Per un utile riferimento nella prescrizione della ¹¹C-Colina PET, può servire la Tabella IV, adattata dai risultati di Castellucci e coll. (49)

6) Il Proscint (Capromab pentetide marcato con Indio-111: ¹¹¹In-capromab pentetide) è un anticorpo monoclonale reso radioattivo, che si fissa sulla parte intracellulare di una glicoproteina specifica delle cellule carcinomatose prostatiche, realizzando una immunoscintigrafia. Questo esame fu approvato dalla Food and Drug Administration ma al presente è solo impiegato sporadicamente con significato sperimentale (51).

7) La Scintigrafia Ossea, realizzata con difosfonati marcati con Tecnezio-99, è consigliata solo per la valutazione sistemica della malattia in pazienti con PSA > 20 ng/ml, mentre a livelli inferiori del marker la sensibilità scintigrafica declina rapidamente (7, 38). L'impiego di questa indagine pertanto non ha significato per i pazienti con RBi a basso PSA.

In conclusione, per la ricerca delle recidive nel letto prostatico e/o sistemiche in pazienti operati e con incremento del PSA, la RMN standard e/o multiparametrica sembra la tecnica più affidabile mentre la ¹¹C-Colina-PET, in presenza di valori di PSA < 2ng/ml ha indicazione solo per pazienti con elevata cinetica

AGGIORNAMENTO

Tabella V. Metodiche di imaging pelviche-addominali, e relativi costi, per stadiazione delle recidive loco-regionali di CaPr con PSA ≤ 2ng/ml.

Metodica di stadiazione	Indicazioni	Costo (Euro)
DRE (Visita urologica)	Diagnosi di nodulo in loggia prostatica	20.50
Ecografia addome inf	Non indicazioni (± per adenopatie)	68
Ecografia addome completo	Non indicazioni (± per adenopatie)	113,95
ECOGRAFIA Transrettale	Diagnosi di lesione in loggia pelvica Guida per biopsia	85.45
Agobiopsia eco-guidata della loggia prostatica	Diagnosi istologica di recidiva	55.25
TAC addome inferiore	Non indicazioni (± per adenopatie)	nc: 97,4 c: 227.95
TAC addome completo	Non indicazioni (± per adenopatie)	nc: 127,05 c: 284,9
RMN addome inf e scavo pelvico	Diagnosi di recidiva in loggia prostatica e ± per stadiazione addominale	nc: 227.95 c: 353,25
RMN addome completo	Idem	nc: 353,25 c: 547
RMN spettroscopica	Diagnosi di recidiva in loggia prostatica	271,8
RMN Diffusione –perfusione *	Idem	nc: 271,8 c: 319,05
11C-Colina PET/TAC	Diagnosi di recidiva in loggia prostatica e stadiazione addominale-sistemica in pazienti con alta cinetica del PSA	1295
Scintigrafia ossea	Non indicazioni	153.85

Note: ±: Indicazione dubbia per adenopatie metastatiche. **1:** Per i presupposti razionali delle indicazioni vedi il testo. **2:** La nomenclatura delle prestazioni ed i costi derivano letteralmente dal tariffario regionale Veneto, in vigore al 30/3/2013. **3:** La RMN multiparametrica comprende la RMN addome, la RMN spettroscopica e la RMN di diffusione- perfusione eseguite nella stessa sessione. I costi si sommano rispettivamente.

Nc = non contrasto; **c** = contrasto.

del marker. Nell'indagine sistemica, la ¹¹C-Colina PET, pur gravata da un costo superiore rispetto alla RMN, è più completa, esplorando tutto il corpo e gli apparati, e molto meglio tollerata. La tabella V espone un quadro riassuntivo delle metodiche d'indagine per lo studio pelvico della malattia, specificandone i costi.

8) La biopsia ECO-guidata

Nei pazienti con RBi, le biopsie "alla cieca" nella fossa prostatica portano a diagnosi positive per carcinoma non superiori al 54% e solo in presenza di lesione palpabile o ipoecogenica alla TRUS, la positività biopistica può raggiungere l'80% dei casi. L'accertamento isto-patologico non è

un passaggio obbligatorio nei pazienti con RBi, e come indicatori di malattia possono bastare i dosaggi del PSA e la misurazione del PSA_{dt}. A sostegno di tale atteggiamento, il controllo biochimico delle RBi con biopsia positiva dopo Radioterapia non differisce da quello osservato nei pazienti irradiati e non biopsiati (16, 24, 26, 52).

C. LA RADIOTERAPIA

1) Tecniche

La Radioterapia a fasci esterni (RTE) è la più tradizionale arma terapeutica per le recidive biochimiche (RBI) del CaPr, mentre a sostegno dell'ormonoterapia non sono ancora disponibili sufficienti dati (vedi oltre). Normalmente si impiegano solo tecniche conformazionali (3-D e IMRT: Intensity Modulated Radiation Therapy) ed il volume-bersaglio è costituito dal letto prostatico + collo vescicale, includendo anche i residui di vescicole seminali quando evidenziati dalla TAC postoperatoria (38, 53, 54). Rimane aperto il quesito sulle indicazioni di una RT "whole pelvis" in presenza di sola RBI: non esistono ancora studi decisivi in grado di precisare il ruolo dell'irradiazione del letto prostatico allargato alla pelvi, e questa ultima opzione può essere applicata ma non è necessaria (17, 53).

2) Dosaggio

L'influenza del dosaggio sul controllo biochimico del CaPr recidivato è stata studiata solo retrospettivamente e mancano ancora trials prospettici di dose escalation (38, 55) sul tema. Il dosaggio raccomandato da alcuni A per la Radioterapia di salvataggio delle RBI è > 65 Gy (56, 57, 58, 59), ma il range di valori impiegati spazia dai 60 ai 70 Gy. King e coll. hanno confrontato l'"outcome" di 38 e 84 pazienti trattati con 60 ed 70 Gy, rispettivamente. Il controllo biochimico fu significativamente più elevato del 25-58% a 5 anni nel sottogruppo a dosaggio maggiore (55). Attualmente permane l'indicazione di 64 Gy per le RBI stabilita nel 1999 dal

consensus panel dell'ASTRO (American Society of Clinical Oncology) (60). Ma una recente review dello stesso King (61) conferma, con un approccio di tipo matematico, che i dosaggi di 70 Gy sono i più efficaci per un controllo della malattia.

3) I Risultati della Radioterapia di salvataggio (RTdS)

- Premessa. Per i fini dettagli statistici dei risultati si rimanda ai lavori originali degli Autori. Tutti i trials citati rientrano nei livelli di evidenza IIA-IIB—IIC in accordo alla classificazione esposta in Appendice D.

Le percentuali di controllo delle RBI con Rtds descritte in letteratura variano dal 10% al 67% a 3-5 anni di osservazione, con valori mediani del 40-50% (1, 8). Per spiegare l'ampio range riferito dagli A. serve precisare che tutte le casistiche considerate in letteratura sono retrospettive e disomogenee per caratteristiche biologiche della malattia (es: rapido vs lento PSA_{dt}), dosaggi di RTE impiegati (es: 60 Gy vs 68 Gy) e criteri non uniformi di definizione della RBI e/o della ricaduta dopo trattamento. I risultati tradizionali sono stati recentemente confermati da King che ha effettuato una larga review individuando una serie di 43 casistiche comprendenti 5597 pazienti trattati nel periodo 1996-2009. Per i criteri di inclusione, la metodologia di studio, la lista completa ed i dati specifici dei reports esaminati, si rimanda al contributo originale dell'Autore (61). Vengono espressi nella tabellina VI solo i valori medi emersi da questa analisi:

Il basso PSA e la dose elevata di RT ebbero un valore nettamente pre-

dominante come fattori prognostici secondo l'Autore: Su tali concetti ritorneremo a breve.

Due lavori retrospettivi, non considerati da King, rivestono particolare interesse a livello clinico:

- Stephenson et al. (8) valutando una casistica di 501 pazienti sottoposti a RTdS nel periodo 1987-2002, riscontrarono un controllo biochimico a 4 anni del 45%. A 45 mesi il 10% dei pazienti sviluppò metastasi ed il 4 % morì di malattia prostatica.

All'analisi multivariata gli elementi prognostici sfavorevoli risultarono: **a)** lo score di Gleason 8-10, **b)** il PSA pre RTdS > 0.2 ng/ml, **c)** i margini chirurgici negativi, **d)** il PSA_{dt} di 10 mesi o meno, **e)** l'invasione delle vescicole seminali.

I pazienti senza alcuno di tali fattori prognostici ebbero una b NED a 4 anni del 77%.

Questa ricerca per la numerosità della casistica offre uno scenario attendibile sul destino dei pazienti con recidiva biochimica sottoposti a salvataggio con Radioterapia e sui fattori prognostici più significativi validi per la clinica.

- Cotter *et al.* (62) esaminarono 134 pazienti affetti da RBI con valori di PSA > 0,2 ng/ml e sottoposti a RTdS nel periodo 1988-2008. Il dosaggio medio fu di 66 Gy.

Dopo un follow-up medio di 11.3 anni, nei pazienti con RTdS si ebbe una riduzione altamente significativa della mortalità per ogni causa rispetto ai controlli non sottoposti al trattamento radiante. Tale miglioramento fu osservato indipendentemente dal PSA AT time dei pazienti (< 6 mesi, o ≥ 6 mesi, rispettivamente).

TAB VI. Recente review dei risultati della RTdS (57)

Autore	N. Pazienti	Follow-up medio	PSA medio pre RTdS	Tempo	OT	Dose RT	b (NED)
KING CR 2012	5600	47.5 mesi	1.1 ng /ml	3-5 anni	10,4%	64.6Gy	46.2 %

Tempo: periodo d'osservazione dei pazienti; OT ormonoterapia di ogni forma; Dose RT: dose media con ogni tecnica; b NED): biochemical No Extensive Disease

4) Fattori prognostici negativi per la RTdS delle recidive

L'insieme degli studi riguardanti il ruolo della RTdS per le RBi di CaPr ha permesso di individuare alcuni fattori prognostici che impattano negativamente sulla prognosi dopo terapia radiante. Di questi viene offerta una sintetica illustrazione.

- Il valore assoluto del PSA pre RTdS è il più attendibile fattore prognostico nelle analisi uni- e multivariate. Non è stato ancora definito un preciso cut-off ma i migliori risultati ebbero luogo con dosaggi di PSA ≤ 0.2 ng/ml (16, 52, 56, 58, 63, 64, 65). Con l'aumento del marker oltre tale soglia, il controllo biochimico declina progressivamente.
- Allo stesso livello come importanza prognostica possiamo porre il tempo di raddoppiamento del PSA che è stato anche correlato con le probabilità di morte per il CaPr (5, 66). In particolare, più basso è il PSA_{dt} più severa risulta la prognosi. Tuttavia nel definire la soglia di maggiore rischio del PSA_{dt} esistono ancora pareri contrastanti. Infatti sono stati descritti numerosi valori, corrispondenti a tempi di PSA_{dt} di 3, 6, 8, 10 e 12 mesi (66). Anche il calcolo del PSA_{dt} non è standardizzato, così come non viene

specificato dagli A il numero di misurazioni sufficienti per determinarne il valore.

- Il Gleason Score ≥ 7 indica una prognosi sfavorevole per la maggioranza degli A (58, 62, 64, 67, 68, 69) mentre solo un ristretto gruppo di reports non ammette questa associazione. Anche il breve tempo intercorso fra la prostatectomia e la RBi può avere significato prognostico negativo (66).

D'altro canto questi tre elementi (PS_{dt}, Gleason score, intervallo PR-RBi) sono strettamente intercorrelati in modo tale che il paziente con rapido PS_{dt} avrà un breve intervallo PR-RBi e un Gleason score sfavorevole (66).

- Il dosaggio < 65 Gy (56, 58) l'invasione delle vescicole (64, 69, 70), il riscontro di lesioni palpabili ed i margini chirurgici negativi (58, 62, 70) sono gli altri principali fattori prognostici negativi riferiti dagli A.

Una positività dei margini chirurgici suggerisce una persistenza di malattia nel letto chirurgico, creando invece il presupposto per un successo della RTdS quando si riscontra un incremento del PSA significativo per RBi.

- King nella sua recente review sintetizzata nella Tabella VI ha raccolto

la più ampia casistica retrospettiva a nostra conoscenza di pazienti affetti da RBi, trattati con RTdS (61).

La numerosità dei pazienti ed il rigore dello studio hanno autorizzato l'Autore ad identificare, due fattori prognostici indipendenti altamente significativi per il successo della RTdS: I La RTdS eseguita con il più basso livello di PSA possibile II L'importanza di un elevato dosaggio (≥ 70 Gy).

Quantitativamente si avrebbe una perdita di bNED del 2.6% per ogni incremento del PSA di 0,1 ng/ml, ed un guadagno di bNED del 2% per ogni incremento di dose di 1Gy. Lo studio inoltre fornisce anche una evidenza che la RTdS tempestiva ha le stesse probabilità di controllo biochimico della RTE adiuvante.

5) La tossicità da RTdS

La tossicità dopo RTdS riguarda ovviamente gli organi coinvolti nel volume d'irradiazione, come la vescica, l'uretra ed il retto, ma esistono anche segnalazioni di linfedemi e danno sessuale.

Normalmente i danni da RTdS sono lievi o moderati e le tossicità severe di grado 3 o 4 compaiono raramente.

La maggioranza degli A. accomuna nelle analisi di tossicità i pazienti trattati con

Tabella VII. Complicanze della Radioterapia di salvataggio

Tipo di score	Tossicità Genito-Urinaria (GU)		Tossicità Gastrointestinale (GI)	
	Acuta	Cronica	Acuta	Cronica
RTOG 1	63%-64%	3.5%	25%-38%	Reports aneddotici
2	vm: 17% (7%-37%)	vm: 7.13% (0.6%-19.3%) Incontinenza: 0.6-18%	vm: 31.8 (13%-42%)	vm: 13 (4%-34,2%)
3	Reports aneddotici	vm: 2.15% (0.6%-3.7%) Stenosi: 3-3.6%	1%-1.2%	vm: 1.04% (0.4%-2.6%)
4		1% 1.12 %		0.6%
Altre complicanze: Linfedema: 3%; Impotenza: 22 %				
Legenda: vm = Valore Medio con range (fra parentesi). Bibliografia: (1)				

RTE adiuvante postoperatoria e RTds. In tre lavori prospettici randomizzati di confronto fra RTE adiuvante e semplice osservazione ("wait and see"), le stenosi uretrali e le sindromi tardive di ogni tipo (grado 1-3) furono significativamente più numerose nei pazienti irradiati rispetto ai controlli, ma non apparvero danni di grado 4 (38).

Nell'ambito della RTds, che preferiamo considerare separatamente, non si hanno invece ancora studi prospettici di valutazione degli effetti collaterali ed i dati disponibili, derivando da indagini storiche e retrospettive, esprimono valori solo orientativi e richiedono una certa prudenza, potendo a nostro avviso essere sottostimati. Nella tabella VII sono elencate le complicanze più frequenti riportate dagli A.

D. RADIOTERAPIA + ORMONOTERAPIA ANTIANDROGENICA

Nella ricerca clinica è già stato dimostrato con studi prospettici randomizzati, ormai diventati delle pietre miliari, che nei pazienti con CaPr a rischio intermedio-elevato la combinazione di Ormonoterapia (neoadiuvante, concomitante od adiuvante) alla Radioterapia definitiva migliora in modo significativo sia il controllo biochimico della malattia, sia la sopravvivenza globale (71). L'associazione concomitante della OT alla RTds ha il vantaggio teorico di potenziare l'effetto locale della RTE e di sterilizzare i microfoci di malattia a distanza non evidenziati nella fase di staging. Tuttavia questo concetto non è stato ancora tradotto nelle applicazioni di RTds, dove al presente fanno testo solo alcuni studi retrospettivi interessanti ma non decisivi (70, 71, 72, 73, 74, 75).

Fra questi meritano attenzione: King e coll. (72) in 122 pazienti con recidiva dopo prostatectomia valutarono 2 trattamenti diversi: RTE + OT (N. 53) vs. RTE esclusiva (N. 69). A 5 anni la sopravvivenza globale risultò del 100% e 87% rispettivamente, con alta significatività statistica ($p=0.0008$).

Anche Trock et al (75) effettuarono uno studio comparativo su un larga popolazione di pazienti con Rbi o

recidiva locale organica: 397 pazienti non ricevettero alcuna cura, 160 solo RTds e 78 RTds + OT. Dopo 9 anni di follow-up medio la OT non ebbe impatto significativo sulla sopravvivenza libera da progressione rispetto alla sola Radioterapia.

È interessante notare che nel gruppo sottoposto a sola RTds i pazienti con PSA_{dt} < 6 mesi e trattati entro 2 anni dal rialzo del PSA, ebbero una mortalità cancro-specifica significativamente inferiore.

In sintesi, le ricerche finora disponibili non permettono di assegnare un ruolo definitivo alla soppressione androgenica in combinazione con la RTds.

Sono in corso degli studi prospettici che affrontano questo argomento, con risultati ancora ignoti (71).

E. ORMONOTERAPIA ESCLUSIVA

Con frequenza non precisabile i pazienti con Rbi vengono sottoposti ad OT come terapia di prima istanza, ma non sono ancora disponibili report significativi per sostenere questo approccio. Tuttavia è giustificato riservare la OT esclusiva ai pazienti con Rbi biologicamente molto aggressiva (PSA_{dt} < 3 mesi) (76)

F. CONCLUSIONI

La gestione dei pazienti con "recidiva biochimica" da Ca prostatico, poggia su due momenti sequenziali di pari importanza in cui ogni passaggio deve essere curato con attenzione per mirare al successo finale:

- 1) La stadiazione
- 2) La terapia

Se noi riassumiamo i dati più significativi esposti in questo lavoro, possiamo costruire una flow-chart orientativa per il Medico al quale il paziente già operato per CaPr si rivolge con l'allarmante responso di una recidiva biochimica o con un PSA persistentemente elevato dopo chirurgia. (Tabella II)

Terremo distinte queste due categorie di pazienti.

I protocolli descritti sono compatibili con le linee guida Americane ed

Europee (7, 53), e la più aggiornata Letteratura scientifica.

I gradi di raccomandazione sono tutti di tipo B (Appendice D), per la cinetica del PSA vedi tabella IV.

PAZIENTI CON RECIDIVA BIOCHIMICA DOPO PR

I Fase: Stadiazione

A. Stadiazione locale

1. Anamnesi, assegnazione del paziente ad una categoria di rischio preoperatorio (Appendice A).
2. Visita clinica con DRE
3. ECO trans rettale ± biopsia mirata di nodulo obiettivo

B. Stadiazione locale e sistemica

Calcolo della cinetica del PSA (Appendice C):

- a. PSA aggressivo → PET/TAC-Colina
- b. PSA non aggressivo → RMN standard (o multiparametrica) pelvi-addome

II Fase: Terapia

Passando ora al versante terapeutico, i dati esposti e le linee guida delle maggiori Istituzioni (7, 53, 76) che si sono pronunciate su questo su questo argomento, portano a percorsi differenziati.

A. Malattia locale (dimostrata o silente) dopo stadiazione

I) **Pazienti a basso rischio** (basso rischio pre-PR e/o lenta cinetica del PSA dopo ReBi):

Età < 70 anni: RTE sul letto prostatico 66-70 Gy

Età > 70 anni: vigile attesa o RTE sul letto prostatico 66-70 Gy

II) **Pazienti a rischio elevato** (= elevata cinetica del PSA dopo Rbi ± alto rischio pre-PR):

Ogni età: RTE sul letto prostatico 70 Gy + OT

III) **Pazienti a rischio molto elevato** (PSA_{dt} < a 3 mesi)

Ogni età: OT ± RTE su letto prostatico e/o pelvi

B. Malattia sistemica dopo stadiazione

OT o Chemioterapia ± RTE palliativa-riduttiva

PAZIENTI CON PSA PERSISTENTEMENTE ELEVATO DOPO CHIRURGIA

I Fase: Stadiazione

Come sopra (vedi pazienti con Rbi). È opzionale nei pazienti recentemente stadiati

II Fase: Terapia

Pazienti con PSA ≤ 0.2 ng/ml: osservazione o RT 66-70 Gy ± OT in caso di 2 progressivi rialzi del marker.

Pazienti con PSA > 2 ng/ml: ± Ristadiazione, ± OT, ± RTE, *approccio personalizzato*

Appendici A. B. C. D.

A. Le categorie di rischio per i pazienti con CaPr. (Vedi tabella VIII)

B. Sensibilità, Specificità, Accuratezza di un test

1) Sensibilità di un test: $\text{Vero Positivo (VP)} / \text{VP} + \text{Falso Negativo (FN)} = \text{Frazione dei malati che il test giudica correttamente tali, ovvero frazione dei "veri positivi"}$

2) Specificità di un test: $\text{Vero negativo (VN)} / \text{VN} + \text{Falso positivo (FP)} = \text{Frazione dei soggetti sani effettivamente riconosciuti come tali, ovvero frazione dei "veri negativi"}$

3) Accuratezza di un test: $\text{VP} + \text{VN} / n$. Totale Pazienti = *Frazione dei risultati esatti rispetto al n. totale dei soggetti esaminati*

C. Calcolo della cinetica del PSA

1) Tempo di raddoppiamento.

• Formula scientifica per 2 successivi valori di PSA:
 $DT = \log \text{ naturale } (2)^* \times T / (\log \text{ final PSA} - \log \text{ initial PSA})$.

Dove DT è il tempo di raddoppiamento del PSA, T è l'intervallo di tempo fra il PSA iniziale (valore del marker al momento della recidiva postoperatoria) ed il PSA finale (valore del marker prima

Tabella VIII.

Appendice A. Le categorie di rischio secondo D'Amico e NCCN

Classificazione di D'Amico (5)	Classificazione NCCN (53)
Rischio basso: Controllo biochimico a 10 anni: 83 %; T1c, T2a e PSA ≤ 10ng/ml e Gleason ≤ 6	Rischio basso: T1- T2a e PSA < 10 ng/ml e Gleason 2- 6
Rischio intermedio: Controllo biochimico a 10 anni: 46 %; T2b o PSA > 10 e ≤ 20 ng/ml o Gleason score 7	Rischio intermedio: T2b -T2c o PSA 10 - 20 ng/ml, o Gleason score 7
Rischio elevato: Controllo biochimico a 10 anni: 29 %; T2c o PSA > 20ng/ml o Gleason score ≥ 8	Rischio elevato: T3a o PSA > 20ng/ml o Gleason 8-10
	Rischio molto elevato T3b-T4

della Radioterapia). $^* \log \text{ nat } (2) = 0.693$

• Tramite WEB: Consultare la voce "PSA doubling time" su Google, anche per determinazioni > 2 valori.

2) PSA velocity.

• Calcolare l'incremento assoluto del PSA in ng/ml/anno, usando il primo e l'ultimo valore del marker.

• Tramite WEB: Consultare la voce "PSA velocity" su Google.

D. Livelli di evidenza dei trials clinici. Adattato da (7): *European Association of Urology Guidelines. Prostate Cancer. Treatment of Biochemical failure after treatment with curative intent.* p. 8-9.

Ia. Informazioni derivate da revisioni sistematiche o meta-analisi di studi clinici randomizzati.

Ib. Informazioni derivate da almeno uno studio clinico randomizzato con gruppo di controllo.

Ila. Informazioni derivate da almeno uno studio clinico controllato non randomizzato di buona qualità.

Ilb. Informazioni derivate da altri tipi di studi controllati di buona qualità semi-sperimentali

III. Informazioni derivate da studi non sperimentali di buona qualità (*serie di*

casi, case reports, studi di correlazione, studi descrittivi, opinione di esperti)

IV. Informazioni fondate unicamente sull'opinione di esperti di altri organismi o su quella dei componenti del gruppo di lavoro multidisciplinare

Grado delle Raccomandazioni

A. Raccomandazioni basate su lavori scientifici di livello Ia o Ib

B. Raccomandazioni basate su lavori scientifici di livello Ila o Ilb o III

C. Raccomandazioni basate su opinioni di esperti

BIBLIOGRAFIA

1. Campostrini F. La Radioterapia esterna di salvataggio delle recidive biochimiche nei pazienti con carcinoma prostatico operato: Generalità, risultati complicanze. *GUONE NEWS 2009; 28: 2-14*

2. Campostrini F. Il carcinoma prostatico localizzato T1-T3b. Approccio diagnostico e generalità sui trattamenti (Parte I). *Verona Medica* Settembre 2009: 14-26.

3. Campostrini F. Il carcinoma prostatico localizzato T1-T3b. La Radioterapia e linee-guida sui principali trattamenti (Parte II). *Verona Medica* Dicembre 2009: 20-31.

4. Castellucci P, Fuccio C, Rubello D, et al. Is there a role for ¹¹C-choline PET/CT in the early detection of metastatic disease in surgically treated prostate cancer patients with a mild PSA increase <1.5 ng/ml?. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2011; 38:55-63.

5. D'Amico V, Whittington R, Malkovicz BS, *et al.* Predicting prostate specific antigen outcome preoperatively in the prostate specific antigen era. *J Urol* 2001; 166: 2185-2188.
6. Kupelian PA, Potters L, Khuntia D, *et al.* Radical prostatectomy, external beam radiotherapy <72 Gy, external beam radiotherapy > or = 72Gy, permanent seed implantation, or combined seeds/external beam radiotherapy for stage T1-T2 prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 58: 25-33
7. European Association of Urology Guidelines. Prostate Cancer. Treatment of Biochemical failure after treatment with curative intent <http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/> 2013
8. Stephenson AJ, Shariat SF, Zelfsky MJ, *et al.* Salvage Radiotherapy for recurrent prostate cancer after radical prostatectomy. *JAMA* 2004; 291: 1325-1332.
9. Amling CL. Biochemical recurrence after localized treatment. *Urol Clin N Am* 2006; 33: 147-159.
10. Nakamura M, Hasumi H, Miyoshi Y, *et al.* Usefulness of ultrasensitive prostate-specific antigen assay for early detection of biochemical failure after radical prostatectomy. *Int J Urol* 2005; 12:1050-4.
11. Audenet F, Seringe E, D SJ, *et al.* Persistently elevated prostate-specific antigen at six weeks after radical prostatectomy helps in early identification of patients who are likely to recur. *World J Urol* 2012; 30: 239-244.
12. Carrie C, Pommier P. Indications et résultats de la radiothérapie de rattrapage dans les cancers de la prostate. Salvage radiotherapy in rising PSA after radical prostatectomy. *Cancer / Radiothérapie* 2007; 11: 370-372.
13. Benchikh EL, Fegoun A, Villers A, *et al.* PSA and follow-up after treatment for prostate cancer. *Progr Urol* 2008; 18: 137-144.
14. Moreira DM, Presti JC Jr, Aronson WJ, *et al.* Postoperative prostate-specific antigen nadir improves accuracy for predicting biochemical recurrence after radical prostatectomy: Results from the Shared Equal Access Regional Cancer Hospital (SEARCH) and Duke Prostate Center databases. *Int J Urol* 2010;17: 914-22.
15. Casciani E, Poletti E, Carmineni E, *et al.* Endorectal and dynamic contrast-enhanced MRI for detection of local recurrence after radical prostatectomy. *Am J Roentgenol* 2008; 190: 1187-1192.
16. Leventis AK, Shariat SF, Kattan MW, *et al.* Prediction of response to salvage radiation therapy in patients with prostate cancer recurrence after radical prostatectomy. *JCO* 2001; 19: 1030-1039.
17. Poortmans P, Bossi A, Vandeputte K, *et al.* Guidelines for target volume definition in post-operative radiotherapy for prostate cancer, on behalf of the EORTC Radiation Oncology Group. *Radiation Oncol* 2007; 84: 121-127.
18. Sella T, Shawartz LH, Swindle PW. Suspected local recurrence after radical prostatectomy: endorectal coil MR imaging. *Radiotherapy* 2004; 231: 379-38.
19. Nguyen DP, Giannarini G, Seiler R, *et al.* Local recurrence after retropubic radical prostatectomy for prostate cancer does not exclusively occur at the anastomotic site. *BJU Int* 2012; (Epub ahead of print).
20. Djavan B, Milani S, Fong YK. Benign positive margins after radical prostatectomy means a poor prognosis. *Urology* 2005; 65: 218-220.
21. Pound CR, Partin AW, Eisenberger MA, *et al.* Natural history of progression after PSA elevation following radical prostatectomy. *JAMA* 1999; 281: 1591-1597.
22. Freedland SJ, Humphreys EB, Mangold LA, *et al.* Risk of prostate cancer-specific mortality following biochemical recurrence after radical prostatectomy. *JAMA* 2005; 294: 433-439.
23. Deliveliotis C, Manousakas T, Chrisofos M *et al.* Diagnostic efficacy of transrectal ultrasound-guided biopsy of the prostatic fossa in patients with rising PSA following radical prostatectomy. *World J Urol* 2007; 25:309-313.
24. Connolly JA, Shinohara K, Presti JC Jr, *et al.* Local recurrence after radical prostatectomy: characteristics in size, location and relationship to prostate-specific antigen and surgical margins. *Urology* 1996; 47:225-231.
25. Saleem MD, Sanders H, Abu El Naser M, *et al.* Factors predicting cancer detection in biopsy of the prostatic fossa after radical prostatectomy. *Urology* 1998; 51: 283-286.
26. Scattoni V, Rossigno M, Raber M, *et al.* Multiple vesico-urethral biopsies following radical prostatectomy: the predictive roles of TRUS, DRE, PSA and the pathological stage. *Eur Urol* 2003; 44: 407-414.
27. Silverman JM, Krebs TL. MR imaging evaluation with a transrectal surface coil of local recurrence of prostatic cancer in men who have undergone radical prostatectomy. *Am J Roentgenol* 1997; 168: 379-385.
28. Cirillo S, Petracchini M, Scotti L, *et al.* Endorectal magnetic resonance imaging at 1.5 Tesla to assess local recurrence following radical prostatectomy using T2-weighted and contrast-enhanced imaging. *Eur Radiol* 2009; 19: 761-769.
29. Pucar D, Sella T, Schoder H. The role of imaging in the detection of prostate cancer local recurrence after radiation therapy and surgery. *Curr Opin Urol* 2008; 18: 87-97.
30. Sciarra A, Panebianco V, Saliccia S, *et al.* Role of dynamic contrast-enhanced magnetic resonance (MR) imaging and proton MR spectroscopic imaging in the detection of local recurrence after radical prostatectomy for prostate cancer. *Eur Urol* 2008; 54: 589-600.
31. Nayyar R, Kumar R, Kumar V, *et al.* Magnetic resonance spectroscopic imaging: current status in the management of prostate cancer. *BJU International* 2009; 103: 1614-1620.
32. Wu LM, Xu JR, Gu HY, *et al.* Role of Magnetic Resonance Imaging in the Detection of Local Prostate Cancer Recurrence after External Beam Radiotherapy and Radical Prostatectomy. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2013; Epub ahead of print
33. Hovels AM, Heesakkers RA, Adang EM, *et al.* The diagnostic accuracy of CT and MRI in the staging of pelvic lymph nodes in patients with prostate cancer: a meta-analysis. *Clin Radiol* 2008; 63: 387-395.
34. Saokar A, Islam T, Jantsch M, *et al.* Detection of lymph nodes in pelvic malignancies with computed tomography and magnetic resonance imaging. *Clinical Imaging* 2010; 34: 361-366.
35. Eiber M, Beer AJ, Holzapfel K *et al.* Preliminary results for characterization of pelvic lymph nodes in patients with prostate cancer by Diffusion-Weighted MR-Imaging. *Investigative Radiology* 2010; 15-23.
36. Mir N, Sohaib SA, Collins D, *et al.* Fusion of high b-value diffusion-weighted and T2 weighted MR images improves identification of lymph nodes in the pelvis. *J Med Imaging Radiat Oncol* 2010; 54: 358-364.
37. Budiharto T, Joniau S, Lerut E, *et al.* Prospective Evaluation of 11C- Choline Positron Emission Tomography / Computed Tomography and diffusion-Weighted Magnetic Resonance Imaging for the nodal staging of prostate cancer with a high risk of lymph node metastases. *European Urology* 2011; 60: 125-130.
38. Pasquier D, Hugentobler A, Masson P. Quel bilan d'imagerie avant une radiothérapie de rattrapage après prostatectomie radicale pour adénocarcinome prostatique? *Cancer / Radiothérapie* 2009; 13: 173-181.
39. Schwarzenböck S, Souvatzoglou M, Krause BJ. Choline PET and PET/CT in Primary Diagnosis and Staging of Prostate Cancer. *Theranostics*. 2012; 2:318-30.
40. Oyama N, Miller TR, Dehdashti F, *et al.* ¹¹C-acetate PET imaging of prostate cancer: detection of recurrent disease at PSA relapse. *J Nucl Med* 2003; 44: 549-555.
41. Wachter S, Tomek S, Kurtaran A, *et al.* ¹¹C-acetate positron emission tomography imaging and image fusion with computed tomography and magnetic resonance imaging in patients with recurrent prostate cancer. *JCO* 2006; 24: 2513-2519.
42. Kwee SA, Coel MN, Lim J. Detection of recurrent prostate cancer with 18F-fluorocholine PET/CT in relation to PSA level at the time of imaging. *Ann Nucl Med* 2012; 26: 501-507.
43. Picchio M, Castellucci P. Clinical Indications of C-Choline PET/CT in Prostate Cancer Patients with Biochemical Relapse. *Theranostics* 2012; 3: 13-17.
44. Hara T, Kosaka N, Kishi H *et al.* PET imaging of prostate cancer using Carbon-11-Choline. *J Nucl Med* 1998; 39: 990-995.
45. Souvatzoglou M, Krause BJ, Pürschel A, *et al.* Influence of (11)C-choline PET/CT on the treatment planning for salvage radiation therapy in patients with biochemical recurrence

of prostate cancer. *Radiother Oncol*. 2011; 99:193-200.

46. Veas H, Buchegger F, Albrecht S, et al. 18F-choline and/or ¹¹C-acetate positron emission tomography: detection of residual or progressive subclinical disease at very low prostate-specific antigen values (< 1ng/ml) after radical prostatectomy. *BJU Int* 2007; 99: 1415-1420.

47. Picchio M, Briganti A, Fanti S et al. The role of Choline Positron Emission Tomography/Computed Tomography in the Management of patients with Prostate - Specific Antigen progression After radical treatment of prostate cancer. *European Urology* 2011; 59: 51-60.

48. Giovacchini G, Picchio M, Garcia-Parra R, et al. [(11)C] choline positron emission tomography/computerized tomography for early detection of prostate cancer recurrence in patients with low increasing prostate specific antigen. *J Urol* 2012; 189:105-10.

49. Castellucci P, Fuccio C, Nanni C et al. Influence of trigger PSA and PSA kinetics on ¹¹C-Choline PET/CT detection rate in patients with biochemical relapse after radical prostatectomy. *J Nuclear Medicine* 2009; 50: 1394-1400

50. Rybalov M, Breeuwsma AJ, Leliveld AM, et al. Impact of total PSA, PSA doubling time and PSA velocity on detection rates of (11) C-Choline positron emission tomography in recurrent prostate cancer. *World J Urol*. 2012 Jul 20. [Epub ahead of print].

51. Aparici CM, Carlson D, Nguyen N, et al. Combined SPECT and Multidetector CT for Prostate Cancer Evaluations. *Am J Nucl Med Mol Imaging* 2012; 1:48-54.

52. Jereczek-Fossa B, Zerini D, Vavassori A, et al. Sooner or later? Outcome analysis of 431 prostate cancer patients treated with postoperative or salvage radiotherapy. *Int J. Radiation Oncology Biol Phys* 2009; 74: 115-125.

53. NCCN clinical practice guidelines in Oncology. Prostate cancer. <http://www.nccn.org/clinical.asp> 2013.

54. De Meerleer G, Fonteyne V, Meersschout S, et al. Salvage intensity-modulated radiotherapy for rising PSA after radical prostatectomy. *Radiother Oncol*. 2008; 89:205-13.

55. King CR, Spiotto MT. Improved outcome with higher doses for salvage radiotherapy after prostatectomy. *Int J. Radiation Oncology Biol Phys* 2008; 71: 23-27.

56. Anscher MS, Clough R, Dodge R. Radiotherapy for a rising prostate-specific antigen after radical prostatectomy: The first 10 Years. *Int J. Radiation Oncology Biol Phys* 2000; 48: 300-375.

57. Forman JD, Meetze K, Pontes E, et al. Therapeutic irradiation for patients with an elevated post-prostatectomy prostate specific antigen level. *J Urol* 1997; 158: 1436-1440.

58. Macdonald OK, Schild SE, Vora SA, et al. Radiotherapy for men with isolated increase in serum prostate specific antigen after radical prostatectomy. *J Urol* 2003; 170: 1833-1837.

59. Stephenson A, Scardino P, Kattan M, et al. Predicting the outcome of salvage radiation therapy for recurrent prostate cancer after radical prostatectomy. *JCO* 2007; 25: 2035-2041.

60. Cox J, Gallagher M, Hammond F, et al. Consensus statements on radiation therapy of prostate cancer. Guidelines for prostate re-biopsy after radiation and for radiation therapy with rising prostate-specific antigen levels and radical prostatectomy - American Society for Therapeutic Radiology and Oncology Consensus. *JCO* 1999; 17: 1155.

61. King CR. The timing of salvage radiotherapy after radical prostatectomy: a systematic review. *Int J. Radiation Oncology Biol Phys* 2012; 84:104-111.

62. Cotter SE, Chen MH, Moul JW, et al. Salvage radiation in men after prostate-specific antigen failure and the risk of death. *Cancer* 2011; 117: 3925-3932.

63. Taylor N, Kelly JF, Kuban DA, et al. Adjuvant and salvage radiotherapy after radical prostatectomy for prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003; 56: 755-763.

64. Chawla AK, Thakral HK, Zietman AL, et al. Salvage radiotherapy after radical prostatectomy for prostate adenocarcinoma: analysis of efficacy and prognostic factors. *Urology* 2002; 59: 726-731.

65. Schwarz R, Graefen M, Krull A. Therapy of recurrent disease after radical prostatectomy in 2007. *World J Urol* 2007; 25: 161-167.

66. Freedland SJ, Moul JW. Prostate specific antigen recurrence after definitive therapy. *J Urol* 2007; 177: 1985-1991.

67. Mosbacher MR, Schiff PB, Otoole KM, et al. Post-prostatectomy salvage radiation therapy for prostate cancer: impact of pathological and biochemical variables and prostate fossa biopsy. *Cancer J* 2002; 8: 242-246.

68. Peyromaure M, Allouch M, Eschwege F, et al. Salvage radiotherapy for biochemical recurrence after radical prostatectomy: A study of 62 patients. *Urology* 2003; 62: 503-507.

69. Liauw SL, Webster WS, Pistenma DA, et al. Salvage radiotherapy for biochemical failure of radical prostatectomy. A single-institution experience. *Urology* 2003; 61: 1204-1210.

70. Katz MS, Zelefsky MJ, Venkatraman ES, et al. Predictors of biochemical outcome with salvage conformal radiotherapy after radical prostatectomy for prostate cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21: 483-489.

71. Jang JW, Hwang WT, Guzzo TJ et al. Upfront androgen deprivation therapy with salvage radiation may improve biochemical outcomes in prostate cancer patients with post-prostatectomy rising PSA. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012; 83: 1493-1499.

72. King CR, Presti JC Jr, Gill H, Brooks J, et al. Radiotherapy after radical prostatectomy: does transient androgen suppression improve outcomes? *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 59: 341-347.

73. Cheung R, Kamat AM, de Crevoisier R, et al. Outcome of salvage radiotherapy for biochemical failure after radical prostatectomy with or without hormonal therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005; 63:134-140.

74. Soto DE, Passarelli MN, Daignault S, et al. Concurrent androgen deprivation therapy during salvage prostate radiotherapy improves treatment outcomes in high-risk patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*; 82:1227-1232.

75. Trock JB, Han M, Freedland S J, et al. Prostate cancer- specific survival following salvage radiotherapy vs. observation in men with biochemical recurrence after radical prostatectomy. *JAMA* 2008; 299: 2760-2769.

76. AIOM linee-guida. Carcinoma della prostata. <http://www.aiom.it/area+pubblica/area+medica> 2009 p. 93

Ringraziamento

L'Autore è grato per la collaborazione ai Colleghi Dr. Federico Lonardi e Dr.ssa Gloria Gioga della U.O. di Radioterapia, ed al Dr. Antonio Conti del Servizio di Laboratorio-Analisi dell' Ospedale "Mater Salutis" di Legnago.



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

www.omceovr.it

Informazioni e servizi "on line"

Omeopatia-Agopuntura-Fitoterapia: saranno istituiti appositi elenchi

Omeopatia e discipline affini (antroposofia e oमतossicologia) basate sulla prescrizione di medicinali registrati nel nostro paese come "omeopatici", **agopuntura** e **fitoterapia** dal 7 febbraio 2013 sono di fatto riconosciute su tutto il territorio nazionale. Gli Ordini dei Medici istituiranno appositi registri per l'iscrizione dei medici che le praticano e che hanno titolo per qualificarsi esperti nel settore.

Nel 2015, terminerà il regime transitorio, ed i medici abilitati all'esercizio professionale di tali discipline dovranno dimostrare di avere un curriculum formativo maturato a livello universitario tramite un master di formazione specifica, oppure di aver completato un iter triennale di formazione presso una scuola privata accreditata per un monte orario complessivo di 500 ore di formazione, di cui 100 di pratica clinica e 400 di lezioni, il 30% delle quali possono essere erogate in FAD (formazione a distanza).

Le norme sono contenute nell'**Accordo Stato Regioni concernente "i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri..."** sancito in data 7 feb-

braio 2013. (copia dell'accordo è scaricabile nella pagina web dell'Ordine <http://www.omceovr.it>)

L'accordo ha una portata storica poiché, nelle more di una legge di regolamentazione nazionale, una volta recepito dalle singole regioni, ha l'equivalenza di una legge dello Stato.

L'accordo riconosce dunque che agopuntura, omeopatia e discipline affini e fitoterapia "costituiscono atto sanitario e sono oggetto di attività riservata perché di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo, dell'odontoiatra professionale, del medico veterinario e del farmacista, ciascuno per le rispettive competenze".

"L'agopuntura, la Fitoterapia e l'Omeopatia sono considerate come sistemi di diagnosi, di cura e prevenzione che affiancano la medicina ufficiale avendo come scopo comune la promozione e la tutela della salute, la cura e la riabilitazione".

L'accordo prevede che vengano "istituiti presso gli Ordini professionali provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri gli elenchi dei professionisti esercenti l'Agopuntura, la Fitoterapia e l'Omeopatia. Tali elenchi sono distinti per disciplina".

"Per la valutazione dei titoli necessari

alla iscrizione di detti elenchi, gli Ordini Professionali istituiscono specifiche commissioni formate da esperti nelle diverse discipline".

Le Scuole di formazione private che dimostreranno di ottemperare alle regole stabilite potranno essere riconosciute come organismi abilitati a formare i medici nelle discipline specifiche e questo le porrà sullo stesso piano della formazione universitaria, l'unica che fino ad oggi era istituzionalmente riconosciuta.

Il medico competente nelle complementari potrà essere rintracciato dai cittadini nel registro apposito presso l'ordine dei medici della provincia di appartenenza.

A breve la Conferenza Stato-Regioni dovrebbe occuparsi anche della formazione dei veterinari e dei farmacisti. **L'Ordine di Verona si accinge ad istituire la commissione prevista dall'Accordo.**

A tal fine chi fosse interessato a farne parte è invitato a presentare apposita domanda presso la Segreteria dell'Ordine allegando la documentazione da cui si possa rilevare il curriculum formativo svolto, le competenze acquisite, e le eventuali pubblicazioni su riviste nazionali o internazionali.



VERONA MEDICA - Palazzo Vitruvio Cerdone - Via Locatelli, 1 - 37122 VERONA

TEMPO LIBERO

CERCO, OFFRO E SCAMBIO:

DEPENNARE LE VOCI CHE NON INTERESSANO

COGNOME

NOME

INDIRIZZO

TELEFONO

N° TESSERA ORDINE

IRAP: storia infinita

Sentenza Corte Suprema di Cassazione - Sezione Tributaria - N. 4923/13 - Paga l'Irap il professionista che si avvalga di una segretaria part-time.

La Corte Suprema di Cassazione - Sezione Tributaria - con sentenza n. 4923/13 (All. n. 1) ha rilevato che, secondo l'interpretazione costituzionalmente orientata fornita dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 156 del 2001, presupposto impositivo dell'IRAP si ha quando sia presente il re-

quisito dell'autonoma organizzazione. In un passaggio chiave della sentenza la Corte Suprema di Cassazione chiarisce che "il requisito dell'autonoma organizzazione, il cui accertamento spetta al giudice di merito ed è insindacabile in sede di legittimità se congruamente motivato, ricorre quando il contribuente che eserciti attività di lavoro autonomo: a) sia, sotto qualsiasi forma, il responsabile dell'organizzazione, e non sia quindi inserito in strutture organizzative riferibili ad altrui re-

sponsabilità ed interesse; b) impieghi beni strumentali eccedenti le quantità che, secondo l'id quod plerumque accidit", costituiscono nell'attualità anche in assenza di organizzazione, oppure si avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui". La sentenza sancisce inoltre che costituisce onere del contribuente che chieda il rimborso dell'imposta asseritamente non dovuta dare la prova dell'assenza delle predette condizioni.

Ciò detto, la Corte Suprema di Cassazione nella suddetta sentenza rileva inoltre che la presenza non occasionale di personale dipendente e nella fattispecie di una segretaria part-time addetta alla ricezione degli appuntamenti è sufficiente ad integrare il requisito dell'autonoma organizzazione.

Colpa lieve. Cosa cambia per i medici con la sentenza della Cassazione

Con sentenza, depositata il 31 gennaio 2013 n. 2, la IV sezione penale, la Corte di Cassazione, in linea con l'art. 3 della legge Balduzzi n. 189/2012, ha depenalizzato la colpa lieve del medico, annullando con rinvio la condanna per omicidio colposo nei confronti di un chirurgo che nell'esecuzione di un intervento di ernia del disco, aveva leso dei vasi sanguigni provocando il decesso del paziente.

Tale decisione si fonda sul principio (espresso dalla Legge Balduzzi) che la colpa lieve da parte del sanitario non ha rilievo in sede penale qualora l'attività del medico "si attenga a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica".

Si alleggerisce quindi il peso della responsabilità penale sui medici accusati di "malpractice" e sempre più spesso bersaglio di denunce da parte dei pazienti, o dei loro aventi causa, tali da determinare l'amplia-

mento del fenomeno della "medicina difensiva".

In particolare, la questione esaminata dalla Corte consisteva nel determinare se "l'art. 3 della legge 8 novembre 2012 n. 189 abbia determinato la parziale abrogazione delle fattispecie colpose commesse dagli esercenti le professioni sanitarie".

La Cassazione ha risposto affermativamente, ritenendo che "la nuova normativa ha parzialmente discriminalizzato le fattispecie colpose in questione".

Precisa la Corte: "L'innovazione esclude la rilevanza penale delle condotte connotate da colpa lieve, che si collocano all'interno dell'area segnata da linee guida o da virtuose pratiche mediche, purché esse siano accreditate dalla comunità scientifica".

Al giudice di merito è stato quindi chiesto di riesaminare il caso per determinare se esistono linee gui-

da o pratiche mediche accreditate afferenti all'esecuzione dell'atto chirurgico in questione, se l'intervento eseguito si sia mosso entro i confini segnati da tali direttive e, pertanto, se nell'esecuzione dell'atto chirurgico vi sia stata colpa lieve o grave.

Ma vi sono anche degli aspetti di dubbia interpretazione in riferimento all'applicazione della legge Balduzzi.

Allo stato attuale non si comprende infatti quali siano le linee guida a cui fare riferimento e soprattutto quale sia l'organo eventuale che abbia il compito di accreditare le Linee Guida e le "pratiche virtuose".

Inoltre, ciò che desta perplessità riguarda il fatto che se in sede penale perde rilevanza la colpa lieve, la stessa permane in sede civile ai fini risarcitori.

Appare comunque probabile che la Cassazione muovendosi in sintonia con la legge Balduzzi inciderà

favorevolmente nei confronti dei medici anche sull'ammontare dei risarcimenti, ancorando l'entità degli stessi ad una valutazione della colpa.

FNOMCEO: UNA SENTENZA CHE FA CHIAREZZA

La sentenza della Cassazione che stabilisce che non ha più rilevanza penale la condotta medica connotata da colpa lieve, che si collochi "all'interno dell'area segnata da linee guida o da virtuose pratiche mediche", «aggiunge chiarezza ai fini dell'interpretazione demandata ai giudici». Questo il commento del presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo) **Amedeo Bianco**.

«Già il decreto Balduzzi - sottolinea Bianco - affermava tale principio, prevedendo che i comportamenti medici sulla base di linee guida riconosciute sono rilevabili in sede penale solo per

profili di colpa grave. La Cassazione - prosegue - mi pare non abbia fatto altro che recepire tale principio sancito dalla legge».

Tuttavia, conclude il presidente Fnomceo, «si pone un problema: manca cioè, allo stato attuale, un sistema centralizzato, magari un ente terzo, incaricato dell'accreditamento delle linee guida, così come resta da definire in modo unitario il concetto di virtuose pratiche mediche».

PARERE DEL TRIBUNALE DI MILANO

Secondo la IX sezione del Tribunale di Milano, il decreto Balduzzi, che sottrae alla punibilità penale la colpa lieve di medici e infermieri attenuti a linee guida e buone prassi, sarebbe in contrasto con la Costituzione, considerazione che ha portato a impugnare la legge davanti alla Consulta.

Per il Tribunale la legge delinea un'ir-

razionale area di non punibilità per i soli operatori sanitari, sguarnisce la tutela dei pazienti e nel contempo rischia di burocratizzare il medico e frustrarne il progresso scientifico.

Il problema, ad avviso del giudice, è intendersi sulla natura di queste "mere raccomandazioni per le quali la legge non offre alcun criterio di determinazione.

Non vengono specificate le fonti delle linee guida, quali siano le autorità titolate a produrle, quali siano le procedure di raccolta dei dati statistici e scientifici, e quale sia la loro pubblicità per diffonderle e renderle conoscibili agli stessi sanitari; per le prassi non viene specificato il metodo di raccolta e come possa individuarsi la comunità scientifica".

In questo modo, "l'area di non punibilità è ingiustificatamente premiale per chi manifesta acritica e rassicurante adesione alle linee guida, ed è altrettanto ingiustificatamente avvilente e penalizzante per chi se ne discosta con pari dignità scientifica".

Nella Causa Civile resta immutata la "responsabilità contrattuale"

La **Corte di Cassazione**, terza sezione civile, nella **sentenza n. 4030/13**, depositata il 19/02/13, ha affermato che la recente nuova normativa in tema di responsabilità professionale dei sanitari di cui all'art. 3 del D.L. n. 158/2012, convertito poi in legge con modifiche dalla legge n. 189/12, non ha nella sostanza mutato il quadro di riferimento per quanto riguarda la **responsabilità civile** del medico.

La tesi esposta in questa sentenza è che la materia della responsabilità civile continua a seguire le sue regole ormai consolidate in campo giurisprudenziale che da tempo ribadiscono l'esistenza di una responsabilità contrattuale del medico e della

struttura sanitaria, anche da contatto sociale.

Secondo quanto affermato in questa sentenza, quindi, la norma sopra indicata ha inteso solo depenalizzare in certe situazioni la responsabilità penale del sanitario per colpa lieve al fine di agevolare l'utile esercizio dell'arte medica evitando il pericolo di pretestuose azioni penali, senza, quindi, incidere sul sistema previgente in materia di responsabilità civile.

Si tratta per ora di un primo intervento della Suprema Corte che va segnalato per l'autorevolezza della fonte, fermo restando che occorrerà attendere altre decisioni prima di ritenere che questa interpretazione rappresenta il

diritto vivente perché seguita da tutta la Corte di Cassazione.

Nel caso giudicato dalla Cassazione, peraltro, la questione sopra menzionata è stata trattata solo in via incidentale in quanto non strettamente rilevante per la decisione perché nella fattispecie è stato ritenuto sussistente un errore diagnostico non derivante da colpa lieve, ma da gravissima negligenza perché, secondo la tesi della paziente accolta dalla Suprema Corte, è stato eseguito un intervento di laparostereotomia prima di avere la certezza dell'esistenza di un tumore conclamato e diffuso, tale da rendere improrogabile la terapia eseguita.

Diete in centro estetico. Esercizio abusivo della professione medica

La Corte di Cassazione – Sezione VI Penale – con sentenza 15006/13 ha condannato per esercizio abusivo della professione medica i titolari di un centro estetico, rispettivamente un commercialista naturopata e una psicologa, i quali dispensavano consigli alimentari dopo aver fatto effettuare esami del sangue e compilato schede individuali e personalizzate con computo delle calorie dei nutrienti da assumere.

In un passaggio chiave della sentenza si rileva che “Il complesso degli elementi così acquisiti ha condotto ad accertare lo svolgimento da parte degli odierni ricorrenti, rispettivamente commercialista naturopata e psicologa, di attività quali, qualificazione dei bisogni nutritivi, verifica di corretta assunzione di alimenti, controllo su intolleranze alimentari, tipiche del medico chirurgo specializzato in scienze dell'alimentazione, azioni tutte precedute da anamnesi e richieste di esami del sangue, che venivano poi interpretati dagli odierni ricorrenti e sulla base dei quali erano redatti programmi alimentari”.

Al fine di consentire un maggior approfondimento della fattispecie indicata in oggetto si allega copia della sentenza.

IL PRESIDENTE
AMEDEO BIANCO

08.04.2013 Cassazione penale - (diete in centro estetico senza specialista: esercizio abusivo della professione)

IL FATTO E I PROFILI GIURIDICI

I titolari di un centro estetico a seguito della conferma in appello della pronuncia di condanna per il reato di esercizio abusivo di una professione hanno proposto ricorso dinanzi alla Corte di Cassazione.

La Suprema Corte ha evidenziato come gli imputati avessero svolto attività di qualificazione dei bisogni nutritivi; verifica di corretta assunzione di alimenti; controllo su intolleranze alimentari, tipiche del professionista specializzato in scienze dell'alimentazione. Tutte le azioni erano precedute da anamnesi e richiesta di esami del sangue che venivano poi interpretati dai titolari del centro e sulla cui base erano predisposti i programmi alimentari.

ESITO DEL PROCEDIMENTO

La Suprema Corte non ha accolto l'impugnazione proposta dagli imputati.

(Avv. Ennio Grassini

www.dirittosanitario.net)

**CASSAZIONE PENALE - SEZ. VI;
SENT. N. 15006 DEL 02.04.2013**

omissis

RITENUTO IN FATTO

La difesa di X. X. e Y. Y. propone ricorso avverso la sentenza dei 01112/2011 della Corte d'appello di Roma con la quale è stata confermata la condanna loro inflitta in relazione al reato di cui all'art. 348 cod. pen. in qualità di responsabili del centro “Z. M.” di Frosinone, 2. Con il primo motivo di ricorso si deduce violazione di legge penale ed omessa motivazione, anche in relazione alla valutazione delle prove, assumendo che i ricorrenti, titolari di un centro estetico, non avevano posto in essere atti tipici della professione di medico dietista, in quanto si limitavano a somministrare ai loro clienti consigli sullo stile di vita, e di natura alimentare, in assenza di qualsiasi prescrizione o esecuzione di esami diagnostici.

Anche volendo ricondurre tali attività tra quelle caratteristiche, e non tipiche, della professione medica mancherebbe per integrare il reato il requisito della

modalità di esercizio in via continuativa e professionale. Nella specie le condotte degli interessati non possedevano tali caratteristiche, né vi era stata esibizione di titoli o di insegne equivoche nei locali dove si esercitava l'attività.

Si rileva inoltre contraddittorietà della motivazione, nella parte in cui ha preso atto della minore portata accusatoria delle dichiarazioni rese in dibattimento dal cliente rispetto a quanto dichiarato precedentemente, omettendo di dare conto, anche al solo fine di superarle, delle contrarie attestazioni contenute nella consulenza tecnica di parte, acquisita agli atti su istanza della difesa.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1) Il ricorso è inammissibile, riproponendo eccezioni di fatto superate nelle pronunce di merito che risultano congruamente e logicamente motivate, e prive di elementi di contraddittorietà.

2) In particolare nella valutazione delle prove, sono state sottoposte ad esame le dichiarazioni dei clienti del centro gestito dalla coppia, che hanno posto in evidenza il tipo di controlli cui erano sottoposti, nonché i consigli alimentari loro dispensati, dichiarazioni che hanno trovato chiara conferma nelle risultanze delle schede personali rinvenute nel locale ove per ciascuno di essi erano annotati tipologia, quantità e qualità nutrienti degli alimenti assunti.

Il complesso degli elementi così acquisiti ha condotto ad accertare lo svolgimento da parte degli odierni ricorrenti, rispettivamente commercialista naturopata e psicologa di attività quali: qualificazione dei bisogni nutritivi, verifica di corretta assunzione di alimenti; controllo su intolleranze alimentari, tipiche del medico chirurgo specializzato in scienze dell'alimentazione, azioni tutte precedute da anamnesi e richieste di esami del sangue, che venivano poi interpretati dagli odierni ricorrenti e sulla base dei quali erano redatti programmi alimentari.

Tali condotte, svolte in maniera sistematica sui clienti del centro "Z. M." gestito dai ricorrenti, evidenziano lo svolgimento della complessiva attività riservata all'esperto in scienza dell'alimentazione, e contraddicono in fatto l'allegata non continuità del compimento di atti, anche solo non tipici, ma meramente caratteristici dell'attività.

Sul punto le allegazioni difensive contenute in ricorso si limitano a riproporre la propria versione dei fatti, senza confrontarsi con le acquisizioni testimoniali e la documentazione raccolta nel corso del giudizio, la cui valutazione risulta nelle pronunce di merito esaustiva, coerente e priva di contraddizioni.

La mancata analisi della consulenza tecnica di ufficio prodotta nel corso del giudizio di primo grado, cui si era fatto richiamo in atto di appello, non vizia la sentenza d'appello, atteso che l'autonomia di tale accertamento rispetto al tema del decidere risultagli chiaramente tracciata nella sentenza di primo grado, e non superata dalle

allegazioni difensive contenute nell'atto di impugnazione di merito, poiché è evidente l'ambito astratto, e riferito ad un diverso centro gestito dalla coppia nel quale si muoveva tal accertamento, a fronte delle diverse emergenze di fatto acquisite presso il centro sottoposto a controllo da parte degli inquirenti, le cui risultanze hanno dato origine al presente procedimento.

L'oggettivo vuoto motivazionale sul punto raggiunge pertanto un elemento di fatto di natura non dirimente, privo del carattere di decisività per quanto già illustrato nella pronuncia di primo grado, e risulta inidoneo conseguentemente a viziare l'argomentazione contenuta nella pronuncia impugnata.

3) All'accertamento di inammissibilità dei ricorsi consegue la condanna dei ricorrenti al pagamento delle spese del grado e ciascuno della somma indicata in dispositivo in favore della Cassa delle ammende, in applicazione dell'art. 616 cod. proc. pen. P.Q.M.

Dichiara inammissibili i ricorsi e condanna i ricorrenti al pagamento delle spese processuali e ciascuno a quello della somma di euro 1.000 a favore della Cassa delle ammende.

Così deciso il 28/02/2013

Depositato in Cancelleria il 02 Aprile 2013.

CERTIFICAZIONI TELEMATICHE DI MALATTIA

Informiamo gli iscritti che la segreteria dell'Ordine è ora 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 personale dipendente. Per ottenerle è necessario accedere alla segreteria personalmente.

Radiografie a casa tua

**PRENOTA IL TUO
ESAME DOMICILIARE
allo 045.2222397
Cell. 334.2238796**

**Radiografie refertate con sistema
di TELERADIOLOGIA
(consegna immediata in formato digitale)**

Appuntamenti giornalieri compresi festivi.

La soluzione per i pazienti che hanno problemi di mobilità permanente oppure temporanea. Il nostro staff tecnico sanitario di radiologia medica, effettuerà la radiografia direttamente a casa tua con tecnologie e strumentazioni all'avanguardia. Per conoscere tutte le tipologie di esami che effettuiamo collegatevi a:

www.raggixdomiciliari.it



Non uso del ricettario

Clamorosa recentissima sentenza a favore di un MMG friulano che, ricusato da un paziente cui non aveva trascritto le prescrizioni suggerite dallo specialista, si è rivolto al Giudice del lavoro. Il Collega ha vinto la causa in merito al risarcimento danni per non uso del ricettario SSN nell'ospedale e impropria delega della ricettazione al MMG. Sull'argomento riteniamo utile pubblicare quanto scritto dal Dr. Mauro Marin Medico di medicina generale ed Esperto di questioni normative sanitarie - Pordenone

LA PRESCRIZIONE DIRETTA DEGLI ESAMI CONSIGLIATI DALLO SPECIALISTA DEL SSN a cura di Mauro Marin

I compiti delle aziende sanitarie
L'ACN 23 marzo 2005 per la medicina generale all'art. 49, comma 2, afferma che i Direttori Generali devono stabilire regolamenti per coordinare i rapporti tra medici ospedalieri e medici del territorio, sentito il Comitato Aziendale e i Direttori Sanitari.

I compiti dello specialista
Secondo il comma 5 dell'art. 51 dell'ACN 2005, qualora il medico specialista ritenga opportuno richiedere ulteriori consulenze specialistiche o ulteriori indagini per la risposta al medico curante, formula direttamente le relative richieste sul ricettario regionale previsto dalla legge 326/2003. Secondo il comma 7 dell'art. 51, le Aziende devono emanare disposizioni per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a

interventi chirurgici (DM 30.6.1997 in GU n. 209 del 8.9.1997), nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica.

Dunque i pazienti rimangono in carico al loro medico di medicina generale. E lo specialista del SSN si fa carico della prescrizione diretta degli esami che lui stesso consiglia, ma non dei farmaci consigliati. Riguardo a questi ultimi, è invece discrezione del medico curante che li condivide trascriverli su ricettario regionale, assumendosene così la responsabilità unica, anche contabile. Le norme sul ricettario regionale non prevedono scadenza per la richiesta di esami.

Tutte queste norme erano già contenute nel DPR n. 270/2000 all'art. 37, commi 5 e 7, per responsabilizzare i veri prescrittori al rispetto dei tetti di spesa programmati, come affermava già l'art 72, comma 6, del predetto decreto.

Diverse regioni hanno emanato norme specifiche. La **Regione Friuli Venezia Giulia** con DRG n. 288 del 16 febbraio 2007 ha disposto che i medici ospedalieri e universitari dipendenti effettuino direttamente la prescrizione di esami diagnostici a carico del SSN, consigliati durante il consulto specialistico, senza bisogno di recarsi nello studio del medico di famiglia per trascrivere la richiesta su ricettario regionale. In precedenza la **Regione Emilia Romagna** con la delibera n. 2142/2000 "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali" e prima ancora la **Regione Lombardia** con la delibera n. 12317/1991 avevano già disposto la prescrizione diretta di esami da parte dello specialista dipendente del SSN. Questi provvedimenti sono motivati dall'interesse pubblico di evitare la perdita di tempo e il disagio a carico degli assistiti di un gravoso andirivieni dagli ospedali agli studi dei medici di medicina generale per inutili trascrizioni. Queste norme rispondono anche alla necessità dell'amministrazione pubblica di identificare i diretti ordinatori di spesa per le prestazioni sanitarie ai fini della programmazione per ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, di verificare l'appropriatezza degli interventi e di stabilire se e dove sono necessari opportuni correttivi.

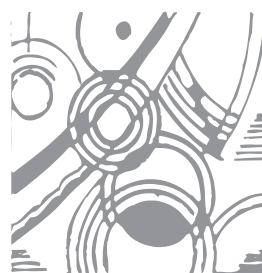
Responsabilità deontologica

Da quanto esposto appare chiaro che non è compito proprio del medico curante convenzionato trascrivere esami richiesti dallo specialista. Pertanto lo specialista dipendente abilitato all'uso del ricettario regionale ha il dovere d'ufficio di prescrivere direttamente gli accertamenti che ritiene necessari come parte integrante della sua prestazione, non essendoci altro sanitario del SSN tenuto per contratto a questo compito e abilitato all'uso del ricettario regionale ed essendo quindi deontologicamente scorretto delegare al medico di medicina generale sminuendo funzioni segretariali che esulano dai suoi compiti.

Responsabilità penale

Lo specialista dipendente che intenzionalmente disattende questo compito commette dunque una violazione disciplinare contrattuale e ordinistica e può incorrere nel reato di omissione d'atti d'ufficio (art. 328 CP), ipotesi che in caso di condotta recidivante non può essere ignorata dalle Direzioni Sanitarie Ospedaliere come ben spiega l'art. 40 CP affermando: non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo. Va rilevato che, in un sistema di cure complesse multidisciplinari, i singoli operatori autonomi non possono limitarsi ad erogare solo la propria prestazione, ma hanno il dovere di verificare il corretto svolgimento sequenziale dell'intero percorso assistenziale del paziente per evitare il rischio di dannose interruzioni di cura dovute all'erogazione tardiva di prestazioni necessarie per mancanza di coordinamento organizzativo che può costituire, sotto il profilo penale, responsabilità di tutti i sanitari coinvolti (art. 110 CP).

Per gentile concessione dell'autore. Dal sito Univadis 13 gennaio 2010.



I provvedimenti in sospeso tra vecchia e nuova legislatura: dai Lea alle cure territoriali fino alla filiera del farmaco

Dai Lea agli standard ospedalieri; dalla riforma delle cure primarie alla revisione della filiera distributiva del farmaco. E ancora: ticket, ludopatia, costi standard: sono tante le questioni aperte in materia di sanità rimaste in stand by in quella terra di mezzo che delimita la vecchia e la nuova legislatura. All'appello mancano infatti diversi decreti attuativi per applicare del tutto le tre leggi più significative del Governo Monti in materia sanitaria: legge di stabilità, spending review e legge Balduzzi.

È quello che emerge da un documento elaborato dalla segreteria della Conferenza delle Regioni, che fa il punto sui provvedimenti da emanare in sede di Conferenza Stato-Regioni e Conferenza Unificata. Norme rimaste al palo, tra accordi e intese non ancora raggiunte. Si va dall'assistenza territoriale, all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Lea). E ancora. Fermi al box il regolamento sugli standard ospedalieri, la revisione del sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco, le norme di contrasto alla ludopatia, i costi standard, la responsabilità professionale. E, ciliegina sulla torta, la spada di Damocle dei 2 miliardi di ticket che scatteranno dal prossimo anno se non si troveranno altre coperture, anche se questi ultimi sono frutto della manovra Tremonti dell'estate del 2011. Tutte questioni che rischiano di rimanere incomplete, visto il complesso scenario politico uscito dalle urne elettorali. Spetterebbe infatti al prossimo governo occuparsene, anche come nuovo interlocutore degli Enti locali. Uno dei provvedimenti 'congelati' più importanti è, ad esempio, l'aggiornamento dei Lea. A fine anno il ministero della Salute ha emanato un decreto che aggiorna i Lea per le malattie rare, che prevede alcune nuove cronicità, introduce misure di contrasto alla ludopatia e prevede l'epidurale gratuita. Si tratta però solo di un primo passaggio:

il percorso prevede ancora il parere delle commissioni parlamentari e l'intesa con le Regioni. Ad oggi, il provvedimento è bloccato al ministero dell'Economia. Altra questione è la riforma delle cure primarie, che prevede l'ambizioso progetto di creare ambulatori H24 con medici e infermieri. Entro maggio le convenzioni dei medici di famiglia, pediatri e specialisti dovranno essere adeguate alle nuove norme in tema di assistenza primaria stabilite dal decreto Balduzzi che prevede servizi sanitari attivi 24 ore su 24, 7 giorni su 7, grazie all'aggregazione tra medici di famiglia, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali ed ex guardia medica. Rinviati al 30 giugno 2013, dalla legge di stabilità, i termini per le misure di contrasto alla ludopatia, che prevedono ad esempio restrizioni agli spot che pubblicizzano il gioco d'azzardo. Un'altra norma incompiuta è anche quella sulle bevande analcoliche, che in base alla legge Balduzzi devono essere commercializzate con un contenuto di succo naturale non inferiore al 20%. Ebbene, manca ancora un decreto del ministero della Salute per la definizione dei criteri per la formazione del personale adibito alla produzione, alla somministrazione e alla commercializzazione degli alimenti. Al palo c'è anche il nuovo sistema di remunerazione della filiera del farmaco. La legge di stabilità proroga al 30 giugno 2013 il termine per l'adozione del nuovo sistema, con la possibilità di un ulteriore slittamento al 31 dicembre. Un altro punto chiave è quello riguardante la responsabilità professionale degli operatori sanitari, che tra le norme più significative prevede che il camice bianco risponda dei danni solo in caso di dolo o colpa grave. Ad oggi, manca un decreto del presidente della Repubblica, previo parere della Stato-Regioni, per i contenuti e le procedure dei contratti assicurativi. Su un binario morto il regolamento sugli standard ospedalieri. Il termine era stato fissato al 31 ottobre, ma il testo è approdato all'or-

dine del giorno della Stato-Regioni solo a fine gennaio e da allora non è stato ancora trattato. La spending review prevedeva inoltre un'accelerazione per l'adozione dei costi standard, che sarebbero dovuti essere definiti entro il 31 dicembre 2012, ma lo scorso 22 novembre si è registrata la mancata intesa in Conferenza Stato-Regioni. "La mancata intesa - riferiscono fonti delle Regioni - è dovuta al mancato accoglimento da parte del governo del criterio della rappresentatività geografica". Nulla di fatto anche sui criteri di classificazione degli Irccs previsti dalla legge Balduzzi. Mancano infatti ancora due decreti ministeriali sul tema. Per quanto riguarda la donazione e il trapianto di organi, il ministero della Salute, attraverso un decreto, fisserà entro giugno criteri e procedure per la gestione di tutte le attività connesse ai trapianti d'organo prevedendo norme su qualità, sicurezza e controlli per tutte le fasi del processo, dalla donazione all'eliminazione in armonia con le normative comunitarie. Spiragli invece sul fronte dell'intramoenia, punto forte della legge Balduzzi. Malgrado l'impianto sia ancora tutto da costruire, il ministro della Salute ha firmato, lo scorso 21 febbraio, il decreto con il quale vengono definite le modalità tecniche per la realizzazione della infrastruttura di rete per il supporto all'organizzazione delle attività libero professionale intramuraria. Su questo punto le Regioni fanno sapere di aver chiesto al governo "un impegno per prorogare di 6 mesi l'applicazione di questo decreto". C'è poi la questione spinosa dei nuovi ticket. Dal 2014 saranno introdotte misure di compartecipazione alle prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle già introdotte. È previsto che le Regioni potranno ridurre l'impatto purché assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico finanziario che dovrà essere preventivamente certificato dal Comitato verifica del rispetto dei Lea. Il risparmio stimato è di circa 2 miliardi l'anno.

I medici veronesi e le problematiche deontologiche della professione

AUTORI: Comitato Etico
OMCeO Provincia di Verona⁽²⁾

INTRODUZIONE

Dal 1999 opera presso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Verona il Comitato di Bioetica, costituito da un gruppo di Professionisti di varia estrazione culturale e disciplinare.

Molti sono i problemi - anche di natura etica - che coinvolgono i medici nella loro attività quotidiana con i pazienti, ma raramente questi problemi vengono manifestati.

In considerazione di ciò, questo Comitato - in accordo con il Consiglio Direttivo dell'Ordine - ha pensato di sondare, proprio con l'aiuto dei medici, quali problemi li coinvolgano maggiormente nella loro attività professionale, con lo scopo di acquisire elementi utili per affrontarli prioritariamente e con maggiore impegno con uno sguardo privilegiato agli aspetti etici. È stato così pre-

parato un questionario anonimo, che è stato inviato per posta elettronica nella primavera 2012 a 1996 Medici iscritti all'Ordine, dei quali era disponibile l'indirizzo e-mail.

Il questionario era costituito da undici domande a risposta chiusa e una dodicesima a risposta aperta; domande riguardanti problemi che il medico si trova a dover affrontare nel suo lavoro e che vertono su argomenti di natura professionale, istituzionale ed etica.

Tutte le risposte pervenute sono state elaborate statisticamente e i risultati sono stati ampiamente discussi in seno al Comitato.

Si è pertanto deciso di pubblicarne la sintesi sia per dare il doveroso riconoscimento ai medici che hanno mostrato la sensibilità di rispondere al questionario, sia per invitare su basi concrete le figure istituzionali responsabili a tenerne conto, affinché si passi dalla conoscenza dello *status quaestionis* agli interventi operativi necessari.

MATERIALI E METODI:

Il questionario proposto, che è presentato nella Tabella n. 1, è stato somministrato ai medici via internet: la tecnica di indagine utilizzata è denominata CASI/WEB (*Computer Assisted Web Self-administered Interviewing*) e cioè questionario computerizzato autocompilato via web. Il questionario è stato informatizzato con il sistema software CAPS¹ (*Computer Assisted Panel Surveys*), che consente di gestire l'intera indagine, dall'invio delle e-mail di contatto alla produzione dei risultati finali. Ciascun soggetto riceve una e-mail di invito alla ricerca dalla quale accede al proprio questionario via web, tramite un codice identificativo personalizzato, incorporato nella mail stessa; l'intervistato può accedere anche più volte (quando ha tempo) al proprio questionario per proseguire nella compilazione o variare le risposte già fornite in precedenza, fino alla chiusura dell'indagine. Ogni singola risposta viene registrata in tempo reale,

TABELLA n. 1: QUESITI DEL QUESTIONARIO

Quali tra i problemi sotto elencati ti coinvolgono maggiormente ?

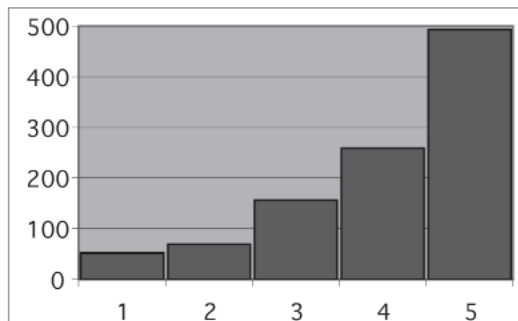
A01	L'invecchiamento della popolazione, con il conseguente aumento delle patologie croniche e delle disabilità
A02	Il fenomeno dell'immigrazione e della multiculturalità
A03	Il crescente rifiuto della sofferenza e della morte da parte delle persone sane e malate
A04	La medicalizzazione impropria di molti problemi "esistenziali"
A05	Il rischio sempre maggiore di essere chiamati in giudizio per le proprie decisioni professionali
A06	La difficoltà di curare adeguatamente, a causa della riduzione delle risorse (economiche, organizzative, strutturali ...)
A07	La burocratizzazione dell'assistenza sanitaria, prevalente sulle azioni di cura
A08	La difficoltà di aggiornamento sui progressi scientifici in grado di migliorare la qualità delle cure
A09	La difficoltà di comunicare con i pazienti, e quindi di instaurare con essi relazioni di cura soddisfacenti
A10	Le implicazioni etiche e di coscienza, che sempre più riguardano le decisioni mediche
A11	La carenza di supporti e di relazioni, capaci di aiutare il medico nelle decisioni che hanno a che fare con l'etica
A12	<i>Considerazioni personali a testo libero:</i>

Da A1 a A11 è possibile segnalare un punteggio crescente da 1 a 5 in relazione al grado di coinvolgimento attribuito al problema proposto in ciascun quesito (1 = coinvolgimento minimo; 5 = coinvolgimento massimo).

Domanda A07

La burocratizzazione dell'assistenza sanitaria, prevalente sulle azioni di cura.

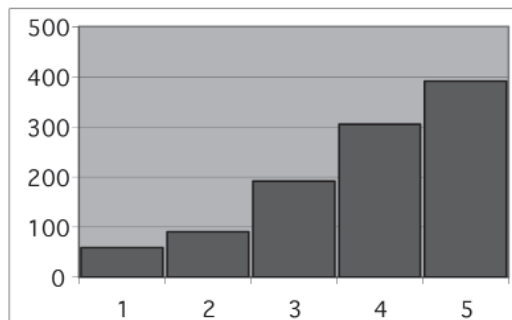
valutaz.	frequenze
1	52
2	69
3	156
4	259
5	493
totale	1029
moda	5
mediana	4
media	4,04
SD	1,16



Domanda A05

Il rischio sempre maggiore di essere chiamati in giudizio per le proprie decisioni professionali.

valutaz.	frequenze
1	59
2	91
3	192
4	305
5	391
totale	1038
moda	5
mediana	4
media	3,85
SD	1,18



quindi anche in caso di problemi di rete, crash del browser o blackout, nessun dato già fornito viene perso e la compilazione può proseguire da dove è stata interrotta.

Il questionario è stato inviato a 1996 medici, 50 dei quali non sono stati raggiunti. Sono stati utilizzati gli indirizzi e-mail della base dati dell'Ordine dei Medici di Verona, che ha reso disponibili solo indirizzi di e-mail muniti di preventiva autorizzazione al contatto. La segnalazione dell'iniziativa proposta dal Comitato etico è avvenuta tramite "Verona Medica", bollettino OMCeO della Provincia di Verona. L'indagine informatizzata è iniziata il 6 aprile del 2012 per chiudersi definitivamente il 30 giugno 2012, avendo raggiunto gli obiettivi prefissati.

RISULTATI:

Il numero totale di accessi da parte dei destinatari è stato 1313. Dei 1126 medici che hanno aperto il questionario, 984 hanno risposto in una sola sessione e 115 in due. Per ogni quesito si sono avute più di 1000 risposte.

I risultati delle risposte alle 11 domande "chiuse" sono riportati nei grafici seguenti (Il punteggio "1", corrispondente al "coinvolgimento minimo" e il punteggio "5" al "coinvolgimento massimo").

Le due domande che hanno fornito le risposte più "preoccupate" sono la A07, che riguarda la burocratizzazione e la A05, che

riguarda le possibili conseguenze giudiziarie dell'attività del medico.

A un livello lievemente inferiore si pongono le difficoltà di curare adeguatamente, a causa delle riduzioni delle risorse economiche, organizzative, strutturali, ecc. (A06). Problemi di peso "medio" sembrano emergere dalle risposte sull'immigrazione e multiculturalità dei pazienti (A02), da quelle sulla medicalizzazione impropria di molti problemi "esistenziali" (A04), e da quelle sulle difficoltà di aggiornamento (A08).

Un po' più coinvolgenti - ma non in modo drammatico - appaiono i problemi connessi all'invecchiamento della popolazione con il conseguente aumento delle patologie croniche e delle disabilità (A01), e quelli che riguardano il crescente rifiuto della sofferenza e della morte da parte dei soggetti sani e ammalati (A03).

I quesiti che sembrano porre meno problemi sono quelli che riguardano la comunicazione e la possibilità di instaurare con i pazienti relazioni soddisfacenti (A09), quelli riguardanti le implicazioni etiche e di coscienza che sempre più riguardano le decisioni mediche (A10) e quelli che possono derivare dalla carenza di supporti e di relazioni capaci di aiutare il medico nelle decisioni che hanno a che fare con l'etica (A11). Peraltro, come vedremo più avanti in molte risposte libere alla domanda "aperta", la questione appare più complessa di quanto non sembri emergere dalle risposte a queste domande "chiuse".

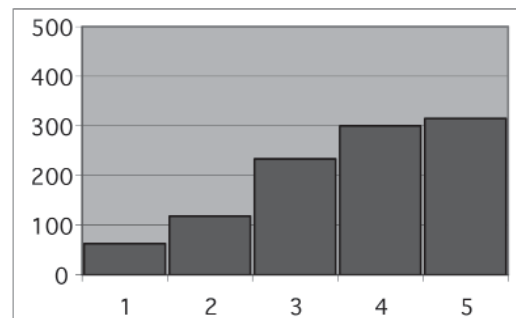
Significative sono state le risposte libere alla dodicesima domanda "aperta". A questa hanno risposto 165 medici, che vi hanno inserito sia nuove osservazioni che commenti esplicativi delle risposte alle domande chiuse.

Alcuni medici (6) hanno aggiunto anche

Domanda A06

La difficoltà di curare adeguatamente, a causa delle riduzioni delle risorse (economiche, organizzative, strutturali...).

valutaz.	frequenze
1	63
2	118
3	234
4	300
5	315
totale	1030
moda	5
mediana	4
media	3,67
SD	1,20



commenti positivi all'iniziativa del questionario.

Le risposte che riguardano strettamente il Comitato di Bioetica (12) e le problematiche specifiche di bioetica (25) sono relativamente poche in confronto ai commenti (44) sulle politiche sanitarie, sulle autorità sanitarie e sull'organizzazione della sanità sia sul territorio che nelle Aziende ospedaliere. A queste risposte si affiancano quelle sui tagli economici nella gestione della sanità (19) e sulla burocrazia eccessiva in numerosi adempimenti (28), che inevitabilmente portano alla riduzione del tempo e dell'attenzione che il medico può dedicare al paziente. Riferimenti specifici all'Ordine dei Medici (6) riguardano la richiesta di interventi più decisi e tempestivi in diverse situazioni.

In totale queste risposte sono 97 mentre quelle direttamente riferite ai temi di bioetica sono solo 37.

I medici, inoltre, attribuiscono le difficoltà di rapporto con i pazienti e/o con i familiari (27 commenti) a vari motivi, quali le diversità culturali, la conflittualità di tipo comunicativo e psicologico nei rapporti medico-paziente-famiglia, l'educazione formale, ecc.

Alcune di queste criticità possono essere ulteriormente esasperate dal contributo, non sempre positivo, dei mezzi d'informazione (media, internet) (10).

Vengono inoltre segnalati come elementi preoccupanti la propensione al consumismo, l'eccessiva attenzione ai canoni di "bellezza e salute" (salutismo, non prevenzione), nonché la pretesa che la Medicina debba quasi garantire l'immortalità, tendenze sempre più diffuse oggi tra i pazienti (5). Sempre per quanto riguarda il rapporto tra organizzazione sanitaria, paziente ed esercizio della professione, vengono segnalate carenze sensibili nell'offerta di supporto psicologico/psichiatrico, cioè nell'aiuto al paziente e/o al medico; a ciò si aggiunge anche la mancanza di multidisciplinarietà e/o di raccordi tra i vari "attori" della Sanità per ottenere una buona gestione generale delle cure e/o del paziente (8).

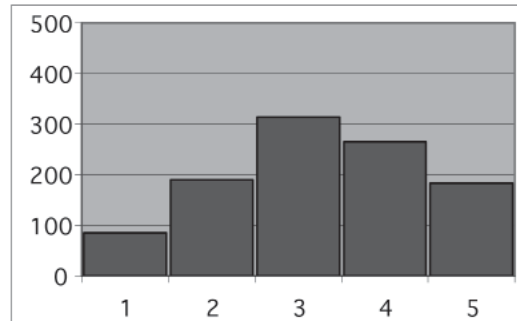
Sentito come problematica generale è anche il disagio giovanile, che pure influisce su una serie di atteggiamenti e di approcci nel rapporto medico-paziente.

L'aumento della popolazione anziana è avvertito come elemento impegnativo nelle risposte aperte più che in quelle chiuse alla domanda A01; viene comunque sottolineato che il problema dovrà essere affrontato nei suoi diversi aspetti in modo organico a livello politico socio-sanitario e non solo a livello personale (4).

Domanda A02

Il fenomeno dell'immigrazione e della multiculturalità.

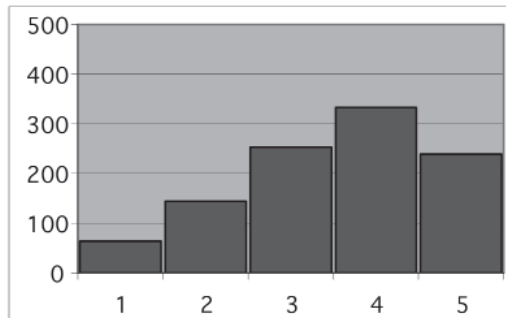
valutaz.	frequenze
1	85
2	190
3	314
4	265
5	183
totale	1037
moda	3
mediana	3
media	3,26
SD	1,18



Domanda A04

La medicalizzazione impropria di molti problemi esistenziali.

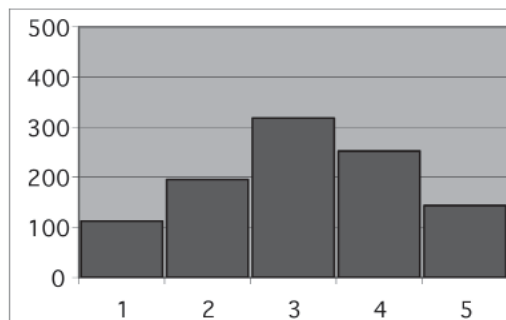
valutaz.	frequenze
1	64
2	144
3	253
4	333
5	239
totale	1033
moda	4
mediana	4
media	3,52
SD	1,17



Domanda A08

La difficoltà di aggiornamento sui progressi scientifici in grado di migliorare la qualità delle cure

valutaz.	frequenze
1	112
2	195
3	318
4	252
5	143
totale	1020
moda	3
mediana	3
media	3,12
SD	1,19



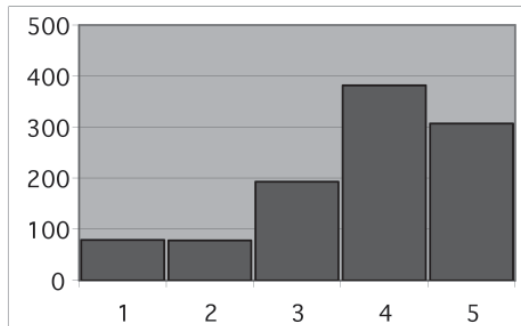
Oltre ai punti di criticità sopra riportati, sono emersi altri motivi di preoccupazione abbastanza rilevanti nei rapporti interpersonali tra medici di differente appartenenza (MMG, medici ospedalieri, universitari), tra questi e i responsabili politico-gestionali (21), ma anche nelle relazioni istituzionali tra Aziende ospedaliere e Università (3). Alcuni rilievi riguardano anche i medici

in formazione (specializzandi), i quali attualmente sentono il peso di situazioni complesse dal punto di vista gestionale-operativo, di rapporto subordinato e di "impotenza" oltre che di responsabilità sentita come impropria (5); a ciò si aggiungono problematiche di ordine finanziario con ricadute anche sulla formazione, in particolare per i più giovani (9).

Domanda A01

L'invecchiamento della popolazione, con il conseguente aumento delle patologie croniche e delle disabilità.

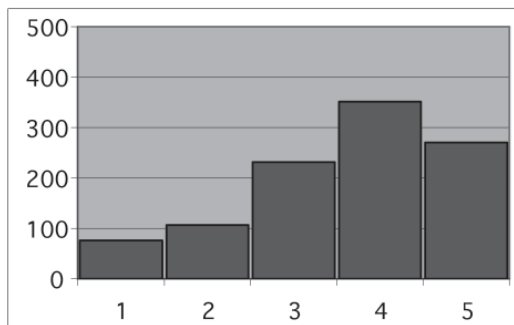
valutaz.	frequenze
1	79
2	78
3	193
4	382
5	307
totale	1039
moda	4
mediana	4
media	3,73
SD	1,18



Domanda A03

Il crescente rifiuto della sofferenza e della morte da parte delle persone sane e malate.

valutaz.	frequenze
1	76
2	107
3	232
4	351
5	271
totale	1037
moda	4
mediana	4
media	3,61
SD	1,19



Per quanto concerne gli aspetti più direttamente personali, connessi alla professione del medico, si ribadisce la preoccupazione (l'attenzione) per gli aspetti legali dell'esercizio della professione (7).

Vengono segnalati problemi specifici correlati alle condizioni del medico odontoiatra (5), del medico del lavoro (5), e dei medici impegnati nella diagnostica laboratoristica e strumentale (3).

I medici in pensione si ritengono ormai definitivamente "fuori" dalla professione, e mostrano un interesse relativamente scarso anche per le problematiche sanitarie di indole generale (6).

A proposito delle criticità attribuite alla disponibilità sempre più limitata delle risorse e alla loro gestione, si lamenta l'abuso di accertamenti diagnostici ritenuti "ridondanti" e superflui (5), nonché di pratiche terapeutiche inutili, che spesso rientrano nell'ambito del così detto accanimento terapeutico.

Vengono anche segnalate osservazioni specifiche riguardanti le funzioni e le prospettive operative del Comitato di Bioetica

che ha proposto il questionario. Al Comitato per le sue azioni future vengono avanzate richieste di "iniziative opportune" sia di tipo organizzativo che formativo, o di creazione di nuovi comitati di "pronto intervento" per problemi specifici (per es., comportamenti etici nelle case di riposo); si sollecitano, infine, iniziative capaci di rispondere più adeguatamente alle esigenze "pratiche" del medico.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Un primo rilievo riguarda la numerosità dei medici che hanno risposto al questionario, inusuale se confrontata con iniziative analoghe: ciò sembra indicare un diffuso interesse per le problematiche proposte, nonché un'obiettiva facilità di accesso al programma.

Tuttavia, l'insieme dei medici e degli odontoiatri iscritti all'Ordine veronese è tutt'oggi all'incirca di 6000 colleghi e quindi si potrebbe considerare scarsa la rappresentatività del campione qualunque sia l'esito dell'inchiesta, prescindendo dal fatto che a ogni domanda si sono raggiunte sem-

pre più di 1000 risposte. La confutazione evidente a questo rilievo è che non è possibile con tale tipo di iniziativa rappresentare adeguatamente tutta la popolazione in questione, bensì solo quella parte che, disponendo di personal computer munito di e-mail e avendo autorizzato l'uso del proprio indirizzo elettronico, rappresenta la frazione più disponibile e attiva della popolazione stessa. In fondo si tratta di persone che accettano di essere coinvolte in iniziative di questo genere e che sono disponibili a contribuire con un apporto personale. Purtroppo si perdono coloro che sono troppo impegnati, o pigri, o disinteressati, o che non desiderano seccature, e ciò indubbiamente si traduce in una irrimediabile diminuzione della rappresentatività finale dell'indagine. D'altra parte, procedure alternative di somministrazione postale o telefonica del questionario risultano impraticabili perché troppo costose e laboriose e di numerosità finale sicuramente più ridotta.

Passando all'analisi delle risposte alle domande chiuse, appare significativo che i due problemi segnalati attualmente come i più coinvolgenti nell'esercizio della professione medica siano la sua burocratizzazione e il crescente rischio di implicazioni giudiziarie. E ciò è evidente anche nelle risposte libere.

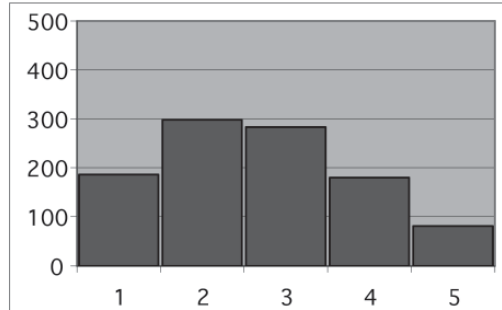
In effetti, l'attività di assistenza comporta oggi un corollario di incombenze di natura formale, che spesso ostacolano e ritardano le azioni di cura: è facile constatare infatti che il tempo impiegato per la compilazione di moduli, relazioni, rapporti ecc. viene sottratto al dialogo ed alla relazione con il paziente. La graduale informatizzazione di tutti i processi di certificazione e di archiviazione dei dati sanitari dovrebbe, per la verità, portare in prospettiva a una sostanziale riduzione dei tempi dedicati alla "burocrazia". È da ritenere tuttavia che, almeno nelle fasi iniziali, l'approccio a pratiche "nuove" (quali l'utilizzo sistematico del computer, l'abbandono graduale del cartaceo ecc.) presenti per alcuni colleghi difficoltà rilevanti e sia vissuto come un aggravio ulteriore nel proprio impegno professionale. Nelle risposte libere vengono inoltre avanzate critiche alle politiche e alle autorità sanitarie, nonché all'organizzazione gestionale della sanità, sia sul territorio che nelle aziende ospedaliere.

L'alto valore in termini di "coinvolgimento" che è stato attribuito alla tematica giudiziaria indica la gravità del problema, che non dovrebbe essere considerato solo da un punto di vista legale-assicurativo, bensì

Domanda A09

La difficoltà di comunicare con i pazienti, e quindi di instaurare con essi relazioni di cura soddisfacenti.

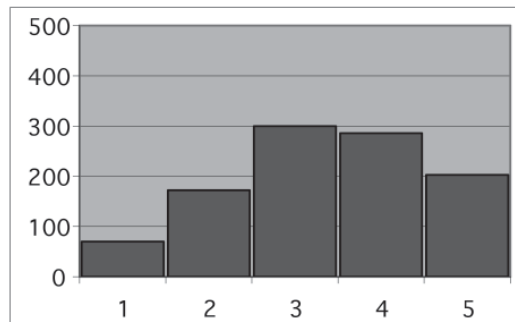
valutaz.	frequenze
1	186
2	298
3	283
4	180
5	81
totale	1028
moda	2
mediana	3
media	2,68
SD	1,18



Domanda A10

Le implicazioni etiche e di coscienza, che sempre più riguardano le decisioni mediche.

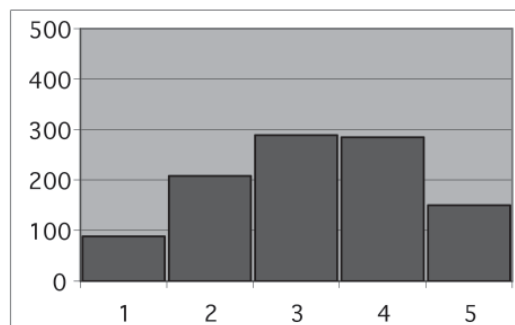
valutaz.	frequenze
1	70
2	172
3	300
4	286
5	203
totale	1031
moda	3
mediana	3
media	3,37
SD	1,17



Domanda A11

La carenza di supporti e di relazioni, capaci di aiutare il medico nelle decisioni che hanno a che fare con l'etica.

valutaz.	frequenze
1	88
2	208
3	289
4	285
5	150
totale	1020
moda	3
mediana	3
media	3,20
SD	1,17



anche sul piano della qualità dell'assistenza. Sembra ovvio che un medico preoccupato e intimorito per le conseguenze delle proprie decisioni professionali non sia in grado di fornire una buona assistenza, anche perché è portato a cedere facilmente alla tentazione della così detta "medicina difensiva": questa, oltre a rappresentare il contrario di una buona cura, produce dan-

ni economici e disagi per gli utenti (ad es., l'allungamento delle "liste d'attesa"). In qualche modo correlato ai precedenti è il peso che i medici avvertono per la diminuzione delle risorse economiche, organizzative, strutturali, ecc., che pure incidono sulla qualità delle cure in modo indipendente dalle effettive potenzialità operative del medico.

I medici sono – giustificatamente – piuttosto preoccupati dai problemi che sempre con maggiore frequenza li impegnano per l'aumento della popolazione anziana e per le conseguenze che ciò comporta nell'assistenza delle patologie croniche e invalidanti, che si riverberano nei loro compiti di cura.

In qualche misura collegato a questo disagio è anche quello che deriva dall'atteggiamento di "rifiuto della sofferenza e della morte" da parte di un numero crescente di pazienti e dei loro familiari. È da ritenere, naturalmente, che non sia percepito in modo negativo il desiderio (che è legittimo e universale) di evitare la sofferenza e ritardare il più possibile la morte; ciò che evidentemente preoccupa è l'influenza che la nostra attuale società dei consumi esercita sui cittadini - anche "sani"- indotti a ricercare presso il medico ricette di bellezza, di giovinezza e di salute perenne.

Preoccupa abbastanza anche la medicalizzazione impropria di molti problemi "esistenziali", che richiede al medico interventi con scarsa attinenza alla prevenzione e alla cura delle malattie; in realtà molti di questi problemi rientrano probabilmente nell'alveo del disagio psico-sociale, che pure viene riconosciuto come uno degli ambiti d'intervento della Medicina generale. Ma forse il medico non ritiene di essere sufficientemente attrezzato per affrontarli senza il supporto di altre entità almeno teoricamente a ciò preposte (servizi sociali, psichiatrici, ecc.); inoltre è distratto in questo tipo d'impegno dalla pressione delle incombenze burocratiche.

Non viene, invece, vissuto dai medici interpellati come particolarmente preoccupante il problema dell'immigrazione e della multiculturalità: sicuramente si sta verificando un graduale adattamento, dopo le difficoltà dei primi anni, alla realtà di un contesto sociale più diversificato; per il medico questo significa peraltro recuperare la conoscenza di patologie ignote o dimenticate, adattarsi a diversi linguaggi e modalità di espressione e anche prendere atto di esigenze e abitudini inusuali (ad esempio in ambito igienico-dietetico, od ostetrico-ginecologico). Può stupire che la tematica relativa alla comunicazione con il paziente sia risultata la meno "coinvolgente" (assieme a quella riguardante la difficoltà di aggiornamento).

Secondo una visione "positiva" si può ritenere che siano risultate efficaci le intense

sollecitazioni a livello formativo che negli ultimi anni si sono moltiplicate sul tema del consenso informato e del diritto all'autodeterminazione da parte del paziente. Si tratterebbe, in pratica, dell'effetto di una crescita realizzata della coscienza etica e di una graduale acquisizione dei principi deontologici. Su tali presupposti, il tema della comunicazione verrebbe avvertito come "scarsamente coinvolgente" non perché poco importante, ma perché ormai acquisito e praticamente "superato". Un'interpretazione meno "benevola" del quadro fornito dalle risposte si fonderebbe invece sull'ipotesi di un persistente e diffuso atteggiamento "paternalistico" da parte del medico, il quale non riterrebbe necessario impegnarsi per migliorare la comunicazione e la relazione di cura, in quanto questa è ritenuta già soddisfacente; ma ciò può accadere perché comunicazione e relazione sono osservate da una sola prospettiva, e i comportamenti in questione sono considerati corretti sul piano clinico e non suscettibili di contestazione da parte di un profano, con un atteggiamento prettamente autoreferenziale. A proposito di criticità relazionali va segnalato d'altra parte che nelle risposte libere vengono lamentate anche situazioni di disagio nei rapporti interpersonali tra medici di base, ospedalieri e universitari, tra Aziende sanitarie e Università, e anche tra la base operativa e i responsabili aziendali. Stupisce anche che abbiano suscitato un interesse moderato le due domande "chiuse" che si riferiscono ad un'unica questione: quanto conta l'etica nella vita professionale del medico?

I risultati delle risposte forniscono un quadro "neutro", nel senso che il tema viene avvertito abbastanza coinvolgente, ma senza particolari tensioni. A prima vista potrebbe sembrare che i medici non considerino fondamentale l'aspetto etico delle loro decisioni cliniche quotidiane e che i grandi problemi bioetici in fondo li coinvolgano raramente: per questo l'etica può essere inserita in un ambito formativo "di contorno", al pari di altre materie di aggiornamento.

Tale impressione, però, appare completamente sovvertita nelle risposte "aperte", cioè nei commenti liberi che molti medici hanno formulato. In essi viene evidenziato come gran parte delle incertezze e dei disagi che emergono nel corso della pratica professionale abbiano, alla loro origine, questioni etiche irrisolte. Emergono così problematiche legate ai trattamenti me-

dici in fase terminale, alle pressioni mediatiche in grado di suggerire modelli di vita (e consumi) basati sulla bellezza e sul "salutismo", alla prevalenza diffusa della ricerca del profitto. Altri temi "sensibili", segnalati dai medici e che meriterebbero ulteriori approfondimenti, hanno riguardato "la mancanza di speranza" da parte dei giovani, la solitudine degli anziani, ma anche la sostanziale estraniamento dei medici pensionati dalla vicende della Sanità. Un ultimo commento meritano le osservazioni ricavate dalle risposte libere sulla percezione che i medici palesano riguardo all'utilità e alla funzione del Comitato di Bioetica.

Da questi commenti si ha la sensazione che questo Comitato venga percepito come un'entità che dovrebbe farsi carico di una serie di problematiche - anche o soprattutto gestionali - piuttosto che porsi come un servizio al quale rivolgere quesiti su temi di bioetica o richieste di aiuto di fronte a problemi etici incontrati dai medici nella loro pratica professionale. Questa impressione è peraltro confermata dal fatto, già citato, che nel periodo oramai abbastanza lungo di vita del Comitato ben pochi sono i quesiti etici che gli sono pervenuti; tale carenza ha fatto sì che il Comitato abbia sentito il bisogno di porsi nel tempo e di discutere i problemi attinenti all'etica clinica e alla bioetica che via via si proponevano come più attuali nell'opinione pubblica. Questo lavoro di approfondimento è risultato sicuramente molto utile e formativo per la crescita culturale e anche per i rapporti amichevoli dei suoi membri, ma ha spesso suscitato in loro l'interrogativo sul modo migliore per rendere partecipi proprio i medici di quanto i membri del Comitato hanno tentato di chiarire e approfondire nelle loro discussioni. Proprio da tale constatazione è nata l'iniziativa del questionario, volta a individuare i temi con risvolti etici, sentiti con maggiore intensità dai medici veronesi. L'intento del Comitato sarà quello di valorizzare e approfondire le indicazioni emerse nelle risposte al questionario e proprio su questi temi si adopererà per offrire via via, nel futuro, contributi in chiave etica, che ci si augura risultino utili nella pratica professionale.

Ci si ripropone allora di programmare iniziative pubbliche nelle quali si possano approfondire e dibattere, col contributo di tutti, alcune problematiche che appaiono d'interesse rilevante, come - per esempio - la così detta "medicina difensiva", il

consenso informato, l'etica nelle decisioni cliniche quotidiane, la formazione all'etica delle nuove generazioni di medici, l'interferenza delle incombenze burocratiche nelle relazioni di cura, ecc., ecc.

Queste iniziative potrebbero, o meglio dovrebbero, avere anche il risultato di sensibilizzare le figure istituzionali alle problematiche in discussione, perché effettivamente il loro contributo è sentito come indispensabile nella costruzione comune di soluzioni positive.

Oltre a ciò, questo Comitato resta comunque, e sempre, disponibile a esaminare e approfondire quesiti specifici che i Colleghi gli vorranno proporre, non tanto per fornire risposte certe pre-confezionate (che in etica e bioetica non possono di fatto esserci), quanto piuttosto per cercare - anche assieme ai proponenti - soluzioni ragionevoli con un atteggiamento problematico più che dilemmatico; e soprattutto per contribuire alla crescita della sensibilità e della competenza etica, di cui la professione ha costante e crescente necessità.

RINGRAZIAMENTI

Si desidera ringraziare il Prof. Capiluppi per aver messo a disposizione CAPS.

NOTE

1) Capiluppi C. (2008) Computer-assisted Longitudinal Surveys Design and Implementation, *Journal of International Social Research*, 1 (5), 138-155 [ISSN: 1307-9581].

2) Arnaldo PETERLINI (*Filosofo - Presidente*), Franco ALBERTON (*Medico legale*), M. Antonietta BASSETTO (*Medico bioeticista*), Elisa BERTAZZONI (*Farmacologa*), Franco BRESSAN (*Statistico sociale*), Giorgio CARRARA (*Odontoiatra*), Paolo CAVALERI (*Giurista*), Fabio DE NARDI (*Psichiatra*), Roberto FOSTINI (*Medico Igienista e del Lavoro*), Andrea GAINO (*Teologo morale*), Aldo LUZZANI (*Medico rianimatore*), Ezio PADOVANI (*Pediatra neonatologo*), Marina REPOLA (*Biologa*), Mario Giulio SCHINAIÀ (*Magistrato*), Luciano VETTORE (*Internista, formatore*).

Nella fase di ultimazione del testo è mancato il collega e amico Paolo CAVALERI. Nel ricordo e nel rimpianto della sua umanità e della sua competenza, a Lui dedichiamo questo lavoro.

Una rassegna fotografica d'interesse psichiatrico

di LUCIANO BONUZZI

Fra il 16 e il 24 marzo del corrente anno è stata aperta al pubblico, presso Villa Bassani Brenzoni in Sant'Ambrogio di Valpolicella, un'originale rassegna fotografica di Mario Beghini, con Patrocinio del Comune ospitante. Anima e curatore dell'iniziativa è stato lo psichiatra Graziano Concarì che, cultore

"La Biennale" con catalogo - Nascita della fotografia psichiatrica - a cura di Franco Cagnetta. Di recente anche a Verona nel "Centro internazionale di Fotografia Scavi Scaligeri" è stata allestita una retrospettiva del grande fotografo John Phillips che aveva lavorato nel vecchio Manicomio provinciale di San Giacomo. Questo breve preambolo è indispensabile per cogliere l'aspetto innovativo dell'iniziativa di Concarì e Beghini



Fig. 1 - Graziano Concarì e Gerardo Bertolazzi

di arti figurative e pittore lui stesso, ha proposto una nutrita serie di espressivi ritratti fotografici, tutti in bianco e nero, scattati da Beghini; ritratti che rilanciano la questione del rapporto fra medicina e fotografia e, in particolare, fra psichiatria e fotografia. Non sono rare, fin dai tempi di Diamond, le raccolte fotografiche di malati con disturbi mentali elaborate con intenti diagnostici ma anche segnaletici in linea con gli indirizzi della psichiatria e dell'antropologia criminale dell'ultimo Ottocento. Ellero, del resto, riponeva grandi aspettative sul ruolo e sulle possibilità della fotografia. L'Iconographie photographique de la Salpêtrière e la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière raccolgono le testimonianze più significative di questa passione fotografica in medicina mentale. Negli ultimi decenni del '900, con un radicale mutamento di sensibilità, non sono, peraltro, mancate le riflessioni critiche in merito a questa prassi, proponendo mostre come quella veneziana del 1981 organizzata da

che hanno spostato l'obiettivo dai malati al volto degli operatori, degli operatori di sesso femminile: dottoresse, assistenti sociali, psicologhe e, in larga parte, infermiere. Si tratta di quante hanno lavorato, o ancora operano, accanto a Concarì, ricordando come



Fig. 2 - Costanza Colorio e Lucia Mazzola

la galleria dei volti - di chi va e di chi viene, restando presente ora a lungo ed ora per breve tempo - altro non rifletta che il volto dell'équipe: in psichiatria dove non vi sono strumenti tecnologici di grande importanza è, infatti, il gruppo di lavoro che garantisce l'efficienza e soprattutto l'efficacia di ogni intervento. Il volto delle operatrici è quanto vedono i pazienti, i veri protagonisti silenziosi dei ritratti in parola: figure centrali come i sovrani, quasi invisibili, riflessi al centro di "Las meninas" (le fanciulle), il celeberrimo quadro di Velazquez conservato a Madrid nel Museo del Prado Il volto di queste operatrici è, insomma, uno specchio dove i pazienti proiettano le loro angosce e dove colgono frammenti di speranza. Questi volti, in altre parole, sono una sorta di stagno dove, riflettendosi, chi vaga smarrito nel mondo della vita cerca qualche orientamento. Magia dello specchio e del ritratto, magia della maschera e del volto, magia del doppio, magia di ogni volto femminile. Ed ecco perché la rassegna aveva per titolo "Donne preziose": figure femminili orgogliose del loro esserci, del loro fare "buona sanità", in un tempo in cui l'opinione pubblica altro non fa che avanzare lamentele in merito alla gestione di ogni pratica medica.

Cenni bibliografici

- 1) AA. VV., Nascita della fotografia psichiatrica, a cura di F. Cagnetta, Venezia, Marsilio, 1981.
- 2) AA. VV., Lo specchio e il doppio. Dallo stagno di Narciso allo schermo televisivo, Milano, Fabbri Editori, 1987.
- 3) AA. VV., John Phillips fotografo, Milano, Silvana Editoriale, 2011.
- 4) G. Argentieri, Pittori spagnoli, Verona, Mondadori, 1963.
- 5) A. Burrows, I. Schumacher, Doktor Diamonds Bildnisse von Geisteskranken, Frankfurt am Main, Syndikat, 1979.
- 6) U. Ellero, La fotografia nelle funzioni di polizia e processuali, Milano, Società Editrice Libreria, 1908.

Il malato immaginario. Che cosa resta della dolente risata di Molière

di SEBASTIANO CASTELLANO

L'ultima commedia

Il malato immaginario è la trentesima e ultima opera di Jean-Baptiste Poquelin, noto come Molière. Nato nel 1622, è morto il 17 febbraio 1673, in tarda serata, dopo aver recitato da protagonista nella quarta replica di questa commedia.

Lo spunto narrativo

È una commedia-balletto e mette in scena una ricca famiglia borghese alle prese con il proposito della figlia, Angelica, di difendere il suo diritto a scegliere personalmente il proprio sposo. Al centro dello sviluppo narrativo è Argan, il padre, che consuma tutte le sue energie per assecondare la convinzione di essere gravemente malato. Gli altri personaggi sono una seconda moglie interessata all'eredità, una serva impicciona, un fratello di buon senso, un farmacista, due medici, uno studente in medicina e un giovane innamorato.

Fin dalle prime battute della prima scena l'autore mostra la sua totale mancanza di compassione per le sofferenze che la percezione di ogni malattia produce, indipendentemente dalla effettiva presenza di patologia organica. Preferisce calcare la mano sulla credulità del personaggio, sulla sua irrazionalità, sulla debolezza d'animo e sui diversi modi in cui si fa ingannare. Si alza il sipario e in scena appare Argan impegnato nell'analisi della fattura mensile del farmacista. Nel mese in esame sono in conto otto medicine e dodici clisteri, alcuni dei quali emollienti, altri carminativi ed altri detersivi. La spesa è più contenuta rispetto al mese precedente quando, essendo state dodici le medicine e venti i clisteri non era passato nemmeno un giorno senza prescrizioni, ma Argan non ne è affatto compiaciuto. Gli sembra, piuttosto, di scorgere una certa trascuratezza terapeutica del medico e del farmacista nel mese appena trascorso e la mette in relazione con una

più molesta sensazione di malessere. *Non mi meraviglio, commenta, di essere stato meno bene questo mese rispetto a quello precedente*, e ne trae il proposito di stimolare medico e farmacista a una intraprendenza terapeutica più puntuale e più costante.

Il secondo impegno della giornata di Argan consiste nel parlare alla figlia dei progetti che ha in mente riguardo al suo matrimonio. Angelica da alcuni giorni è in amorosa relazione con Cleante e, a sentire parlare di matrimonio, interpreta a suo favore l'iniziativa paterna. Il dialogo procede in perfetta sintonia fino a quando, più o meno insieme, padre e figlia si accorgono di parlare di due fidanzati diversi e, ugual-



mente, esprimono la loro indisponibilità a cambiare il proprio candidato.

La giovane Angelica vuole Cleante per incontenibile, per quanto recente, innamoramento. Il padre preferisce Tommaso, perché è prossimo alla laurea in medicina ed è figlio e nipote di medici. *Vedendomi inferno e malato, voglio farmi un genero e dei parenti medici. Per avere buone difese contro la mia malattia e avere in famiglia la sorgente dei rimedi, dei consulti e delle prescrizioni di cui ho continuamente bisogno.*

Un dottore e suo figlio

Accade così che un medico e uno studente di medicina entrino in scena non

per esercizio professionale, ma per combinare un matrimonio. Tommaso, privo di qualsiasi abilità sociale e di scarse e mal orientate abilità intellettuali, rivela, prima ancora che si parli di medicina, che Molière quando pensa ai medici ha in mente una professione che qualsiasi imbecille può intraprendere. La principale dote richiesta è la perseveranza nel lungo corso di studi alla fine del quale è certificata e autorizzata la presunzione di saper curare la gente. È il medico padre che esprime le linee essenziali a cui uno studente di buon senso deve attenersi: *...attaccarsi ciecamente alle opinioni degli antichi, senza voler comprendere, anzi neppure ascoltare, le ragioni e le esperienze di certi pretesi ritrovati del nostro secolo, come la circolazione del sangue ed altra roba della stessa risma. Una volta abilitati se si seguono le regole correnti dell'arte, non s'ha da rispondere a nessuno.* Purché non ci si lasci attirare dalla tentazione di entrare al servizio dei potenti perché costoro non si accontentano della fedeltà alle regole e, quando si ammalano, pretendono che il loro dottore li guarisca.

Prima di congedarli il padrone di casa chiede ai due medici un giudizio sulle sue condizioni e un consiglio. Se ne occupa il dottore figlio su delega del dottore padre. Dopo un attento e collegiale esame del polso arrivano alla conclusione che, effettivamente, Argan è malato e l'origine del suo male è la milza. Argan fa notare che il suo medico aveva chiamato in causa il fegato. Particolare irrilevante, secondo il dottore padre; quando si parla di parenchima si allude sia al fegato sia alla milza, che agiscono in simpatia dato il reciproco collegamento tramite il *vas breve e, spesso, il canale coledoco*. Conclude lodando i provvedimenti del dottore che ha in cura Argan, per quanto quest'ultimo abbia prescritto una dieta di carni bollite, mentre la sua prescrizione sarebbe, *senza dubbio*, di carni arrostiti.

Medici del seicento

La vicenda è ambientata negli anni cen-

trali del XVII secolo, quando la medicina è percorsa da ripensamenti critici e da idee nuove che, al momento, mettono in discussione l'agire tradizionale più di quanto propongano un agire nuovo. Bisognerà aspettare ancora un paio di secoli prima di poter profittare di risultati concreti sul piano della cura. Nel frattempo notevole è il contributo critico riguardo all'inconsistenza esplicativa e all'inefficacia terapeutica delle teorie che da due millenni hanno indirizzato l'attività dei medici. Molière mette in scena i medici che nei ripensamenti e nelle nuove tendenze vedono soprattutto una minaccia al proprio sapere e tendono a irrigidirsi nelle loro certezze e nell'adesione acritica alla dottrina antica, concepita come un corpo di conoscenza immutabile. Gli antichi hanno elaborato e trasmesso un costruito teorico compiuto, da accogliere e assimilare così com'è. Metterlo in discussione, non è nemmeno concepibile. La ricerca di nuove vie è inutile e pericolosa. Di conseguenza molti medici del tempo sono impermeabili a qualsiasi innovazione o progresso suggerito dall'esperienza. Il libro della natura è già stato trascritto dagli antichi in tutta la sua complessità, è completo, basta leggerlo e rileggerlo, non c'è nulla da aggiungere o da cambiare. Eppure quasi un secolo e mezzo prima un fiammingo che aveva studiato a Parigi e insegnato a Padova aveva scritto un libro sulla natura che non procedeva da altri libri, ma dall'osservazione della natura stessa. Ognuna delle stupefacenti tavole distribuite nei sette volumi dell'opera di Andrea Vesalio, *Humani Corporis Fabrica* (1543), è un accesso perentorio alla tangibile visibilità del corpo umano. Negli stessi anni Girolamo Fracastoro, pur nella difficoltà di scrollarsi di dosso il peso dalla sapienza antica, aveva mostrato come l'apparato di conoscenze e di pratiche fosse suscettibile di continue rettifiche a partire dalle osservazioni quotidiane. All'epoca in cui si rappresenta questa commedia ci sono medici che guardano con attenzione più critica alla lezione degli antichi. Rivalutano l'essenza, dimenticata o travisata, del metodo ippocratico che consiste nell'osservazione diretta e nella puntuale raccolta anamnestica. In Inghilterra, ad esempio, il quasi coetaneo di Molière, Thomas Sydenham (1624-1689), sta annotando ed organizzando un'imponente mole di osservazioni condotte al letto del malato. In Italia, Bernardino Ramazzini (1633-1714), ha iniziato la raccolta di osserva-

zioni sui rapporti tra attività lavorativa e malattie. Valorizzato il precetto ippocratico di chiedere sempre al malato informazioni sul vitto, sullo stile di vita e sul luogo di residenza, lo integra con la richiesta di informazioni dettagliate riguardo alle posizioni, i movimenti, i contatti e altri particolari imposti dal lavoro che svolge. Pur con molta incertezza anche per i medici è venuto il momento di lasciare un sapere qualitativo per tentare la fondazione di un sapere basato sull'oggettività quantitativa e misurabile. I medici che si ritrovano al letto di Argan ragionano nei termini della medicina loro contemporanea. In questo non c'è motivo di derisione. Certo non c'era per il pubblico dell'epoca, che alle teorie all'origine di quella medicina dava credito, così come facevano i medici, anche i più consapevoli e critici. Gli stessi Sydenham e Ramazzini, pur impegnati in ricerche innovative, nel quotidiano eser-

ripetendo e commentando i testi classici, si sostituisce un sapere che parte dall'osservazione e dall'interrogazione della realtà. Un sapere affine, nel metodo e nella sostanza, a quello con cui gli artigiani *sanno diventare quasi padroni e dominatori della natura*⁶. È un atteggiamento che in Medicina porta a mutare il modo con cui si guarda al corpo umano, sano o malato che sia. Non lo si vede più come il capolavoro della creazione. È piuttosto una macchina, un sistema di congegni, il cui funzionamento può essere investigato e conosciuto. Con il tempo, con l'usura e con l'improprio trattamento ogni parte può deteriorarsi; se deteriorata, può essere riparata e, in prospettiva, anche sostituita.

I medici in scena nel caso clinico ed umano presentato da questa commedia, sono insensibili alle nuove idee. Mostrano un attaccamento acritico al sapere dog-



cizio diagnostico e terapeutico facevano cosciente e spontaneo affidamento sulla galenica fisiologia dei quattro umori.

Sono altri gli attributi che Molière prende di mira nei medici di Argan, generalizzandoli a tutta una categoria di cui non ha alcuna stima.

La letteratura satirica a spese dei medici non è una novità. Ha origini antiche¹ e frequentatori di gran nome: Catone il Censore, Plinio il Vecchio², ad esempio e poi Petrarca³, Guicciardini⁴. All'epoca di Molière motivi per ridicolizzare un medico ce ne sono anche più che in epoche precedenti, come il filosofo inglese Francis Bacon⁵ aveva messo in luce mezzo secolo prima. Ma l'Accademia continua a esprimersi, nella sostanza e nel metodo, con le certezze della tradizione, mentre ricerche in tutti i campi del sapere vanno modificando la totalità della conoscenze e, insieme, il modo di organizzarle. Al sapere insegnato nelle scuole, leggendo,

matico che hanno ricevuto dai maestri e che, a loro volta maestri, trasmettono ad incauti discepoli. Sono amaramente ridicoli perché, pur essendo incapaci di qualsiasi intervento di una qualche utilità per i malati loro affidati, perseverano nella presunzione. Chiusi nella loro autosufficienza continuano a parlare un linguaggio vano e tronfio e senza ritengo cercano profitto nelle affezioni e nella credulità degli assistiti.

Appaiono estranei al patrimonio di conoscenze e di inquietudini che l'epoca in cui vivono ha suscitato e continuamente produce e che comincia a diffondersi anche al di fuori degli ambienti in cui è prodotta.

Il giovane Tommaso cita la pratica della dissezione di cadaveri, ma dal contesto sembra di capire che si tratta di ripetitivi esercizi di conferma del sapere tramandato più che di una pratica di ricerca. E la concezione dell'apparato cardiovascolare, che procede dall'opera di Wil-

liam Harvey pubblicata nel 1628, quasi cinquant'anni prima, è ricordata da suo padre come un'astruseria.

Il ridicolo è stimolato dall'indifferenza che sia il medico e il farmacista, affermati professionisti, sia il giovane studente, nutrono nei confronti dei cambiamenti che interessano non solo la medicina, ma l'intera società e il modo stesso in cui la medicina e la società osservano se stesse. Intorno a loro non sta cambiando solo il modo di essere medici, ma anche il modo di essere malati.

Il malato Molière

Bisogna essere uno sciocco ossessivo come Argan per dare fiducia a questi medici, pensa Molière. Bisogna aver perso il giudizio per lasciarsi ingannare dai loro discorsi altisonanti, retti da assurde argomentazioni, privi di senso. A distanza di vent'anni le epidemie di peste del 1630 e del 1651 ne hanno mostrato e confermato l'inconcludenza. La medicina non era stata in grado di esercitare alcuna azione di contrasto di fronte ad una moria che aveva decimato la popolazione europea.

Mentre scrive e recita l'ultima commedia anche Jean-Baptiste Poquelin è ammalato⁷, e sofferente. In precedenti opere⁸ aveva sperimentato quanto fosse facile far ridere il suo pubblico ridicolizzando un medico. Adesso il medico ignorante, incapace e profittatore è il tormento di un malato. Il linguaggio altisonante adesso è rivolto a lui e ne percepisce la distanza dalla concretezza del suo male. Il medico che non capisce e non sa curare ha la presunzione di poterlo fare. È questa presunzione che attira su di lui il disprezzo del malato. Il ridicolo è la sua vendetta. Del resto nemmeno un medico diverso saprebbe curarlo; è la medicina che non sa curare. Almeno fossero onesti e lo riconoscessero.

Il commediante Molière veste in scena i panni di Argan. Molière, commediografo malato, parla per bocca di Berardo, suo fratello. La conversazione che intrattengono tra loro prende lo spunto dal travagliato fidanzamento di Angelica e va poi a toccare il rapporto di dipendenza che Argan intrattiene con il suo medico e il suo farmacista. Argan afferma che il suo medico gli ha confidato che, se non seguisse a puntino le cure prescritte, morirebbe nel giro di tre giorni. Berardo ritiene che il fratello, godendo di ottima salute non abbia bisogno di alcuna cura. Fa osservare che la stessa sopravvivenza nonostante le micidiali attenzioni di me-

dico e farmacista è la prova di una tempra robustissima. Berardo non crede alla medicina. Ammette che i medici riguardo allo stare bene e allo star male sappiano qualcosa in più rispetto alla gente comune, ma niente sanno che serva a curare le malattie. Con questo falso sapere alcuni profitano della medicina senza crederci e ingannano soltanto i clienti. Altri non nutrono dubbi sull'efficacia della loro arte e ingannano anche se stessi. *Il vostro dottor Purgone, dice Berardo, vi farà crepare con la migliore buona fede del mondo, [...] e uccidendovi vi tratterà allo stesso modo in cui tratterebbe sua moglie, i suoi figli e se stesso.*

Argan lo lascia parlare. Ascolta, controbatte, non sembra convinto. Ma quando il farmacista Fiorante viene personalmente a portargli un clistere appena confezionato per lui, Argan non vi si sottopone ma, timido ed apprensivo, rimanda ad un altro momento. Il farmacista non bada alla sua perplessità, si adombra come per una grave offesa personale e professionale. Allo stesso modo la pensa il dottor Purgone, prescrittore, nella sua qualità di curante, anche del clistere che è stato respinto, benché *escogitato e combinato con tutte le regole dell'arte.*

Sapete che è un gesto ben temerario questa strana ribellione di un malato contro il suo medico? [...] Vi avrei guarito in quattro e quattr'otto. [...] Avrei ripulito il vostro corpo e liberato completamente dagli umori maligni. [...] Ma dal momento che non volete che io vi guarisca [...] vi abbandono alla vostra cattiva costituzione, ai disordini delle vostre viscere, alla corruzione del vostro sangue, all'acidità della vostra bile, alla corpulenza dei vostri umori [...] E voglio che prima di quattro giorni diventiate completamente incurabile. Queste minacce spaventano moltissimo Argan. Il fratello, per niente impressionato, gli fa notare che quando i medici sciorinano i loro rimedi raccontano favole che giustificano la speranza, ma che rivelano presto la loro infondatezza, perché non giovano allo stato del malato. Allo stesso modo sono inconsistenti le loro minacce. *I furori del dottor Purgone sono così poco efficaci a farvi morire, quanto i suoi rimedi a farvi vivere.*

Finale

Subito dopo vengono smascherati in scena i maneggi della moglie che Argan, tutto preso dai suoi malanni, mai aveva sospettato e da cui rischiava di essere

travolto. La tempesta affettiva ed emozionale che ne segue, distrae Argan dalla dipendenza di medici e farmacisti. Lo dispone più favorevolmente riguardo al fidanzamento della figlia e la commedia termina in allegria. Argan, abilitato dalla lunga frequentazione con i discorsi dei medici, è laureato dottore in medicina con una burlesca cerimonia di laurea, che tutti trovano molto divertente.

Ma non tutti gli spettatori, allora, si divertirono alla recita di questa commedia balletto. Alcuni medici se ne offesero e denunciarono il commediografo. Anzi, poiché non i *dottori aveva preso in giro, ma le ridicolaggini della medicina*, fu la corporazione nel suo insieme a denunciarlo. Ma l'Arte, per non essere riuscita a guarirlo, non fece in tempo a punirlo perché, alla quarta replica, appena terminato lo spettacolo, Jean-Baptiste si sottrasse, con una finale, dolentissima, beffa.

NOTE

1) Si veda anche la seguente testimonianza: Garzoni, Tomaso, *La piazza universale di tutte le professioni del mondo*, 1585, ora a cura di P. Cherchi e B. Collina, Einaudi, Torino 1996, Discorso XVII, p. 276. *Molti da rabbia mossi e da cieco furore trasportati, hanno contra ragione aguzzato la lingua e i denti contro la dottissima scuola de' medici, parendo loro che l'ignoranza d'alcuni e la cieca bestialità de' particolari debba gravar di scorno e vitupero tutta l'arte e tutti i professori d'essa, senza un minimo riguardo di così nobile e pregiata disciplina e di tanti onorati intelletti c'hanno con tutti i modi reso se stessi illustri e la lor professione appresso al mondo chiara, celebre e divina.*

2) Gaio Plinio Secondo, *Naturalis Historia*, trad. it. di U. Capitani e I. Carotalo, *Storia Naturale*, Torino 1986, vol. IV, libri 28-32.

3) Petrarca, Francesco, *Invective contra medicum*, a cura di F. Bausi, Editrice Le Lettere, Firenze 2005.

4) Guicciardini, Francesco, *Ricordi*, introduzione, note e commenti di E. Pasquini, Garzanti, Milano 1975, par. 206.

5) Bacon, Francis., *Della dignità e del progresso delle scienze* (1623), in *Opere filosofiche*, a cura di F. De Mas, Laterza, Bari 1965, vol. II, p. 214 DA CONTROLLARE

6) Descartes, René, *Discours de la methode*, p. 16

7) "Certo il Molière degli ultimi anni scherza sempre di più con la malattia. Fa ridere gli altri dei propri crucci domestici. Porta sulla scena, quasi per esorcizzarli con il riso, quei temibili, lugubri e buffi messaggeri di morte, vestiti di nero, adorni di strumenti di tortura, di cui egli non ignorava la funesta potenza: i medici" Giovanni Macchia, *Riso e malinconia dell'ultimo Molière*, in *Il silenzio di Molière, Mondadori*, Milano 1975

8) Ad esempio: *L'Amour Médecine* (1665), *Le Médecin malgré lui* (1666), *Monsieur de Pourceaugnac* (1669).

Nuova scadenza Corso "Sicurezza dei pazienti e degli operatori"

A seguito delle numerose richieste di partecipazione che ancora pervengono ai nostri uffici il Comitato Centrale ha deciso di prorogare la scadenza del Corso "Sicurezza dei pazienti e degli operatori" **in modalità FAX al 31 luglio 2013**. Riassumiamo pertanto le scadenze dei corsi ECM della FNOMCeO ancora attivi, nella tabella sottostante. In considerazione della suddetta proroga si è deciso inoltre di proce-

dere nella ristampa dei relativi manuali che è possibile richiedere direttamente alla C.G. Edizioni Medico Scientifiche (011 - 338507-201) per soddisfare le richieste degli iscritti. Colgo l'occasione per comunicarVi che nella prima decade di aprile prenderà l'avvio l'ultimo step del percorso di formazione sul governo clinico dal titolo: "Valutazione delle performance - Health Technology Assessment - Formazione".

L'evento, come ormai nella nostra tradizione, sarà attivo inizialmente solo on line (*accesso attraverso www.fnomceo.it per coloro che non hanno ancora partecipato ai nostri corsi fad*). In seguito, appena disponibili i manuali cartacei, sarà possibile partecipare anche in "modalità fax".

La Federazione inoltre fornirà, mediante penna USB, tutto il materiale occorrente per consentire alle sedi provinciali di attivare eventi in **modalità residenziale**.

LUIGI CONTE
COORDINATORE
COMMISSIONE ECM/FNOMCeO



CORSI FAD SUL PORTALE FNOMCEO

– Audit clinico residenziale: **valido fino all'8 settembre 2013**

– Audit clinico FAX **valido fino all'8 settembre 2013**

=====

– Sicurezza dei pazienti residenziale: **valido fino al 31 dicembre 2013**

– Sicurezza dei pazienti FAX: **valido fino al 31 luglio 2013**

=====

– Appropriatelyzza delle cure residenziale: **valido fino al 30 settembre 2013**

– Appropriatelyzza delle cure on-line: **valido fino al 30 settembre 2013**

– Appropriatelyzza delle cure FAX: **valido fino al 30 settembre 2013**

Nuovo Regolamento E.N.P.A.M.

Dal 1 gennaio 2013 è entrato in vigore il nuovo Regolamento del Fondo di Previdenza Generale della Fondazione ENPAM (Ente Nazionale della Previdenza ed Assistenza Medici ed Odontoiatri), peraltro consultabile nel sito http://www.enpam.it/wp-content/uploads/Regolamento_fondo_Previdenza_generale_2013.pdf.

Preme far notare che le entrate della Quota "A" sono costituite, tra le altre dai contributi obbligatori versati dagli iscritti a norma dell'art. 3 comma 3 del suddetto Regolamento che recita:

3. È comunque dovuto da ciascun iscritto un contributo nelle seguenti misure minime annuali:

- a) € 148,80 per tutti gli iscritti, fino al compimento del trentesimo anno di età;
- b) € 298,13 per tutti gli iscritti, dal compimento del trentesimo anno di età fino al compimento del trentacinquesimo anno di età;
- c) € 568,10 per tutti gli iscritti, dal compimento del trentacinquesimo anno di età fino al compimento del quarantesimo anno di età;
- d) € 1.057,55 per tutti gli iscritti, dal compimento del quarantesimo anno di età e fino al compimento del sessantacinquesimo anno di età, in caso di esercizio dell'opzione, di cui al successivo art. 18, comma 1 bis, ovvero al raggiungimento del requisito anagrafico pro - tempore vigente indicato nella Tabella B allegata al presente Regolamento.

I suddetti importi, a decorrere dall'anno 2004, vengono incrementati di € 10,33 annui, indicizzati ai sensi del successivo comma 8. Gli iscritti di età inferiore a 40 anni possono chiedere di essere ammessi alla contribuzione di cui alla precedente lettera d), nella misura in vigore nell'anno di presentazione della relativa domanda; tale opzione è irrevocabile. Sino al 31 dicembre 2012, detti iscritti, nonché coloro che hanno già compiuto il quaran-

tesimo anno di età, possono chiedere di effettuare il riscatto per allineare alla suddetta contribuzione uno o più anni a contribuzione inferiore. I requisiti di ammissione al riscatto, le modalità di calcolo e i termini di versamento degli importi dovuti sono stabiliti nel comma 5 e seguenti del successivo art. 10. Le entrate della Quota "B" sono costituite tra le altre dai contributi obbligatori versati dagli iscritti a norma dell'art. 3, comma 1 e 2 e dell'art. 4 del suddetto Regolamento che recitano:

ART. 3 (Contributo obbligatorio)

1) Il contributo obbligatorio annuo posto a carico di ciascun iscritto al Fondo, ai sensi dell'art. 21 del Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato con Legge 17 aprile 1956, n. 561, dell'art. 1, comma 3, del Decreto Legislativo 30 giugno 1994, n. 509, e dell'art. 4, dello Statuto dell'E.N.P.A.M. approvato con Decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, di concerto con il Ministro del Tesoro, in data 24 novembre 1995, è pari alle percentuali del reddito professionale prodotto nell'anno, quale risulta dalla relativa dichiarazione ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e dagli accertamenti definitivi, indicate nell'allegata Tabella A. A decorrere dall'entrata in vigore del presente Regolamento, gli iscritti di età inferiore a trentacinque anni sono tenuti a versare il contributo obbligatorio di cui al presente comma, ovvero il contributo obbligatorio ridotto di cui al successivo art. 4, esclusivamente sull'eventuale reddito professionale, di cui al comma 2 del presente articolo, eccedente l'importo annuo del reddito corrispondente al contributo di cui alla lettera c) del comma 3, annualmente rivalutata ai sensi del comma 8.

2) Sono imponibili presso la Quota B

i redditi, i compensi, gli utili, gli emolumenti derivanti dallo svolgimento, in qualunque forma, dell'attività medica e odontoiatrica o di attività comunque attribuita all'iscritto in ragione della particolare competenza professionale. A mero titolo esemplificativo, indipendentemente dalla relativa qualificazione ai fini fiscali, sono soggetti a contribuzione:

- a. i redditi di lavoro autonomo svolto in forma individuale e associata;
- b. gli utili derivanti da associazioni in partecipazione e contratti di cointeressenza;
- c. le partecipazioni agli utili spettanti ai promotori e ai soci fondatori di società per azioni, in accomandita per azioni e a responsabilità limitata;
- d. i redditi derivanti dall'utilizzazione economica, da parte dell'autore o inventore, di opere dell'ingegno, di brevetti industriali, processi e formule;
- e. i redditi derivanti dallo svolgimento dell'attività intramoenia e delle attività libero professionali ad essa equiparate ai sensi della normativa vigente;
- f. i redditi derivanti dalla partecipazione nelle società disciplinate dai titoli V e VI del libro V del codice civile che svolgono attività medica - odontoiatrica o attività oggettivamente connessa alle mansioni tipiche della professione;
- g. i redditi da collaborazione, da contratti a progetto, di lavoro autonomo occasionale se connessi con la competenza professionale medica - odontoiatrica;
- h. i redditi percepiti per incarichi di amministratore di società o enti la cui attività sia oggettivamente connessa alle mansioni tipiche della professione medica e odontoiatrica.

2 bis Ai fini della determinazione dell'imponibile di cui al comma 2 si tiene conto esclusivamente delle spese deducibili secondo la vigente normativa fiscale. Non costituiscono imponibile previdenziale presso la Quota B i redditi già soggetti a contribuzione obbligatoria presso i Fondi Speciali gestiti dalla Fondazione ENPAM. Salvo diversa dichiarazione dell'iscritto, in caso di concorso di tali redditi con quelli di cui al precedente

comma, le spese deducibili sono determinate in proporzione all'incidenza sul reddito professionale totale delle diverse categorie di reddito.

ART. 4

(Contributo obbligatorio ridotto)

1) Gli iscritti al Fondo che contribuiscono anche ad altre forme di previdenza obbligatoria, ivi compresi i Fondi Speciali gestiti dall'E.N.P.A.M. ai sensi dell'art. 5, comma 1, dello Statuto di cui all'art.1, del presente Regolamento, ovvero siano già titolari di un trattamento pensionistico obbligatorio, sono tenuti ad effettuare i versamenti contributivi nella misura di cui al precedente art. 3, comma 1. I predetti iscritti possono chiedere di essere ammessi a contribuzione obbligatoria ridotta nella misura pro tempore indicata nell'allegata Tabella A per il reddito professionale eccedente quello corrispondente al contributo minimo obbligatorio effettivamente versato ai sensi del precedente art. 3, comma 3, fino al limite di cui al comma 1 di tale articolo, indicizzato secondo i criteri di cui al predetto art. 3, comma 8, e dell'1% per tutto il reddito eccedente il suddetto ammontare. Possono, altresì, accedere al contributo obbligatorio ridotto anche i partecipanti ai corsi di formazione specifica in medicina generale.

2) L'istanza di ammissione alla contribuzione obbligatoria ridotta di cui al comma 1, redatta su apposito mo-

dulo predisposto dall'Ente, deve essere consegnata o inviata a mezzo raccomandata all'E.N.P.A.M. entro il termine di cui all'art. 3, comma 5 del presente Regolamento. La predetta istanza, per i soggetti non iscritti ai Fondi Speciali gestiti dall'E.N.P.A.M., dovrà essere corredata da idonea documentazione attestante la continuità del rapporto di lavoro soggetto ad altra forma di previdenza obbligatoria, oppure corredata della certificazione comprovante il possesso di un trattamento obbligatorio di pensione. In difetto, tale documentazione dovrà essere prodotta entro il termine fissato dall'E.N.P.A.M.. Qualora l'istanza venga presentata dopo il termine fissato, essa si intenderà riferita ai redditi denunciati per l'annualità immediatamente successiva.

3) La contribuzione ridotta si applica sui redditi prodotti a partire dall'anno precedente l'istanza di cui al comma 2 del presente articolo. L'iscritto che contribuisce in misura ridotta può chiedere, nei termini di cui al suddetto comma, di versare il contributo in misura intera; tale opzione è irrevocabile. Il diritto alla contribuzione ridotta decade al venir meno delle condizioni che lo hanno determinato. L'iscritto può peraltro presentare una nuova domanda qualora torni in possesso dei requisiti di cui al comma precedente. In caso di passaggio dell'iscritto dallo status di lavoratore subordinato, ovvero convenzionato, a

quello di pensionato da altre gestioni previdenziali obbligatorie, si presume la volontà di

perseguire nel versamento della contribuzione in forma ridotta; l'iscritto, tuttavia, conserva la facoltà di richiedere con apposita domanda la riammissione al versamento dell'intero contributo di cui all'art. 3, comma 1. L'Ente si riserva di accertare la permanenza delle condizioni che danno diritto alla contribuzione ridotta.

4) I pensionati del Fondo, se titolari di compensi appartenenti alle tipologie di cui al precedente art. 3, comma 2, conservano l'iscrizione al Fondo. Essi sono tenuti al versamento del contributo previdenziale in misura pari al 50% della contribuzione ordinaria pro tempore vigente indicata all'allegata Tabella A, salva espressa opzione per il pagamento nella misura intera, da effettuarsi entro il termine di cui all'art. 3, comma 5

Consapevoli della difficoltà dei medici a confrontarsi con questo ostico argomento la Commissione ENPAM dell'Ordine di Verona ha ritenuto utile inviare una lettera sull'argomento al Presidente dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Verona, Dott. Alberto Mion, chiedendogli di diffondere tra gli associati l'informazione per una applicazione corretta della nuova normativa.

GIORGIO ACCORDINI

INFO ENPAM

Le pratiche inerenti il servizio ENPAM agli iscritti saranno evase, previa prenotazione telefonica, nei seguenti giorni:

MARTEDÌ:

dalle ore 09.00 alle ore 13.00

GIOVEDÌ:

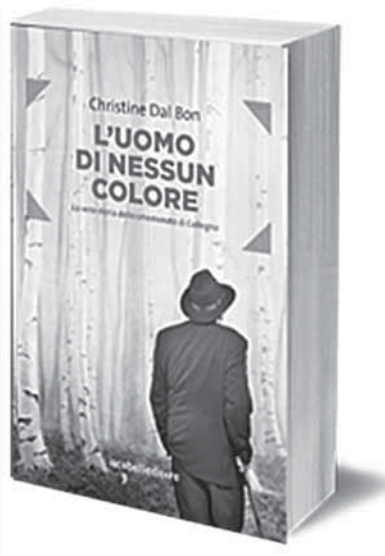
dalle ore 09.00 alle ore 13.00

L'uomo di nessun colore. La vera Storia dello Smemorato di Collegno

CHRISTINE DAL BON

L'uomo di nessun colore. La vera Storia dello Smemorato di Collegno, Roma, Iacobelli editore, 2012, pag. 139 con fotografie. Euro 12,00.

Il saggio di Christine Dal Bon, una psicoanalista che lavora fra Parigi e Roma, rilancia la questione dell'identità dello 'Smemorato di Collegno'; una questione che, fra le due guerre, ha appassionato gli italiani con una intensità quanto meno sconcertante. Lo 'smemorato' era comparso a Torino dopo alcuni anni dalla fine della Grande Guerra e, grazie alla pubblicazione di una sua foto sulla «Domenica del Corriere», era stato riconosciuto dalla signora Giulia Canella come il proprio marito: il capitano Giulio Canella - filosofo cattolico, insegnante e pubblicitario - disperso nel novembre (dicembre) del 1916 dopo uno scontro con i bulgari presso Monastir in Macedonia. Ma una segnalazione anonima, che nello 'smemorato' aveva identificato Mario Bruneri - un tipografo, truffatore con qualche conto aperto con la giustizia - aveva acceso un dibattito giudiziario quanto mai complesso, intriso di cavilli e di colpi di scena, che si era concluso con l'identificazione dello 'smemorato' con il Bruneri. Una vicenda che ha coinvolto figure illustri della psicologia e della neuropsichiatria del tempo come padre Agostino Gemelli, Cop-



pola, Mingazzini, Calligaris etc. per non dire dei medici dell'ospedale torinese di Collegno che aveva accolto lo 'smemorato'!

Le contrastanti posizioni - pro Canella o pro Bruneri - sono compendiate nei rispettivi libri di don Germano Alberti e di Leonardo Sciascia. «Eppure ... era Canella!» di Alberti è, come rivela il titolo, su posizioni canelliste, mentre «Il teatro della memoria» di Sciascia è, per l'identificazione con il Bruneri.

Un ruolo centrale, in merito a tutta questa storia, fu giocato dalla signora Giulia Canella che ha ininterrottamente combattuto contro le conclusioni

del tribunale identificando lo 'smemorato' senza dubbio alcuno con il proprio marito disperso.

L'originalità del libro di Christine Dal Bon, tradotto dal francese da Camilla Testi e con presentazione di Julio Canella, consiste proprio nel dar voce alla signora Giulia: alla capacità di lottare per il riconoscimento, non solo personale ma anche ufficiale, di quello che ai suoi occhi era il proprio uomo, il proprio amore e marito. Si deve, tuttavia, riconoscere che anche le altre figure femminili che compaiono in questa vicenda si sono comportate con umanità e con decoro. Così la moglie di Bruneri, Rosa Negro, che, abbandonata, ha riconosciuto nello 'smemorato' il proprio marito. Ed anche Camilla Ghidini, l'amica che chiamava affettuosamente Milly, lo riconobbe evocando il tempo trascorso insieme.

Ma, se lo 'smemorato' era Canella, materializzatosi dopo una lunga assenza, dov'è poi finito Bruneri?

Una questione davvero complessa da ogni punto di vista, tanto più che l'accanimento con cui la stampa ha seguito il caso non sembra essere servito a promuovere la pacatezza e la serenità nel giudicare, ma rimanda piuttosto a quei problemi di psicologia collettiva che non sempre sono funzionali al raggiungimento sereno della verità.

LUCIANO BONUZZI

AVVISO AGLI ISCRITTI

Si invitano gli iscritti a voler comunicare alla segreteria dell'Ordine l'eventuale variazione di residenza - o del recapito presso il quale si desidera ricevere le comunicazioni dell'Ordine, dell'Enpam e della Federazione Nazionale.

Si rammenta che questo è previsto dall'art. 64 del codice di deontologia medica ed è previsto anche dalle nuove norme riguardanti le pubbliche amministrazioni.

L'inadempienza a tali disposizioni può dar corso alle procedure di cancellazione dall'albo professionale con gravi conseguenze in ambito civile e penale, ma anche a gravi rischi sulla copertura assicurativa per l'attività svolta.

È infatti fatto obbligo all'ordine di avviare le procedure di cancellazione dall'albo nei confronti degli iscritti che non risultano più reperibili.

La Segreteria dell'Ordine

Nuove droghe ragioni e prevenzione

di **RENATO BRICOLO**
con la collaborazione di **Nicola Andreone**

"Nuove droghe ragioni e prevenzione" è un testo uscito recentemente, edito dalla casa editrice Giunti di Firenze, unitamente al gruppo Abele di Torino. Questi due gruppi editoriali si sono consorziati per dare vita alla collana "I Percorsi", che si occupa di alcune problematiche giovanili. Il libro, scritto da due psichiatri veronesi, Renato Bricolo e Nicola Andreone, è stato impostato come testo di divulgazione, per una completa rassegna informativa sul mondo delle droghe, degli assuntori e del contesto sociale e familiare nei quali questo fenomeno si manifesta.

Il volume presenta due linee di lettura e di informazione

- la prima riguarda l'illustrazione delle principali droghe in circolazione, con le caratteristiche farmacologiche e cliniche che le caratterizzano. Vengono in particolare evidenziati gli effetti delle varie sostanze, ed i sintomi clinici che da questi effetti possono derivare, con attenzione particolare alle complicazioni che possono accompagnare questo tipo di consumo.
- La seconda accompagna il lettore ad una serie di riflessioni sui cambiamenti sociali che hanno caratterizzato la comparsa e poi la modifica della tipologia di sostanze presenti sul mercato. Evidenzia inoltre le caratteristiche psicologiche dei giovani (e non solo giovani) assuntori, ed i possibili significati che queste scelte possono avere. Parla dei problemi familiari che questi comportamenti pongono, delle difficoltà anche coniugali che non raramente emergono nell'affrontare, da differenti punti di vista, i problemi posti dai figli che consumano droghe.

Gli autori hanno posto una particolare

attenzione nell'evidenziare come attualmente si faccia una grande confusione nell'approccio al mondo dei consumi di droghe, procedendo senza (o quasi) distinzioni fra tipologia di sostanze, effetti, sintomi e livelli di compromissione con le sostanze stesse. Si parla sempre di



drogati, o di tossicodipendenti, anche quando le condizioni cliniche non permetterebbero l'utilizzo di queste categorie diagnostiche. Il testo, infatti, tenta di presentare in modo rigoroso le differenze fra i vari livelli di compromissione con l'uso delle sostanze, facendo fondamentalmente riferimento al DSM IV, manuale di diagnostica psichiatrica.

Questo tentativo ha la finalità di aiutare i lettori, che si immaginano per lo più come medici, genitori, educatori, insegnanti, farmacisti a comprendere il fenomeno nelle diverse sfaccettature, caratteristiche e contraddizioni.

In altri termini un tentativo di aiutare a comprendere il fenomeno; comprendere, ovviamente, non vuol dire né giustificare, né condividere. Purtroppo nel

linguaggio comune il termine comprensione è diventato sinonimo di accettazione acritica, quasi di condivisione. Un presupposto del libro è che senza comprensione difficilmente c'è dialogo e possibilità di relazione. Nella parte generale si pone particolare attenzione al fatto che utilizzare sostanze non implicano necessariamente la tossicodipendenza, o l'evolvere ineluttabilmente nella tossicodipendenza, anche se ovviamente tale evoluzione è più probabile per chi ha iniziato ad usare, rispetto a chi non l'ha mai fatto. L'uso però, non implica dipendenza, né esclude la possibilità di interrompere l'uso stesso. A questo passaggio delicato e centrale, nell'approccio al mondo dei consumi di sostanze psicotrope, viene dedicato ampio spazio ed attenzione. Nei primi capitoli si affronta il tema dell'adolescenza di oggi, le sue principali caratteristiche, il significato del gruppo in questa fase della vita, con rimandi anche al passato, per aiutare a comprendere come alcune caratteristiche siano tipiche di questa età, più che relative alla società di oggi.

Si passa poi ad affrontare le diverse tipologia di sostanze, con le loro caratteristiche, gli effetti e i sintomi.

L'ultima parte del testo fa una panoramica cambiamento che c'è stato nella differenziazione del mercato dell'offerta di sostanze, della loro pluralità, a fronte di una sostanziale staticità dell'organizzazione della risposta della società e dei servizi sanitari e sociali. Una particolare attenzione viene posta nell'evidenziare la scarsità di offerte per la presa in carico precoce (problema questo che riguarda con tutta evidenza il mondo sanitario). Gli ultimi due capitoli affrontano poi il problema della prevenzione nelle sue diverse declinazioni, ed a conclusione viene posto un glossario dei termini tecnici più usati.

Segnaliamo che il testo si apre con una prefazione di Luigi Ciotti.

Renato Bricolo è uno psichiatra di 69 anni, che ha lavorato per la prima parte della sua attività nell'ambito degli ospedali psichiatrici di Verona, per passare poi a dirigere i servizi per le tossicodipendenza di Bussolengo (Verona) e di Padova (del quale è stato primario per una decina d'anni). Ha poi collaborato come consulente e supervisore di molti gruppi privati e pubblici italiani, occupandosi principalmente di interventi nel

LIBRI RICEVUTI

campo delle cosiddette nuove droghe. Ha diretto un Servizio Multidisciplinare Integrato a Brescia (con questo nome di riferimento alle prime esperienze di servizi per consumatori di droghe gestiti da privati in convenzione con la regione Lombardia). Attualmente lavora

come psichiatra nella Comunità Terapeutica della Comunità dei Giovani ad Albarè di Costermano (Vr).

Nicola Andreone, psichiatra di 37 anni lavora nell'ambito delle tossicodipendenze dal 2005. Attualmente è consulente delle Comunità Terapeutiche della

Fondazione San Gaetano a Vicenza e per la Pronta Accoglienza della Comunità dei Giovani a Verona.

Si occupa inoltre di riabilitazione psichiatrica presso Casa Perez ed è consulente dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar (Vr).



GICIVI

Ditta Giovanni Corato
dei Dott. A. e V. Corato S.n.c.

ARTICOLI SANITARI PER FARMACIE ED OSPEDALI
REAGENTI - APPARECCHI E VETRERIA CHIMICA
MEDICAZIONE ASETTICA ED ANTISETTICA

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

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 del Diploma di Formazione Specifica in Pediatria SI NO

S.O.S. – Sostituzioni

L'elenco è stato azzerato.

Si prega chi è interessato a dare la propria disponibilità per sostituzioni in medicina generale, di compilare il tagliando riportato a pagina 48 e di spedirlo all'Ordine (Via Locatelli 1, 37122 Verona).

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN MEDICINA GENERALE

Cognome - Nome	Via	Località	Dipl. formaz. M.G.	Telefono 1	Telefono 2
ANTON GENAN	Via Palazzina 3	Verona	NO	347 6859953	
BAR MARIANA	Via San Rosso	Bussolengo	NO	346 8203148	045 7500193
BARAKAT ZIAD	Via Attilio Mori 12	Mantova	NO	345 3463503	
BAZZANINI NOEMI			NO	347 5935206	
BENEDETTI FRANCESCA	Via ex Internati 26	Pescantina	NO	340 0505545	340 9766903
BISTROT CATERINA	Via Ognissanti 4	Verona	NO	349 5344121	
BONASIA TERESA			NO	328 3649861	
BRUNELLI CLAUDIO	Via Molino 24	Nogara	NO	339 8424561	
CAPONE SUSANNA	Vicolo Teodorico 44	Salionze	NO	335 6893809	
CARBONE GIUSEPPE	Via delle Agostiniane 29	Verona	NO	045 8348296	333 4729557
CERAVOLO ROSSANA	Via Polesine 65	Verona	NO	338 3641543	340 1676443
COCCO VALENTINA	Via Italia Nuova 4	Illasi	NO	348 7906813	
COGO ILARIA	Via Rovigo 14	Legnago	NO	347 2619594	
COVOLO CATERINA	Via degli Scaligeri 2	Valeggio sul Mincio	NO	348 3015866	
DALCEGGIO DANIELA	Via VIII Marzo 45	Trento	NO	340 3538104	
DE VliegHER EVELIEN	Via S. Monica 10	Albignasego	NO	392 1617323	
DEL PUNTA VERONICA	Vicolo Fossetto	Verona	NO	347 6823601	
DI SARRA DANIELA	Via Mantovana 52	Castelnuovo D.G.	NO	347 8495611	
EPURE MIHAELA CRISTINA	Via Benassu' Montan.	Verona	NO	392 7509915	045 8400667
FAINELLI GIULIA	Via G. dell'Acqua 31	Bardolino	NO	347 8921208	
FERRARA GIADA	Via Imola 6/a	Verona	NO	347 2136164	
FERRARESE MARCO	Via Asiago 8	San Bonifacio	NO	340 5582193	
FILIPPINI GIULIA MARIA	Via Roma 109	Gazzo Veronese	SI	339 2505919	
GERMENIA SILVA	Via Chioda 18	Verona	NO	339 5240552	
GUARDINI NADIA	Via Gela 31	Verona	SI	349 2325336	045 566969
HABASH ELIAS	Via Praissola 18	San Bonifacio	NO	339 4573366	045 6106013
IUORIO ALESSANDRO			NO	333 6831575	08254 401083
KALOUT KAMEL	Via Scuderlando 126	Verona	NO	347 6724694	392 3420052
LAVORGNA BARBARA	Via G. Favretto 16	Verona	NO	329 4239871	
LISTA ENRICO	Via Monte Tomba 22	Cerea	NO	348 8210409	
MAGAGNA LINDA	Via Tramigna 5	Soave	NO	348 0176902	
MAGRINELLI FRANCESCA	Via G. Leopardi 11	Soave	NO	340 8776021	
MARIOTTO OLGA	Via Fiume 28/p	San Bonifacio	NO	349 7282795	045 7614468
MASIERO MARINA	Via Tesi 40/a	Verona	NO	347 2411450	
MASSARUTTO ALESSIA	Via Aldo Moro 1/a	Sommacampagna	SI	328 2660746	
MAZZEI FEDERICA	Str. A. Provolo 25	Verona	NO	338 8926070	
MELOTTI CAMILLA	Piazza G. Marconi, 19	Bosco Chiesanuova	NO	320 2586564	
MORANDINI BIANCA STELLA			NO	338 1439733	
MORANDINI ELEONORA			NO	333 7123732	
NARDI CHIARA	Via Tombole 157	San Bonifacio	NO	338 2828566	045 7614716
NGANDIE NJONOU MILLY	Via Monte Ortigara 25/b	Verona	NO	329 6190690	
NICOLI PAOLA			NO	347 5270079	
PAIANO JACOPO	Via Regina Adelaide 12	Verona	NO	348 9238476	
PAPOLA DAVIDE	Via Calatafimi 6/a	Verona	NO	328 3738807	
PASETTO TRYSA	Via Roveggia 27	Verona	SI	339 7286242	
PERON SILVIA		Monteforte D'Alpone	NO	340 0631022	
PERONI MARIANA	Via Danieli 6	Verona	NO	347 1218310	

GIOVANI E PROFESSIONI

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN MEDICINA GENERALE

Cognome - Nome	Via	Località	Dipl. formaz. M.G.	Telefono 1	Telefono 2
PRANDO SILVIA	Viale Europa	Vigasio	SI	349 1880958	
RAPAGNA FRANCESCA	Via P. Querini 5	Verona	NO	333 4193398	
RIGO FRANCESCA	Vic. S. Maria in Organo 1	Verona	SI	335 5941022	
RINALDI CATERINA ANNA	Piazza Vescovado 1	Verona	SI	340 5199461	
ROMANO SIMONE	Via Aquileia 22	Verona	NO	340 7767004	
RUTA ELENA	Via Ponte Asse 13	Albaredo d'Adige	SI	347 2597635	
SANSOTTA NAIRE	Via Aquileia 22	Verona	NO	329 7158223	
SAVVAKI KALLIOPI	Via Scuderlando 161/b	Verona	NO	347 0940738	
SAY SVITLANA	Via Marsala 37/b	Verona	NO	388 8928095	
SCHIRALDI MARIA EMANUELA	Via Ca' di Cozzi 8	Verona	NO	380 3662966	
SERBUSCA DORIN	Via B. Romagnoli 84/a	Verona	NO	045 8903064	348 8567639
SHOKA ZAHI	Via Imola 2	Verona	NO	347 2313146	393 0468005
SIVERO VALENTINA	Via Bertoldi 2	Verona	NO	347 5892542	
SOLDANI DARIA	Via R. Ruffilli 2947	Zimella	NO	347 6301811	
TANTILLO ILARIA	Via Garibba 5	Verona	NO	349 1028616	
TATTI MARIA FATIMA	Via Legnago 39	Verona	NO	347 9341350	
TOFAN LILIAN	Via Monte Belloca 25	Verona	NO	388 4717634	
TURATI MARIA GRAZIA	Via S. Antonio 50	S. Martino B.A.	NO	335 6302775	
VIARO TIZIANA	Via Dietro Listone7	Verona	NO	340 5715075	
VIGNOLA PAOLA					349 6938124
VOLPE GIUSEPPE	Via Montesin 38	Cola' di Lazize	NO	335 7673374	
WEYNE MAGNUS FERNANDA	Via Carlo del Prete 2	Verona	NO	045 8166039	
ZENORINI ANDREA	Via Siedlce 21	Pescantina	NO	340 6031137	340 9768134

MEDICI DISPONIBILI PER SOSTITUZIONI IN PEDIATRIA

Cognome - Nome	Via	Località	Dipl. formaz. Pediatria	Telefono 1	Telefono 2
AGRESTI LUIGI	Via G. Trezza 36/A	Verona		340 4069008	
AKASHEH GEORGE	Via del Capitel 13/e	Verona		320 882311	340 0910058
BARAC ALA	Via Gen. Dall'Ora 54	Monzambano		340 0699282	
BARAKAT ZIAD	Via A. Mori 12	Mantova		345 3463503	342 5703473
BONASIA TERESA	Via delle Polidore 5	Verona		328 3649861	328 3649786
BORGHESANI MARISA	Via Pradelle 57	Verona	SI	360 566631	340 1461078
BRUNI FRANCESCA	Via Vincenti 1	Verona		347 9713662	
CERAVOLO ROSSANA	Via Polesine 65	Verona		378 3641543	340 1676443
CIRELLI MARTA	Via M. Gentilin 29/b	Verona		347 4843083	
DE VliegHER EVELIEN	Via S. Monica 10	Albignasego		392 1617323	
DEPLANO EMANUELA	Via Colombine 5	Verona		340 9331099	
EPURE MIHAELA CRISTINA				392 7509915	
EPURE MIHAELA CRISTINA	Via Banassu' Mont. 17	Verona		392 7509915	0458400667
FABBRICI ROMINA		Verona			
FAKES BOULOS	Vicolo Menago 34	Bovolone		045 7101082	349 1828271
GRAMAGLIA MARIA	Via Almerini 06	Legnago		334 9467133	
HABASH ELIAS	Via Praissola 18	San Bonifacio		339 4573366	
KALOUT KAMEL	Corso Milano 136	Verona		347 6724694	
LAVORGNA BARBARA	Via Favretto 16	Verona		329 4239871	
MARIOTTO OLGA	Via Fiume 28/p	San Bonifacio		349 7282795	
PASQUINI ANNA	Via C. Cadrega	Verona		349 7288070	
PJESHKA MYRVETE	Viale Spolverini 112	Verona		338 4174551	
POUR ESMAELIAN MONIREH	Via Mazzini 35	Caprino V.se		0456230887	3342007690
RIGOTTI ERICA	Via V. De Gama 1	Negrar		340 1956361	
ROMANO SIMONE	Via Aquileia 22	Verona		340 7767004	
STUMPO MARIO FRANCESCO	Via C. Angiolieri 18	Castel D'Azzano		3334890436	
TESINI ROBERTA	V.le della Repubblica 45	Verona		348 2900533	
TURATI MARIA GRAZIA	Via S. Antonio 50	S. Martino B.A.		335 6302775	
ULMI DANIELA	Via A. Vivaldi 7	Tregnago		3402335107	
VERNA ANNAMARIA	Via Castello 12/a	Castel D'Azzano		347 7861608	3289067502
VOLPE GIUSEPPE	Via Montesin 38	Cola' di Lazise		335 6763374	