



- L'errore
- La giornata del medico rivisitata
- Intervista al direttore generale APSS
- Obblighi istituzionali e Burocrazia
- Il contenzioso in Odontoiatria
- LILT Trentino
- Letto per voi

Conservero l'integrità della mia vita e l'onore della mia arte (Ippocrate: Coo 460-375 a.C.)

MEDICO TRENINO

BOLLETTINO D'INFORMAZIONE
DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI



*Dal basso da sinistra a destra: Imelda Menghini, Marco Ioppi, Laura Valzolgher, Fausto Fiorile, Daniele Ortolani.
In piedi da sinistra a destra: Tomasz M. Machan, Virginio Pisoni, Paolo Pancheri, Maria Cristina Andreaus, Alessandro Reich,
Giuseppe Zumiani, Monica Costantini, Andrea Fasanelli, Alberto Mattedi, Carlo Pedrolli, Michele Togni.*

CONSIGLIO DIRETTIVO ATTUALE

Presidente	*Dott. Giuseppe ZUMIANI
Vice Presidente	*Dott.ssa Monica COSTANTINI
Segretario	*Dott. Carlo PEDROLLI
Tesoriere	*Dott.ssa Imelda MENGHINI
Consiglieri	Dott.ssa Maria Cristina ANDREAUS
	Dott. Andrea FASANELLI
	Dott. Fausto FIORILE
	Dott. Marco IOPPI
	Dott. Alberto MATTEDI
	Dott. Daniele ORTOLANI
	Dott. Paolo PANCHERI
	Dott. Virginio PISONI
	Dott. Alessandro REICH
	Dott. Michele TOGNI
	Dott. Tomasz Maria MACHAN KACPRZYK
	Dott.ssa Laura VALZOLGHER

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Presidente	Dott. Fausto FIORILE
Componenti	Dott. Giulio DEL DOT
	Dott.ssa Angela FERRARI
	Dott. Tomasz Maria MACHAN KACPRZYK
	Dott. Mauro PAGLIERANI

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Effettivi: Dott. Tiziano RUSSO - Dott. Marco SCIACCA - Dott. Franco URBANI
Supplente: Dott. Lorenzo LUCIANI

RECAPITI UTILI PER CONTATTARCI:

Ordine: Tel. 0461.825094 - Fax 0461.829360 - e-mail: info@ordinemedicitn.org

Posta certificata Ordine: segreteria.tn@pec.omceo.it

Odontoiatri: presidenzaao.tn@pec.omceo.it

Per il Bollettino: Tel. e Fax 0461.864738 - Cell. 348.0189495 - e-mail: arca.trentino@alice.it

L'ERRORE MEDICO

(Quando è colpevole noncuranza...)

“Cuiusvis hominis est errare, nullius nisi insipientis perseverare in errore «

Cicerone - Filippiche



Lapsus calami lo chiamavano i latini (che noi definiamo *refuso* o *scivolone* tipografico) quando si riferisce ad uno sbaglio grammaticale o lessicale; ma non è la stessa cosa che errore: questa parola è molto impegnativa per le conseguenze

che porta con se. Errore deriva dal latino *error* errare, deviare, quindi allontanarsi dalla norma. Può essere *logico* perché fondato su una cognizione imperfetta della verità; può essere *scientifico* per l'inadeguatezza dei mezzi impiegati in una ricerca; può essere *etico* quando – come sostiene Platone – “l'involontarietà dell'errore è il frutto di ignoranza che solo la filosofia o l'etica può correggere”. Ma noi con queste brevi note non vogliamo fare della filosofia né della giurisprudenza (anche perché il prof. Alessandro Melchionda dell'Università di Trento ne aveva scritto da maestro in un numero del nostro Bollettino di qualche anno fa ed al quale vi rimando).

Nonostante l'entusiastica accoglienza ai nuovi colleghi il 20 novembre scorso (*La meglio gioventù..*) i brividi sulla nostra pelle sono frequenti quando si legge – esterrefatti – di errori professionali classificati ormai come *malasanità*, non sappiamo se in buona o mala fede, da alcuni colleghi giornalisti. Quando succedono episodi che non dovrebbero succedere ed accadono lutti in famiglie che si rivolgono con tanta fiducia a medici operanti in strutture pubbliche si rimane esterrefatti. *“I chirurghi sono dovuti uscire dalla sala operatoria perché si stavano addormentando per perdita di gas tossico”*. *Primari incapaci e negligenti, altri bravi ma senza strutture e personale di supporto.... Sventrava a cielo aperto, la porta d'accesso libera a chiunque e da cui si vedeva un chirurgo intento di bisturi su un paziente mentre parlava a mezza labbra per la sigaretta a bordo bocca* “Nell'ospedale di..... – meno di due anni fa – un diabetico giunto perché si è infilzato un chiodo nel tallone: tre interventi chirurgici, gli ultimi due per subentrate infezioni: un mese di ricovero; entrato con i suoi i piedi rischia di uscire con i piedi in avanti...” *I rampolli di razza “nobile” si candidano alle elezioni universitarie, raccogliendo molti più consensi di chi di razza nobile non è..*”. Rammento uno che negli studi di medicina ha imparato solo l'anato-



Il poeta declama poesie alla Giornata del Medico.

mia della mano. La mano, recitava a cantilena a ogni esame qualunque fosse la domanda, con il professore di turno che se la rideva e alla fine lo promuoveva per quieto vivere, per svilimento, per...” Il cronista della Stampa del 7 febbraio u.s. concludeva: “ *Ci tocca confidare nel futuro, che cessi per consunzione questa generazione e che la nuova avanzi per merito. Intanto “dopo una banale operazione alle tonsille muore a nove anni”...*” Il dottore è assente ed il distretto della Valle di Fiemme lo licenzia per le continue lamentele dell’utenza” Ma... si tratta solo di ignoranza o di errore che sottende superficialità, demotivazione, trascuratezza, sciattezza, pigrizia?... Comunque è importante entrare in ospedale, in ambulatorio o in casa di un malato con la serietà e l’impegno di chi deve assolutamente fare il proprio dovere sapendo che da lui dipende sempre la salute e spesso la vita di una persona: la nostra leggerezza nel lasciare il posto di lavoro immotivatamente, nel non ascoltare, nel fare un esame obbiettivo superficialmente e nel raccogliere frettolosamente un’anamnesi per (quanto possa sembrare) una routinaria patologia influenzale o una sintomatologia artritica o sciatica da curare con la semplice somministrazione di un fans, di un antidolorifico o di un antibiotico può nascondere il **mostro** di una complicazione o la **punta** di iceberg più serio e devastante. Certo la burocrazia non ci aiuta, le ristrettezze e le imposizioni del prontuario mutualistico ci limitano, l’arroganza o la lagna dei pazienti (oggi

diremmo stalking) ci indigna; ma errore è non pensare e non valutare sintomi e segni con ponderazione; errore è iniziare un percorso diagnostico fatto solo di richieste specialistiche e di esami strumentali o di laboratorio che - se a volte esprimono l’intento di non sbagliare - spesso è anche segno di pigrizia mentale, di colposa cautela per eventuali conseguenze civili e/o penali in cui non si vuole incorrere o di colpevole sciattezza. Oggi mi permetto di invitarvi a leggere il primo capitolo del Codice Deontologico, quello che riguarda i doveri del medico: medico uomo di cultura di moralità indiscussa e di efficienza continua. Teniamo sul nostro scrittoio il nostro Codice prima che altri ci impongano quello penale e civile. Se siamo stanchi prendiamoci qualche giorno di riposo: anche noi come uomini subiamo la patologia dello stress e nessuno può obbligarci a lavorare quando le forze si indeboliscono... Termino con un pensiero di **Jonathan Hutchinson** (quello dei denti del sifilitico...) con l’augurio che da tutti - dai più vecchi ai più giovani - venga bene interpretato per la nostra serenità e per il bene dei malati:

“ Signore liberaci dal troppo zelo per le novità. Liberaci dall’anteporre la cultura alla saggezza, la scienza all’arte, l’intelligenza al buonsenso; liberaci dal curare i malati come fossero malattie e dal rendere la guarigione più penosa del persistere del male”.

Auguri per una splendida primavera ed una serena Pasqua!

CELIACHIA

UNA MALATTIA POCO CONOSCIUTA PERCHÉ POCO DIAGNOSTICATA

L’ORDINE SI FA PROMOTORE

DI UN INCONTRO SPECIFICO CON RELATORI DI CHIARA FAMA IMPEGNATI
IN QUESTA PATOLOGIA

L’EVENTO SARÀ CELEBRATO A TRENTO NELLA SEDE DELL’ORDINE

IL 28 MAGGIO 2011 CON CREDITI ECM

*IN TALE OCCASIONE SARÀ PRESENTATO UNO STUDIO MOLTO INTERESSANTE
DI CASI FINDING PORTATO AVANTI DA UN GRUPPO DI MEDICI DI MG E PEDIATRI
E DALLA DURATA DI 12 MESI*

I colleghi riceveranno quanto prima il programma ufficiale e dettagliato del Seminario

Si raccomanda di iscriversi per tempo in quanto i posti sono contenuti
ad un massimo di novanta partecipanti.

(Organizza il **Dott. Paolo Pancheri** pediatra delegato dall’Ordine)

La "Giornata del Medico" rivisitata

ASSEMBLEA ORDINARIA 2010



La riunione è stata convocata presso la Sala dei 500 del Castello del Buon Consiglio il 20.11.2010.

Presenti 80 colleghi presenti, con delega 2

Si incominciano i lavori alle ore 8:45

Il Presidente introduce brevemente i lavori; cede la parola al segretario dr Carlo Pedrolli che fa una breve relazione che si allega al presente verbale.

Alle ore 8:50 prende la parola il Tesoriere dr.ssa **Imelda Menghini** che illustra il bilancio consuntivo 2009 del quale si chiede l'approvazione dell'Assemblea. A margine il Presidente illustra la situazione della ristrutturazione della sede, per la quale si era ottenuta autorizzazione dall'assemblea da precedentemente convocata allo scopo. In particolare il dr Zumiani illustra che il presupposto dal quale il discorso era nato, cioè la totale non rispondenza a norma della sede non è stata confermata da altri tecnici; illustra che tale ristrutturazione verrà fatta ma per importi e per volumi nettamente inferiori rispetto a quanto preventivato

La dr.ssa **Imelda Menghini** illustra poi il bilancio previsionale 2012 e ne chiede l'approvazione. Per il bilancio consuntivo 2009 sono favorevoli: unanimità. Contrari: nessuno. Astenuti: nessuno

Per il bilancio presuntivo 2011: favorevoli: unanimità. Contrari: nessuno. Astenuti: nessuno
Prede la parola il revisore **dr Franco Urbani**, presidente Revisori dei Conti che riferisce dell'attività relativa al controllo del bilancio consuntivo 2009; relaziona in particolare anche sul bilancio della Scuola di Formazione specifica in Medicina Generale, sottoposto anche a controllo PAT. Il Dr Urbani invita ad approvare sia il bilancio consuntivo 2009 che previsionale 2011.



Il **dr Zumiani** dà poi la parola per un breve saluto sia alla dr.ssa **Margherita Cogo** in rappresentanza del Consiglio regionale PAT e al **dr Gios Bernardi** per la Fondazione Pezcoler. Alle ore 9: 25 prende la parola il **dr Fausto Fiorile** per gli Odontoiatri.

Alla ore 9:40 prende la parola il **dr Zumiani**, che puntualizza alcuni punti importanti dell'attività ordinistica. Per la Scuola formazione MMG; primo anno di attività del dr Pasquale Laurino: è stato un anno buono. Apparato di docenti e tutor molto affiatato; ci sono problemi più tecnico- amministrativi (personale di ufficio) che formativo. E' pronto il regolamento (da approvare quanto prima).

Scuola RSA: da un anno responsabile è la dr.ssa **Monica Bonenti**. Giudizio molto positivo sul suo operato.

Rapporti UniVR: mantenuto come sede in Provincia il tirocinio post laurea.

Rapporti con gli iscritti: non è facile averli. Abbiamo cercato su molti canali. Si è offerto un contributo sulla posta certificata; abbiamo dato a tutti la possibilità di avere per tre anni una casella di posta certificata gratuita. Il **dr Fasanelli** si è occupato della certificazione online.

Rapporti con i pensionati FEDERSPEV; possiamo migliorare il nostro impegno.

Rapporti FNOMCeO Nazionale; molte convocazioni; partecipazione diretta a commissioni sulla Formazione.

Rapporti con altri ordini: soddisfacenti gli aspetti organizzativi degli Uffici e di collaborazione con i rispettivi presidenti.

Attività scientifica: divulgazione degli eventi, partecipazione diretta con interventi, relazioni; spesso chiamati dalle organizzazioni di volontariato. Partecipazione a congressi a sfondo bioetico. Ribadito a tale proposito la condizione laica dell'OdM e delle proprie posizioni.

Comunicazione con gli iscritti; specie con il Bollettino; abbiamo tentato un restyling; le cose sono comunque migliorabili. Bisogna che il dr Fumo, a cui esprimo il nostro ringraziamento per il lavoro che svolge con diligenza e puntualità venga lasciato meno solo dal Consiglio Direttivo. Si chiede a tutti una collaborazione in tal senso. Fare e migliorare una newsletter di tipo colloquiale, agile, veloce.

Coinvolgimento dei Colleghi: problema del clima e inquinamento ambientale; nella disputa

sull'inceneritore non ci siamo sottratti; abbiamo stilato un documento e l'abbiamo inviato a tutte le autorità istituzionali. Siamo partiti dall'idea che il medico sia un punto di riferimento, che il *rifiuto zero* sia una utopia e che alcuni rifiuti comunque vadano smaltiti: il documento era a sostegno di un termovalorizzatore per la nostra realtà territoriale (certezza di smaltire in proprio quando si deve smaltire). Nessuno ci ha dato risposta. Abbiamo recentemente partecipato ad una conferenza svolta a Trento. Siamo in difficoltà ad esprimerci perché ci manca un supporto tecnico personale.

Ringraziamento al personale dei nostri uffici; l'assetto amministrativo è sufficiente ed adeguato.

Obiettivi per il 2011:

Libro sulla storia del nostro Ordine

Ristrutturazione della sede

Corso di aggiornamento sulla tematica ambientale

Emergenza – Urgenza: sovrapposizione di ruoli e professioni ; bisogna prendere in mano la situazione locale e la tratteremo

Conferenza sulle Professioni Sanitarie in autunno; dobbiamo agire su questo aspetto, i nostri collaboratori sono o saranno laureati ed i pazienti sono sempre più eruditi, quindi più esigenti

Alternativa all' Ateneo di Medicina; rischio clinico e contenzioso

10:20 intermezzo musicale

10:30 Riprende la parola il **dr Zumiani:** saluto alla Autorità presenti.

Rivolto **all'assessore** dice: nuova legge istitutiva SSP (legge 16); alcuni nostri suggerimen-



La sala nell'intervallo dei lavori.

ti sono stati accolti, siamo intervenuti sull'argomento della Camera Conciliativa, abbiamo espresso perplessità sulla tematica delle liste di attesa come è stata approvata. Abbiamo fatto un intervento sulle medicine Complementari; siamo intervenuti anche sulla Direzione APSS; siamo partiti da una situazione molto tesa alla Convention di Riva; con il **dr Debiasi** le cose sono cambiate, il rapporto è migliorato; con lui abbiamo parlato del contenzioso medico perché ritenevamo e riteniamo che spesso il medico è lasciato troppo solo ad affrontare la situazione. Chiediamo di essere sentiti dal direttore generale **dr Flor** prima che venga varato il Regolamento di attuazione del SSP.

Il nuovo ospedale deve essere anche didattico oltre che clinico; l'OdM non ha la struttura per affrontare tale tematica; se si vuole delegare il problema alla Provincia di BZ, noi ne prendiamo atto; altrimenti siamo a disposizione.

Tre progetti nei confronti del cittadino (2 sostenuti dalla legge n.4); uno dedicato alla continuità assistenziale (**dr Clerici**) il 3.12.10., uno rivolto ai giovani medici in particolare riguardo le urgenze territoriali (**dr Mattedi**), uno riguardante la Celiachia (**dr Pancheri**) rivolto ad aumentare il riscontro di una patologia così frequentemente non diagnosticata.

Proposte all'Assessore e al Dr Flor: proposte concrete. *Liste di attesa*: approfondire veramente la criticità in tal senso; fare una riflessione fra tutti i protagonisti del problema; negli ultimi anni la professione è variata moltissimo; nuove *ultraspecializzazioni*, cambiamento della epidemiologia delle malattie, nuove *tecniche diagnostiche*. Troviamoci con dati documentati e presentiamoli alla popolazione; non può essere il medico l'ultimo anello della catena e l'unico elemento di crisi. Conclude con un caloroso saluto ai presenti.

Sono poi intervenuti: **dr De Paoli**: un saluto a tutti. Oggi al centro i problemi della sanità; siamo zona di confine con problemi ma anche con tante opportunità. Ha preso la parola quindi l'**assessore provinciale dr Ugo Rossi**. Non solo un saluto ma anche un ringraziamento ai medici da parte della popolazione trentina; la nostra sanità è di ottimo livello. Con voi medici rapporto positivo. Obiettivo in comune; far funzionare bene la sanità. Primo riferimento del medico il paziente; il paziente chiede sempre di



più, il sistema cerca di dare delle risposte. Cerchiamo di non perdere di vista l'uomo. Vi è un passaggio nella legge nuova (SSP) con il termine "*integrazione socio-sanitaria*"; lavorare di più nelle dimensioni del rispetto della persona. Altra sfida: abbiamo meno medici, siamo piccoli, meno attrattivi di altri. Il tema della ricerca è il più difficile; con Bolzano abbiamo fatto qualche passo avanti; il clima è diverso rispetto ad un tempo, possiamo cominciare a lavorare con Bolzano; la PAT ha anche acquisito una delega sull'Università; non faremo nulla senza sentire l'OdM. Abbiamo meno medici: mi piacerebbe fossimo innovativi valorizzando anche le altre professioni sanitarie, facendo fare qualche cosa – che ora fanno i medici – agli infermieri, per esempio.

Altra sfida quella della *sostenibilità*; spesso lo dimentichiamo perché viviamo in una realtà autonoma. Dobbiamo giocarla fino in fondo: dobbiamo comunque fare i conti con le risorse; abbiamo fatto l'accordo con Milano, con cui si dà un apporto concreto ed anticipato sul federalismo fiscale; se la nostra economia va, arriva il 90% su una cifra alta, se l'economia non va si riduce il nostro introito. Per questo chiedo il vostro aiuto con una responsabilità in più da parte vostra. Dobbiamo abituarci a fare di più con meno. Dobbiamo presidiare l'appropriatezza, le liste di attesa, modificare la mobilità del personale (cambiamento culturale); vi chiedo collaborazione.

Prof Eccher: sottolinea l'importanza di porre il paziente al centro del nostro lavoro. " Siamo in un momento rinascimentale della medicina; nessuno ci permette più un errore; la nostra professione viene banalizzata. Internet banalizza la nostra professione. Un tempo si diceva *medicus medici lupissimus*. Non deve essere più così. Spesso viene avanti la medicina difensiva, non abbiamo paura di fare il medico. Le ansie passate a pensare ad un paziente...se abbiamo sempre fatto il massimo dobbiamo stare sereni. Vi è anche una femminilizzazione della professione anche in chirurgia. La politica impronta tutto, ma riconosca nei medici l'interlocutore primario".

La **dr.ssa Plotegher** porta il saluto dell'amministrazione di Trento. "E' emozionante essere qui come medico e nell'amministrazione delle politiche sociali; mi dedico alla politica perché penso che i determinanti sociali della salute siano importanti. Non tutti hanno le stesse opportunità di accesso alla professione. La nostra professione è la più bella del mondo; curiamo tutti a prescindere dal loro censo, sesso, condizione, etc. Dobbiamo incidere anche su elementi non sanitari per migliorare i determinanti sociali della salute. Curare vuol dire qualche volta sbagliare; nel prendersi cura non si sbaglia mai !(Patch Adams)".

Interviene poi il **Direttore generale dell'APSS dr Luciano Flor:** " Orgoglioso di essere qui, sono sempre stato iscritto nell'albo di questo Ordine. Ho sentito il dr Zumiani fare un forte richiamo alla professione; inoltre attenzione alla competenza e alla formazione. Sulle liste di attesa, dipende solo da dove le vediamo; non riguarda il 98% dei casi: il cittadino è molto attento a questo e lui è il nostro giudice. Spesso il cittadino non ha la competenza per capire come l'abbiamo curato; sempre può valutare come l'abbiamo trattato. Ricordo ai giovani medici; dobbiamo tenere conto anche delle aspettative dei pazienti. Devo introdurre meccanismi innovativi; dobbiamo collegare le varie realtà ospedaliere. Dobbiamo prendere in carico il paziente; non c'è solo l'ospedale, il territorio; abbiamo i famigliari, il volontariato. Potremo lavorare bene insieme.

Hanno infine portato il saluto dei Veterinari il **dr Aloisi** (presidente) e dei Farmacisti il presidente **dr Bizzarro**.



Ore 11:45 *Giuramento del Medico:* letto da un giovane collega

12:00 Conferimento infine della pergamena ai colleghi con 50 anni di laurea

Essi sono: 1. Massimiliano Apolloni - 2. Corrado Belci - 3. Michelangelo Di Carlo - 4. Domenico Di Spazio - 5. Bruno Forrer - 6. Ignazio Lumia - 7. Guido Mansoldo - 8. Mario Mattivi - 8. Dino Pedrotti - 9. Dovilio Pollacci - 10. Amilcare Rastelli - 11. Maria Laura Rizzoli 12. Albino Tonelli.

Il Presidente illustra di ognuno una sintesi biografica.

12:15 Dopo la presentazione del libro in onore del centenario dell'Ordine dei Medici in Italia si dichiara chiusa la seduta.



La consegna della pergamena ad un collega.

L'INTERVISTA

Incontro con il Direttore Generale dott. Luciano Flor

Giovanni Fumo

Introdotta dalla gentile segretaria, sig.ra Bernardetta mi riceve con un gentile ed accattivante "accomodati" senza sussiego e senza formalismo. Un buon segno di cortesia che mi spinge a chiedergli subito, senza abusare del suo tempo:

Caro dott. Flor sappiamo che è trentino e fa parte del nostro Ordine; si presenti ai colleghi: chi è il dottor Flor?

Il dott. Luciano Flor è un medico. Ci tengo a sottolinearlo perchè mi è capitato qualche volta di sentirmi dire "Lei che non è medico". Bene, sono laureato in medicina e chirurgia e specialista in igiene e medicina preventiva. Seppur il mio lavoro non sia quello classico che vede il medico confrontarsi col malato nel mio operare quotidiano mi oriento spesso con il metodo che è proprio della metodologia clinica: partendo dall'osservazione cerco di arrivare alla diagnosi e arrivato alla diagnosi cerco di instaurare la miglior terapia disponibile. Fuor di metafora ogni giorno, in mezzo a numerosi problemi, devo riuscire a cogliere quelli che per dimensione o gravità richiedono terapia immediata; il tutto senza perdere di vista l'andamento complessivo del sistema sanitario che richiede spesso nontanto o non solo la soluzione del problema singolo quanto la capacità di collocare le soluzioni all'interno di un progetto complessivo. In ogni caso analogamente al clinico mi chiedo spesso che cosa serve ai pazienti? E che cosa serve di più? E dove non riesco a fare ciò che serve?

Veramente una impostazione etica e culturale perfetta. Che mansione svolgeva nel campo della Sanità prima di questo prestigioso incarico?

Prima di arrivare a Trento come direttore dell'Ospedale s. Chiara dal 2001 al 2009 sono stato Direttore Sanitario in Veneto passando dalla ULSS territoriale di Verona (la più grande del Veneto) alle Aziende Ospedaliere Universitarie di Verona prima e poi di Padova. Non v'è dubbio che in questo periodo ho potuto ma-

turare una significativa esperienza nell'ambito dell'organizzazione sia dei servizi Ospedalieri che dei servizi territoriali intrattenendo e gestendo rapporti con realtà di grandi dimensioni e rilievo in ambito sanitario ed accademico.

Abbiamo notato che sulla sua nomina c'è stata una convergenza di stima e di fiducia; anche il Presidente dell'Ordine ha espresso il compiacimento dei medici per le sue qualità personali e organizzative. La gratifica questo impatto?

Mi ha fatto grande piacere l'accoglienza e l'augurio di buon lavoro di moltissimi colleghi che mi hanno anche manifestato appoggio e disponibilità a collaborare. Certo i complimenti fanno sempre piacere ed ancor più quando autorevoli colleghi testimoniano pubblicamente apprezzamento per il lavoro svolto; posso assicurare che anche nella nuova veste non cambierò modo di lavorare.

Come ha trovato l'Azienda diretta fino a pochi giorni fa dal dott. Franco Debiassi?

L'azienda sanitaria che io ho trovato è quella in cui ho lavorato come direttore dell'ospedale S. Chiara e come direttore cura e riabilitazione nell'ultimo anno e che quindi conosco abbastanza bene. Stimolo molto il dott. Debiassi e insieme a lui, alla dott.ssa Maccani ed la dott. Gabardi ora cercherò di introdurre i cambiamenti che la nuova legge ha previsto per affrontare il futuro con modelli organizzativi che garantiscano la qualità dei servizi e la sostenibilità economica.

La gente, si sa, pretende sempre di più nel campo sanitario ampliando aprioristicamente i suoi bisogni. In questi giorni due problemi emergono sugli altri: le liste d'attesa ed il P.S. Come pensa di risolverli sia per quanto riguarda l'organizzazione che il personale?

Sono molto attento a ciò che dice e ciò che chiede la gente: ovviamente non è che tutto ciò che viene chiesto sia dovuto e talora ci sono amplificazioni eccessive per problemi inesistenti. A mio parere sul tema delle liste di attesa non siamo

messi male; il sistema RAO ove correttamente applicato garantisce equilibrio al sistema ed equità nell'accesso; in qualche caso dobbiamo diventare più bravi a gestire singole situazioni particolari. Anche i Pronto Soccorso, seppur spesso troppo affollati, non stanno funzionando male; la diagnosi dice che una quota di persone che oggi va in pronto soccorso (NB di giorno, in mattinata!) dovrebbe trovare risposta in altre sedi. I famosi codici bianchi non dovrebbero essere considerati attività di pronto soccorso ma semplicemente attività ambulatoriale (qualche volta specialistica) ad accesso diretto! Credo invece che i pronto soccorso, potranno avere un ruolo importante nella futura rete ospedaliera sia garantendo la gestione dell'urgenza che sviluppando l'attività di osservazione breve e medicina d'urgenza.

Si dice che i medici spendono troppo in richieste di esami e prescrizioni di farmaci: pensa si tratti di paura, di superficialità, di eccessiva pignoleria o di qualcosa d'altro?...

Noi dobbiamo stare molto attenti a come spendiamo i soldi: il nostro obiettivo è spendere BENE e soldi che ci vengono messi a disposizione. Spendere bene significa tenere costantemente alto il livello di attenzione sull'efficacia dei nostri interventi avendo cura di scegliere l'opzione che a pari efficacia costa meno. Non si può parlare genericamente dei medici che spendono troppo: è tuttavia innegabile che da medico a medico ci sono differenze prescrittive o di approccio diagnostico non sempre sostenute da evidenze scientifiche. E' riportato in letteratura come problema di sanità pubblica il tema della variabilità nel comportamento clinico (approccio diagnostico e terapeutico diverso a fronte dello stesso problema di salute). Sono peraltro convinto che ove si intraprendano strade per l'ottimizzazione della spesa solo il medico sia in grado di fare scelte che non penalizzino il paziente.

I medici – ospedalieri e territoriali – sono sempre sui giornali e spesso per motivi non gratificanti: pensa di organizzare meglio il servizio territoriale incementando per es. “gli studi associati” per evitare vuoti di assistenza ed intasamenti impropri al P.S.?

La legge di riforma del Servizio Sanitario provinciale innova fortemente sia il versante ospe-

daliero che il versante territoriale lasciando spazio a soluzioni che cambiano profondamente l'attuale impostazione organizzativa. Personalmente penso ad un modello territoriale che garantisca la continuità medica, almeno diurna, in un certo numero di sedi. Di questo ovviamente parlerò con gli interessati.

Credo si possa essere contenti dei colleghi medici ospedalieri: preparazione, diligenza, rispetto delle esigenze dei malati: oltre alla loro bravura oltre all'etica e all'impegno continuo cosa intende chiedere ai colleghi per migliorare prestazioni ed efficienza?

Ai colleghi ed a tutti gli operatori ho chiesto particolare attenzione negli aspetti relazionali con gli utenti: questo perchè il tema della relazione, della informazione e del rapporto umano sta diventando sempre più l'aspetto in grado di generare un clima di fiducia nei servizi che eroghiamo e quindi di modificare la percezione e la valutazione del servizio sanitario. Se non teniamo alta l'attenzione sul tema della relazione non ha senso parlare di umanizzazione.

Caro Direttore generale, non vorrei farle questa domanda ma credo sia necessaria: i colleghi vogliono sapere da una persona autorevole ed ufficialmente rappresentativa come lei cosa succede o è successo nella Chirurgia Trentina? Dato che si è passati dai sussurri alle grida La prego di concludere completando o emendando quanto i giornali vanno scrivendo in questi giorni...

Nel giro di poco tempo la chirurgia trentina ha sostituito molti primari in diversi ospedali (Cles, Borgo Valsugana, Rovereto, entrambi i direttori di Trento, ancora Rovereto). La disciplina è in forte sviluppo con tendenza alla specializzazione dei diversi settori; in tal senso, in particolare per la chirurgia oncologica, le scelte devono essere proiettate nel futuro. Alcune sono state fatte ed altre (come peraltro previste dagli obiettivi assegnati dalla provincia,) saranno operate nel corso del 2011.

La ringrazio anche a nome dei colleghi ed in particolare a nome del Consiglio provinciale dell'Ordine, che si augura di incontrarla nella sede per uno scambio di idee. Mi dica, per finire, quale è il suo “sogno nel cassetto” che intende realizzare in questo suo primo mandato?

Credo fortemente nella professione e nel ruolo che i professionisti possono avere nel mantenere e sviluppare la qualità dei nostri servizi. Fra poco avremo una Azienda rinnovata con la previsione di forte coinvolgimento anche dei me-

dici. Mi auguro di riuscire a lavorare con tutti i professionisti per costruire insieme un servizio sanitario di grande qualità.

Grazie ancora Direttore e buon lavoro!

UN SIGNIFICATIVO INCONTRO

Il direttore generale dell' APSS trentina incontra i medici

Carlo Pedrolli - segretario

Il 10 marzo u.s. nella sede dell'Ordine il dott. Luciano Flor ha incontrato il Presidente ed i Consiglieri: E' stato un incontro tra colleghi molto cordiale e abbastanza chiaro per i programmi esposti e gli obiettivi che l'Azienda Sanitaria si prefigge.

Il dr Zumiani introduce il Direttore generale, che è accompagnato dai dirigenti apicali dell'Azienda: dr Franco Debiassi, dalla dr.ssa Paola Maccani e dal dr Eugenio Gabardi.

Il **dr. Flor** esordisce ricordando come la recente legge di riordino del SSN ha come punto fondamentale il fatto che la gestione dell'APSS non è più una gestione del Direttore Generale, ma è una gestione collegiale del Consiglio di Direzione.

Illustra inoltre sinteticamente il progetto di regolamento aziendale che ha come obiettivo fondamentale una semplificazione organizzativa, un rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria e della continuità assistenziale e la valorizzazione dell'apporto dei professionisti. "Credo che la qualità di una Azienda sia fatta dalla qualità dei singoli professionisti. A tale proposito ribadisco che vorrei che ogni professionista APSS diventasse un grande esperto su una singola materia almeno per avere grande qualità dalla somma di queste varie eccellenze. La semplificazione aziendale viene supportata dal fatto che delle varie Direzioni prima presenti ora ne sono rimaste sostanzialmente: quella per l'integrazione socio sanitaria, quella amministrativa e

quella degli Ospedali. Un altro punto sul quale ci si vuole impegnare è quello della specialistica: attualmente è gestita da prestazioni SUMAI, da prestazioni ospedaliere e da prestazioni del privato accreditato; manca tuttavia una organizzazione ed una gestione comune che si vuole raggiungere anche in termini culturali e di aggiornamento, non solo in termini gestionali.

Anche la MG ha bisogno di una riorganizzazione; il MMG ed il Pediatra di libera scelta non sono per me dei liberi professionisti; pur non essendo dei dipendenti sono dei professionisti che hanno con APSS un rapporto continuativo. Abbiamo bisogno, pertanto, di maggiore coordinamento. Io non riesco a fornire alcun supporto ai 400 MMG, agli 80 PLS, e ai 120 medici della continuità assistenziale singolarmente presi; se invece fossero organizzati in unità per esempio di 20 MMG potrei dare loro un supporto organizzativo che al

momento non è fattibile; resta poi sullo sfondo la possibilità delineata dalla Legge di riassetto del SSP di poter avere MMG dipendenti a tutti gli effetti dalla APSS".

All'intervento del DG è seguito un interessante dibattito fra il Dr Flor e il Consiglio Direttivo in cui furono toccati alcuni punti importanti come la riorganizzazione della specialistica, la emergenza-urgenza sul territorio e in Ospedale, la integrazione ospedale Territorio, la assistenza della area materno infantile.

Come si può capire l'incontro non è stato conclusivo; ma di prospettiva. Se son rose... (n.d.r.)



IV PREMIO PER L'IMPEGNO IN DERMATOLOGIA TERME DI COMANO (TN) - Sabato 9 aprile 2011

con il patrocinio di:

SIDeMaST Società Italiana di Dermatologia medica e chirurgica e Malattie Sessualmente Trasmesse

ADOI Associazione dei Dermatologi Ospedalieri Italiani

SIDCO Società Italiana di Dermatologia Chirurgica ed Oncologica

ISPLAD International-Italian Society of Plastic-Aesthetic and Oncologic Dermatology

AIDA Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Provincia autonoma di Trento

Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri delle Province autonome di Bolzano e Trento

PRESENTAZIONE

Le Terme di Comano sono da sempre vicine ai dermatologi italiani ospitando convegni medico scientifici di alto livello ed importanti eventi quali ad esempio, la fondazione del gruppo Melanoma GIPME e della società SIDCO. Recenti ricerche scientifiche hanno dimostrato l'efficacia della proposta terapeutica termale, nel trattamento delle malattie cutanee più comuni.

Questi studi hanno posto le Terme di Comano al primo posto in Italia e tra le prime in Europa, nel campo della dermatologia termale. Pertanto il Comitato Scientifico delle Terme, ha ideato il Premio per l'Impegno in Dermatologia che, quest'anno, giunge alla sua quarta edizione. Il premio, destinato agli studiosi che più si sono

distinti per l'importanza e l'originalità delle proprie ricerche, è stato assegnato a studiosi che operano nelle maggiori Università, Ospedali ed istituti di Ricerca nazionali ed internazionali.

Quest'anno, premiati e relatori, svolgeranno importanti letture su temi fondamentali della dermatologia. Verranno inoltre presentati originali contributi sulla terapia termale a Comano nella psoriasi, dermatite atopica, esiti di ustioni.

Questo incontro altamente scientifico ma anche con risvolti pratici, è aperto alla partecipazione non solo degli esperti del settore ma anche dei Medici di Medicina Generale e degli Infermieri che giornalmente si trovano in contatto con pazienti affetti a vari livelli da problematiche connesse a malattie dermatologiche.

PROGRAMMA

ore 9.30 **Apertura della segreteria ed accredito partecipanti**

ore 10.00 **Saluti delle autorità**

Nadia Serafini, Presidente Terme di Comano

Ugo Rossi, Assessore alla salute e politiche sociali, Provincia autonoma di Trento

ore 10.15 **CERIMONIA DI PREMIAZIONE**

Introduce e modera

Mario Cristofolini

Klaus Wolff, Direttore Emerito Clinica Dermatologica Università di Vienna

Presenta: *Rainer Kunstfeld*

Intervento del premiato: **Dermatology - quo vadis?**

Mario Pippione, Professore ordinario F.R. Clinica Dermatologica Università di Torino

Presenta: *Renato Coda*

Intervento del premiato: **Considerazioni in merito alla dermopatologia**

Egidio Bertani, già Primario UO Dermatologia Ospedale di Gallarate (VA)

Presenta: *Angelo Carabelli*

Intervento del premiato: **Esperienze di fotofresi in dermatologia**

ore 11.15 Chiusura della cerimonia

APERTURA 1^a SESSIONE

- ore 11.20 **Evaluating the therapeutic effects of Comano's Thermal water in experimental models of skin inflammation** (*Rainer Kunstfeld*)
- ore 11.40 **Proteome analysis. A new tool to investigate skin inflammation** (*Verena Paulitschke*)
- ore 12.00 **Prurito: fisiopatologia e clinica** (*Giampiero Faga*)
- ore 12.40 Chiusura 1^a sessione e colazione di lavoro
- ore 14.30 **Ripresa lavori - 2^a SESSIONE**
Introduce e modera
Giuseppe Zumiani
- ore 14.40 **Dermatologia e Arte** (*Renato Coda*)
- ore 15.00 **Quando la morfologia dermatologica stimola la fantasia...** (*Gian Franco Strani*)
- ore 15.20 **Foscan-pdt: approccio dermatologico per trattare i tumori cutanei** (*Marcello Monti*)
- ore 15.40 **Ala-pdt nel trattamento di ringiovanimento del volto** (*Stefania Motta*)
- ore 16.00 **La Mohs Surgery in dermochirurgia** (*Giorgio Leigheb*)
- ore 16.20 **Il melanoma in Valle d'Aosta** (*Maurizio Norat*)
- ore 16.40 **La gestione integrata della dermatite atopica nell'ambulatorio di allergologia e dermatologia pediatrica** (*Ermanno Baldo*)
- ore 17.00 **La balneoterapia nei bambini con dermatite atopica alle Terme di Comano** (*Stefania Farina*)
- ore 17.20 **La qualità della vita del paziente psoriasico alle terme** (*Anna Colza*)
- ore 17.40 **Focus on: dermatiti in medicina generale** (*Francesco Chiumeo*)
- ore 18.00 **Il medico di medicina generale e le dermatiti: come affrontarle** (*Paolo Gisondi*)
- ore 18.30 discussione, test ECM

INFORMAZIONI

Il programma completo e le modalità di adesione sono a disposizione nella sezione **EVENTI IN CORSO** sul sito www.orkata.it

La partecipazione al convegno è **gratuita**, con **iscrizione obbligatoria** da formalizzare alla segreteria organizzativa: Orkata organizzazione congressi, Via Romano Guardini, 8 - 38121 TRENTO, tel. 0461.824326 - fax 0461.824251.

Sono stati assegnati 5 crediti ECM per le seguenti categorie: Medico Chirurgo - Farmacista - Infermiere professionale.

Segreteria scientifica:

Dott. Mario Cristofolini - Coordinatore Centro Studi Terme di Comano (TN)

PUNTURE DI SPILLO: IL TESTIMONE***Sorpresa: i medici non si fidano dei medici!***

Mi è capitato di leggere su un giornale del 7 marzo scorso che i medici raccomandano terapie che non seguono, mangiano e fumano più del dovuto, si credono immuni dalle malattie ma soffrono di stress e depressione e la percentuale dei suicidi è altissima mentre qualcuno si aiuta con sostanze proibite....Esagerato!?! Pascal comunque soleva dire che "i testimoni non è necessario che parlino, basta che esistano". Ma noi siamo veramente testimoni della Medicina?..

IMPEGNI BUROCRATICI PROFESSIONALI

Direttive del Direttore Generale APSS

CERTIFICAZIONI DI MALATTIA ON LINE. RILASCIO CREDENZIALI

Come è noto con decreto ministeriale di data 25 febbraio 2010 sono state definite le modalità tecniche per la predisposizione e l'invio dei certificati di malattia on line.

A tal fine sono stati realizzati in ogni Distretto degli incontri formativi finalizzati ad illustrare le modalità di gestione delle credenziali nonché l'uso del sistema S.A.C. (Sistema di Accoglienza Centrale).

La categoria di professionisti finora coinvolti negli eventi formativi per la consegna e la gestione delle credenziali è stata quella dei Medici di Medicina Generale in quanto attori principali, anche se non esclusivi, nel processo di rilascio degli attestati medici per la giustificazione delle assenze per malattia.

Per altre categorie di professionisti, tenuti alla certificazione di malattia on line, in relazione alla complessità dell'intero processo (consegna delle credenziali, attività formativa di base, aggiornamento periodico delle password di accesso al sistema e scadenza per mancato utilizzo delle credenziali stesse con successiva nuova consegna), si era ritenuto di attendere chiarimenti da parte dei tavoli di lavoro istituiti presso il Dipartimento della Funzione Pubblica.

Allo stato attuale, ferme restando alcune necessità di approfondimento con riferimento all'area della dipendenza, si ritiene necessario procedere alla consegna delle credenziali ai seguenti professionisti:

- **medici addetti al Servizio di Continuità Assistenziali (sia titolari a tempo indeterminato che incaricati a tempo determinato);**
- **medici sostituti dei Medici di Medicina Generale.**

I Distretti, come già avvenuto per i Medici di Medicina Generale, provvederanno a consegnare, attraverso gli uffici deputati, le credenziali di accesso al sistema per la certificazione telematica di malattia ed informeranno i professionisti sulle modalità di utilizzo (segnalando le necessità di modifica periodica della password di accesso) e sui termini di scadenza delle credenziali stesse per mancato utilizzo.

I Distretti inoltre informeranno i Medici di Medicina Generale sulla necessità che i loro sostituti, qualora sprovvisti di credenziali, si rivolgano per tempo al Distretto, per ritirarle prima dell'inizio della sostituzione stessa.

Analoga attenzione dovrà essere posta nelle sostituzioni dei Medici della Continuità Assistenziale, ricordando che le credenziali hanno validità su tutto il territorio nazionale.

Si ribadiscono inoltre, come già segnalato con circolare prot. n. 14774 di data 8 febbraio 2011 (che si allega in copia per opportuna memoria), le disposizioni relative ai certificati di malattia rilasciati dalle strutture di pronto soccorso e dagli ospedali in caso di ricovero e dimissione. A tal proposito si invitano i Direttori di Ospedale e di Distretto a favorire la massima diffusione di tale circolare sollecitando i Direttori delle UU.OO. di ricovero e del P.S. ad indicare sulle lettere di dimissione/referto i giorni di malattia ritenuti necessari. Per eventuali prosecuzioni di malattia, successivi a quelli indicati sulla lettera di dimissione/referto di P.S., gli utenti potranno recarsi dal proprio medico di assistenza primaria.

Si segnala infine che sono esonerate dall'invio telematico del certificato di malattia, ai sensi dell'articolo 3 del D.Lgs n. 165/2001, i lavoratori di alcune categorie professionali, che sono:

- 1) Magistrati ordinari, amministrativi e contabili;
- 2) Avvocati e procuratori dello Stato;
- 3) Professori e ricercatori universitari;
- 4) Diplomatici;
- 5) Personale della carriera prefettizia;
- 6) Personale Comitato interministeriale per il credito e il risparmio;
- 7) Personale della Commissione nazionale per le società e la borsa (CONSOB);
- 8) Personale dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato;
- 9) Personale militare;
- 10) Forze di Polizia di Stato;
- 11) Personale della carriera dirigenziale e direttiva penitenziaria;

12) Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco (escluso il personale volontario).

Nei confronti dei suddetti lavoratori la certificazione di malattia continua ad essere rilasciata in forma cartacea.

Si chiede alle SS.LL. di assicurare la massima diffusione delle indicazioni contenute nella presente nota.

Si resta in attesa di poter fornire indicazioni più puntuali in ordine alle certificazioni per malattia da emettersi a carico dei medici dipendenti pubblici e degli specialisti ambulatoriali convenzionati.

dr. Luciano Flor

CERTIFICATI DI MALATTIA RILASCIATI DALLE STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO E DAGLI OSPEDALI IN CASO DI RICOVERO E DIMISSIONE

Sono pervenute alla scrivente Direzione Generale alcune segnalazioni, da parte dei Distretti e di alcuni Medici di Medicina Generale, relative alle certificazioni di ricovero, di dimissione e di pronto soccorso.

Nello specifico risulta che alcuni utenti, con attestato di dimissione da una U.O. di una struttura ospedaliera o con certificato del pronto soccorso, si siano rivolti ai propri medici di medicina generale per ottenere la certificazione di malattia on line.

Si ritiene opportuno, sulla scorta delle indicazioni fornite dalla circolare n. 2/2010/DFP/DDI di data 28 settembre 2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica, precisare che: *“durante il periodo di monitoraggio e sino a quando non saranno decise le misure ad hoc da seguire in queste situazioni, per i certificati di ricovero, di dimissione e di pronto soccorso, i medici continueranno ad elaborare certificati in forma*

cartacea, i dipendenti continueranno a recapitare o consegnare tempestivamente i certificati e gli attestati all'amministrazione di appartenenza e le amministrazioni li accetteranno secondo le tradizionali modalità”.

Poiché non risultano pervenute a tutt'oggi indicazioni tese a superare le criticità per la adozione del nuovo modello di trasmissione di tali certificati, permane, fino a nuova comunicazione, la modalità cartacea.

Si invitano pertanto i Direttori degli Ospedali, i Direttori sanitari delle strutture accreditate per le attività di degenza ed i Direttori di Distretto con presidio ospedaliero a volere assicurare la massima diffusione di tali indicazioni presso le UU.OO. ed i pronto soccorso di afferenza.

I Direttori di Distretto sono invitati inoltre a garantire la massima diffusione di tali indicazioni ai Medici di Medicina Generale.

dr. Luciano Flor

NUOVE DIRETTIVE PER LA PATENTE DI GUIDA DA PARTE FNOMCEO

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

Il decreto indicato in oggetto è emanato ai sensi dell'art. 229 del D.Lgs. 285/92 – Codice della strada – vista la direttiva 2009/12/CE della Commissione del 25 agosto 2009, pubblicata

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

Con il decreto emanato si è ritenuto necessario modificare l'allegato III del citato decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, in conformità con le disposizioni introdotte dalla direttiva 2009/112/CE, prendendo atto della nota prot. I.4.CD.2.2 dell'8 ottobre 2010 con cui il Ministero della salute ha trasmesso il documento elaborato dal gruppo tecnico di lavoro costituito presso detto Ministero con decreto dirigenziale 9 ottobre 2009, al fine di individuare criteri di valutazione dell'idoneità psicofisica alla guida di veicoli a motore **di soggetti affetti da patologie della vista, diabete o epilessia, sulla base delle nuove norme comunitarie.**

Il decreto indicato in oggetto risulta essere di particolare interesse per i medici di cui

all'art. 119 del D.Lgs. 285/92 in riferimento al rilascio del certificato di idoneità psicofisica alla guida (in particolare il medico monocratico di cui al comma 2 e le commissioni medico locali).

Pertanto, stante la rilevanza della materia, tutti gli Ordini provinciali nell'ambito della propria competenza territoriale sono pregati di diffondere il contenuto del decreto indicato in oggetto.

Amedeo Bianco

Per maggiore chiarezza cfr. Decreto Ministero Infrastrutture e Trasporti del 20 novembre 2010. G.U. n. 301 del 24 novembre 2010 (10A15247).

ANCORA SULLA PATENTE DI GUIDA

Cari Presidenti, si ritiene opportuno segnalare che nella Gazzetta Ufficiale n. 38 del 16 febbraio 2011 è stato pubblicato il Decreto 31 gennaio 2011 recante "Modalità di trasmissione della certificazione medica per il conseguimento e il rinnovo della patente di guida"!

Il decreto sopraccitato è stato emanato dal Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti ai sensi dell'art.23, comma 3, ai fini di disciplinare le modalità di trasmissione della certificazione medica rilasciata dai medici di cui al comma 2 dell'art. 119 del decreto legislativo n. 285 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni e dei medici di cui all'art. comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (medici abilitati a seguito di esame per titoli professionali e iscritti in apposito albo tenuto a livello provinciale) e considerato pertanto la necessità di individuare procedure che consentano di risalire con certezza all'estensore della certificazione medica da allegare alla domanda per il conseguimento della patente di guida nonché a quella di rinnovo di validità della medesima.

Si rileva in particolare che l'art. 119, comma 21, del Codice della Strada prevede che l'accertamento dei requisiti fisici e psichici, tranne per i casi stabiliti nel comma 4, è effettuato dall'Ufficio della unità sanitaria nel comma 4, è

effettuato dall'ufficio della unità sanitaria locale territorialmente competente, cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale. L'accertamento suindicato funzioni in materia medico-legale. L'accertamento suindicato può essere effettuato altresì da un medico responsabile dei servizi di base del distretto sanitario ovvero da un medico appartenente al ruolo dei medici del Ministero della salute, o da un ispettore medico delle Ferrovie dello Stato o da un medico militare in servizio permanente effettivo o in quiescenza o da un medico del ruolo professionale dei sanitari della Polizia di Stato o da un medico del ruolo sanitario del Corpo nazionale dei vigili del fuoco o da un ispettore medico del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. L'accertamento può essere effettuato dai medici di cui al periodo precedewnte, anche dopo aver cessato di appartenere alle amministrazioni e ai corpi ivi indicati, purché abbiano svolto l'attività di accertamento negli ultimi dieci anni o abbiano fatto parte delle commissioni di cui al comma 4 per almeno cinque anni. In tutti i casi tale accertamento deve essere effettuato nei gabinetti medici.

Sono quindi interessati al provvedimento indicato in oggetto i medici appartenenti ad amministrazioni e corpi sopraccitati (art. 1), i medici militari in quiescenza (art. 2) e i me-

dici che abbiano cessato di appartenere alle amministrazioni ed ai corpi ivi previsti per motivi diversi dalla quiescenza (art. 3).

Di fatto la novità introdotta dal provvedimento è che ogni medico dovrà avere un codice di riconoscimento presso l'ufficio della motorizzazione di riferimento che dovrà essere riportato in calce alle certificazioni, unitamente al timbro ed alla firma del medico certificatore ed all'indicazione dell'ufficio di appartenenza dello stesso.

I medici militari in quiescenza di cui all'art. 2, nel richiedere un codice di identificazione all'ufficio della motorizzazione competente per territorio in ragione del luogo ove hanno la residenza anagrafica, **dovranno presentare apposita richiesta corredata di dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al proprio stato di quiescenza, all'iscrizione all'albo professionale dei medici chirurghi ed odontoiatri**, nonché alla non sussistenza di situazioni di destituzione dall'incarico per motivi disciplinari o a seguito di condanne penali, né di dispensa dal servizio per ragioni di particolari infermità inabilitanti l'attività certificativa.

I medici di cui all'art. 1, comma 1, del provvedimento che abbiano cessato di appartenere alle amministrazioni ed ai corpi ivi previsti anche per motivi diversi dallo stato di quiescenza, richiedono un codice di identificazione all'ufficio della motorizzazione competente per territorio in ragione del luogo ove hanno la residenza anagrafica, **previa presentazione di apposita domanda corredata di dichiarazione sostitutiva**

di certificazione dalla quale risulta che gli stessi hanno svolto attività di accertamento dei requisiti fisici e di idoneità alla guida negli ultimi dieci anni ovvero hanno fatto parte di commissioni mediche locali, di cui all'art. 119 comma 4, negli ultimi cinque anni. Nella medesima dichiarazione deve altresì risultare l'iscrizione all'albo professionale dei medici chirurghi ed odontoiatri, la non sussistenza di situazioni di destituzioni dall'incarico per motivi disciplinari o a seguito di condanne penali, né di dispensa dal servizio per ragioni di particolari infermità inabilitanti l'attività certificativa.

Si rileva che il provvedimento entra in vigore il trentesimo giorno successivo alla data della sua pubblicazione (**18 marzo 2011**).

Pertanto l'art. 6 del provvedimento dispone **con riferimento alla tempistica per la richiesta del codice di identificazione che i medici militari in quiescenza** debbano richiedere il pin a decorrere dal **giorno successivo** alla data di entrata in vigore del provvedimento; **i medici non più appartenenti alle strutture** debbano richiederlo a decorrere dal **trentunesimo giorno** successivo alla data di entrata in vigore del provvedimento, **mentre i medici appartenenti ad amministrazioni e corpi** di cui all'art. 1 a decorrere dal **sessantunesimo giorno** successivo alla data di entrata in vigore del provvedimento.

Al fine di consentire un esame più approfondito della materia è possibile consultare copia del provvedimento sul portale della fnomceo al link gazzetta ufficiale.

Amedeo Bianco

DECRETO MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI TRASPORTI

Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida. (10A15247)

IL MINISTRO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI TRASPORTI

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

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

Visto l'art. 229 del medesimo codice che rinvia a decreti dei Ministri della Repubblica il recepimento, secondo le competenze loro attribuite, di direttive comunitarie afferenti alle materie disciplinate dallo stesso codice;

Vista la direttiva n. 91/439/CEE del Consiglio, del 29 luglio 1991, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale delle Comunità europee n. L 237 del 24 agosto 1991;

Vista la direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale delle Comunità europee n. L 223 del 26 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida;

Visto il decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, recante «Disposizioni comunitarie in materia di patenti di guida e recepimento della direttiva 2000/56/CE» pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 15 aprile 2004, n. 88 in particolare l'allegato terzo recante «Norme minime concernenti l'idoneità fisica e mentale per la guida di un veicolo a motore»;

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

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

Adotta

il seguente decreto:

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

Art. 1

È recepita la direttiva 2009/112/CE. Il rilascio e la conferma di validità della patente di guida a soggetti con patologie a carico dell'apparato visivo, diabetici o epilettici è subordinato all'accertamento dei requisiti previsti dagli allegati I, II e III, facenti parte integrante del presente decreto.

I punti 6, 10 e 12 dell'allegato III al decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, sono abrogati.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 30 novembre 2010

Il Ministro: Matteoli

Allegato I

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

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

VISTA

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

Per i conducenti appartenenti al gruppo 1 che non soddisfano le norme riguardanti il campo visivo e l'acutezza visiva, il rilascio della patente può essere autorizzato da parte della Commissione medica locale in "casi eccezionali", correlati alla situazione visiva del conducente, ponendo limitazioni riguardo alla guida.

In questi casi il conducente deve essere sottoposto a visita dalla Commissione che verifica, avvalendosi di accertamenti da parte di medico specialista oculista anche l'assenza di altre patologie che possono

pregiudicare la funzione visiva, fra cui la sensibilità all'abbagliamento, al contrasto, la visione crepuscolare, eventualmente avvalendosi anche di prova pratica di guida. La documentazione sanitaria inerente agli accertamenti posti a base del giudizio espresso dovrà restare agli atti per almeno cinque anni.

Gruppo 1

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

Il campo visivo binoculare posseduto deve consentire una visione in orizzontale di almeno 120 gradi, con estensione di non meno di 50 gradi verso destra o verso sinistra e di 20 gradi verso l'alto e verso il basso. Non devono essere presenti difetti in un raggio di 20 gradi rispetto all'asse centrale, inoltre deve essere posseduta una visione sufficiente in relazione all'illuminazione crepuscolare, un idoneo tempo di recupero dopo abbagliamento e un' idonea sensibilità al contrasto, in caso di insufficienza di tali due ultime funzioni la

Commissione medica locale può autorizzare la guida solo alla luce diurna.

Qualora sia rilevata o dichiarata una malattia degli occhi progressiva, la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata dalla Commissione con validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna, avvalendosi di consulenza da parte di medico specialista oculista.

3. Il candidato al rilascio o al rinnovo della patente di guida monocolo, organico o funzionale, deve possedere un'acutezza visiva di non meno 0,8, raggiungibile anche con lente correttiva se ben tollerata. Il medico monocratico deve certificare che tale condizione di vista monoculare esiste da un periodo di tempo sufficientemente lungo (almeno sei mesi) da consentire l'adattamento del soggetto e che il campo visivo consenta una visione in orizzontale di almeno 120 gradi e di non meno di 60 gradi verso destra o verso sinistra e di 25 gradi verso l'alto e 30 gradi verso il basso. Non devono essere presenti difetti in un raggio di 30 gradi rispetto all'asse centrale, inoltre deve essere posseduta una visione sufficiente in relazione all'illuminazione crepuscolare e dopo abbagliamento con idoneo tempo di recupero e idonea sensibilità al contrasto, tali condizioni devono essere opportunamente verificate.

Nel caso in cui uno o più requisiti non sono presenti il giudizio viene demandato alla Commissione medica locale che, avvalendosi di consulenza da parte di medico specialista oculista, valuta con estrema cautela se la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata, eventualmente con validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna.

4. A seguito di diplopia sviluppata recentemente o della perdita improvvisa della visione in un occhio, ai fini del raggiungimento di un adattamento adeguato non è consentito guidare per un congruo periodo di tempo, da valutare da parte di medico specialista oculista; trascorso tale periodo, la guida può essere autorizzata dalla Commissione medica locale, acquisito il parere di un medico specialista oculista, eventualmente con prescrizione di validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna.

Gruppo 2

5. Il candidato al rilascio o al rinnovo della patente di guida deve possedere una visione binoculare con un'acutezza visiva, se del caso raggiungibile con lenti correttive, di almeno 0,8 per l'occhio più valido e di almeno 0,4 per l'occhio meno valido. Se per ottenere i valori di 0,8 e 0,4 sono utilizzate lenti correttive, l'acutezza visiva minima (0,8 e 0,4) deve essere ottenuta o mediante correzione per mezzo di lenti a tempiale con potenza non superiore alle otto diottrie come equivalente sferico o mediante lenti a contatto anche con potere diottrico superiore. La correzione deve risultare ben tollerata

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

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

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

Allegato II

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

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

DIABETE MELLITO

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

Gruppo 1

1. L'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida del candidato o del conducente affetto da diabete mellito è effettuato dal medico monocratico di cui al comma 2 dell'articolo 119 del codice della strada, previa acquisizione del parere di un medico specialista in diabetologia o con specializzazione equipollente, ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni, operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate.

2. In caso di presenza di comorbilità o di gravi complicanze che possono pregiudicare la sicurezza alla guida il giudizio di idoneità è demandato alla Commissione medica locale.

In caso di trattamento farmacologico con farmaci che possono indurre una ipoglicemia grave il candidato o il conducente può essere dichiarato idoneo alla guida di veicoli del gruppo I fino a un periodo massimo di 5 anni, nel rispetto dei limiti previsti in relazione all'età.

3. La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o al conducente affetto da diabete mellito che soffre di ipoglicemia grave e ricorrente o di un'alterazione dello stato di coscienza per ipoglicemia. Il candidato o conducente affetto da diabete mellito deve dimostrare di comprendere il rischio di ipoglicemia e di controllare in modo adeguato la sua condizione.

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

Gruppo 2

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

integrazioni, operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate, che possa attestare le seguenti condizioni:

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

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

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

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

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

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

Allegato III

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

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

EPILESSIA

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

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

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

Una persona che ha una crisi epilettica iniziale o isolata o perde conoscenza deve essere dissuasa dalla guida. È richiesto il parere di uno specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni, che deve specificare il periodo di interdizione alla guida.

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

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

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

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

Gruppo 1

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

I soggetti affetti da epilessia non soddisfano i criteri per una patente di guida senza restrizioni. Vi e' obbligo di segnalazione, ai fini delle limitazioni al rilascio o della revisione di validita' della patente di guida, all'Ufficio della Motorizzazione civile dei soggetti affetti da epilessia da parte di Enti o Amministrazioni che per motivi istituzionali di ordine amministrativo previdenziale, assistenziale o assicurativo abbiano accertato l'esistenza di tale condizione (per esenzione dalla spesa sanitaria, riconoscimento di invalidita' civile, accertamenti dei servizi medico legali, ecc).

3. Crisi epilettica provocata: il candidato che ha avuto una crisi epilettica provocata a causa di un fattore scatenante identificabile, con scarsa probabilita' che si ripeta al volante, puo' essere dichiarato idoneo alla guida su base individuale, subordinatamente a un parere neurologico (se del caso, l'idoneita' deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilita').

4. Prima o unica crisi epilettica non provocata: il candidato che ha avuto una prima crisi epilettica non provocata puo' essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo di sei mesi senza crisi, a condizione che sia stata effettuata una valutazione medica specialistica appropriata. Il periodo di osservazione dovra' essere protratto finche' l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche.

5. Altra perdita di conoscenza: la perdita di conoscenza deve essere valutata in base al rischio di ricorrenza durante la guida.

6. Epilessia: il conducente o il candidato puo' essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo, documentato e certificato da parte dello specialista neurologo, di un anno senza ulteriori crisi.

7. Crisi esclusivamente durante il sonno: il candidato o il conducente che soffre di crisi esclusivamente durante il sonno puo' essere dichiarato idoneo alla guida a condizione che il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo non inferiore al periodo senza crisi previsto per l'epilessia (un anno). In caso di attacchi/crisi durante la veglia, e' richiesto un periodo di un anno senza ulteriori manifestazioni prima del rilascio della patente di guida (cfr. "Epilessia").

8. Crisi senza effetti sullo stato di coscienza o sulla capacita' di azione: il candidato o il conducente che soffre esclusivamente di crisi a proposito delle quali e' dimostrato che non incidono sullo stato di coscienza e che non causano incapacita' funzionale, puo' essere dichiarato idoneo alla guida a condizione che il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo non inferiore al periodo senza crisi previsto per l'epilessia (un anno). In caso di attacchi/crisi di natura diversa, e' richiesto un periodo di un anno senza ulteriori manifestazioni prima del rilascio della patente di guida (cfr. "Epilessia").

9. Crisi dovute a modificazioni o a riduzioni della terapia antiepilettica per decisione del medico: al paziente puo' essere raccomandato di non guidare per un periodo di sei mesi dall'inizio del periodo di sospensione del trattamento. In caso di crisi che si manifestano nel periodo in cui il trattamento medico e' stato mo-

dificato o sospeso per decisione del medico, il paziente deve essere sospeso dalla guida per tre mesi se il trattamento efficace precedentemente applicato viene nuovamente applicato.

10. Dopo un intervento chirurgico per curare l'epilessia: il conducente o il candidato puo' essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo, documentato e certificato da parte dello specialista, di un anno senza ulteriori crisi.

Gruppo 2

11. Il candidato non deve assumere fallitaci antiepilettici per tutto il prescritto periodo di dieci anni senza crisi, Deve essere stato effettuato un controllo medico appropriato con un approfondito esame neurologico che non ha rilevato alcuna patologia cerebrale e alcuna attivita' epilettiforme all'elettroencefalogramma (EEG).

12 Crisi epilettica provocata: il candidato che ha avuto una crisi epilettica provocata a causa di un fattore scatenante identificabile con scarsa probabilita' di ripetizione durante la guida puo' essere dichiarato idoneo alla guida su base individuale per veicoli ad uso privato e non per trasporto terzi , subordinatamente a un parere neurologico. Dopo l'episodio acuto e' opportuno eseguire un EEG e un esame neurologico adeguato.

Un soggetto con una lesione strutturale intracerebrale che presenta un rischio accresciuto di crisi non deve guidare veicoli appartenenti al gruppo 2 (se del caso, l'idoneita' deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilita').

13. Prima o unica crisi epilettica non provocata: il candidato che ha avuto una prima crisi epilettica non provocata puo' essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo di dieci anni senza ulteriori crisi senza il ricorso a farmaci antiepilettici, a condizione che sia stata effettuata una valutazione medica specialistica appropriata.

14. Altra perdita di conoscenza: la perdita di conoscenza deve essere valutata in base al rischio di ricorrenza durante la guida (se del caso, l'idoneita' deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilita').

15. Epilessia: devono trascorrere dieci anni senza crisi epilettiche, senza l'assunzione di farmaci antiepilettici e senza alcuna attivita' epilettiforme all'elettroencefalogramma (EEG). La stessa regola si applica anche in caso di epilessia dell'eta' pediatrica. In questi casi la Commissione dovra' stabilire una validita' limitata che non potra' essere superiore a due anni.

Determinati disturbi (per esempio malformazione arterio-venosa o emorragia intracerebrale) comportano un aumento del rischio di crisi, anche se le crisi non si sono ancora verificate. In una siffatta situazione ai fini del rilascio della patente di guida la Commissione medica locale dovra' attentamente valutare tale rischio, stabilendo un opportuno periodo di verifica, con validita' della possibilita' di guidare non superiore a 2 anni ove non diversamente disposto.

RICORDIAMO CON SINCERO CORDOGLIO I COLLEGHI

Dovilio Pollacci deceduto il 28.2.2011

Bruno Bagozzi deceduto il 12.3.2011

Giuseppe Rizzi deceduto il 28.3.2011

Ai loro famigliari le nostre sentite condoglianze

LETTERA AL BOLLETTINO

L'oggettiva preoccupazione di un collega odontoiatra

Trento, 22 marzo 2011

Sabato 19 marzo c.m. alle ore 9,00 presso la sede dell'Ordine dei Medici di Trento si è tenuta una lunga e bella conferenza informativa riguardante il contenzioso in odontoiatria. Considerato appunto il continuo aumento di tali contenziosi, l'avvocato Maria Maddalena Giungato appositamente intervenuto, ha cercato di spiegarne la causa e il modo per evitarli. Tutti consigli validi, appropriati e ben esposti, con una bella eloquenza, aumentata ancor più dell'avvenenza dell'oratrice. Tuttavia il vero motivo della questione, cioè la maniera finalmente valida affinché tali "infami contenziosi" diminuiscano se non addirittura cessino dal tutto, a mio parere mi sembra proprio che sia stato toccato! Dico "infami" perché giustamente, come ha appunto sottolineato la bella oratrice, influiscono in modo deleterio e scioccante sulla psiche dell'individuo, cioè del medico odontoiatra che di volta in volta, il più spesso a torto, viene incolpato. Ma perché questo succede e non si è stati ancora capace di evitarlo?! Ma perché a incolpare quasi sempre sono dei colleghi che incolpano altri colleghi! Un po' alla volta infatti dopo il '68, tempo nel quale erano gli studenti a interrogare i professori e non viceversa, la deontologia medica è quasi completamente scomparsa e specie nel campo dell'odontoiatria si assiste a una continua escalation (negli altri campi non lo so) della boria, della prepotenza e della presunzione di taluni individui che si sentono "unti da Dio" e quindi si ritengono infallibili allo stesso modo dei magistrati. Capita così che quando un paziente malintenzionato perché non vuol pagare o in cerca di cavar soldi dall'assicurazione per rimborsarsi di quanto ha speso o malcontento per il suo stesso carattere pur se il lavoro è eseguito ad arte o addirittura isterico o psicopatico (donna o uomo che sia), si presenta a certi colleghi per un giudizio su di un lavoro eseguito magari anche 6, 7, 8 anni prima, immediatamente costoro trovano, a torto o a ragione, ma il più delle volte a torto purtroppo, ben più di un pretesto per criticare il lavoro! Scrivono quindi un referto di critica su tale

lavoro, referto dal quale molto spesso per un odontoiatra esperto, traspare la loro ignoranza, ma valevole tuttavia per essere presentato ad un avvocato ed iniziare una causa per danni. Si sa che gli avvocati ormai con i tempi che corrono, prendono "su tutto", dal momento che, sia che vincano, sia che perdano, non sono mai colpevoli e ricevono sempre le loro retribuzioni.

Nella causa alla quale in tal modo si va incontro, il giudice nomina un suo CTU (Consulente Tecnico d'Ufficio), il quale l'80% dei casi non va di certo contro a quanto ha redatto il primo accusatore e ciò perché, come ancora ha sottolineato la bella avvocatessa, generalmente questi periti non sono certo completamente acculturati nella materia sulla quale sono chiamati a giudicare, seppur alla fin fine sono loro che determinano l'andamento del contenzioso e quindi hanno un potere indiscusso! Anche l'accusato comunque può avvalersi di un perito di parte, ma purtroppo, come si è visto, pure se talvolta molto più istruito del perito giudiziale è tenuto in scarsa considerazione dal magistrato giudicante.

Conclusione

La causa dei contenziosi quindi in vertiginoso aumento, a mio parere, è dovuta spesso al malanimo, alla stoltezza e alla completa mancanza di deontologia professionale di molti colleghi. Colleghi sempre pronti a demonizzare altri colleghi e che approfittano specie dell'ignoranza tuttora grande esistente in campo odontoiatrico, al punto che è ben difficile per uno che ha eseguito un lavoro ben fatto, ma che nel tempo può essere andato incontro a qualche inevitabile imprevisto (sempre correggibile comunque), difendersi sia contro i primi accusatori che contro i periti dei giudici: di conseguenza dal giudizio del magistrato. Così, sempre a mio modo di vedere, l'unico mezzo per opporsi a una valanga di ingiustizie e discellerati contenziosi, sarebbe che l'Ordine stesso attraverso le Persone preposte, le quali proprio perché rivestono tali cariche, dovrebbero essere anche in grado di saper discernere il vero dall'assurdo, intervenisse

con richiami, ma anche con dovute punizioni (e ciò sempre prima che il disgraziato accusato debba ricorrere alla Magistratura) verso quei

colleghi che si comportano in maniera indegna per essere chiamati colleghi

(YZ: firma criptata per riservatezza)

La precisazione del presidente

IL CONTENZIOSO ODONTOIATRICO

Sabato 19 marzo si è svolto a Trento, presso la sede dell'Ordine, un Incontro formativo rivolto agli Odontoiatri dal titolo "Il Contenzioso odontoiatrico".

La dott.ssa Avv. Maria Maddalena Giungato consulente della CAO Nazionale, professionista di grande esperienza, ha affrontato in modo estremamente efficace alcuni aspetti legati al rapporto medico/paziente offrendo ai numerosi partecipanti utili indicazioni per prevenire l'insorgere del contenzioso.

Tra i temi affrontati si è parlato di consenso informato, di obblighi contrattuali dell'Odontoiatra, di responsabilità professionale, fino a dibattere le problematiche inerenti le questioni assicurative e i profili deontologici.

Una giornata, a detta di tutti i colleghi, estremamente interessante che la CAO ha intenzione di riproporre in modo più articolato e completo in un prossimo appuntamento autunnale.

In un contesto sociale in continua evoluzione, dove ormai in moltissimi ambiti l'elemento "litigiosità" sta prendendo il sopravvento nei rapporti tra le persone, anche il delicato rapporto medico/paziente sta evidenziando alcuni elementi di criticità. Sempre più frequentemente infatti, tra Odontoiatra e Paziente nascono incomprensioni che evolvono in veri e propri contenziosi di tipo medico legale.

A determinare questi contrasti, che si concretizzano in consistenti richieste danni per presunte responsabilità professionali, sono spesso comportamenti scorretti dal punto di vista deontologico degli stessi Odontoiatri. Mettere in cattiva luce l'operato del collega, può infatti concorrere a far scoccare la scintilla che determina la nascita delle incomprensioni tra medico e paziente.

L'invito ad una più attenta osservanza delle norme deontologiche che regolano i rapporti tra colleghi diventa quindi fondamentale. Siamo sempre più convinti che ancora oggi, a prescindere delle innumerevoli leggi in vigore, un'attenta conoscenza e rispetto del nostro codice potrebbe essere la "formula magica" per risolvere i problemi che si presentano sempre più evidenti in merito al delicato rapporto medico/odontoiatra/paziente.

Fausto Fiorile

CORSO SULLE EMERGENZE MEDICHE e BLS

Commissione Albo Odontoiatri - A sovvenzione della Provincia Autonoma di Trento
Incarico Speciale per l'integrazione delle Attività formative a supporto dello sviluppo

Come annunciato in più occasioni, nel mese di maggio si terrà il Corso sulle Emergenze mediche in Odontoiatria organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e finanziato all'85% dalla Provincia Autonoma di Trento. Noi pensiamo che l'Ordine abbia il compito di affiancare il Medico e l'Odontoiatra in più ambiti, compreso quello della formazione e quindi della crescita professionale. Questo è il motivo per cui offriamo a tutti gli iscritti, l'opportunità di partecipare a questo importante momento formativo che cercheremo di riproporre negli stessi termini anche in una nuova edizione autunnale. In attesa di poterci incontrare presto, ti auguro un Buon Corso!

Fausto Fiorile

LETTO PER VOI

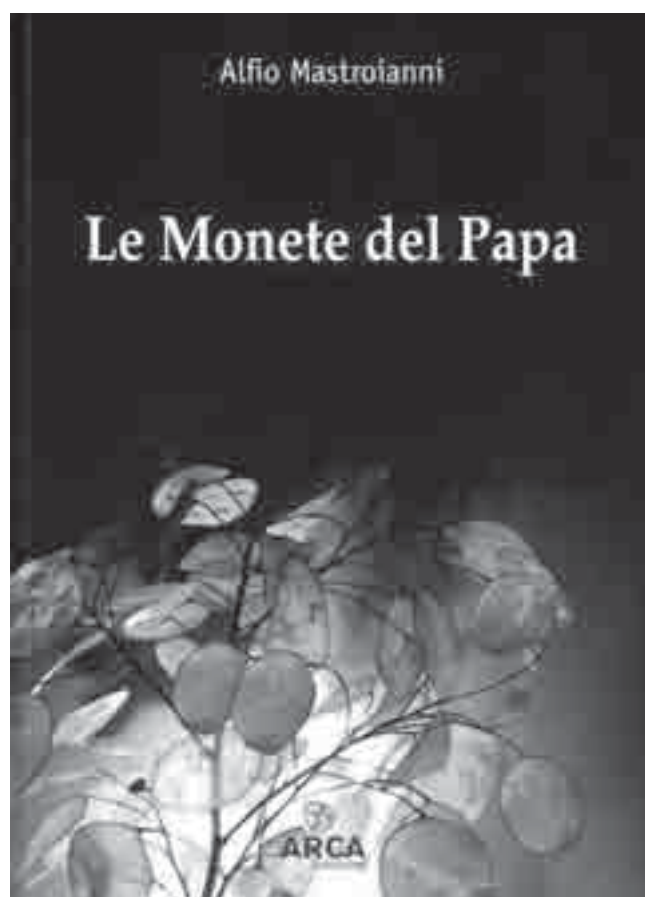
LE MONETE DEL PAPA

ALFIO MASTROIANNI

Giovanni Fumo

Le monete del Papa indicano un fiore che prende nome dalla luna infatti sinonimo di questo termine è *lunaria* per alcuni perché i suoi frutti rotondeggianti somigliano a monete d'argento che riflettono i raggi lunari; per altri invece perché questi suoi frutti rassomigliano alla luna piena. Questa pianta è coltivata specialmente in Liguria (nella provincia di Imperia in particolare) ed usata nella decorazione della casa come fronda disidratata perché le sue ramificazioni conservano a lungo le tonde membrane argentate. Per queste sue vistose caratteristiche decorative la *lunaria* è stata battezzata anche la "*moneta del Papa*". Il collega Alfio Mastroianni ha voluto dare questo titolo alla sua ultima opera -in ordine di tempo- e crediamo per renderla più intrigante e stimolante. Sono quaranta racconti molto belli che spaziano da incontri ed episodi casuali ad esperienze a contatti personali in cui lui naturalmente è sempre testimone e spesso protagonista. Come dice il giornalista Piero Villotta Mastroianni è un combattente vincente e come tale porta su se stesso le cicatrici e i ricordi delle sue avventure appassionate. Nota caratteristica che traspare in questi racconti è il taglio memorialistico di medico umanista e umano: messaggi, storie e riflessioni che partendo da episodi ed avvenimenti personali si allargano ad riflessioni di alto contenuto deontologico e legale.

Mastroianni è nato a Trento e termina la sua carriera professionale a Cavalese come responsabile dell'U.O., di Anestesia e Riabilitazione: mai fermo e mai domo ha conseguito le specialità in Medicina Legale nell'Università di Trieste, il Diploma di Riflessiologia a Vienna, la L.D. in Anestesia e Rianimazione nell'Università di Genova; ha svolto attività di ricerca e di docenza in varie Università del Nord e si è molto impegnato sulla responsabilità civile del medico. E' nato a Tren-



to ma "canta" per primo il "*Tranta*" il nonno materno ligure che per lavoro di ufficiale giudiziario ha girato il Nord dalla Liguria alla Langa al Friuli Venezia Giulia al Trentino. Mastroianni è convinto che "conoscere i nostri antenati serve a rimediare e a correggere i nostri difetti e a valorizzare le nostre potenzialità" (Nuto Revelli) ed i suoi racconti spaziano dai ricordi familiari a quelli personali e professionali: come uomo, come medico e come responsabile di importanti incarichi ospedalieri. Nel "*Le monete del papa*" i racconti, inoltre, sono ricchi di memorie, di episodi, di personaggi a cui il lettore viene spinto ad avvicinarsi con una certa maestria: Mastroianni è coinvolgente perché la sua dimestichezza nello scrivere ed il suo stile lo rendono autore ideale per spingerti ad arrivare fino in fondo nella lettura. Il libro è stato presentato a Cavalese (TN) nella sala della Biblioteca municipale alla presenza di un folto pubblico tra cui autorità, colleghi e uomini di cultura, tra cui il collega giornalista Mario Felicetti e l'assessore alla cultura di Cavalese Sergio Finato. Ricco di belle fotografie che rispecchiano la sua passione per la montagna e per lo sci in particolare è edito dalla *Editrice ARCA di Lavis*: lo si può trovare in ogni libreria. Leggetelo, vi piacerà!

MARCIALONGA STARS

11a Edizione - 29 gennaio 2011

Anche quest'anno la Marcialonga Stars, evento sportivo e di volontariato rivolto dalla LILT Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori a tutti i cittadini, ha avuto un notevole successo. Oltre 150 i partecipanti alla manifestazione che ha visto la presenza anche di Testimonial quali i campioni sportivi Christian Zorzi "Zorro", Renato Travaglia, Antonio Molinari, Maurizio Fondriest e molti altri meno noti, ma tutti impegnati a percorrere con sci da fondo o ciaspole le piste di Lago di Tesero. Presenti tra gli altri il Consigliere Provinciale Nerio Giovanazzi, il Vice-Presidente del Consiglio Provinciale Claudio Eccher, la Presidente dell'Accademia della Montagna Iva Berasi, il dott. Fumo dell'Ordine dei Medici, il Cav. Felice Zambaldi per l'AIDO ed il Presidente della LILT Mario Cristofolini.

Organizzata brillantemente dal Gruppo Sciatori Fiamme Gialle della Guardia di Finanza e dai Volontari LILT guidati da Iva Faitelli, la manifestazione ha come principale obiettivo la sensibilizzazione della popolazione alla prevenzione oncologica e ai benefici legati a corretti stili di vita ed in particolare all'attività fisica che riduce il rischio di malattie cardiovascolari e di tumori.

Tra le donne ha confermato il primato la dott.ssa Antonella Bergamo dermatologa dell'APSS.

Il ricavato della manifestazione verrà interamente utilizzato per acquisire tecnologie innovative e per sostenere il costo del personale specializzato che opera presso le Delegazioni periferiche con attività di fisioterapia e supporto psicologico agli ammalati di tumori.



Il presidente Mario Cristofolini, la signora Iva Faitelli, e Giovanni Fumo alla Marcialonga Stars.

