

- Ippocrate che fine ha fatto?...
- Pareri autorevoli su Medicine alternative
- La Genetica nel Laboratorio di Dipartimento
- Progressi in cardiologia dello sport
- Far bene il medico fa anche star male
- LILT Trentino: iniziative importanti
- Bifosfonati e osteonecrosi mascella/mandibola
- Previdenza e Assistenza
- Letto per voi: Donne cancelli e delitti
- La Festa del Medico 2010: 20 novembre 2010

Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1 comma 2, DBC Trento - Anno LXX - N. 1 / 2010 - Tassa pagata - Taxe payée •  
Proprietà: Ordine dei Medici e Odontoiatri di Trento - Reg. Trib. di Trento n. 28 del 16/05/51 - Direttore responsabile dott. Giovanni Fumo - Stampato: Nuova Arti Grafiche - Trento



A 100 ANNI DALLA FONDAZIONE DEGLI ORDINI  
IL 20 NOVEMBRE P.V.  
NEL CASTELLO DEL BUON CONSIGLIO CELEBREREMO  
**LA GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA**  
ASPETTIAMO ANCHE TE!!!

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



*In qualsiasi casa andrò,  
io vi entrerò per il sollievo dei malati.*

IPPOCRATE



*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<br>Dott. Andrea FASANELLI<br>Dott. Fausto FIORILE<br>Dott. Marco IOPPI<br>Dott. Alberto MATTEDI<br>Dott. Daniele ORTOLANI<br>Dott. Paolo PANCHERI<br>Dott. Virginio PISONI<br>Dott. Alessandro REICH<br>Dott. Michele TOGNI<br>Dott. Tomasz Maria MACHAN KACPRZYK<br>Dott.ssa Laura VALZOLGHER |

#### **COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

|            |   |
|------------|---|
| Presidente | Dott. Fausto FIORILE  |
| Componenti | Dott. Giulio DEL DOT<br>Dott.ssa Angela FERRARI<br>Dott. Tomasz Maria MACHAN KACPRZYK<br>Dott. Mauro PAGLIERANI |

#### **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

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

**NELL'ANNIVERSARIO DELLA ISTITUZIONE DEGLI ORDINI PROFESSIONALI  
L'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI TRENTO  
ORGANIZZA UN IMPORTANTE CONVEGNO  
A CARATTERE DEONTOLOGICO CULTURALE E ARTISTICO  
SABATO 20 NOVEMBRE - CASTELLO DEL BUONCONSIGLIO**

# CHE FINE HA FATTO IPPOCRATE?...

*“Mentre magistratura e burocrazia si muovono con passo lento e pesante nel regno dei morti Ippocrate piange e rilegge il suo giuramento...” S.Scarpino*



E' incredibile quello che leggiamo in questi giorni e non solo in questi giorni sui comportamenti di colleghi che lavorano negli ospedali o negli ambulatori. Con tanti spazi a disposizione: bar, studi, parcheggi, si mettono a litigare nelle corsie,

in sala parto o in quella operatoria a discapito della salute di quelli che dovrebbero tutelare. Il problema non è quello di non avere il diritto a non litigare: quello che indigna è che lo si faccia davanti ai pazienti, in posti dedicati a ben più delicati ed importanti compiti ed in momenti assolutamente inopportuni.

E la domanda – alla luce offuscata e nebulosa di comportamenti strani di alcuni colleghi - sorge spontanea: ma ha ancora senso parlare di codice deontologico, di comportamenti irreprensibili, di qualifiche professionali al di sopra di ogni sospetto? Molto spesso ci piangiamo addosso per comportamenti irriguardosi nei nostri riguardi da parte di tante persone, per le loro pretese irrazionali: ma noi siamo sempre all'altezza dei compiti della nostra professione?...Il fatto grave è che parecchi nostri colleghi non si rendono conto di quanto siamo decaduti nella stima della gente e spesso per colpa nostra. Faro e sostegno del nostro operato, rimane ancora il Codice Deontologico, ideale raccordo tra umanesimo e tecnica moderna? Se distruggiamo quello, non ci rimane che la “morta gora” dell'usualità e della sciatta monotonia di un impiegato di terza categoria.

E' necessario quindi che il rapporto medico-paziente sia rivisto e rivitalizzato di continuo perchè la quotidianità non appanni il nostro comportamento nei confronti del paziente e non ci faccia dimenticare quei doveri che hanno le loro radici nella coscienza di ciascuno di noi. Il significato della stretta relazione tra medico e paziente non deve essere troppo enfatizzato, è vero, ma non possiamo eludere le qualità essenziali di questo rapporto che è l'interesse per l'uomo, in quanto “ il segreto

della cura del paziente è averne cura” ( Francis Peabody). L'importante - in primis- per il medico è il sapere ascoltare; farsi recettore di tutto ciò che un paziente porta con sé e cioè del come descrive il **suo** problema, quali vissuti emotivi ha di questo, quali sono le interpretazioni che lui ne da, quali svantaggi ne ricava, quali enfattizzazioni ha di un sintomo piuttosto che di un altro, quali le sue paure, le sue speranze, le sue delusioni; qual è la sua vita ( istruzione, lavoro, famiglia, ambiente domestico). In contemporaneo il medico deve essere” neutro” privo cioè di pregiudizi nei confronti del paziente, che magari presenta stili di vita, abitudine e valori diversi dai suoi; il suo comportamento (dignitoso distaccato paziente illuminato) e la sua attenzione deve concentrarsi sempre e comunque sull'interesse del paziente. In altre parole non può essere o dimostrarsi un guascone, un insensibile, un nevrotico, un frettoloso, un disinteressato. E' necessario non aumentare mai la distanza con il paziente né restringerla ad una conversazione tra pari o peggio tra due uguali che si scambiano le esperienze di una identica malasorte.... Non con la boria del camice e del fonendoscopio, non con i paroloni e le pacche sulle spalle si conquista e si mantiene la fiducia di una persona; bensì con il comportamento di chi sa ascoltare e capire, impostando la ricerca adatta dopo un serio esame obbiettivo. Ippocrate, così, tornerà tra noi non con l'aspetto di uno sciamano con la bisaccia di un santone, ma con le sembianze di una persona per bene che conosce i propri limiti e che sa assolvere sempre e dovunque gli impegni di un medico per bene, non incline a litigiosità tra colleghi e a beghe di un ambiente di per sé già troppo penoso. L' indecenza comportamentale di alcuni, di cui si parla in questi giorni, se veramente provata, provoca non solo sconforto, ma rabbia e disgusto. Noi speriamo in adeguati interventi della magistratura e dei nostri Ordini professionali, perché vogliamo che il fango e la disistima non ricadano su tutta la classe medica!

*Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della provincia di Trento*

***Giornata del medico e dell'odontoiatra***  
***“100 anni di Ordine...  
dai secoli dannati alla contemporaneità in una terra di confine”***

**sabato 20 novembre 2010**

Castello del Buonconsiglio - Sala Grande  
Via Bernardo Clesio, 5 - Porta dei Diamanti  
Trento

*Caro Collega,*

*ho il piacere di invitarTi alla “Giornata del medico e dell'odontoiatra”.*

*L'incontro di quest'anno, oltre ai tradizionali appuntamenti, sarà caratterizzato dalla presentazione di un'iniziativa culturale celebrativa del centenario della istituzione degli Ordini, che ricorre proprio quest'anno.*

*In chiusura un intrattenimento musicale.*

*Il Presidente dell'Ordine  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della provincia di Trento*

*Giuseppe Zumiani*

*Il programma prevede:*

- Ore 8.30 Benvenuto dei Presidenti  
Assemblea Generale Ordinaria degli iscritti*
- Ore 10.30 Saluto dell'Ordine e delle Autorità*
- Ore 11.00 Presentazione dei Colleghi neoiscritti e cerimonia del “Giuramento di Ippocrate”*
- Ore 11.30 Riconoscimento onorifico ai Colleghi che hanno raggiunto i 50 anni di laurea*
- Ore 12.00 Presentazione del libro del Centenario dei Medici Trentini*
- Ore 12.30 Rinfresco “al Refettorio Clesiano”*
- Ore 13.00 Incontro del Consiglio con i neo iscritti*

# INTERVISTA AL PRESIDENTE SULLE MEDICINE COMPLEMENTARI

Caro presidente, l'intervista sulle L.80 proposta dall'Assessore Ugo Rossi sul Servizio sanitario provinciale e seg. che hai concesso alcuni giorni fa al quotidiano trentino ha suscitato molta curiosità e tanto interesse. Tu sai che nelle nostre province la fiducia per *le medicine alternative* è sempre stata molta e la riprova l'ho avuta ieri quando una società di prestigio a sede provinciale mi ha chiesto di poter sentire una relazione su questo tema. Allora presidente cosa ne pensi di questa legge provinciale?

Spassionatamente, da presidente dei medici trentini, le disposizioni che riguardano le **Medicine complementari** ubbidisce *a input* di bottega o...?

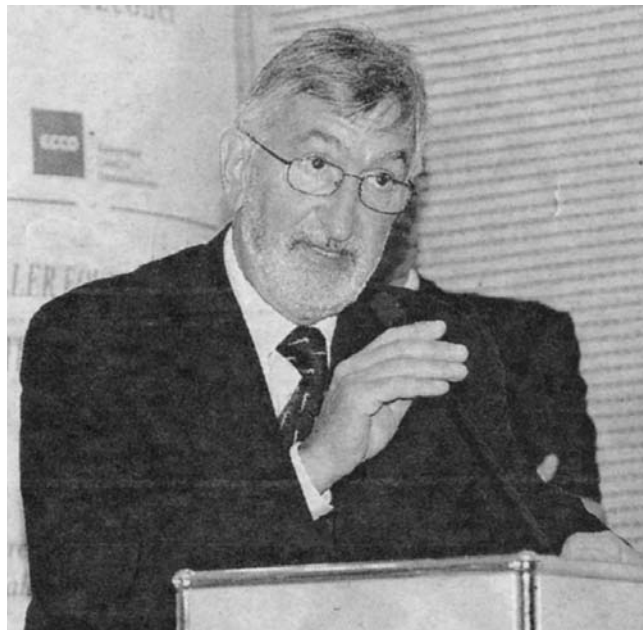
**La diffusione delle terapie non convenzionali è notevole in tutto il mondo, in Italia contrariamente a quanto avviene in altri paesi Europei è più contenuta ma comunque rilevante (circa un milione di italiani la praticano regolarmente) e a tali pratiche ricorrono anche molti trentini.**

**Nel rispetto della libertà di cura del paziente e della scelta del medico, in osservanza del Codice di Deontologia medica e nell'ambito di un rapporto consensuale ed informato tra medico e paziente, tali pratiche non possono essere negate ma, ben inteso, in questo contesto storico non possono rientrare nell'ambito delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali o aggiuntivi di assistenza.**

Agopuntura, fitoterapia, omeopatia, medicina antroposofica...ma hanno "diritto di cittadinanza" tutte queste branche terapeutiche?

**La risposta è affermativa e la lista andrebbe completata con omotossicologia, medicina ayurvedica e medicina tradizionale cinese il tutto secondo gli indirizzi della Carta di Terni recentemente confermata dalla nostra Federazione.**

Ma, che tu sappia, hanno le loro sedi istituzionali universitarie tutte queste branche? Come



Giuseppe Zumiani, presidente dell'Ordine dei medici.

si fa a provare la certezza professionale ( conoscenza scientifica) di chi prescrive o vende questi prodotti?

**Condivido la preoccupazione e sottolineo l'attenzione della nostra Federazione al riguardo ribadita dall'emanazione nel dicembre nel 2009 di una linea guida per la formazione nelle medicine pratiche non convenzionali riservata a medici e odontoiatri che identifica i contenuti per i formatori e i contenuti specifici dei corsi.**

Chi controllerà con rigidità scientifica - e non solo - tutte questi prodotti? I preposti dovrebbero avere una vera e propria conoscenza logica di tutte queste branche. "qui custodit custodes?" è il caso di dire?

**Gli Ordini dei Medici dovranno controllare che gli iscritti negli elenchi, che saranno allo scopo istituiti, rispondano ai criteri per la qualità della formazione indicati nella linea guida, sia per quanto attiene gli obiettivi formativi generali e specifici teorici e pratici che i criteri cui debbano attenersi i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione al fine del rilascio dei titoli idonei.**

L'art. 48 della L. P. ai paragrafi d) e e) prevede modalità di istituzione e tenuta dell'elenco oltre al monitoraggio delle attività nella qualità e sicurezza ma chi ci assicurerà sull'effettiva qualificazione dei soggetti che esercitano queste attività? **Ai fini della tutela del cittadino e del paziente è opportuno che anche il Ns Ordine istituisca gli elenchi ai quali si debbano iscrivere i colleghi che praticano le medicine complementari.**

Attualmente la vigente normativa non prevede alcun obbligo in capo ai professionisti che praticano le medicine complementari in tema di autorizzazione/iscrizione ad elenchi e così gli ordini si trovano in notevoli difficoltà nell'identificare fra i propri iscritti coloro che esercitano tali pratiche. In tal senso non possiamo che fare appello agli stessi che si responsabilizzino nella segnalazione e nella presentazione dei titoli alla nostra segreteria.

La legge 16 "Tutela della salute in provincia di Trento" (art. 48 medicine complementari), recentemente varata dal Consiglio Provinciale ci avrebbe molto semplificato il problema introducendo l'obbligatorietà dell'iscrizione in appositi elenchi per i praticanti le medicine complementari, tenuti presso gli ordini professionali.

Visto che la legge 80 per ora è stata fermata dal Governo valuteremo in un prossimo futuro come informare gli iscritti.

Una volta si diceva: "medicus prima medicina" e spesso abbiamo riso sugli aneddoti di chi consigliava la raccolta dell'acqua della Senna al sor-

gere della luna piena per detergere certe patologie cutanee o delle mucose vaginali: che ne sarà della *medicina basata sull'evidenza*? A ancora: questa iniziativa vedrà i medici ancora protagonisti o chiama a raccolta anche i farmacisti come anticipava il collega erborista roveretano sulla stampa qualche giorno fa?

**Il sottoscritto e larga parte della classe medica è saldamente e unicamente ancorata alla medicina basata sulle evidenze.**

**Qual'ora praticate da medici ed odontoiatri nel rispetto della Deontologia e degli orientamenti della Federazione a cui ho più volte fatto riferimento accettiamo le medicine complementari.**

**Il tutto vale per medici e odontoiatri, gli unici professionisti che hanno titolo per praticare tali pratiche.**

Un' ultima domanda presidente: l'art. 49 della suddetta legge adombra la possibilità del superamento delle vaccinazioni obbligatorie: che fine faranno le iniziative messe in atto da Jenner prima e Pasteur poi, e a seguire da Sabin ecc. se si lascia al singolo la scelta della vaccinazione obbligatoria?

**Una abrogazione graduale dell'obbligo vaccinatoria è accettabile ma impone un controllo e verifica permanente che la copertura vaccinale sia omogenea sul territorio e si dimostri efficace ad assicurare adeguata protezione della popolazione pena la reintroduzione dell'obbligo.**

Ti ringrazio, Presidente, a nome dei colleghi per il tempo che ci hai dedicato.

## NEL MESE DI SETTEMBRE CI HANNO LASCIATO I COLLEGHI

**IGINIO MOSNA (3.9.10)**

Ai colleghi Silvana Lidia Paola Giuliano Luigi e a tutti i famigliari i nostri sinceri sentimenti di cordoglio con le più affettuose condoglianze

**EMILIO LAURO (7.9.10)**

I medici trentini sono vicini ai suoi famigliari con sincere condoglianze e sono certi che veramente resterà a lungo "nel cuore di chi gli vuol bene"

# MEDICINE COMPLEMENTARI

*Il parere dell'Ass. Ugo Rossi*



L'assessore alla sanità della P.A.T., dott. Ugo Rossi.

La legge di riforma del servizio sanitario provinciale dedica una particolare attenzione alle medicine complementari, altrimenti denominate alternative o non convenzionali.

Ci è sembrato, anche sulla scorta delle esperienze di altre realtà italiane e estere, un atto dovuto, considerando l'ormai diffuso ricorso che i cittadini fanno a questo tipo di medicine, in un contesto di forte aumento di domanda e offerta di salute. Crediamo infatti che l'ente pubblico non possa esimersi dal suo ruolo di garante, esercitando in pieno le sue funzioni di regolazione e vigilanza sulla qualità delle singole prestazioni e del servizio sanitario in generale.

Siamo partiti dalla realtà e dalla lettura dei fenomeni e della cultura del nostro tempo nonché

dalla volontà di garantire il valore fondamentale del servizio sanitario, ovvero il cittadino. Scopo principale della legge di riforma, così come del nostro lavoro, è il costante miglioramento delle qualità del servizio sanitario provinciale e in quest'ottica non potevamo trascurare le cosiddette medicine complementari, visti il rilievo e la diffusione che stanno assumendo.

L'obiettivo è garantire al cittadino che ricorre a tali cure le necessarie condizioni di qualità e di sicurezza. La legge dispone infatti che "che per valorizzare la sicurezza e la qualità di tutte le prestazioni sanitarie la Provincia promuove l'istituzione, da parte degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, nonché dei medici veterinari, di elenchi dei rispettivi iscritti che esercitano l'agopuntura, la fitoterapia, l'omeopatia nonché la medicina antroposofica.". In altre parole, abbiamo ritenuto opportuna e necessaria una regolamentazione di questo specifico ambito in forte espansione, che favorisca il ricorso consapevole a queste cure, promuova la progressiva integrazione nel servizio sanitario provinciale, prioritariamente per le medicine complementari più utilizzate dai cittadini, al fine di tutelare in definitiva i cittadini utenti e vigilare sui casi di improvvisazione e abuso nella somministrazione di queste farmaci. Si è scelto un criterio di gradualità, prendendo in considerazione le medicine complementari maggiormente praticate, di grande diffusione e lunga sperimentazione e studiate anche in letteratura, pur consapevoli dell'esistenza di altre discipline, forse altrettanto efficaci per specifiche patologie. Pensiamo che queste disposizioni rappresentino un importante e significativo "mattoncino" nell'edificazione di un solido e moderno servizio sanitario provinciale, che ha cuore il bene più prezioso: il cittadino e la sua salute, da tutelare e promuovere attraverso tutti gli strumenti disponibili.

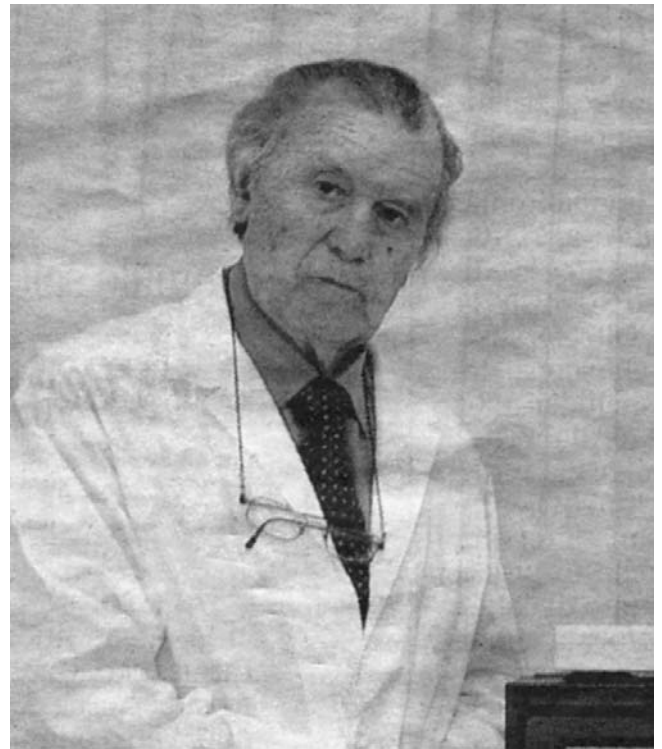
# UNO STRAORDINARIO PROGRESSO IN CARDIOLOGIA DELLO SPORT

## *L'IMPIANTO DI UN DEFIBRILLATORE SOTTOCUTANEO SENZA FILI INTRACARDIACI IN UN ATLETA COMPETITIVO*

*Prof. Francesco Furlanello*

Si è reso finalmente disponibile, in Italia ed Europa, l'impianto, in Centri Cardiologici Selezionati, quel defibrillatore senza fili impiantato nel torace, sotto cute, i cui primi prototipi sono stati sperimentati con successo nel gennaio 2009. In tale occasione vi è stata una esposizione mediatica del sistema innovativo che consente di riconoscere dall'esterno del cuore la presenza della "fibrillazione ventricolare" o di altra aritmia grave e di interromperla immediatamente con uno shock appropriato ad alta energia senza la necessità di sonde intracardiache precedentemente impiantate.

La disponibilità di questo nuovo rivoluzionario tipo di defibrillatore è dovuto ad una geniale intuizione nell'anno 2000 del dr. Riccardo Cappato, inventore del progetto, Direttore del Centro di Aritmologia del Policlinico IRCCS San Donato di Milano, ed è stato realizzato dopo una ricerca italo-americana iniziato nel 2001 nell'animale e successivamente nell'uomo, secondo rigorosi protocolli di studio. I primi esemplari sono stati impiantati in pazienti ad alto rischio di morte improvvisa, nel mese di gennaio 2009 in Nuova Zelanda, al Policlinico San Donato di Milano e successivamente in altri paesi dell'Europa. Come hanno dimostrato i primi impianti di Milano, coordinati dal dr. R.Cappato, ai quali ha assistito, come Senior Consultant dell'Istituto IRCCS Policlinico San Donato, il prof. Francesco Furlanello, l'apparecchio è in grado di registrare correntemente in un campo elettrico esterno allo stesso cuore l'aritmia altrimenti mortale ed ad interromperla immediatamente con uno shock ad alta energia. I vantaggi rispetto ad un ICD tradizionale



Il prof. Francesco Furlanello.

sono rappresentati dalla non necessità dell'inserimento di sonde elettriche intracardiache il che riduce la durata e semplifica la procedura, non necessita di rxscopia ed esclude tutte quelle note complicanze intravascolari e cardiache dovute all'inserimento degli elettrocatteteri ed alla loro presenza nel tempo. Nel gennaio 2009, in occasione del buon risultato dei primi impianti, veniva da noi auspicato l'impiego di questo tipo di defibrillatore senza fili sotto cute in atleti ad alto rischio di morte improvvisa per destabilizzazione elettrica aritmica improvvisa in corso di carriera sportiva competitiva di un cuore apparente sano ma con patologia aritmogena latente precedentemente ignorato. L'auspicio è diventata realtà clinica ed è stato effettuato, 20 giorni

fa il primo dei questi impianti in Italia e probabilmente in Europa, durato meno di un'ora, coordinato dal dr. Riccardo Cappato presso lo stesso Centro di Aritmologia ed Elettrofisiologia Clinica dell'Istituto IRCCS Policlinico di San Donato (Milano), con una procedura alla quale ha assistito il Prof. Francesco Furlanello che aveva dato le indicazioni all'impianto del defibrillatore in questo specifico atleta ad alto rischio.

L'atleta, ciclista competitivo juniores di ottime prestazioni, era fortunatamente sopravvissuto ad un arresto cardiaco durante una gara su strada a seguito dell'immediato intervento del Medico di squadra presente. In casi come questi, dopo studio cardiologico di conferma in Centro specializzato, l'impianto di un apparecchio salvavita appare una necessità assoluta per proteggere il paziente e rassicurare i famigliari del pericolo di una recidiva mortale. Il giovane è attualmente in ottime condizioni cliniche, senza postumi dell'intervento ed ha ripreso una vita ed attività fisica normali esclusa, per il momento l'attività

agonistica. Periodici controlli dell'apparecchio con telemetria "esterna" dedicata consentiranno di sorvegliare nel tempo la funzionalità del sistema di defibrillazione impiantato. Va ricordato che la morte improvvisa nello sport dovuta ad un arresto cardiaco non resuscitato avviene in Italia nell'1/100.000 atleti competitivi anno. Ad es. nella casistica del Prof. Francesco Furlanello (1974 -2010) nella quale sono raccolti oltre 3000 atleti competitivi di ogni ranking, studiati per aritmie a rischio, vi sono ben 90 casi di arresto cardiaco, dei quali 30 mortali, (questi ultimi soprattutto nell'era precedente a quella della disponibilità dei defibrillatori impiantabili).

Si dispone così attualmente di un nuovo sistema di protezione salvavita dell'atleta a rischio di morte improvvisa aritmica con un dispositivo "esterno" al cuore (ma in grado di registrarne gli eventi pericolosi ed intervenire immediatamente), il che rappresenta un importante progresso in cardiologia e medicina per uno sport sempre più sicuro e protetto.

## LE ARITMIE NELL'ATLETA ANZIANO

*Dal "Compendio di Gerontologia e Geriatria"*

*a cura di Ottavio Bosello e Mauro Zamboni  
Casa Editrice Piccin - Padova*

### Background

Rispetto alle altre età della vita le aritmie nell'anziano sono quantitativamente più vistose ed il loro significato prognostico è spesso diverso da soggetto a soggetto. I meccanismi elettrofisiologici, i substrati aritmogeni, gli aspetti classificativi, le conseguenze emodinamiche, i trattamenti farmacologici e procedurali non differiscono tuttavia sostanzialmente nelle due diverse condizioni di età.

Nel soggetto anziano con aritmie si conferma peraltro in modo più rigoroso che nelle altre età la necessità di un **approccio clinico diagnostico e terapeutico individualizzato mirato al singolo paziente** sulla base delle indicazioni della medicina basata sull'evidenza.

Si preferisce qui concentrare l'attenzione sul problema, di grande attualità e responsabilità clinica e medico legale, rappresentato dai rapporti fra attività sportiva, idoneità atletica ed aritmie nell'anziano nella profonda convinzione dell'importanza dell'esercizio fisico e sportivo, pratica che coinvolge milioni di soggetti, nella prevenzione dei fenomeni dell'invecchiamento. Per una conoscenza sistematica delle aritmie cardiache in generale con informazioni da estrapolare al singolo soggetto anziano si rimanda il Lettore a specifiche monografie quali ad esempio il recente Trattato che esprime dettagliatamente l'attuale posizione della Aritmologia Italiana (1).

### Le aritmie nell'atleta anziano

Vi è un accordo generale nella medicina moderna sulla fondamentale importanza di un'attività

fisica e sportiva regolare nel soggetto anziano, sia per conservare l'efficienza dell'organismo, che per la prevenzione primaria e secondaria delle patologie cardiovascolari. Fra i vantaggi vi è una migliore qualità di vita, la prevenzione di una patologia di usura compresa la riduzione delle masse muscolari (sarcopenia), il raggiungimento di un polso cardiaco più lento e regolare, una ipertrofia fisiologica cardiaca che assicuri una portata circolatoria adeguata allo sforzo, il controllo dei valori tensivi arteriosi, l'effetto favorevole sui parametri lipidici, sul controllo del peso corporeo ed in tutte le patologie collegate alla sedentarietà. Nel soggetto anziano la valutazione del rischio/beneficio della pratica sportiva si pone **su due diversi livelli: il primo**, molto più frequente, è relativo ad una **attività ludica**, di intensità moderata che non comporta di solito un problema aggiuntivo a quello legato all'età biologica (2), ancorché siano possibili conseguenze aritmiche importanti in casi con incongruo allenamento od esagerato e/o brusco impegno fisico, particolarmente in soggetti privi di uno screening cardiologico adeguato. **Il secondo** aspetto riguarda lo sportivo anziano che inizia o continua un' **attività agonistica competitiva** che comporti l'obbligo di una idoneità specifica rilasciata in Italia da medici della Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI) che possono contare su Linee Guida continuamente aggiornate, ultima edizione 2009, espresse da un Comitato Organizzativo Cardiologico per le Idoneità Sportive polisocietario (COCIS) (3). Trattasi di soggetti identificati come atleti Master (Senior negli USA), con età in genere superiore ai 40 anni, che sono tali in quanto partecipano a competizioni agonistiche delle Federazioni Sportive del CONI suddivisi in categorie di età di 5 in 5 anni che comprendono anche età più avanzate, 70 - 75 - 80 ed oltre. Riguarda una popolazione in grande aumento in Italia che comprende milioni di soggetti, che rappresentano attorno al 50% dei tesserati per certe Federazioni Sportive del CONI. E' interessato un numero sempre più numeroso di **sport** tra i quali i più praticati sono l'atletica leggera, fondo e maratona, nuoto, ciclismo, sci da fondo ecc. (4). Il rilascio dell'idoneità sportiva agonistica nell'atleta anziano comporta una decisione spesso densa di responsabi-

lità clinica trattandosi di un'età della vita nel quale i problemi patologici cardiaci latenti, **ed aritmici in particolare**, sono più frequenti ed evolutivi che nella popolazione giovanile di riferimento. Per quest'ultima è noto che, in soggetti predisposti, la pratica di una sistematica attività sportiva agonistica comprensiva di allenamenti e competizioni, può provocare una **imprevedibile sfavorevole progressione di patologie cardiache latenti e di solito ignorate**, congenite od acquisite, in quantità maggiore che nel pari età sedentario (1,5). Inoltre, è noto che lo sforzo fisico sportivo in soggetti predisposti può provocare l' **eversione imprevedibile di aritmie adrenergiche** di ogni tipo, anche mortali. **In sintesi**, la morte improvvisa ed i gravi eventi aritmici nello sport in ogni età della vita non avvengono in "cuore sano" ma sono quasi costantemente dovuti alla destabilizzazione aritmica improvvisa di una patologia sottostante ignorata o non considerata a rischio, del muscolo cardiaco, delle coronarie, delle valvole, dello scheletro elettrico del cuore, acquisite e congenite con particolare riguardo ad anomalie da difetto genetico spesso familiare nel giovane e **di tipo ischemico, degenerativo, spesso pluri-fattoriale, iatrogenico, nell'anziano**.

#### **La fibrillazione atriale nell'atleta anziano**

La fibrillazione atriale (FA) è la più comune aritmia cardiaca "sostenuta" (prolungata) della clinica pratica che diviene sempre più prevalente con l'età. In adulti oltre i 70 anni è presente nel 5% delle donne e nel 7% degli uomini e la prevalenza è destinata ad aumentare nei Paesi industrializzati per cui **si prevede** che gli ottuagenari con FA negli USA diventeranno circa 3.000.000 nel 2050 (6-7). Malgrado non sia di per se stessa una aritmia pericolosa per la vita essa si associa a lungo termine ad un aumento del rischio per scompenso cardiaco, stroke (nel 24% dei soggetti tra gli 80/89 senza patologia valvolare), per complicanze della terapia anticoagulante, per effetti indesiderati dei farmaci antiaritmici, con possibile necessità di cardioversione farmacologica od elettrica (CVE), di pacing definitivo e, quasi costantemente, con cattiva qualità di vita. La FA viene così attualmente considerata la sfida clinica maggiore nella popolazione anziana (6).

Per quanto riguarda l'attività sportiva agonistica è attualmente riconosciuto, nella popolazione in generale, che la prevalenza della FA è maggiore negli atleti competitivi (soprattutto di endurance ma anche in altri sport) che nei sedentari ed è molto più alta negli atleti che hanno più di 40 anni rispetto ai più giovani (8,9,10). La FA è nel 60% di tipo "Lone" cioè "isolata", in assenza di patologia documentabile ma nei rimanenti 40% e particolarmente negli anziani, è collegata a patologie strutturali cardiache, quali cardiomiopatia ipertrofica, dilatativa, ischemica, valvolare, dismetabolica e/o condizioni elettriche facilitanti quali bradiaritmia, malattia del nodo del seno (MNS), tachicardie atriali trigger, pre-eccitazione ventricolare, aritmie iatrogeniche ecc. (8,11). La maggior prevalenza di FA nell'anziano si giustifica con la fibrosi atriale, la riduzione delle connessioni cellulari, la perdita delle masse muscolari che modificano le proprietà elettrofisiologiche atriali (riduzione della durata dei periodi refrattari, dispersione dell'attivazione elettrica, aumento dell'automatismo veno-polmonare trigger) alla quale si associano nel soggetto che effettua attività sportiva prolungata nel tempo le conseguenze della iperstimolazione vagale ed adrenergica. La presenza di episodi di FA nell'atleta, soprattutto anziano, avviene di solito durante allenamento o competizione o nel periodo di recupero dopo esercizio e circa nel 60% è associata ad episodi di flutter (FLA) ed a significativa bradiaritmia con quadri clinici simili o conclamati di MNS. **La presenza di FA (e di FLA) parossistica ricorrente o persistente** (cioè che necessita di CV farmacologica od elettrica per l'interruzione) in atleti competitivi interferisce con la performance soprattutto se associata ad alta risposta ventricolare ed è frequente causa di non idoneità, secondo la legislazione Italiana per le discipline sportive competitive della classificazione COCIS che tiene conto dell'impegno cardiovascolare dei diversi tipi di sport (12). Nella **tabella 1** sono elencati i criteri di non idoneità sportiva 2009 secondo le Linee Guida COCIS (3) nei soggetti con **FA parossistica o persistente che vanno applicati sistematicamente anche agli atleti Master**. Questi criteri sono molto restrittivi per cui in pratica consentono l'attività sportiva agonistica solo in soggetti nei quali è stato recuperato un ritmo sinusale stabile, possibilmente non in trat-

tamento anticoagulante e con assenza di patologie sottostanti. Questo può verificarsi in atleti nei quali la FA (ed il FLA associato) sono conseguenti a **condizioni patologiche reversibili o ben controllabili** quali pre-eccitazione ventricolare e tachicardie atriali trigger, ipertiroidismo, disonie, assunzione di sostanze aritmogene prescrivibili o illecite (11,13,14), **sindrome delle apnee notturne (OSAS)** controllata con C-PAP (15), ipertraining (16). In altri atleti, selezionati, con FA/FLA, può essere presa in considerazione, per ottenere il ripristino del ritmo sinusale, **l'ablazione transcateretere del substrato con isolamento elettrico delle vene polmonari** (con mappaggio elettrofisiologico od elettroanatomico) metodica procedurale di grande efficacia se eseguita in Centri Specializzati, come risulta da survey a livello mondiale (17). La procedura ablativa è stata impiegata con successo in atleti competitivi di età più giovanile,  $44 \pm$

$13$  a. (13) e  $51 \pm 11$  a. (18). Ne è sicuramente possibile l'utilizzazione anche nell'atleta competitivo più anziano in casi selezionati, in quanto i progressi raggiunti in questi anni hanno consentito di innalzare di molto l'età nella quale l'ablazione transcateretere della FA viene impiegata con successo, fino ed oltre gli 80 anni, con effetti indesiderati non superiori a quelli di età più giovanili (6,19,20,21)

**La FA permanente (cioè cronica, senza reale possibilità di recupero del ritmo sinusale)** rappresenta una condizione incompatibile con l'idoneità agonistica salvo casi particolari, nei quali, in assenza di pericoli di traumatismi nei riguardi della terapia anticoagulante, di sintomi, di conseguenze emodinamiche, di patologie sottostanti, con buon controllo della frequenza ventricolare compresa la componente bradiaritmica è **consentita un'attività sportiva a basso impegno cardiovascolare**, gruppo A della classificazione COCIS, nella quale è compreso il golf, le bocce, la pesca e caccia sportiva, il bridge, la dama, gli scacchi ecc. (12).

Tabella 1.

Concessione dell'idoneità sportiva agonistica in atleti con FA parossistica o persistente

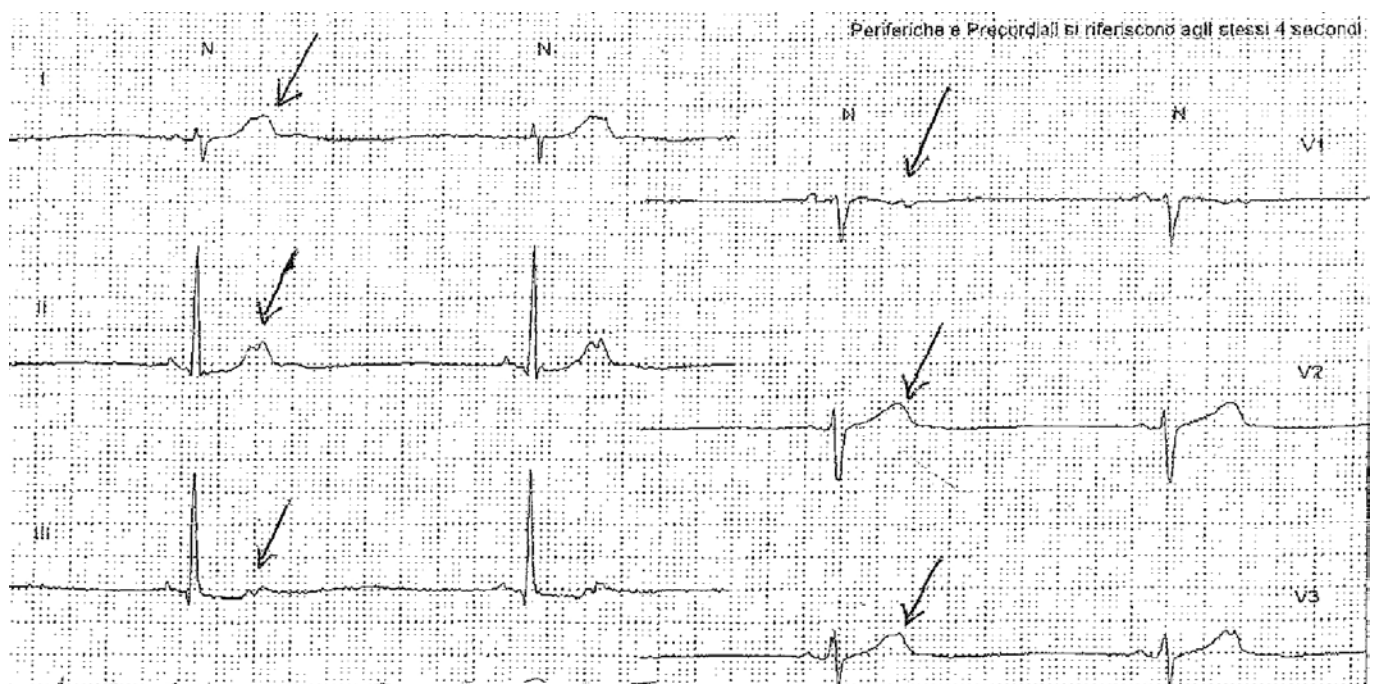
- in assenza di cardiopatia sottostante
- esclusa la partecipazione a sport a rischio intrinseco

- dopo eliminazione di cause scatenanti (ipertiroidismo, pre-eccitazione ventricolare, tachicardia atriale trigger, sostanze aritmogene prescritte od illecite ecc.)
- escluso rapporto di causa-effetto tra attività sportiva ed aritmia
- episodi non frequenti, senza sintomi importanti (vertigini, lipotimia, sincope)
- in assenza di malattia del nodo del seno, pre-eccitazione ventricolare
- in assenza di rischi di traumatismi se in trattamento anticoagulante.
- Criteri COCIS 2009; Med. Sport 2010, 63: 7-135 modificato

### Le bradiaritmie nell'atleta anziano

Le aritmie bradiaritmiche rappresentano un problema importante nella gestione dell'atleta anziano soprattutto se agonista, in quanto alla frequente bradicardia fisiologica legata all'invecchiamento che coinvolge il nodo del seno ed il nodo atrio-ventricolare ed altre strutture elettriche cardiache, si sommano gli effetti dovuti alla pressione vagale ed ai cambiamenti autonomici conseguenti ad un'attività sportiva, soprattutto se agonistica, protratta nel tempo. Nel singolo soggetto si pone così il problema diagnostico differenziale fra la bradicardia e bradiaritmia fisiologiche dell'anziano e dell'atleta e quella patologica che abbia conseguenze

aritmiche maggiori, emodinamiche, sintomi da bassa portata. Ciò in modo particolare in caso di bradicardia sinusale molto marcata (inferiore ai 40 bpm) a pause sinusali prolungate (oltre i 3 sec) da blocco seno-atriale di II° e III° grado o da ectopia atriale bloccata (vedi ECG), da blocco AV di II° e III° grado a complessi fini o larghi e nelle sindromi bradi-tachi quali MNS e malattia bi-nodale. Frequentemente, **infatti**, le bradiaritmie si associano a momenti tachiaritmici atriali quali FA, FIA comune orario od anti-orario od atipico, tachicardia atriale focale e da rientro o ad aritmie atriali e ventricolari bradicardia dipendenti. L'asistolia, frequentemente sintomatica, si verifica maggiormente durante la notte o, in caso di tachiaritmie atriali, al momento della cessazione della crisi per un tempo di recupero patologico protratto del nodo del seno (superiore ai 3 sec.). Ad es. la FA dell'atleta anziano si associa ad una componente bradiaritmica in più del 50% dei casi (8) ed il quadro elettrocardiografico che ne risulta è frequentemente simile a quello della vera malattia del nodo del seno. Va peraltro ricordato che una FA di lunga durata può provocare una depressione funzionale del nodo del seno tipo "overdrive suppression" con quadri bradiaritmici ECG molto vistosi ma che possono regredire completamente dopo un ripristino stabile del ritmo sinusale ad es. con ablazione



74 a. maschio, sciatore Master di gran fondo. Bradicardia 33 bpm da pseudoblocco seno-atriale da ectopia atriale bloccata (vedi frecce)

transcatetere (13,22) senza necessità di pacing definitivo.

Nella diagnosi differenziale tra bradiaritmie fisiologiche dell'atleta e malattia del **nodo del seno** (MNS) e **bi-nodale** giocano nella pratica clinica un ruolo importante la metodica di registrazione ECG Holter comprensiva di attività fisica ed il test ergometrico eventualmente verificati dopo un periodo di detraining, reale, di almeno 4 settimane. Vanno valorizzati sintomi quali lipotimia, sincope, calo della performance, momenti tachiaritmici. Nel caso di importanti bradiaritmie sintomatiche od a rischio di severe aritmie bradicardia dipendenti (ectopie ventricolari complesse, tachicardia ventricolare di solito polimorfa fino alla torsione di punta) si rende necessario l'impianto di un sistema di elettrostimolazione possibilmente utilizzando la sola stimolazione atriale, evitando al massimo possibile la sfavorevole stimolazione ventricolare destra (metodica di stimolazione AAI, sequenziale AV con minimum ventricular pacing - MVP). Nell'atleta anziano nel quale l'elettrostimolazione definitiva ha corretto in modo valido la frequenza cardiaca e controllati i sintomi maggiori, può essere **concessa l'idoneità agonistica per sport a bassa impegno** (gruppo A della classificazione COCIS (12), escludendo ogni attività sportiva a rischio di traumatismi lesivi del device.

### Ectopie atriali e ventricolari

Le **ectopie atriali e ventricolari** sono molto frequenti nell'anziano ed in particolare in coloro che effettuano attività sportiva compresa quella agonistica (23). Hanno significato patologico quando sintomatiche, responsabili di sindrome da bassa portata, trigger di aritmie maggiori o marker di instabilità elettrica e soprattutto in presenza di cardiopatia aritmogena. Un'attenta lettura dell'ECG consente frequentemente l'identificazione della sede spaziale presunta dell'aritmia (atriale o ventricolare destra, sinistra, apicale, laterale, zone di efflusso ecc.) indirizzando la successiva ricerca del rischio aritmico in modo razionale (registrazione Holter, test ergometrico, studio eco color Doppler e quando indicato, studio elettrofisiologico, RMN e TC, coronarografia, ecc.).

**La concessione dell'idoneità agonistica per ectopie atriali e ventricolari dell'anziano** è negata in presenza di una cardiopatia potenzialmente aritmogena, di sintomi quali lipotimia, sincope, sindrome da bassa portata, deficit di circolo, di battiti ectopici molto frequenti tali da poter determinare nel tempo una tachicardiomiopatia. In particolare non è concessa quando sono presenti marker elettrofisiologici di possibile irritabilità ventricolare quali precocità (fenomeno di R/T;  $R-R1/QT < 1$ ), accoppiamenti stretti, ripetitività polimorfa e/o a ciclo corto, tachicardia ventricolare non sostenuta (TVnS), rapida o ripetitiva o polimorfa, QTc prolungato.

### Remarks

I progressi nel campo della cardioaritmologica clinica e sportiva e della medicina geriatrica consentono di affrontare, con razionalità, il problema della concessione di una salutare attività sportiva ludica ed agonistica che assicuri una migliore qualità di vita, anche al soggetto anziano.

Gli stessi progressi consentono di raccomandare che, in presenza di aritmie atriali e ventricolari severe o pericolose per la vita, l'anziano debba godere dello stesso approccio diagnostico e terapeutico soprattutto procedurale quale ablazione transcatetere, impianto di elettrostimolatore monocamerale, bicamerale, biventricolare, di sistemi ICD, al di fuori di ogni altra considerazione legata all'età del paziente.

*Complimenti al prof. Furlanello e grazie per il suo contributo.*

*Per la corrispondenza:*

**Prof. Francesco Furlanello**  
RCCS POLICLINICO S.DONATO  
Via Morandi, 30 - San Donato Milanese (MI)  
Tel. 02 52774450

CASA DI CURA VILLA BIANCA  
Via Piave, 78 - 38122 TRENTO  
Tel. 0461 916000 - Fax 0461 916874  
ffurlanello@villabiancatrento.it

LE FINESTRE DELLA SCIENZA MEDICA

# LA GENETICA

## NEL DIPARTIMENTO DI LABORATORIO

*Dr.ssa Serena Belli \**

Approfittiamo della ospitalità del Bollettino del nostro Ordine per aggiornarvi su alcune novità che riguardano la Struttura Semplice di Genetica Medica. Molti di voi conoscono già la nostra attività e inviano regolarmente i loro pazienti a consulenza genetica, spero con soddisfazione. Altri colleghi, probabilmente, non hanno mai avuto bisogno di noi, infine non escludo che una piccola parte non conosca la nostra realtà, né come fare per inviarci i pazienti. Abbiamo comunque l'impressione che una certa parte dei nostri colleghi non abbia le idee chiare riguardo alla necessaria certificazione, anche in considerazione del fatto che recentemente ci sono state delle novità in tal senso. L'intento della presente lettera, quindi, è quello di chiarire una serie di interrogativi, che molti di voi frequentemente ci pongono.

La SS di Genetica Medica dipende dal Dipartimento di Laboratorio, il cui Direttore è il dottor Patrizio Caciagli. Siamo situati in via Paolo Orsi al numero 1. I medici sono 3, tutti specialisti in genetica medica, inoltre c'è una infermiera professionale ed una assistente sanitaria. Il numero di telefono per gli appuntamenti, che vengono presi direttamente dal nostro personale, è 0461-902747 (dalle 13 alle 15 lunedì-giovedì; dalle 10 alle 12 il venerdì), il numero di fax: 0461-902746.

La richiesta di valutazione deve riportare la dicitura: si richiede visita (o valutazione, o consulenza o similari) genetica. Se si chiede la valutazione di un singolo soggetto è (ovviamente) sufficiente una singola impegnativa ma, nel caso in cui ci sia un rischio di coppia o un rischio riproduttivo, è necessario che le impegnative siano due: una per il marito ed una per la moglie (familiarità per fibrosi cistica, sospetti portatori sani di talassemia, riscontro in gravidanza di patologia fetale, familiarità in uno dei due componenti della coppia per una certa malattia genetica o supposta tale). È infatti evidente che, anche nel caso in cui la malattia genetica interessi solo

il marito o la moglie, noi valuteremo il rischio riproduttivo di coppia.

Per quanto riguarda i codici di esenzione, se un paziente ha una malattia cronica (contrassegnata da numero) o rara (contrassegnata da Rxxxx) avrà riportato il rispettivo codice sulla propria Salus card ed il medico ne potrà riportare il codice sulla prescrizione, qualora spettante.

Se invece ci fosse il sospetto di malattia rara (ipotesi in corso di valutazione diagnostica), è possibile porre il codice R99 (malattia rara in accertamento, oppure non altrimenti identificata).

Se il paziente ha un codice di esenzione di altro tipo (esempio per invalidità), esso va riportato sulla impegnativa.

Per le pazienti in gravidanza è prevista l'esenzione (Mxx), che non è riportata in Salus card in quanto legata ad uno stato temporaneo, ma viene di volta in volta attestata dal medico in base alla settimana di gravidanza. Le donne in gravidanza sono spesso inviate dal ginecologo che deve mettere il codice di esenzione appropriato: "M" seguito dalla settimana di gravidanza, o M50 (tale esenzione deve essere messa sulla impegnativa di ciascun partner). Lo stesso codice "M50" può essere posto anche dal Medico di Medicina Generale, nel caso in cui sia lui stesso ad inviare la paziente al Servizio di Genetica (colloquio pre-diagnosi prenatale, o in caso di urgenze per le quali il ginecologo può non essere immediatamente reperibile). Se non c'è diritto di esenzione (attestato dalla Saluca card o dal medico per quelle di tipo M) è obbligatorio barrare con una "X" l'apposito spazio riportato sulla ricetta. In questo caso il paziente dovrà pagare un ticket di 20,65 euro per la prima visita e di 12,90 euro per i follow-up e il colloquio pre-test genetico. Fino a quando non saranno disponibili i dati mediante accesso *online* al Fascicolo Sanitario Personale, Vi chiediamo inoltre di raccomandare sempre ai pazienti di portare tutta la documentazione sanitaria in loro possesso. Le direttive qui riportate sono

state discusse e concordate con i vertici aziendali.

Sottolineiamo infine il fatto che, molto spesso, la richiesta di valutazione genetica per patologie familiari note, viene a gravidanza già in corso: questo NON è il momento migliore. Infatti i tempi sono troppo stretti per effettuare certe indagini genetiche, per le quali possono essere necessarie molte settimane, mentre lo stress e l'ansia della coppia salgono in proporzione.

Senza metterci in cattedra, perché sappiamo che la causa di questo stato di cose è del tempo che manca (sempre e per tutti troppo poco), sottolineiamo l'importanza di una anamnesi accurata, sia della storia personale che di quella familia-

re: è soprattutto da quest'ultima che scaturisce l'esigenza di una valutazione genetica. Sperando di aver chiarito la maggior parte dei vostri dubbi, vi sollecitiamo a contattarci se ne avete degli altri. Per concludere, vogliamo aggiornarvi sulla ultima novità, che riguarda la nostra attività di genetisti clinici: entro la fine dell'anno inizieremo a svolgere attività di consulenza genetica presso l'Ospedale di Rovereto, rivolta sia a pazienti ricoverati, che esterni. In questo modo speriamo di venire incontro alle esigenze dei colleghi e, certamente, anche dei pazienti e delle famiglie.

\* *Dir. Responsabile SS Genetica Medica  
APSS Trento*

# ALZHEIMER UN NOME CHE FA PAURA

*Una encomiabile iniziativa del primario geriatra Gabriele Noro  
e dell'Assessore U. Rossi - PA*

*Giovanni Fumo*

Questa malattia è definita un "processo degenerativo che distrugge le cellule cerebrali e rende progressivamente l'individuo incapace di una vita normale"

Non è caratteristica solo dell'età avanzata ma può comparire anche all'inizio degli "anta" con un calo di memoria e con difficoltà di linguaggio: "non si trovano le parole", uso scorretto del linguaggio, difficoltà nella gestione di documenti, attività lavorativa di concetto, gestione del denaro, guida dell'automobile, cucinare, ecc. ecc.

Nelle fasi intermedie ed avanzate insorgono problematiche comportamentale come il vagabondaggio, ripetizioni di movimenti, comportamenti incoerenti, disorientamenti nello spazio e nel tempo o nella persona. Ai deficit cognitivi e comportamentali, nelle fasi avanzate



si aggiungono complicanze di natura internistica, che portano ad un aggravamento dello stato di salute nel suo insieme. Morfologicamente la malattia è dovuta alla distruzione dei neuroni per un deposito *a fanghiglia* di una proteina betamiloide che ingloba e aggroviglia in placche i neuroni stessi, che diventano incapaci di trasmettere impulsi con conseguente *atrofia cerebrale progressiva*. Alzheimer è la malattia che nel secolo dei *nuovi lumi* rende l'uomo incapace a districarsi non solo nei meandri dei computer, dei cellulari, dei smart-phon, dei laptop, ecc. ecc. ma anche nelle piccole cose e nelle normali attività tra le mura domestiche.

Un crescendo ineluttabile porta - come accennato - dalle amnesie episodiche alla difficoltà di produzione del linguaggio, al degrado della cura della persona quale il vestirsi, il lavarsi, l'assumere farmaci, allo scadimento fisico e psichico.

Il collega **Gabriele Noro**, primario della U.O. di Geriatria del "S. Chiara" di Trento sensibile anche a questo grave problema di valenza sociale ha promosso con la collaborazione della P.A.T. (Assessore Ugo Rossi) e del nostro Ordine dei Medici una campagna di sensibilizzazione verso le famiglie e la società in generale verso questo problema con una campagna di incontri di valore sotto il titolo "LE VALLI PER L'ALZHEIMER". Si è voluto così richiamare l'interesse e la collaborazione dei colleghi **Medici di MG** che sono i primi ad entrare in contatto con queste persone malate. Dice il primario **NORO** che nonostante sia passato più di un secolo dalla individuazione della malattia (dall'incontro della signora Auguste D. di 51 anni con il dott. Alzheimer in cui lei non riuscì a descrivere gli oggetti a lei indicati) ci si scontra ancora con difficoltà nelle diagnosi delle forme iniziali. Le terapie farmacologiche sono regolate dalle norme dell'AIFA ma richie-



dono una stretta collaborazione dei medici di MG! E' quindi di estrema importanza nella nostra provincia raccordarsi e sviluppare delle competenze anche nelle valli dove non sono presenti le U.V.A. (*unità valutativa Alzheimer*). Gli incontri organizzati e concretizzati a **Tione**, a **Pozza di Fassa**, a **Cles**, con numerosa partecipazione di colleghi fa ben sperare che quello che si è seminato in questi incontri porti frutti copiosi e non solo in quelle Valli. Il primario Noro che ha a cuore l'ini-

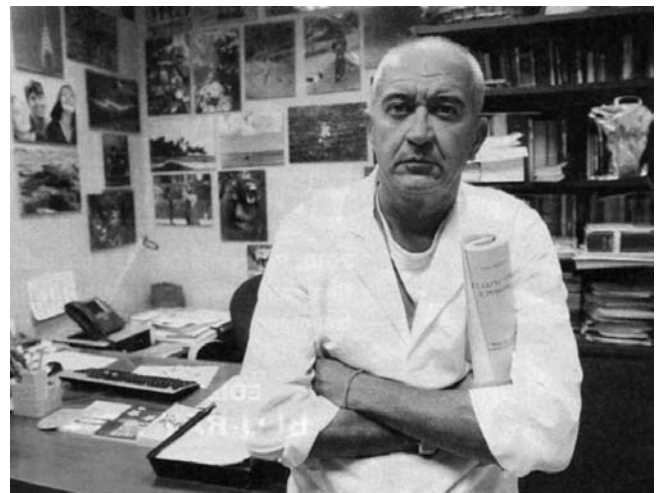
ziativa assistenziale è convinto che il coinvolgimento entusiasta e persistente dei medici di MG servirà non solo a gestire e sostenere i malati; ma anche a dare ai loro famigliari l'aiuto psicologico necessario e quello materiale - con l'aiuto della PAT che in questi giorni ha emanato una legge di assistenza apposita - perché gli anni avvenire non mortifichi ancora le persone malate e quanti li assistono. Siamo sicuri che la collaborazione dei Medici di MG non mancherà.

## FARE BENE IL MEDICO FA STAR MALE DA...CANI

*Due uomini malati di cancro. Due scelte opposte: uno si cura, l'altro rinuncia. Nel suo ultimo libro Marco Venturini, anestesista e scrittore, racconta storie di dolore, ma anche di felicità. E qui descrive la sua vita in corsia.*

*di Daniela Mattalia*

Nelle corsie degli ospedali la vita ha una densità elevata: ogni giorno si accumulano dolore, rabbia, paure, battaglie, guarigione, morte. E se in corsia lavora un medico con il talento e la passione della scrittura, quei grovigli di destini diventano storie, trame, personaggi. Succede così con Marco Venturini, anestesista all'Istituto europeo di oncologia (Ieo) di Milano, che dopo avere esordito cinque anni fa con *Che cosa sognano i pesci rossi*, seguito da *Si è fatto tutto il possibile*, ora pubblica il terzo romanzo,



sempre con la Mondadori: *Le possibilità della notte*.

La notte è la malattia di due uomini, un medico e un ingegnere, colpiti da tumore. Pietro, il medico, rifiuta il calvario delle cure e trascorre gli ultimi mesi in un'isola dei Caraibi. Pino, che ha moglie e figli, attraversa tutto l'iter terapeutico, con il suo carico di sofferenza. Meglio non anticipare chi dei due ha fatto la scelta più sensata. La forza del romanzo sta nel loro percorso accelerato verso la sofferenza, nell'equilibrio instabile tra speranza e accettazione dell'idea della fine. E in una scrittura potente capace di evocare come in un organigramma emozioni e pensieri. Che possibilità ci sono nella notte? È pur sempre buia ...

Invece la notte ha grandi possibilità. È il destino dell'uomo, deve averle per forza. Cancellare l'idea della morte non ha senso, appartiene a una visione occidentale, di ottimismo a tutti i costi: guariremo tutti, saremo felici e vivremo fino a 120 anni. Ecce, è una roba che mi fa ridere, perché è sciocca. Non bisogna temere che la vita finisca, ma che non inizi. Diversa è la presenza del dolore nella vita dell'uomo.

**Di dolore nel suo romanzo ce n'è parecchio. Pensa che la sofferenza abbia un senso?**

La mia vita da trent'anni, da quando sono medico, è una fucina di dolore. Agli inizi della professione ho attraversato una fase in cui mi sono trovato completamente attonito di fronte al dolore, un dolore senza senso, che si accanisce, e allora ti chiedi: ma perché? Ti dici che se esiste un dio deve essere cattivo.

**Oggi ha un'idea diversa?**

Ho capito che il dolore è fonte di libertà, come lo è qualsiasi evento che spezza un'armonia di fondo. Setogliessimo questo, non ci sarebbe libertà di agire, di scegliere. Non ci sarebbe neanche un'etica.

**Nel libro, Pino si affida alla scienza, Pietro molla tutto. Quale scelta lei condivide?**

Impossibile rispondere. la scelta non è unica, medico-scientifica, ma dipende dalle circostanze, dalle aspettative del malato.

Se uno ha un tumore, non è detto che debba farsi curare sempre, la scelta deve sì tenere conto delle opzioni terapeutiche ma è anche una decisione globale, esistenziale.

**Ce ne sono di pazienti che, come Pietro, rifiutano le cure?**

Pochi. Per mille e un motivo. la scelta di Pietro è difficile per uno che non sia un medico. Tante volte' medici, malati e anche le strutture, per motivi non voglio dire di business ma insomma di mentalità, inseguono a tutti i costi una guarigione che non ci sarà, o che potrebbe esserci a costi spaventosi. E non tutti sanno a che cosa vanno incontro.

**Come si trovano le parole giuste per dire a una persona che ha il cancro?**

Non è facile dire: guarda, le cose stanno così. Ma la verità bisogna dirla, almeno quel tanto sufficiente a dare al paziente la possibilità di capire, di decidere. Una volta pensavo che fosse il medico colui che sapeva e doveva indirizzare il malato. Una visione un po' paternalistica.

**Anche in questo caso si è ricreduto?**

Ora non lo penso più, le decisioni vanno sempre condivise. Il medico è solo una tessera del puzzle, il paziente è l'altra.

**Cosa fanno i medici quando operano? Scherzano, parlano d'altro?**

Sì, capita. Ma non è che raccontare una barzelletta o fare un commento sarcastico sia una cosa che distoglie l'attenzione, serve invece a sdrammatizzare, a rompere una tensione che non va bene se è eccessiva. Ci sono chirurghi che fanno tutto in silenzio, e sono i peggiori con cui lavorare. Io per esempio scherzo spesso, e quando anestetizzo canto.

**Lei descrive medici «farabutti» e medici coscienti, compassionevoli. Si ispira a colleghi che conosce?**

Mi ispiro soprattutto a me stesso, mi metto in prima persona, anche nelle manchevolezze. E poi non esistono medici solo santi o solo mascalzoni. Fare bene il medico fa stare male da cani, e tu puoi anche fare il figlio di buona donna, il cinico, ma è impossibile che il dolore degli altri non ti entri dentro. Spesso l'impermeabilità è solo una corazza.

**Si è mai commosso per il destino di un suo paziente?**

Oh sì, dei magoni spaventosi. Per tutto l'insieme, per l'apparente ingiustizia, la tua impotenza, la tua incapacità di dare aiuto.

**Lei crede in Dio?**

Sì, assolutamente. Altrimenti nulla avrebbe senso. E non credo a un dio che ha creato tutto e però se ne frega del genere umano. Nella mia mente Dio non può essere altro che amore.

# LILT - TRENTINO

La Campagna Nastro Rosa fin dal 1989 ha come obiettivo quello di sensibilizzare un numero sempre più ampio di donne sull'importanza vitale della prevenzione e della diagnosi precoce dei tumori della mammella, informando il pubblico femminile anche sugli stili di vita correttamente sani da adottare e sui controlli diagnostici da effettuare.

Ottobre, mese "rosa" dedicato da LILT alla prevenzione del tumore al seno, quest'anno vedrà il realizzarsi di una **significativa alleanza tra i Comuni trentini**.

Su invito della **Legga Italiana per la Lotta contro i Tumori - Sezione Trentina ONLUS**, con il fattivo appoggio dell'**Assessore Lia Giovanazzi Beltrami**, Assessore alla Solidarietà Internazionale ed alla Convivenza, molti Comuni stanno aderendo alla Campagna decidendo di illuminare in rosa un monumento significativo del proprio paese o la sede del municipio.

La luce rosa della prevenzione si accenderà in Trentino

venerdì 1 ottobre alle ore 20:00

LILT Sezione Trentina **per tutto il mese di ottobre propone alle donne tra i 30 e i 49 anni** (non comprese nello screening dell'Azienda Sanitaria Provinciale) **un incontro, gratuito, con uno specialista per definire la situazione personale dal punto di vista oncologico, l'anamnesi familiare, per consigli sul proprio stile di vita e sane abitudini, oltre che per una visita al seno di diagnosi precoce oncologica**

- Prenotare le visite a Trento: tel. Centro Prevenzione LILT 0461.932758
- Prenotare le visite a Rovereto: tel. Delegazione LILT 0464.422711

Per tutti è a disposizione il **NOTEBOOK "DONNA SALUTE"**, la pubblicazione LILT con tutte le informazioni per la salute della donna.

Disponibile in italiano, a partire da ottobre lo sarà anche in tedesco, inglese e francese: da richiedere presso gli uffici e le Delegazioni LILT.

## L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI PRECOCE - I DATI

In tutto il mondo occidentale, il tumore al seno è il **primo tumore femminile sia per inciden-**



Il prof. Mario Cristofolini della LILT Trentino.

**za che per mortalità** e la sua frequenza è in costante aumento, tanto da essere considerato alla stregua di una vera e propria malattia sociale. **In Italia** si calcola che nel 2010 i nuovi casi di tumore alla mammella saliranno a circa 42mila. **In Trentino** da anni è attiva la campagna di screening mammografico, per donne residenti che hanno tra i 50 ed i 79 anni, che sta dando risultati positivi: nel 2008 ben il 79% delle donne invitate hanno aderito allo screening e tra esse 109 sono stati i carcinomi diagnosticati. Però si può fare di più: l'obiettivo è da un lato l'adesione totale allo screening e dall'altro la più efficace educazione sanitaria sui corretti stili di vita che aiutino a prevenire la malattia (alimentazione con molta frutta e verdura e pochi zuccheri, attività fisica, non fumare) Sconfiggere la malattia è possibile nella stragrande maggioranza dei casi, grazie soprattutto alla prevenzione e all'anticipazione diagnostica.

*IL 22-23 ottobre si è svolto l'incontro  
"SI SCRIVE SCREENING,  
SI LEGGE PREVENZIONE  
DEI TUMORI"*



**CAMPAGNA  
NASTRO ROSA  
ottobre 2010  
PER LA  
PREVENZIONE  
DEL TUMORE  
AL SENO**



**INAUGURAZIONE  
ILLUMINAZIONE IN ROSA  
DELLA FONTANA DEL  
NETTUNO**

**1 ottobre 2010 ore 20:00  
Piazza Duomo a Trento**

**VISITE AL SENO  
GRATUITE**

**PER DIAGNOSI PRECOCE**

**Prenotazione visite presso:**

**Trento - Centro Prevenzione LILT  
tel. 0461.932758**

**Rovereto - Delegazione LILT  
tel. 0464.422711**

**per le donne tra 30 - 49 anni  
(escluse da screening dell'Azienda Provinciale)**



Corso 3 Novembre 134 Trento  
Tel. 0461.922733 [info@lilttrento.it](mailto:info@lilttrento.it)  
IBAN IT56R0830401833000009791051  
C/C postale n° 13370382

**CON IL PATROCINIO DI**



Provincia Autonoma di Trento

# CONVEGNO SIMG del 6.11.2010

*“Il farmaco equivalente: un limite o un’opportunità per la persistenza  
nella terapia del paziente ad alto rischio cardiovascolare?”*

*Dalla valutazione della quantità ad una della qualità della prescrizione”*

## PROGRAMMA

**Ore 08,00** Registrazione dei Partecipanti

**Ore 08,15** Saluti di apertura e presentazione del seminario

*Franco Debiasi, Dr.ssa Maria Pia Perlot*

### I° sessione

Il farmaco equivalente: la farmacologia, aspetti etici, deontologici e legali relativi al suo uso

*Moderatori dr Luciano Pontalti; Dr. Paolo Colorio.*

**Ore 08,30** Farmaci originali e farmaci equivalenti: farmacologia clinica e verifica post-marketing della qualità

*Prof. Corrado Blandizzi.*

**Ore 09,00** Aspetti etici e deontologici relativi alla prescrizione del farmaco equivalente

*Dr. G. Zumiani*

**Ore 09,20** Aspetti etici e deontologici relativi alla vendita del farmaco equivalente.

*Dr. Bruno Bizzaro*

**Ore 09,40** Responsabilità medico legali relativi alla prescrizione e vendita del farmaco equivalente.

*Dr. Fabio Cembrani*

**10,05** Discussione

**Ore 10,35** Cosa ci portiamo a casa ?

*Dr. Paolo Colorio*

**Ore 10,45-11,05** coffee Break

### II° sessione

Il farmaco equivalente nel paziente ad elevato rischio cardiovascolare e nella valutazione della spesa del Medico di Medicina Generale

*Moderatore dr. Franco Debiasi*

**Ore 11,05** Epidemiologia, identificazione e qualità degli interventi farmacologici nel paziente ad alto rischio cardiovascolare.

*dr. Carlo Buongiovanni*

**ore 11,25** L'utilizzo di farmaci equivalenti nel settore cardiovascolare.

Dati trentini e nazionali a confronto

*dr. Riccardo Roni*

**ore 11,50** Aderenza, persistenza e appropriatezza: parametri chiave per l'ottimizzazione della scelta terapeutica. Applicazioni nella Pratica clinica.

*dr. Luca degli Esposti*

**Ore 12,15** Discussione

**Ore 12,45** Cosa ci portiamo a casa ?

*Dr. Fabio Chesani*

**Ore 12,55** Questionario ECM

**Ore 13,15** Chiusura dei lavori

## OBIETTIVI

La razionalizzazione della spesa ed un'ottimale allocazione delle risorse disponibili, sono obiettivi irrinunciabili per il SSN. In questo contesto, la crescente diffusione dell'uso del farmaco equivalente sembra costituire un'importante risorsa ed opportunità. Tuttavia, ancora oggi, persistenti dubbi, incertezze e perplessità dei Pazienti ed anche degli stessi operatori sanitari, impongono un'analisi di questa tendenza soprattutto per quanto riguarda i pazienti cronici ed in particolare il paziente ad elevato rischio cardiovascolare, nel quale, la persistenza nella terapia, costituisce uno tra i fattori più importanti nella prevenzione delle recidive.

Il seminario pertanto si propone di:

- approfondire le problematiche legate all'uso del farmaco equivalente
- analizzare l'impatto che l'uso non corretto dei farmaci equivalenti può avere sul governo clinico delle cure primarie
- fornire al MMG ed al Farmacista strumenti utilizzabili nell'ambito della normale pratica quotidiana per un corretto uso del farmaco equivalente
- suggerire l'opportunità di una valutazione dell'operato del Medico di Medicina Generale non limitata ad una verifica a posteriori dei costi delle cure erogate, ma basata anche su indicatori di qualità della performance clinica, anch' essa un fattore determinante nel contenimento della spesa sanitaria.

## METODOLOGIA DIDATTICA

Relazioni frontali per inquadrare il problema. Discussione interattiva con i relatori per evidenziare criticità e loro soluzioni. Intervento di tutor per individuare e proporre sintetici messaggi riassuntivi del lavoro svolto

## SEGRETERIA SCIENTIFICA

dr. Carlo Buongiovanni, dr. Fabio Chesani, dr. Paolo Colorio, dr.ssa Maria Pia Perlot  
*SIMG Trento Tel e Fax: 0461 915191 e-mail [carlo.buongiovanni@apss.tn.it](mailto:carlo.buongiovanni@apss.tn.it)*

## ISCRIZIONI

L'iscrizione, gratuita, è riservata alle figure professionali di 40 Medici di Medicina Generale e di 20 Farmacisti. L'iscrizione dovrà essere effettuata on line sul sito [www.ecmtrento.it](http://www.ecmtrento.it), entro il **30 ottobre 2010**:

## UNA CORTESE OSPITALITÀ

Il collega Giuseppe Frattin, fisiatra del Distretto di Trento, mette a disposizione di colleghi specialisti in M. legale - Ortopedia - Reumatologia - Neurologia e Cardiologia il suo ambulatorio di Via Malta n. 1, dalle 8 alle 15 dei giorni feriali.

Chi è interessato può chiamare il collega al numero 0461.916578 oppure [giuseppe.frattin@yahoo.it](mailto:giuseppe.frattin@yahoo.it)

# L'ARCA TRENTINO A/A

## ED I SUOI AGGIORNAMENTI

### SEMINARIO 27 NOVEMBRE 2010 - GRAND HOTEL TRENTO

Temi emergenti nel campo delle cardiopatie

*La Collaborazione tra Cardiologi Ambulatoriali e Medici di MG*

1. Ore 9.00: Saluto del Presidente Nazionale GB ZITO e delle Autorità Provinciali
2. Ore 9.30: Introduzione al Seminario: prof. FR. FURLANELLO maestro di Aritmologia Trento
3. LA F.A.A. E LO STROKE: QUALI NOVITÀ IN TEMA DI ANTICOAGULAZIONE: Dott. ALFIO BIANCHI Cardiologo ARCA – IRCCS MILANO
4. Ore 10.00 TERAPIA FARMACOLOGICA ANTIARITMICA DELLA F. A. DALLA CHINIDINA AL DRONEDARONE: Dott. CARLO STEFANELLI – PRIMARIO “V.Bianca” TRENTO
5. Ore 11.00 IL CONTROLLO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA *IN CONTINUUM NEL PAZ. CARDIOPATICO* - DOTT. MAURO LARCHER Cardiologo ARCA ROVERETO
6. Ore 11.30: L' ANGINA CRONICA DEL CORONAROPATICO: Ruolo della RANOLAZINA Dott.ssa EUGENIA MOSCHINI Cardiologa ARCA in C.d.C. “ Solatrix” Rovereto
7. Ore 12.00 IPERT. ART. RIMODELLAMENTO VENTR.SX. SCOMPENSO: RUOLO DELL' ECOCARDIOGRAFIA: EWALD UNTERHUBER . Cardiologo ARCA MERANO
8. Ore 12.30 NOVITA'IN TEMA DI IPERTENSIONE ARTERIOSA ALLA LUCE DEI TRIALS PIU'RECENTI - Dott. MEHINARD FLIRI – O. C. Bressanone ( BZ)
9. Ore 13.00: DISCUSSIONE e SOSTA
10. Ore 15.00 LE DISLIPIDEMIE NELLE PATOLOGIE ISCHEMICHE CORONARICHE: OLTRE LO STILE DI VITA COSA? Dott. ROBERTO RICCAMBONI Cardiologo ARCA - Trento
11. Ore 15.30: IL DIABETE MELLITO NEL CONTESTO DELLE PATOLOGIE C. VASCOLARI: Dott. FLAMINIA CARBONARO – Diabetologa ROVERETO
12. Ore 16.00 : UTILITA' E PREDITTIVITA' DELL'ECGRAMMA NEL SOGG. DIABETICO: Dott. Carlo CIRRINCIONE – U.O. di CARDIOLOGIA O. C. Rovereto
13. Ore 16.30: IL DANNO RENALE E I SUOI RIFLESSI SUL CUORE. Dott. ROBERTO FRIZZI - Villabianca - Trento
14. Ore 16.50 CARDIOLOGI DEL TERRITORIO E MEDICI DI MG A CONFRONTO: Casi Clinici Casi clinici presentati da P. Colorio – M. Marchiori – S. Zuech .
15. Ore 17.10 COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO
16. Ore 17.30: Chiusura Seminario

**Moderatori:** Dott. Roberto Bonmassari Primario Cardiologia Trento

Dott. Giovanni Fumo Presidente ARCA Trentino

Presenta la collega Vittoria Agostini, cardiologa e giornalista TCA.

### RATIONALE DELL'EVENTO

*La scienza è sempre un divenire e niente è in movimento più della Medicina Cardiovascolare.*

*Il cuore, con i suoi vasi ed il sistema neuro-muscolare costituisce l'anello più importante della catena della vita: le malattie che a questi organi si riferiscono hanno una grande incidenza nelle abitudini e nella stabilità caratteriale di ognuno di noi. Il cuore manda i suoi messaggi più di ogni altro organo alla psiche. Non sempre però è facile individuare e/o valutare i suoi “messaggi”: la collaborazione tra medico del territorio e cardiologo di distretto serve anche a questo: tranquillizzare il paziente e dare appropriati consigli al medico di base per iniziare o proseguire la terapia adatta per la patologia cardiologica.*

## RACCOMANDAZIONI RELATIVE ALL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA ASSOCIATA A TERAPIA CON BISFOSFONATI IN PAZIENTI CON OSPEOPOROSI: DOCUMENTO DI CONSENSO

Associazione Nazionale Dentisti Italiani – ANDI

Società Italiana dell'Ospeoporosi, del Metabolismo e delle Malattie dello Scheletro – SIOMMMS

Le raccomandazioni sono state condivise dalle seguenti Società Scientifiche, che si sono impegnati a partecipare alla futura revisione delle stesse:

Collegio dei Reumatologi Ospedalieri Italiani – CROI

Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti – FADOI

Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa – SIMFER

Società Italiana di Reumatologia – SIR

Società Italiana di Radiologia Medica – SIRM



La dott.ssa  
Laura Valzolgher

### DOCUMENTO SORGENTE

#### SCOPO DEL DOCUMENTO

Il documento è il frutto di una consensus tra la SIOMMMS (Società Italiana Malattie del Metabolismo Minerale e Malattie dello Scheletro) e ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani). La SIOMMMS raccoglie sotto la sua sigla medici esterni nel campo del trattamento delle malattie l'ANDI medici-odontoiatri. Da parte di entrambe le componenti si è avvertita la necessità di coordinare i comportamenti e le reciproche conoscenze. Lo scopo del documento è quindi di fornire nell'interesse del paziente un documento unico e condiviso che guidi ad un comportamento clinico razionale e basato sull'evidenza scientifica attualmente disponibile, e sulle esperienze cliniche documentate e più recenti, nella gestione della salute orale dei soggetti con osteoporosi trattati con bisfosfonati.

L'attuale livello di evidenza, secondo la medicina basata sull'evidenza (EBM) è basso, ma il grado di raccomandazione è elevato (livello di evidenza VI, grado di raccomandazione A).

(Per i criteri di evidenza vedi *Khosla S et al ref. 5*).

### EURES NO. 5-0818-837

#### NUOVE OPPORTUNITÀ PER MEDICI IN INGHILTERRA

**GlobalMedRec offre nuove interessanti opportunità per i giovani medici neo-specializzati negli Ospedali del NHS (Servizio Sanitario Pubblico) nel Regno Unito.**

**Attualmente siamo alla ricerca di:**

#### **MEDICI CON ESPERIENZA LAVORATIVA IN PRONTO SOCCORSO**

Si tratta di posti di lavoro fisso a tempo pieno, con 1 anno di contratto iniziale. Il salario è tra £45.000 - £70.000 pounds per anno, per un orario di lavoro che non supera le 48H settimanali.

Gli ospedali sono in Londra Nord, vicino all'aeroporto di Luton, e Manchester il che costituisce una eccellente collocazione per un ritorno in Italia per il week-end: da Luton partono voli low-cost diretti verso i maggiori aeroporti italiani.

**GlobalMedRec** organizza interviste telefoniche, aiuta con la registrazione GMC (Ordine dei Medici Inglese), e tutta logistica di movimento di Regno Unito.

**L'ASSISTENZA DI GLOBALMEDIREC AI MEDICI È TOTALMENTE E INTEGRALMENTE GRATUITA**

Per ulteriori informazioni, potete spedire il vostro Curriculum Vitae a:  
emmakeeler@globalmedrec.com - +44 203 239 2699 - +44 7881 590203



**RIABILITAZIONE AUXILIUM VITAE VOLTERRA**  
centro clinico multispecialistico di riferimento regionale

Volterra, li 09 SET 2010

Prot. 2226

**SELEZIONE PER TITOLI ED ESAMI PER LA  
COPERTURA DI POSTI DI MEDICO AIUTO CON  
SPECIALIZZAZIONE IN CARDIOLOGIA O  
MEDICINA INTERNA  
RIF. BANDO PROT. 1564 DEL 24 GIUGNO 2010  
PROROGA DEI TERMINI**

L'AUXILIUM VITAE VOLTERRA SPA PROROGA i termini del bando per la selezione per titoli ed esami per la copertura di posti di medico aiuto con specializzazione in cardiologia o medicina interna prot. 1564 del 24 giugno 2010.

“.....omissis.....”

**DOMANDE DI AMMISSIONE**

...omissis....

**La domanda deve PERVENIRE alla Società entro e non oltre il 30 novembre 2010.**

.....omissis....

**VALUTAZIONE DEI TITOLI E PROVE DI ESAME**

....omissis....

**La prova avverrà presso la sala riunioni della Società in Volterra, Borgo San Lazzaro n. 5 (sede legale) il giorno 14 dicembre 2010.**

**Il calendario degli ammessi con l'orario della prova verrà affisso presso la bacheca della sede legale della società e pubblicato sul sito della società il giorno 6 dicembre 2010.**

.....omissis.....”

**PER TUTTO QUANTO QUI NON ESPRESSAMENTE  
SPECIFICATO SI FA RIFERIMENTO AL BANDO  
PROT. 1564 DEL 24 giugno 2010.**

Auxilium Vitae Volterra Spa  
Centro Clinico Multispecialistico

Borgo San Lazzaro 5  
56048 Volterra (Pisa)

Capitale Sociale € 5.903.220 i.v.  
CF e P.IVA 01470000504  
CCIAA Pisa n. 5790/1999

Il Presidente  
On.le Giovanni Brunale

tel. 0588 070269  
fax 0588 070270  
Info@riabilitazione-volterra.it

www.auxiliumvitae.it

*PREVIDENZA E ASSISTENZA*

# CUMULO DELLA PENSIONE CON I REDDITI DA LAVORO AUTONOMO

**1 - PREMESSA**

L'articolo 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, nell'introdurre il divieto di cumulo della pensione con i redditi da lavoro autonomo, dispone, al comma 4, che, ai fini dell'applicazione di tale divieto, i titolari di pensione sono tenuti a produrre all'ente erogatore della pensione la dichiarazione dei redditi da lavoro autonomo riferiti all'anno precedente, entro lo stesso termine previsto per la dichiarazione ai fini dell'IRPEF per il medesimo anno. In applicazione dell'anzidetta disposizione i titolari di pensione con decorrenza compresa entro l'anno 2009, soggetti al divieto di cumulo parziale della pensione con i redditi da lavoro autonomo per tale anno sono tenuti a dichiarare entro il 30 settembre 2010, data di scadenza della dichiarazione dei redditi dell'anno 2009, i redditi da lavoro autonomo conseguiti nell'anno 2009.

Con riferimento a tale disciplina, si forniscono chiarimenti in ordine all'individuazione dei pensionati tenuti alla comunicazione dei redditi da lavoro autonomo conseguiti nell'anno 2009.

**2 - PENSIONATI ESCLUSI DALL'OBBLIGO DI DICHIARARE I REDDITI DA LAVORO AUTONOMO CONSEGUITI NELL'ANNO 2009**

Sono esclusi dall'obbligo di dichiarazione, in quanto non soggetti al divieto di cumulo della pensione con i redditi da lavoro autonomo:

- i titolari di pensione e assegno di invalidità avente decorrenza compresa entro il 31 dicembre 1994;
- i titolari di pensione di vecchiaia. Si ricorda che per effetto dell'articolo 72 della legge 23 dicembre 2000, n. 388 dal 1° gennaio 2001 le pensioni di vecchiaia a carico dell'assicu-

razione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti e delle forme di previdenza esonerative, esclusive, sostitutive della medesima e delle gestioni previdenziali dei lavoratori autonomi sono interamente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo, indipendentemente dall'anzianità contributiva utilizzata per il riconoscimento e la liquidazione della prestazione;

- i titolari di pensione di vecchiaia liquidata nel sistema contributivo in quanto dal 1 gennaio 2009 sono totalmente cumulabili con i redditi da lavoro (per effetto dell'articolo 19 del d.l. 25.6.2008, n. 112 convertito in legge 6.8.2008, n. 133);
- i titolari di pensione di anzianità e di trattamento di prepensionamento a carico dell'assicurazione generale obbligatoria e delle forme sostitutive ed esclusive della medesima in quanto dal 1 gennaio 2009 sono totalmente cumulabili con i redditi da lavoro (v. circolare n. 108 del 9.12.2008, p. 2);
- i titolari di pensione o assegno di invalidità a carico dell'assicurazione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti, delle forme di previdenza esonerative, esclusive, sostitutive della medesima, delle gestioni previdenziali dei lavoratori autonomi con un'anzianità contributiva pari o superiore a 40 anni (v. circolare n. 20 del 26 gennaio 2001). Si precisa che ai fini dei 40 anni è utile anche la contribuzione relativa a periodi successivi alla decorrenza della pensione, purché già utilizzata per la liquidazione di supplementi (v. circolare n. 22 dell'8 febbraio 1999 e messaggio n. 4233 del 23 luglio 1999).

Con riferimento agli assegni di invalidità si ricorda che le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 42, della legge n. 335 del 1995, secon-

do cui all'assegno di invalidità, nei casi di cumulo con i redditi da lavoro dipendente, autonomo o di impresa, si applicano le riduzioni di cui alla tabella G allegata alla predetta legge, continuano ad operare anche nei casi in cui l'assegno di invalidità sia stato liquidato con un'anzianità contributiva pari o superiore a 40 anni (v. circolari n. 234, punto 2, del 25 agosto 1995 e n. 20, punto 3, del 26 gennaio 2001).

### **3 - PENSIONATI SOGGETTI ALL'OBBLIGO DI DICHIARARE I REDDITI DA LAVORO AUTONOMO CONSEGUITI NELL'ANNO 2009**

I pensionati che non si trovano nelle condizioni di cui al punto 2 sono tenuti ad effettuare la comunicazione dei redditi da lavoro autonomo conseguiti nell'anno 2009 entro il 30 settembre 2010.

Si ritiene comunque opportuno richiamare le seguenti situazioni particolari.

3.1 - L'articolo 10, comma 2, del decreto n. 503 del 1992 stabilisce che le disposizioni in materia di incumulabilità con i redditi da lavoro non si applicano nei confronti dei titolari di pensione di invalidità dalla cui attività dipendente o autonoma derivi un reddito complessivo annuo non superiore all'importo del trattamento minimo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti relativo al corrispondente anno.

Pertanto, i titolari di pensione di invalidità e di assegno di invalidità che, non trovandosi nelle condizioni di cui al punto 2, sarebbero in linea di principio soggetti al divieto parziale di cumulo della pensione con i redditi da lavoro autonomo, non sono in concreto assoggettati a tale divieto qualora nell'anno 2009 abbiano conseguito un reddito da lavoro autonomo pari o inferiore a euro 5.950,88.

3.2 - L'articolo 10, comma 5, del decreto n. 503 del 1992 stabilisce che i trattamenti pensionistici sono totalmente cumulabili con i redditi derivanti da attività svolte nell'ambito di programmi di reinserimento degli anziani in attività socialmente utili promosse da enti locali ed altre istituzioni pubbliche e private. Pertanto gli anzidetti redditi non assumono alcun rilievo ai fini dell'applicazione del divieto di cumulo con la pensione.

A sua volta, il comma 4-bis, aggiunto all'articolo 11 della legge 21 novembre 1991, n. 374,

dall'articolo 15 della legge 6 dicembre 1994, n. 673, stabilisce che le indennità percepite per l'esercizio della funzione di giudice di pace sono cumulabili con i trattamenti pensionistici e di quiescenza comunque denominati.

Le indennità e i gettoni di presenza di cui all'articolo 82, commi 1 e 2, del TUEL percepiti dagli amministratori locali non costituiscono reddito da lavoro ai fini del cumulo con la pensione (v. messaggio n. 340 del 26.9.2003, lettera B).

Del pari tutte le indennità comunque connesse a cariche pubbliche elettive (e, quindi, ad esempio, le indennità per i presidenti e i membri dei consigli regionali, quelle dei parlamentari nazionali ed europei) non costituiscono redditi da lavoro ai fini del cumulo con la pensione (v. circolare n. 58 del 10 marzo 1998, p. 2.1 e n. 197 del 23 dicembre 2003, p. 1).

Sono altresì cumulabili con il trattamento pensionistico le indennità di cui all'articolo 8 della legge 22 luglio 1997, n. 276 e successive modificazioni ed integrazioni percepite dai giudici onorari aggregati per l'esercizio delle loro funzioni (v. circolare n. 67 del 24 marzo 2000).

A norma dell'articolo 86 della legge 21 novembre 2000, n. 342 i pensionati che svolgono la funzione di giudice tributario sono esclusi dal divieto di cumulo per le indennità percepite per l'esercizio di tale funzione (v. circolare n. 20 del 26 gennaio 2001).

### **4 - REDDITI DA DICHIARARE**

I redditi da lavoro autonomo devono essere dichiarati al netto dei contributi previdenziali e assistenziali e al lordo delle ritenute erariali.

Il reddito d'impresa deve essere dichiarato al netto anche delle eventuali perdite deducibili imputabili all'anno di riferimento del reddito.

### **5 - MODULI DA UTILIZZARE PER LA DICHIARAZIONE**

La dichiarazione del reddito da lavoro autonomo può essere resa utilizzando il Modello 503 AUT (allegato 1). Resta inteso, in ogni caso, che devono essere considerate valide anche le dichiarazioni rese senza utilizzare tale modulo.

### **6 - DICHIARAZIONE A PREVENTIVO PER L'ANNO 2010**

A norma del comma 4-bis, aggiunto all'articolo 10 del decreto n. 503 del 1992 dall'articolo 1,

comma 210, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, le trattenute delle quote di pensione non cumulabili con i redditi da lavoro autonomo vengono effettuate provvisoriamente dagli enti previdenziali sulla base della dichiarazione dei redditi che i pensionati prevedono di conseguire nel corso dell'anno. A tal fine gli interessati sono tenuti a rilasciare all'ente previdenziale competente apposita dichiarazione.

Le trattenute sono conguagliate sulla base della dichiarazione dei redditi effettivamente percepiti, rilasciata dagli interessati entro lo stesso termine previsto per la dichiarazione dei redditi ai fini dell'IRPEF.

Pertanto i pensionati, nei cui confronti trova applicazione il divieto di cumulo della pensione con i redditi da lavoro autonomo, che svolgano nel corrente anno attività di lavoro autonomo sono tenuti a comunicare il reddito che prevedono di conseguire nel corso del 2010.

Le trattenute che verranno operate sulla pensione "a preventivo" saranno conguagliate sulla

base della dichiarazione dei redditi 2010 resa a consuntivo nell'anno 2011.

#### 7 - ACQUISIZIONE DEI REDDITI DICHIARATI DAI PENSIONATI

I redditi da lavoro autonomo dichiarati dai pensionati devono essere acquisiti con le procedure di ricostituzione delle pensioni secondo le modalità in atto.

\* \* \*

Sono tenuti a presentare la dichiarazione reddituale a consuntivo anche i pensionati per i quali la situazione reddituale dichiarata a preventivo non abbia avuto variazioni.

Del pari sono tenuti a presentare la dichiarazione reddituale a preventivo anche i pensionati per i quali la situazione reddituale dell'anno in corso non è variata rispetto a quella dichiarata a consuntivo per l'anno precedente.

*Il Direttore generale  
Nori*

## NOTIZIE IN BREVE

*a cura di Marco Perelli Ercolini - riproduzione  
con citazione della fonte e dell'autore*

### PENSANDO ALLA PENSIONE - Spigolature

Le prestazioni pensionistiche debbono essere sostenibili, ma nel contempo debbono soddisfare il requisito della adeguatezza. E, fattore non trascurabile, le risorse, che traggono origine per lo più dalle contribuzioni dei singoli lavoratori, non debbono essere falcidiate da eccessive spese amministrative che tra l'altro debbono essere pertinenti e non coprire altri settori. Le pensioni sono una grossa spesa, ma quanto incidono i costi amministrativi?

### 30 SETTEMBRE TERMINE ULTIMO PER L'INVIO TELEMATICO DI UNICO, IVA, IRAP RELATIVI ALL'ANNO DI IMPOSTA 2009

Il 30 settembre scadenza per l'invio dei modelli Unico, Iva e Irap 2010 relativi all'anno d'imposta 2009. L'adempimento riguarda circa 15 milioni di contribuenti che dovranno provvedere,

direttamente o tramite intermediari abilitati, a presentare al Fisco i conti del 2009. La dichiarazione si considera presentata nel giorno in cui viene trasmessa telematicamente alle Entrate e la prova della presentazione è data dalla comunicazione dell'Agenzia attestante l'avvenuto ricevimento del modello.

### FONDI PENSIONE -UNA DOMANDA

Ormai è ben noto a tutti che la pensione, seppur col massimo dell'anzianità contributiva, si allontanerà sempre di più da quell'80% dell'ultima retribuzione (che nel pubblico impiego era anche di più!) del passato e col sistema contributivo tanta grazia se raggiungerà valori intorno al 50%. L'insufficienza del sistema pensionistico ha fatto introdurre dal legislatore una stampella previdenziale il cosiddetto 2° pilastro (previdenza complementare però scarsamente integrativa del gap): il relativo onere su base volontaria, per evitare il pateracchio di una duplice contribuzione previdenziale, è stata posta a carico del

lavoratore e delle aziende; il lavoratore in particolare può destinare a questo scopo il proprio Tfr: essendo difficile staccare somme dalla busta paga, il lavoratore rinuncia al gruzzolo finale a fine carriera e lo destina a integrare parzialmente la sua futura pensione. Esiste ora un punto interrogativo se cioè colla recente trasformazione del premio di servizio e della buonuscita in trattamento di fine rapporto anche il pubblico dipendente, volendo, potrà destinare queste somme di accantonamento per il suo futuro previdenziale. Apparentemente tutto bene, ma ecco però alcune domande: quali affidamenti si possono fare su questo 2° pilastro? perché vengono spesso illustrati i benefici fiscali (veramente molto interessanti) e certe possibilità di anticipazioni, ma invece non viene mai detto quanto potranno rendere effettivamente i versamenti effettuati? Nel costruire il futuro previdenziale è infatti necessaria una programmazione con certezze. Purtroppo i fondi pensione sono agganciati ai mercati finanziari e in questo cappello a cilindro vengono riposte molte speranze e tante illusioni, ma non vengono mai estratte certezze. Infatti i flussi del mercato finanziario non possono dare certezze e ricordiamoci inoltre come e quanto possano incidere i caricamenti cioè le spese di gestione che in caso di scarse o nulle rendite possono anche erodere il capitale. Il Tfr ti dà poco...ma, a termine, la tua somma è garantita e, inoltre, le quote accantonate, con esclusione della quota maturata nell'anno, sono rivalutate al 31 dicembre di ogni anno, con la applicazione di un tasso costituito dall'1,5 % fisso più il 75 % dell'aumento dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati accertato dall'ISTAT, rispetto al mese di dicembre dell'anno precedente.

### **RICONGIUNZIONE PERIODI PREVIDENZIALI**

La manovra Tremonti (legge 122/2010) prevede che il beneficio pensionistico derivante dalla ricongiunzione venga capitalizzato con i coefficienti attuariali previsti dalle tabelle vigenti all'atto della presentazione della domanda (attualmente DM 31 agosto 2007). Ma attenzione: con ciò non dovrebbe venir meno il principio sancito dalla Corte costituzionale con la sentenza 764/1988: *per i dipendenti pubblici di sesso femminile il calcolo della riserva*

*matematica ai fini del contributo per la ricongiunzione dei periodi assicurativi deve essere effettuato secondo le tabelle predisposte per i dipendenti di sesso maschile.*

IN ALLEGATO A PARTE - CORTE COSTITUZIONALE Sentenza 764 del 7 luglio 1988 (documento 182)

### **DALLA CASSAZIONE**

#### **Studi di settore: per la malattia va provata l'incidenza sul reddito**

Gli studi di settore rimangono validi se non viene documentata l'incidenza dei problemi di salute sulla capacità di produrre reddito.

*Corte di Cassazione -sentenza n. 19754 del 17 settembre 2010*

#### **Notifica nelle mani del portiere**

È nulla la notificazione eseguita nelle mani del portiere dello stabile senza la dovuta attestazione, da parte dell'ufficiale giudiziario, che le ricerche delle altre persone abilitate a ricevere l'atto, come familiari, addetti alla casa o all'ufficio, sono risultate vane.

*Corte di Cassazione -sentenza n. 19417 dell'11 settembre 2010*

#### **Cartella esattoriale consegnata alla colf**

È valida la notifica di una cartella di pagamento consegnata alla domestica del contribuente essendo addetta alla casa del contribuente e legata da rapporto di servizio.

*Corte di Cassazione -sentenza n. 19733 dell'17 settembre 2010*

#### **ICI e modifica rendita catastale**

In tema di imposta comunale sugli immobili (Ici), la regola generale prevista dall'art.5 comma 2° del DLgs 504/92, secondo cui la variazione delle risultanze catastali hanno efficacia, ai fini della base imponibile, a decorrere dall'anno di imposta successivo a quello nel corso del quale sono state annotate negli atti catastali, non si applica nel caso in cui la modificazione della rendita catastale derivi dalla rilevazione di errori di fatto compiuti dall'ufficio nell'accertamento o nella valutazione delle caratteristiche dell'immobile esistenti alla data in cui è stata attribuita la rendita, in quanto il riesame delle dette caratteristiche da parte del medesimo ufficio comporta, previa correzione degli errori materiali,

l'attribuzione di una diversa rendita a decorrere dal momento dell'originario classamento, rivoltosi erroneo o illegittimo.

*Corte di Cassazione - sentenza n. 27906/09*

### ESENZIONE CANONE RAI

Gli ultra 75enni sono esenti dal pagamento del canone RAI. Requisiti: aver compiuto i 75 anni entro il termine di pagamento del canone, esclusiva convivenza col coniuge e non con altri soggetti, reddito sommato col quello del coniuge non superiore a 6.7213,98 euro (13 mensilità da euro 516,46). Chi possiede i requisiti, per attivare l'esenzione per il 2 semestre 2010, deve inoltrare entro il 30 novembre domanda, mediante autocertificazione, con l'apposito modulo agli uffici locali o territoriali (dove istituiti) oppure spedire (tramite plico raccomandato senza busta e con la fotocopia del documento di identità), al seguente indirizzo: Agenzia delle Entrate -Ufficio Torino I S.A.T. •Sportello abbonamenti Tv -10121 -Torino. Può anche richiedere la restituzione dei canoni versati negli ultimi tre anni (2008-2009-2010). I contribuenti che fruiscono del beneficio per la prima volta devono presentare la dichiarazione entro il 30 aprile. Chi attiva per la prima volta un abbonamento Rai nel corso dell'anno ed è in possesso dei requisiti per fruire dell'esenzione, deve presentare la dichiarazione sostitutiva entro 60 giorni dal momento in cui è sorto l'obbligo di pagare il canone. Nelle annualità successive, i contribuenti possono continuare a beneficiare dell'agevolazione senza procedere alla presentazione di nuove dichiarazioni, salvo variazione dei requisiti previsti. Rientrano nel reddito:

- il reddito risultante dalla dichiarazione dei redditi presentata per l'anno precedente o dal modello Cud (per chi è esonerato dalla dichiarazione)
- i redditi soggetti a imposta sostitutiva o ritenuta a titolo di imposta (interessi maturati su depositi bancari e postali, Bot, Cct e altri titoli di Stato, proventi da quote di investimenti)
- le remunerazioni corrisposte da organismi internazionali, rappresentanze diplomatiche e consolari e missioni, dalla Santa Sede, dagli enti gestiti direttamente da essa e da quelli centrali della Chiesa cattolica
- i redditi di fonte estera non tassati in Italia. Dal calcolo sono invece esclusi:
- i redditi esenti da Irpef (come le pensioni di guerra, quelle per gli invalidi civili e le rendite Inail)

- il reddito dell'abitazione principale e relative pertinenze
- i trattamenti di fine rapporto e le relative anticipazioni
- altri redditi soggetti a tassazione separata.

Legge 244 del 24/12/2007 Articolo 1 comma 133

Nel limite massimo di 500.000 euro annui a decorrere dall'anno 2008, per i soggetti di età pari o superiore a 75 anni e con un reddito proprio e del coniuge non superiore complessivamente a euro 516,46 per tredici mensilità, senza conviventi, è abolito il pagamento del canone RAI esclusivamente per l'apparecchio televisivo ubicato nel luogo di residenza. Per l'abuso è comminata una sanzione amministrativa, in aggiunta al canone RAI dovuto ed agli interessi di mora, d'importo compreso tra euro 500 ed euro 2.000 per ciascuna annualità evasa. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze sono indicate le modalità applicative delle disposizioni di cui al presente comma.

IN ALLEGATO A PARTE -AGENZIA ENTRATE Circolare n. 46/E del 20.09.2010 (documento 183) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (documento 184)

### VISITE PATENTI DI GUIDA

Il Ministero dei trasporti con la circolare n. 71348 del 6 settembre 2010 ha chiarito che contro il giudizio negativo della Commissione medica collegiale è ora possibile richiedere entro il termine dei 120 giorni a proprie spese una nuova valutazione sanitaria presso gli organi sanitari delle ferrovie italiane, ferma restando la possibilità di ricorso al Tar o al Capo dello stato. In caso di esito positivo l'interessato dovrà produrre la più favorevole valutazione medica agli uffici della motorizzazione che provvederanno alla modifica o all'annullamento dei provvedimenti già adottati.

### INPS e CUMULO PENSIONE CON REDDITI DA LAVORO AUTONOMO

L'Inps, con messaggio n. 23710 del 21 settembre 2010, ha fornito chiarimenti in ordine all'individuazione dei pensionati tenuti alla comunicazione dei redditi da lavoro autonomo conseguiti nell'anno 2009.

IN ALLEGATO A PARTE -INPS Messaggio 23710 del 21.09.2010 (documento 185)

*Letto per voi*

# DONNE CANCELLI E DELITTI

*(Racconti dal carcere)*

*GFumo*

L'estate afosa in un breve periodo di riposo mi ha consentito di leggere un volume che sottopongo ai colleghi perché ne facciano motivo di riflessione. E' un volume di non molte pagine ma che ha una sua importanza letteraria e sentimentale: lo si capirà quando verrà letto.

Ho conosciuto l'autrice qualche anno fa e l'ho subito stimata per l'equilibrio culturale e la sensibilità verso problemi che una persona impegnata coi codici penale e civile non trova mai il tempo di affrontare. Diciamo subito che la dott.ssa **Liliana De Cristoforo** ha vissuto da vicino le situazioni dei personaggi che descrive nel libro e che già nel titolo invita ad approfondire. Alcune donne sono le protagoniste dei racconti: sono persone ( magari poco personaggi) di situazioni e di sentimenti che solamente chi ha una certa sensibilità può intendere e valutare. Un medico che vive vicino a persone malate - e non solo nel corpo - può capire e a volte condividere situazioni che meritano sempre compassione anche se non sempre giustificazioni vere e proprie. L'autrice esplora e si sforza di capire l'animo femminile più che da direttrice, da donna che ascolta e racconta... Liliana De Cristoforo è stata per più di trent'anni direttrice di istituti penitenziari in prevalenza femminili. Si è sempre interessata delle problematiche riguardanti le condizioni della donna e degli aspetti rieducativi della pena. Tra i personaggi non c'è

solo Sofia Loren; ma gente umile a diseredata che ha spesso trovato nell'azione delittuosa uno sbocco non voluto ma violento di rivalsa per ingiustizie a lungo subite... Sono dieci storie significative, profondamente umane e con un sottile e toccante risvolto psicologico: sempre

penoso e tragico. Molte di queste donne si sono rese responsabili di gravi reati; altre sono state vittime della avversità della vita. L'episodio di Sofia Loren è una "ciliegina" che se non la giustifica esalta la semplicità interiore e la gentilezza dei comportamenti di una donna che ha conosciuto solo palcoscenici ed applausi. **Alfonsina** la contadina uxoricida - **Olga** e lo spacciatore - **Rosa** e l'uomo con il passamontagna - **Claudia** la tossicodipendente in crisi di astinenza - **Anna** la prostituta - **Samira** la nigeriana clandestina sucube di una "cosca" malavitosa coinvolta in traffici illeciti - **Terry** lo/a psicopatico/a dal "sesso sbagliato" rinchiuso/a per violenza carnale che voleva diventare donna...

Quello degli istituti di pena è " un crogiuolo in cui coesistono gli aspetti più anomali ed emblematici di una umanità derelitta e disperata". Non tutte le protagoniste vengono portate al carcere con una enorme scorta di carabinieri ed un importante seguito di giornalisti: la Loren comunque - attonita e smarrita - entra in silenzio e si comporta con grande dignità da stupire anche la direttrice dell'Istituto di penna. Leggetelo! C. Editrice GUIDA - Napoli Via Port'Alba 19.. MAIL: [www.guidaeditori.it](http://www.guidaeditori.it)

Liliana De Cristoforo

Donne, cancelli e delitti

Racconti dal carcere



*ULTI'MORA DA PARTE DEGLI ODONTOIATRI*

# ODONTOIATRI: È IN CANTIERE L'ORDINE AUTONOMO

*Nell'ambito della Riforma delle professioni, si lavora  
per l'autonomia ordinistica e previdenziale degli Odontoiatri*

A venticinque anni dall'istituzione dell'Albo degli Odontoiatri all'interno dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, i dentisti ritengono che i tempi siano ormai maturi per una piena autonomia della professione.

Per questo motivo è stato presentato al Governo Nazionale, in accordo tra tutti i rappresentanti le quattro professioni sanitarie – Medici, Odontoiatri, Farmacisti, Veterinari - un progetto per costituire un'autonomia specifica per la professione odontoiatrica nell'ambito di una legge delega sulla Riforma degli Ordini Sanitari.

Di questo argomento si è discusso molto nell'ambito del Consiglio Nazionale dei Presidenti CAO a Cison di Valmarino (TV) nel giugno scorso, e se ne è continuato a parlare in occasione dell'ultimo Convegno che si è svolto a Taormina nel mese di settembre dal titolo "Odontoiatria e Società: Etica, Aggiornamento e Tutela della Salute".

Durante la due giorni di Taormina, importante momento di confronto e riflessione, la CAO Nazionale ha infatti rilanciato con energia la necessità di una forte Autonomia per la professione odontoiatrica, che permetta una rappresentanza politica e amministrativa autorevole e che difenda le specificità della professione odontoiatrica in tutti gli ambiti ottemperando, con maggiore incisività, alla funzione di tutela della salute del cittadino.

In attesa che il Consiglio dei Ministri licenzi la riforma, si sta lavorando al futuro di quello che sarà il nuovo Soggetto rappresentativo della professione odontoiatrica. Non sappiamo ancora se verrà costituito un vero e proprio Ordine autonomo o se invece, Medici e Odontoiatri continueranno a lavorare per la salute dei cit-

tadini all'interno della stessa Casa (Ordine dei Medici e Odontoiatri) ciascuno però con autonomia piena nel governo della propria professione.

In attesa che a livello romano si discuta e si porti avanti la riforma delle professioni sanitarie, la Commissione Albo Odontoiatri di Trento, vuole evidenziare alcuni elementi importanti che già ha avuto modo di sottolineare a livello nazionale e che devono essere valutati attentamente in un eventuale riordino del settore.

La legge 409, ancora valida nella sua struttura basilare, definisce il profilo professionale dell'odontoiatra che, pur circoscritto ad un distretto anatomico specifico (cavo orale, denti e tessuti circostanti) è inserito all'interno di un ambito medico proprio perché all'Odontoiatra è garantita la prerogativa di poter eseguire nell'atto medico un'anamnesi, una diagnosi e una terapia. Ebbene, qualunque riforma verrà introdotta, l'attività odontoiatrica dovrà continuare ad essere una professione intellettuale inserita all'interno dell'ambito medico.

L'autonomia che gli Odontoiatri hanno chiesto a livello legislativo, in qualunque formula si andrà a concretizzare, dovrà essere definita in modo completo per garantire l'autogoverno della professione e dovrà realizzarsi con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- a. Autonomia nella gestione degli aspetti disciplinari per tutti gli esercenti la professione odontoiatrica
- b. Autonomia di analisi e controllo per tutte le questioni attinenti l'odontoiatria
- c. L'autonomia di gestione nei rapporti con le istituzioni governative di riferimento per quanto riguarda la materia odontoiatrica.

- d. L'autonomia economica e gestionale dell'attività ordinistica.
- e. La totale equiparazione dei titoli abilitanti alla professione di odontoiatria nell'accesso ai concorsi per il S.S.N. per i ruoli di pertinenza odontoiatrica.
- f. La legittima rappresentatività degli Odontoiatri all'interno dell'Enpam da esprimersi per diretta elezione da parte degli Odontoiatri, dei loro rappresentanti nell'Ente di previdenza.

Sulla base del costante e coerente impegno nel rappresentare la professione odontoiatrica, noi pensiamo che i tempi siano ormai maturi per **costruire insieme un governo della professione** più funzionale e organizzato, con il fine ultimo di agire in modo sempre più mirato per la tutela e il miglioramento della salute orale dei cittadini.

*Il Presidente CAO  
Fausto Fiorile*

# "RACCOMANDAZIONI NELL'IMPIEGO CORRETTO DELLE APPARECCHIATURE TC VOLUMETRICHE " CONE BEAM"

*(G.U. Serie generale n°124 del 29/ maggio 2010)*

Cari colleghi,  
come tutti ben sappiamo, le disposizioni di legge in vigore nell'ambito della radiodiagnostica, consentono agli Odontoiatri di poter utilizzare apparecchi radiologici per effettuare indagini a supporto di una corretta diagnosi in ambito odontoiatrico.

Il progresso tecnologico ci ha permesso nel corso degli anni, di poter disporre di apparecchiature sempre più sofisticate ed evolute dal punto di vista tecnologico con costi che progressivamente si sono fatti relativamente contenuti.

Questo fenomeno di evoluzione tecnologica, ha fatto sì che, negli ultimissimi anni sempre più frequentemente, si sono introdotti nei nostri studi oltre ai tradizionali apparecchi per radiografie endorali, anche ortopantomografi, teleraadiografi ed addirittura macchinari molto sofisticati quali la TC volumetrica "Cone - beam", attrezzature che fino a pochissimo tempo fa non potevano nemmeno essere immaginate al di fuori di una struttura ospedaliera ed utilizzate da personale non specializzato.

La sempre maggiore diffusione sul territorio di queste tecnologie ha però indotto il legislatore, a formulare alcune raccomandazioni (G.U. n° 124 del 29/05/2010) per prevenire un uso scorretto delle stesse, al fine di garantire ai pazienti appropriate e adeguate prestazioni connesse all'utilizzo della tecnologia TC volumetrica "Cone beam".

Attualmente la tecnologia "Cone beam" trova la sua principale applicazione e diffusione come apparecchiatura dedicata allo studio delle strutture presenti nel massiccio facciale perché permette di ottenere immagini di buona qualità con dosi di radiazioni ionizzanti molto inferiori rispetto a quelle utilizzate per il paziente con apparecchiature Tac tradizionali; tutto questo grazie alla maggiore capacità di risoluzione dei rivelatori utilizzati ed all'elevato contrasto intrinseco delle strutture ossee.

Detto questo, pensiamo sia utile fornire a tutti gli Odontoiatri alcune indicazioni di utilizzo di tale apparecchiatura che si evincano dalle ultime disposizioni di legge (*Rac-*

*comandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche «Cone beam» (10A06042) (G.U. Serie Generale n. 124 del 29 maggio 2010)*

L'utilizzo delle apparecchiature TC volumetriche «cone beam» e' di norma prerogativa dell'attività specialistica radiologica. Le specifiche competenze del medico specialista radiologo, coadiuvato dal tecnico sanitario di radiologia medica, garantiscono infatti: la corretta esecuzione dell'indagine (precisione nel posizionamento, scelta dei migliori parametri di esposizione e di volume indagato) con garanzia di applicazione delle norme di radioprotezione e di rispetto dei principi di giustificazione e di ottimizzazione; l'utilizzazione di conoscenze diagnostiche radiologiche specifiche nella elaborazione e nella strutturazione di un report professionale; una diagnosi strutturata e completa.

L'Odontoiatra può utilizzare tutte le apparecchiature radiologiche in attività radiodiagnostiche complementari come previsto dal D.L. 187/2000, purchè vengano rispettati alcuni requisiti: "contestualità" (sia temporale che funzionale), "indilazionabilità" rispetto allo svolgimento di specifici interventi di carattere strumentale propri della disciplina specialistica ed "integrate" cioè connotate di costituire un elemento di ausilio alla prestazione odontoiatrica.

In poche parole l'Odontoiatra può eseguire esami radiologici esclusivamente per i propri pazienti e purchè contestuali, integrati e indilazionabili. Il Dentista non può effettuare esami per conto di altri sanitari, pubblici o privati che siano, né può redigere o rilasciare referti radiologici, in quanto l'utilizzo di apparecchiature radiodiagnostiche in via complementare è ammessa limitatamente alle sole condizioni prescritte appunto dal D.L. 187/2000.

Oltre a questo rimangono validi tutti gli obblighi di legge riguardo la gestione del consenso informato al paziente, della privacy, della registrazione degli esami, dell'archiviazione e conservazione degli stessi nel tempo come per qualsiasi esame di radiodiagnostica.

Sperando di aver contribuito a fare chiarezza su un argomento complesso ed in continua evoluzione ricordiamo a tutti i colleghi che sul sito dell'Ordine di Trento ([www.ordinemediciti.org](http://www.ordinemediciti.org)) è pubblicata la normativa in oggetto per ulteriori approfondimenti.

#### **Riferimenti normativi:**

*Art. 2 del D.L. 187/00 definisce "attività radiodiagnostiche complementari" quelle attività di ausilio diretto al medico chirurgo specialista o all'odontoiatra per lo svolgimento di specifici interventi di carattere strumentale propri della disciplina, purchè contestuali, integrati e indilazionabili, rispetto all'espletamento della procedura specialistica;*

*Art. 7 comma 4: Le attività radiodiagnostiche complementari all'esercizio clinico possono essere svolte dal medico chirurgo in possesso della specializzazione nella disciplina in cui rientra l'intervento stesso o dall'odontoiatra nell'ambito della propria attività professionale specifica.*

*Art. 6 comma 1: Il Ministero della sanità adotta linee guida per le procedure inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentato, nonché raccomandazioni ai prescrittori relative ai criteri di riferimento, ivi comprese le dosi, per le esposizioni mediche che consentono di caratterizzare la prestazione sanitaria connessa con la pratica; tali linee guida sono pubblicate nella Gazzetta Ufficiale.*

*Art. 14 comma 3: La violazione degli obblighi di cui all'articolo 6, comma 3..... è punita con l'arresto fino a 15 giorni o con l'ammenda da lire u milione a lire cinque milioni*

*Fausto Fiorile*

*Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri - Comunicato di Stampa*

# L'ODONTOIATRA IN EUROPA: TRA LIBERA CIRCOLAZIONE E GARANZIE PER IL PAZIENTE

Lauree conseguite in Sudamerica, *al termine di percorsi di studi non adeguati agli standard formativi europei*. Poi, grazie ad accordi bilaterali, riconosciute in Spagna. Da qui, equiparate infine, secondo le procedure europee, a quelle italiane. E non è l'unico stratagemma. Esiste un vero e proprio "turismo formativo", con titoli professionali acquisiti in Romania o Bulgaria *senza aver dato un esame o frequentato una lezione*, ma valida a tutti gli effetti anche nel nostro paese.

*"la fabbrica dei dentisti abusivi"*: così il presidente del Cao nazionale, Giuseppe Renzo, definisce il fenomeno. Dichiarò, infatti: *"Siamo di fronte a una vera e propria organizzazione criminale, che si diffonde anche a livello europeo, e contro la quale il ministero della Salute, che è l'autorità competente a verificare la correttezza dei percorsi formativi, si trova con pochi appigli legali, nonostante il totale impegno e la grande professionalità di chi vi opera, mentre gli avvocati che difendono in maniera disinvolta i "laureati" hanno gioco facile. I titoli, infatti, sono corretti dal punto di vista formale, anche se non sono in grado, nella pratica di garantire il corretto apprendimento e quindi un adeguato svolgimento della professione"*.

*"Ultimamente - continua Renzo - si stanno avviluppando anche altri escamotage: quello, ad esempio, che con una forma di pubblicità aggressiva invita i nostri giovani a frequentare dei corsi di laurea non meglio specificati e inesistenti presso università spagnole - mediate da presunte succursali istituite e senza selezione, bypassando il numero chiuso e seguendo la stessa metodologia dei corsi di laurea triennali"*.

Ma questo è solo uno dei nuovi volti dell'abusivismo, piaga contro la quale Cao è da sempre impegnata, in collaborazione con i Nas, il ministro della Salute, l'Università: 15000 professionisti abusivi (contro i quasi 57000 iscritti

all'Albo) operano in Italia, spesso in condizioni igieniche precarie, con il rischio di diffusione di patologie come l'Aids o l'epatite, oltre agli ovvi danni per la salute della bocca dei pazienti.

Per denunciare il problema e portarlo all'attenzione delle istituzioni europee e italiane, la Cao nazionale organizza un doppio appuntamento: a Bruxelles, il 15 settembre, e a Taormina, il 17 e il 18.

Si comincia con Bruxelles: una "task force" italiana capitanata dal presidente Renzo, e composta da delegati della Cao, del ministro della Salute e dell'Università, incontrerà domani il Commissario europeo alla Salute e alle Politiche dei consumatori, Jhon Dalli.

Ancora l'Europa, sospesa *"tra scelte liberali e necessità di regolamentazione"*, sarà poi al centro dei lavori dell'ottavo *Convegno nazionale di aggiornamento in Odontoiatria* - dal titolo *"Odontoiatria e società: Etrica, Aggiornamento e Tutela della Salute"*, che si svolgerà all'Hotel Hilton di Giardini Naxos (Me) insieme all'Assemblea Nazionale Cao - il 17 e il 18 settembre.

"La libera circolazione dei professionisti - afferma Renzo - non può prescindere dall'assoluta garanzia del corretto riconoscimento dei titoli professionali conseguiti sia negli altri paesi europei, sia in quelli extracomunitari. Ad oggi, invece, non si riesce ancora a garantire un sistema "ultrasicuro" per l'equiparazione di questi titoli. Con rischi anche gravi per la Salute pubblica".

Questioni delicate e complesse non possono, ovviamente, risolversi in un incontro una tantum.

"Per questo è intenzione della Cao - annuncia infine Renzo - aprire, proprio a Bruxelles, una *"Casa europea dell'Odontoiatra"*, vale a dire una postazione fissa che permetta un dialogo costante e senza interruzioni con le istituzioni comunitarie, per la difesa della salute dei cittadini d'Europa".



