





Editoriale “Cento anni (o forse più) della nostra storia” (il presidente)

Attivata la PEC: istruzioni per l'uso

Evoluzione o involuzione dell'odontoiatria (P. Venneri)

**Informazioni sullo stato di sieropositività dei pazienti:
Provvedimento del Garante;**

**FNOMCeO: ruoli e funzioni del medico nell'ambito
delle équipe multi professionali.**



BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA



**LA SERENITÀ
SI COSTRUISCE
GIORNO PER GIORNO
con MODENASSISTENZA**

MODENASSISTENZA

*SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE
A CASA E IN STRUTTURE OSPEDALIERE*

PER ANZIANI, HANDICAPPATI, MALATI, DISABILI E PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
MODENA - VIALE V. REITER 38 - 059.221122 - CARPI - 059.654688

CONSIGLIO DIRETTIVO*Presidente*

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Beniamino Lo Monaco

Consigliere Segretario

Dr. Stefano Reggiani

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

D.ssa Mara Bozzoli, Dr. Francesco Cimino,

Dr. Carlo Curatola, Dr. Adriano Dallari

Dr. Paolo Martone, Prof. Francesco Rivasi,

Dr. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi,

Dr. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi, Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI*Presidente*

Dr. Roberto Olivi Mocenigo

Componenti

Dr. Giovanni Bertoldi

Dr. Marcello Bianchini

Revisore dei conti supplente

Dr. Luigi Bertani

COMMISSIONE ODONTOIATRI*Presidente*

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliendo

Componenti

D.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo

Malara, Prof. Mario Provvigionato

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dr. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

Dr. Marcello Bianchini, Dr. Michele Cinque,

Dr. Raffaele Lucà, Dr. Paolo Martone,

Dr. Roberto Olivi Mocenigo, Dr. Giovanni

Palazzi, Prof. Francesco Rivasi, Dr. Pasquale

Venneri

REALIZZAZIONE EDITORIALE*MC Offset*

Via Capilupi, 31 - Modena

Tel. 059/364156 - Fax 059/3683978

Fotocomposizione

Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.

Via G. Dalton, 37 - Modena

Tel. 059/250033 - Fax 059/250175

Grafica

KRHEO GRAPHIC DESIGN

info@krheodesign.it | www.krheodesign.it

EDITORIALE	04
PEC	06
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	07
LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA	10
FNOMCeO	11
DALLE NOVITÀ SCIENTIFICHE ALLA PRATICA CLINICA	15
ECM	17
NORMATIVA	18
ENPAM	27
ONAOSI	29
DIALETTO IN PILLOLE	30
ARTE E DINTORNI	32
TACCUINO	34

Un impegno per i professionisti modenesi un im-
pegno per i professionisti modenesi un impegna per i
professionisti modenesi un impegna per i professionisti
modenesi un impegna per i professionisti modenesi un
impegna per i professionisti modenesi un impegna per i
professionisti modenesi un impegna per i professionisti
modenesi un impegna per i professionisti modenesi un
impegna per i professionisti modenesi un impegna per i
professionisti modenesi un impegna per i professionisti
modenesi un impegna per i professionisti modenesi un
impegna per i professionisti modenesi un impegna per i
professionisti modenesi un impegna per i professioni-
sti modenesi un impegna per i professionisti modenesi.

Non accade tutti i giorni che si festeggi un secolo di vita anche se iniziamo ad abituarci lentamente ad una popolazione sempre più longeva. Ma nel nostro caso si parla dell'Ordine dei medici, il nostro Ordine professionale che quest'anno celebra il centenario della sua costituzione. Sono previste numerose iniziative a livello nazionale sia in luglio che in ottobre e ogni Ordine provinciale si è opportunamente attrezzato tenendo anche conto delle risorse disponibili. L'Ordine di Modena sta predisponendo un volume che intende raccogliere parte della ricca documentazione presente presso la nostra sede per renderla fruibile ai colleghi e ai cittadini. La scommessa è di quelle che affascinano perché si tratta di ri-scoprire un patrimonio di notizie, scritti e atti pubblici (ma anche privati) relativi a tutti i professionisti iscritti al nostro Ordine da cento anni a questa parte anche se, a dir la verità, esiste agli atti anche un documento che risale al 1903. È un viaggio a ritroso nel tempo fatto di calligrafie più o meno leggibili, scritte con inchiostro di china color seppia su fogli un po' ingialliti. Sono verbali di sedute di Consiglio dei primi del Novecento, sono schede personali dei colleghi con appunti precisi, sono pareri su testi pubblicitari proposti

laddove si può verificare che gli argomenti di allora, decoro del messaggio e/o sua veridicità, sono i medesimi di adesso. C'è la lunga parentesi del fascismo, c'è la ricostituzione nel dopoguerra con le difficoltà di iniziare un nuovo cammino dopo il dramma bellico. E poi c'è il primo (dubbioso) tentativo di lavorare al computer con il buon Bruno Urbini, allora presidente dell'Ordine, assai perplesso sulla ormai imminente informatizzazione, lui che era scrittore di razza e che amava la penna più di ogni altra cosa. Eppure si partì e fummo tra i primi in Italia a scoprire i vantaggi di quel tipo di gestione dell'Albo e della amministrazione, verbali inclusi.

E da allora siamo rimasti sempre ai vertici nazionali in tema di efficienza e di efficacia degli uffici, ricoprendo spesso il ruolo di guida per gli altri Ordini che si affacciavano al mondo delle novità elettroniche. Ciò ha comportato per l'Ordine investimenti significativi in termini di risorse umane ed economiche ma ha significato anche fornire ai nostri iscritti un servizio di qualità unanimemente riconosciuto.

Ma la documentazione è costituita anche da tutte le nostre iniziative di aggiornamento e formazione che negli ultimi quindici anni si sono moltiplicate, spaziando dagli ormai famosi corsi di inglese medico ed informatica ai convegni di approfondimento, spesso di taglio nazionale.

E poi, e poi ci sono curiosità di tutti i tipi che si cercherà di inserire nella pubblicazione del centenario. Il lavoro si è presentato fin dall'inizio lungo ed improbo anche perché si tratta di selezionare un materiale eterogeneo ma tutto interessante. Lavoreremo tutti con tempi della casa editrice.

Consapevoli della ricchezza di dica così vasto e così diffuso mo chiesto a molti colleghi editoriale del Centenario adesione a dir poco en-prodotto finale sia corrimotiva positiva.

Si è parlato spesso, e si con-della professione", riferen-medica; sentimento questo visibile, ma non è infrequente che di principio finì a se stesse. È chiaro

solide che non le parole, ma forse una di quelle basi è rappresentata proprio dal ritrovare il senso delle origini comuni, in altre parole dal riscoprire il nostro DNA nelle fonti della nostra storia che è poi la storia della gente che il medico cura da molto più tempo del misero ultimo secolo del quale ci stiamo occupando ora.



N. D'Autilia



un patrimonio di cultura menella nostra provincia, abbiadi partecipare al progetto ed abbiamo registrato una tusiastica. Speriamo che il spondente a questa spinta

tinua a farlo, di "orgoglio dosi naturalmente a quella ampiamente condiviso e condiqueste restino mere affermazioni che l'orgoglio si fonda su basi ben più

*Il presidente dell'Ordine
N. G. D'Autilia*

ATTIVATA PER GLI ISCRITTI ALL'ORDINE DI MODENA LA PROCEDURA PER LA PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA)



Dopo una serie di disguidi tecnici ed amministrativi non dipendenti dalla nostra volontà il 10 giugno 2010 è stata attivata la procedura per l'acquisto di una casella PEC per i medici e gli odontoiatri che risultano iscritti al nostro Ordine professionale. La procedura, testata presso i nostri uffici, risulta di semplice applicazione. Invitiamo i colleghi ad adeguarsi alla normativa vigente usufruendo di questo servizio che l'Ordine di Modena ha messo loro a disposizione. Come preannunciato la convenzione di Aruba con l'Ordine prevede un costo triennale di € 5,50 + IVA = € 6,60.

Procedura per l'acquisto di casella PEC

- Accedere al portale www.arubapec.it
- Cliccare in alto a destra su "convenzioni"
- Inserire il codice convenzione: **OMCEO-MO-0038**
- Nella pagina successiva inserire: codice fiscale, cognome e nome
- Inserire la propria password (è obbligatorio indicare sia lettere sia numeri, in caso contrario il sistema si blocca)
- Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano ad un iscritto all'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Modena
- Inserire: **indirizzo, telefono, e-mail** (funzionante)
- Il sistema propone la conferma e le condizioni generali di contratto

Per la fatturazione inserire i dati richiesti:

- se titolare di partita IVA selezionare "libero professionista" e indicare la **partita IVA** nell'apposita casella
- se non titolare di partita IVA selezionare "persona fisica"
- Scegliere le modalità di pagamento (carta di credito, bollettino postale, bonifico)

Informazioni

- Terminata la registrazione di richiesta della casella PEC automaticamente il sistema inoltrerà i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC all'indirizzo e-mail indicato dal professionista.
- La casella sarà attivata solamente dopo la trasmissione via fax della documentazione debitamente sottoscritta corredata di fotocopia di un documento d'identità in corso di validità al numero di fax 0575 862026.
- Servizio: casella di posta elettronica certificata standard da 1GB
- Costi: canone triennale € 5,50 + IVA 20%
- Servizio di **help desk** erogato tramite il numero **0575/0500**.

N.B. ARUBA PEC comunicherà con cadenza settimanale sia all'Ordine che alla FNOMCeO gli indirizzi delle caselle PEC attivate.

Per coloro che sottoscriveranno la casella di posta certificata con altro gestore, corre invece l'obbligo di comunicare l'indirizzo PEC alla segreteria dell'Ordine (fax 059/247719, e mail: ordine.mo@pec.omceo.it)

*Si ricorda che la casella PEC di quest'Ordine è **ordine.mo@pec.omceo.it***

Il giorno martedì 18 maggio 2010 - ore 21,15 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Francesco Cimino, Dott. Carlo Curatola, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 13.4.2010;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Seminario FNOMCeO sull'ECM: 23 e 24 aprile;
5. Assemblea annuale Casa del Professionista e dell'Artista: 10 maggio;
6. Statuto e Regolamento Camere Conciliative: stato dell'arte;
7. Regolamento Elenco Periti dell'Ordine;
8. Delibere amministrative (Addamo);
9. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
10. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
CAMPANIOLO	SILVIO	6646
KARAMPATOU	AIMILIA	6465
<i>Iscrizione per trasferimento</i>		
ACCETTO	CIRO	6466
CAINAZZO	MARIA MICHELA	6467
GUANTI	MARIO BRUNO	6468
TORCASIO	FRANCESCA	6469
ZAMPOLLI	DARIA	6470
<i>Nomina Docenti Universitari a Tempo Pieno -DPR 382/80 - FASCIA RICERCATORI – Università di Trento</i>		
BASSO	GIANPAOLO (nomina in data 01.11.2009)	4917



SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 7 GIUGNO 2010

Il giorno lunedì 7 giugno 2010 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Prof. Francesco Rivasì, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 18.5.2010;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Regolamento Elenco Periti dell'Ordine: approvazione;
5. Elezioni Comitati Consultivi e CDA Enpam;
6. Incontro in Provincia sul PAL (10 giugno): linee di indirizzo;
7. Centenario degli Ordini: iniziative;
8. Disponibilità dei locali di proprietà della Casa del Professionista e dell'Artista;
9. Delibere amministrative (Addamo);
10. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
11. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
KHAWATMI	KHALDOUN	6471
<i>Iscrizione per trasferimento</i>		
PUPO	SIMONA	6472
<i>Cancellazione per decesso</i>		
CESARI PATRONE	FERDINANDO (decaduto 03-06-2010)	2152
<i>Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui all'art. 29, comma 3, dlgs 17/8/99 n. 368 e succ. modificazioni</i>		
LEO	ALESSIA	5448

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | MARTEDÌ 15 GIUGNO 2010

Il giorno martedì 15 giugno 2010 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consigliere: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

1. Comunicazioni del Presidente;
2. Delibere personale dipendente;
3. Delibere amministrative (Addamo);
4. Varie ed eventuali.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI | LUNEDÌ 15 GIUGNO 2010

Il giorno martedì 15 giugno 2010 - ore 21,30 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri

1. Comunicazioni del Presidente;
2. Giudizio disciplinare avverso il Dott. X. Y.
3. Valutazione di vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento;
4. Opinamento eventuali parcelle sanitarie;
5. Varie ed eventuali.

La Commissione procede allo svolgimento del procedimento disciplinare a carico del Dott. X.Y.

Questi gli addebiti e la relativa decisione:

"per non avere vigilato sulle procedure pre-operatorie poste in essere nei confronti del paziente Sig.... atte a garantirne la sicurezza e per non avere prestato la necessaria attenzione e il massimo scrupolo nel controllo e nella verifica dei dati sanitari e anamnestici del paziente prima di procedere all'intervento chirurgico. Tali controlli e procedure se posti in essere avrebbero potuto evitare l'errore medico e il danno al paziente.

La Commissione riconosce pertanto la violazione degli articoli 13- 14- 19-21-26 del Codice di Deontologia Medica."

A maggioranza dei presenti decide di comminare la sanzione dell'avvertimento di cui all'art. 40 del D.P.R. 221/50.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI | MERCOLEDÌ 28 APRILE 2010

Il giorno mercoledì 28 aprile 2010 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Presenti: D.ssa Francesca Braghiroli, Dott. Mario Caliandro (segretario), Dott. Roberto Gozzi (presidente), Dott. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvisionato.

1. Approvazione verbale seduta di Commissione del 28.3.2010;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Varie ed eventuali.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI | MARTEDÌ 25 MAGGIO 2010

Il giorno martedì 25 maggio 2010 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Presenti: D.ssa Francesca Braghiroli, Dott. Mario Caliandro (segretario), Dott. Roberto Gozzi (presidente), Dott. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvisionato.

1. Approvazione verbale seduta di Commissione del 28.4.2010;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Opinamento parcelle odontoiatriche;
4. Varie ed eventuali.

EVOLUZIONE O INVOLUZIONE DELL'ODONTOIATRIA?

Come tanti altri settori anche l'odontoiatria subisce le flessioni del mercato e permane la congiuntura economica negativa che ormai da un paio d'anni ci attanaglia senza farci vedere spiragli di ripresa economica. Si perdono migliaia di posti di lavoro e ci sono settori, fino a ieri trainanti per l'economia nazionale, che sono ora al collasso.

In questo scenario, nel nostro settore, spuntano come funghi grosse strutture grazie ad investimenti di capitali anche esteri. Queste strutture, che spesso si avvalgono di giovani odontoiatri, reclamizzano visite, radiografie e detartrasi gratuite attirando inevitabilmente una fascia di pazienti.

E del turismo odontoiatrico cosa dire? I giornali sono pieni di annunci e sempre più pazienti si lasciano ammaliare da cure odontoiatriche a basso costo, convinti che i dentisti italiani siano cari, troppo cari (in fin dei conti un ponte in ceramica è sempre quello!).

In questi anni abbiamo inseguito i corsi di aggiornamento ovunque fossero, il verbo era investire in cultura, in professionalità, diversificare le figure all'interno dei nostri studi: dall'ortodontista al chirurgo, dall'implantologo all'endodontista e al pedodontista, per erogare prestazioni sempre più qualificate. Grazie all'impegno di molti colleghi ed agli investimenti effettuati dalle industrie del settore, si sono susseguite innovazioni tecnologiche che vanno dalla gestione computerizzata dei nostri studi alla T.A.C., alla R.M. alla produzione

computerizzata di manufatti protesici. E quanta strada ha fatto la chirurgia Maxillo-Facciale? E l'Implantologia?

Ci siamo resi conto che avevamo bisogno di avere personale sempre più qualificato...ed in quest'ottica si sono attivati innumerevoli corsi di laurea in igiene. Il nostro personale è stato addestrato, motivato e periodicamente stimolato attraverso la frequentazione di corsi di igiene, di primo soccorso, di organizzazione del lavoro; abbiamo infatti capito l'importanza ed il valore di uno staff efficiente e coeso che lavora in sintonia ed in armonia.

Molta importanza è stata data anche ai nostri ambulatori: dagli arredi della sala d'attesa, alla scelta dei colori tenui, non sottovalutando l'importanza dell'illuminazione, per rilassare, tranquillizzare e coccolare i nostri pazienti. Ancora più importante l'abbiamo data al ciclo di sterilizzazione dove, nella saletta preposta, abbiamo la zona del pulito e dello sporco, dove lo strumentario viene inserito in una vaschetta con disinfettante poi in ultrasuoni, lavato, imbustato e posto in autoclave che registra ogni ciclo di sterilizzazione ed è costantemente testata per valutare l'efficacia dello stesso. Le stampe dei vari cicli vengono poi registrate ed archiviate. Periodicamente c'è il controllo della messa a terra (dai termosifoni ai riuniti ai mobili), il controllo dei radiologici da parte dell'esperto qualificato e, periodicamente, degli elettro-medicali; poi c'è il controllo degli estintori e dell'impianto di condizionamento dell'aria, della valigetta dei

farmaci di pronto soccorso, della valigia con l'ossigeno e l'ambu e cannule varie. Le autorizzazioni rilasciate dall'ufficio igiene della AUSL (necessarie per esercitare l'odontoiatria) impongono dei percorsi obbligati nelle fasi di sterilizzazione e nei controlli delle attrezzature e dello strumentario che garantiscono al paziente la sicurezza dell'ambiente operativo. Nei paesi dove prospera il turismo odontoiatrico tutto ciò avviene? I controlli a cui ci sottoponiamo per la salvaguardia della salute del paziente avvengono anche in quelle realtà? Possiamo almeno porre dei dubbi in tal senso ai nostri pazienti? Per rimanere quindi sul mercato dovremmo ridurre le spese, fare dei tagli, ma su cosa? Sulla professionalità? Sulla qualità? Sulla sicurezza del paziente? Si è fatto l'interesse del paziente abolendo il tariffario minimo nazionale?

Quale sarà il futuro dell'odontoiatria? Sicuramente potremmo contenere i costi magari associandoci o creando strutture dove lavorino più colleghi condividendo reception e sala di sterilizzazione o attrezzature varie; oppure consorziandoci gestendo un nostro deposito di materiali dentali. Potrebbe essere, questa, una strada da valutare.

Sono convinto che chi lavorerà con serietà e professionalità in futuro non avrà nulla da temere. I nostri pazienti (almeno quelli fidelizzati) saranno perfettamente coscienti della professionalità che negli anni hanno ricevuto e saranno quindi nostri alleati contro il turismo odontoiatrico.

P. Venneri



RUOLI E FUNZIONI DEL MEDICO NELL'AMBITO DELLE ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALI

Il Consiglio Nazionale della Federazione ha approvato un documento che affronta il tema del ruolo medico all'interno dell'équipe multidisciplinari. Come ricorderanno i colleghi la prima tappa di questo percorso fu rappresentata dalla presa di posizione della nostra Federazione Regionale degli Ordini sul problema "see and treat" e portata poi alla discussione degli Ordini provinciali. È un primo passo avanti per una corretta valutazione della nostra figura soprattutto in ambito ospedaliero. Si riporta il testo del documento.



FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Ruoli e funzioni del medico nell'ambito delle équipe multiprofessionali

PREMESSA

Il presente documento intende porsi come prima tappa di un percorso di riflessione su alcune delicate tematiche coinvolgenti aspetti fondanti ed identitari delle nostre professioni.

Le considerazioni in esso contenute non sono da ritenersi né conclusive né esaustive di un cammino di ricerca deontologica, di valutazione del rispetto delle competenze tecnico-professionali e dei connessi profili di responsabilità, infine di misurazione dell'efficacia e dell'appropriatezza dei modelli organizzativi innovativi.

Dichiariamo, quindi, fin da oggi la nostra disponibilità ad un confronto costruttivo dentro e fuori le nostre professioni, inclusivo dei contributi e delle osservazioni provenienti da tutte le esperienze positive in campo.

Il documento viene, quindi, proposto come un primo strumento di lavoro e di aiuto per affrontare nel merito le delicate questioni connesse ai ruoli e alle funzioni del medico nell'ambito delle équipe multi professionali.

Considerazioni generali

I tumultuosi progressi della tecnica e i continui avanzamenti della ricerca scientifica in medicina determinano nella sanità percorsi clinico assistenziali sempre più complessi e costosi, richiedenti in particolare una maggiore e più incisiva cooperazione, coordinamento e comunicazione tra diverse competenze e tra molteplici professioni.

In più occasioni la FNOmCeO ha messo in rilievo come la crescita esponenziale delle conoscenze in medicina e delle competenze in sanità si sia tradotta in un processo legislativo che, sull'onda della ricerca del consenso e rinunciando al governo vero delle innovazioni, si è limitato a trasferire ogni specificità tecnica emergente in uno specifico ordinamento didattico di corso di laurea universitario e in una definizione giuridica del relativo profilo professionale che ne definisce le competenze e le attività riservate.

Tale legislazione ha generato 22 nuove professioni sanitarie, ognuna caratterizzata da autonomia nell'ambito delle proprie competenze che, nei processi clinico assistenziali e preventivi, intercettano le competenze dei medici e degli odontoiatri, i quali si confrontano con altre professioni che hanno da tempo consolidato un loro ruolo nelle attività e nelle organizzazioni sanitarie (biologi, fisici, chimici, psicologi). Questo insieme di vecchie e nuove professioni operanti in ambito sanitario, esercita una forte azione erosiva dei tradizionali ambiti di esercizio della professione medica ed odontoiatrica, coerentemente con il possesso di un oggettivo e specifico profilo di competenze esclusive, ma anche conseguentemente a discutibili sovrapposizioni o a surrettizie e inaccettabili sottrazioni di competenze.



In questi anni, mentre sul piano normativo molto si è prodotto nel definire ruoli e funzioni di vecchie e nuove professioni sanitarie, nulla si è invece fatto per la professione medica tanto che i confini e le prerogative del medico sono stati ridefiniti e tutelati, in funzione del tutto vicaria, dalla giurisprudenza delle Supreme Corti di Cassazione e Costituzionale nell'ambito di vari contenziosi.

Nella verosimile impossibilità di pervenire a una definizione e distinzione giuridica, esaustiva e praticabile, di atto o attività medica ed atto o attività sanitaria sulla base dei contenuti tecnico professionali e delle riserve di competenze, è tuttavia da perseguire l'obiettivo di riconoscere che l'atto o attività medica si caratterizza e distingue per quella potestà, esclusiva e specifica, di formulare diagnosi, prescrivere ed eseguire trattamenti che, nella moderna complessità dei processi clinico assistenziali legittima sul piano giuridico, garantisce una sintesi tecnico professionale che si identifica sul piano operativo come insostituibile espressione di tutela della salute.

Se questa duplice posizione di garanzia del medico, verso lo Stato e verso i cittadini, non è in discussione, la FNOMCeO considera come punto fermo che nessuna delle competenze fondanti questo ruolo possa essere oggetto di inappropriate sovrapposizioni o sottrazioni, costituendo altresì la fonte di legittimazione e garanzia di atti o attività esercitate in autonomia dalle professioni sanitarie, nell'ambito delle proprie competenze.

Questa complessità rende necessaria una riflessione ed un confronto attento e rigoroso, fuori e dentro le nostre professioni anche sui risvolti organizzativo-gestionali dei servizi e sui relativi profili di responsabilità, dovendosi garantire l'unitarietà e l'efficienza dei processi clinico assistenziali pur nel rispetto delle autonomie professionali.

La FNOMCeO auspica e si adopererà affinché da tale confronto possano scaturire soluzioni efficaci che garantiscano una gestione condivisa ed omogenea su tutto il territorio nazionale.

In questi anni nell'ambito delle autonomie regionali sul piano dell'organizzazione dei servizi sanitari stiamo assistendo a un proliferare di progetti assistenziali che prevedono l'affidamento di nuovi ruoli e compiti alle professioni sanitarie nell'ambito delle équipe. Queste proposte per le delicate questioni che sollevano, richiedono nostre puntuali osservazioni sia deontologiche alle quali richiamiamo i nostri professionisti che tecnico professionale che invece proponiamo a un'attenta riflessione dei decisori in sanità.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO assume agli atti che ispirano la presente delibera le osservazioni esplicative e critiche contenute nei Documenti votati dalle Federazioni Regionali degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana e dell'Emilia Romagna relativi a progetti sperimentali di carattere organizzativo relativi a importanti attività ospedaliere, elaborati in sedi toscane noti come procedure di **see and treat** nell'ambito del pronto soccorso e di analoghe iniziative quali ad esempio **fast track surgery** progettate nella Regione Emilia-Romagna.

Sul piano specifico, trattandosi di sperimentazioni di modelli operativi che incidono sui servizi di assistenza e cura, un primo profilo di coerenza deontologica per i medici coinvolti nei progetti, va ricercato nell'aderenza delle sue finalità ai principi di beneficienza e giustizia, nella garanzia cioè che gli obiettivi perseguiti corrispondano alla distribuzione equa, efficace ed appropriata, di un bene, in questo caso l'assistenza a determinate condizioni patologiche, in un contesto organizzativo più complesso di gestione delle urgenze-emergenze.

Sotto questo profilo, entrambe le sperimentazioni appaiono ispirate da prospettive di razionalizzazione e di adeguato impiego delle risorse umane, tecniche, strutturali ed economiche disponibili, alla stregua di strumenti di predisposizione e di gestione tempestiva ed efficace del lavoro in *équipe*, diretti a contenere costi incongrui ma soprattutto a produrre benefici nell'assistenza e nella soddisfazione degli utenti.

Una ulteriore condizione necessaria prevede che tutta la sperimentazione avvenga in un contesto di ampia ed esaustiva informazione dei pazienti che si rivolgono al servizio ed a una specifica acquisizione del consenso degli stessi alle procedure assistenziali sperimentali a cui vengono sottoposti.



Nel rispetto di tali condizioni dichiariamo la nostra attenzione verso la cauta adozione di percorsi assistenziali che consentano la sperimentazione di tali modelli operativi dei relativi percorsi assistenziali, riservandosi un giudizio complessivo sugli esiti della sperimentazione peraltro già conosciuti in altri Paesi ove tuttavia sono assai diversi i percorsi formativi dei professionisti, le culture organizzative, i principi etici di governo dei sistemi sanitari, infine le stesse attese dei cittadini.

Sul piano generale, il punto fondamentale cui perviene la valutazione deontologica coincide peraltro con l'antica *querelle* sulle prerogative mediche messe in discussione dalla prospettazione di un ruolo funzionale sostanzialmente autonomo di altri professionisti sanitari impegnati in prestazioni d'*équipe*, nelle quali si prefigura la possibile equipollenza di competenze tra professionisti medici e non medici, questi ultimi all'uopo addestrati con progetti di formazione sul campo.

Ciò sull'esempio, non sempre direttamente ed integralmente mutuabile, offerto da altri Paesi che da tempo ne hanno attuato una sostanziale promozione anche da noi resa emergente in una caotica prefigurazione normativa nazionale e regionale e che anzi apre scenari inquietanti stante la possibilità che per questa via ogni regione potrà ridisegnare in ambito sanitario profili e competenze professionali del tutto funzionali ai propri modelli di organizzazione dei servizi.

La preoccupazione non nasce ovviamente da una prospettiva di sviluppo continuo delle competenze e degli skills delle professioni sanitarie né dalla scelta di contrastare pregiudizialmente modelli flessibili di assistenza ma dal grande rischio di un uso spregiudicato ed opportunistico delle competenze ai fini di realizzare organizzazioni di servizi sanitari meno onerosi; una prospettiva low-cost che potrebbe sedurre molti amministratori, soprattutto quelli in difficoltà con la tenuta dei bilanci.

In questo contesto, acquista significato vincolante l'art. 66 del Codice di Deontologia Medica che, nel promuovere i migliori interessi per i pazienti attraverso la cooperazione di più professionisti, rivendica il rispetto delle competenze entro i limiti oltre i quali si realizza (art. 67) un esercizio abusivo della professione medica.

Se è dunque vero che si devono riconoscere alle professioni regolamentate nuovi profili di competenze avendo questi fruito di formazioni e di titoli universitari nell'ambito della Facoltà di Medicina e Chirurgia, a loro volta produttivi di una dignità e di una potestà operativa autonoma "... nel campo proprio di attività e responsabilità. ... sulla base dei contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali. ... degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici (Legge 42/1999, art.1, comma 2)", non può del pari ritenersi ammissibile una indisciplinata confusione operativa e tanto meno una sostanziale erosione del ruolo e della dignità del medico che travalichi il limite da una sinergia integrativa rispettosa di una professione, quella medica, garantita e resa specifica dallo Stato attraverso l'abilitazione, a tutela dei cittadini.

Non sembra comunque possibile né praticamente attuabile una ulteriore definizione e delimitazione giuridica dell'attività medica specifica ed esclusiva che farebbe vacillare quella *duplice posizione di garanzia* verso lo Stato e verso i cittadini di cui è titolare soltanto il medico, così come riconoscono dottrina e giurisprudenza *in primis* costituzionale (vedi da ultimo la recente sentenza della Corte Costituzionale n. 151/2009 sulla Fecondazione Medicalmente Assistita) e come afferma il Codice di Deontologia Medica, restando pur sempre il medico il protagonista e il primo responsabile delle fasi relazionale, diagnostica e terapeutica su cui si articola la sua attività.

D'altronde, nella prassi assistenziale, specie se svolta in *équipe*, è riconosciuto al medico un ruolo *preminente e come tale garante anche delle scelte praticate dal personale dipendente, con lo specifico obbligo di sorveglianza e di controllo e con l'assunzione di una responsabilità ad altri non delegabile ma neppure produttiva di impunità per ogni altro operatore che sbaglia* (Cass. civ., 16 marzo 2010, n. 10454).

Se ciò è vero e documentato, ne deriva la inderogabile necessità che ogni percorso diagnostico-terapeutico o progetto assistenziale riconosca la figura del medico tanto nella composizione della *équipe* quanto nel relativo processo funzionale, relazionale e curativo, anche nel quadro di una responsabilità *in eligendo e in vigilando* che non esclude deleghe strettamente operative ma sempre entro limiti di capacità e di fidu-



cia commisurati alla entità del rischio e nel rispetto delle esclusive prerogative del medico.

In altre parole, con riferimento alle sperimentazioni in corso, è possibile ipotizzare un'organizzazione del lavoro in equipe che preveda l'affidamento vigilato e responsabile di alcuni atti medici ad altre figure professionali con il limite che le procedure non sconfinino nella cessione di potestà esclusive.

La FNOMCeO, ritiene che la leadership medica (intesa in senso funzionale) sia da considerare come presidio di armonia, di coerenza, di efficienza e di sicurezza e come fattore di sintesi e di temperamento di plurime esperienze e specializzazioni professionali, adeguatamente formate, preparate e senz'altro insuscettibili di improvvisati assemblaggi.

In conclusione, l'eventuale trasferimento da una condizione sperimentale ad una "a regime" di modelli operativi che prevedano, in condizioni del tutto particolari e definite, l'affidamento di nuove competenze ad altri professionisti sanitari, appaiono per i medici coinvolti deontologicamente coerenti se perseguono e conseguono obiettivi di efficacia, qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure, se non discriminano i pazienti in ragione dei bisogni, se operano nel pieno rispetto dell'informazione e consenso e se soprattutto riconoscono al medico sul piano dell'autonomia tecnico professionale il ruolo di governo e sintesi del processo clinico assistenziale e su quello della responsabilità la duplice posizione di garanzia verso i cittadini e verso lo Stato in *eligendo e in vigilando*.

Le competenze fondanti questo ruolo di garanzia del medico non possono dunque essere oggetto di inappropriate sovrapposizioni o sottrazioni, costituendo invece un esclusivo obbligo giuridico e un preciso dovere deontologico del medico e dell'odontoiatra.

Gli Ordini professionali sono i naturali portatori di questi interessi peraltro generali e anche in ragione dell'art. 64 del Codice di Deontologia Medica, a loro spetta il compito di vigilare e intervenire su tali processi di cambiamento affinché le innovazioni non si riducano a mere derive efficientiste che mirano a ridurre i costi impoverendo i servizi di competenze appropriate, esponendo categorie sanitarie su terreni tecnico professionali non propri, sottraendo ruoli e compiti al medico oltre e contro la sua indiscussa posizione di garanzia e tutela della salute dei cittadini.

Approvato dal Consiglio Nazionale il 13 giugno 2010

Informazione pubblicitaria

www.gruppobper.it



MAX INFORMATION

Gruppo BPER. La nostra forza è la tua forza.

Banca Popolare dell'Emilia Romagna
Banca CRV - Cassa di Risparmio di Vignola
Banca della Campania
Banca di Sassari
Banca Popolare del Mezzogiorno
Banca Popolare di Aprilia



Banca Popolare di Lanciano e Sulmona
Banca Popolare di Ravenna
Banco di Sardegna
Carispaq - Cassa di Risparmio Provincia dell'Aquila
Eurobanca del Trentino

Questo è il marchio del Gruppo BPER. Un gruppo bancario composto da 11 banche con 1200 sportelli e 11000 uomini.

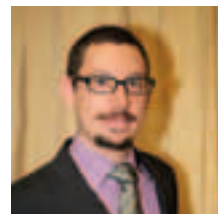
GRUPPO BPER

Questa rubrica si propone di commentare brevemente articoli tratti dalle più importanti riviste internazionali che abbiano una ricaduta importante nella pratica clinica

A cura di G. Abbati e M. Bianchini



G. Abbati



M. Bianchini

BJUI
KIDNEY INTERNATIONAL

Development and validation of a nomogram for predicting a positive repeat prostate biopsy in patients with a previous negative biopsy session in the era of extended prostate sampling

Ayman S. Moussa, J. Stephen Jones, Changhong Yu*, Khaled Fareed and Michael W. Kattan*

Glickman Urological and Kidney Institute and *Department of Quantitative Health Sciences, Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA

Accepted for publication 12 January 2010

Uno dei dilemmi più provocatori che gli urologi si trovano di fronte quotidianamente è dato dalla gestione dei pazienti già sottoposti a precedenti biopsie negative ma che si mantengono a rischio per neoplasia prostatica. E' noto infatti che una biopsia negativa non esclude la presenza di una neoplasia. Questo giustifica il fatto che molti pazienti di sesso maschile ripetano altre biopsie per il persistere di indicazioni cliniche o patologiche (alterazioni all'ER, alterazioni del PSA, peggioro PIN HG oppure ASAP ecc) che continuano ad indicarli come "pazienti a rischio". La percentuale di positività al secondo set biopsico (20% circa) giustifica

ampiamente tale percorso. E' altresì vero che la percentuale di positività in seguito decresce, in percentuale variabile a seconda dei lavori presi in considerazione: dal 4% dei casi prostatici non diagnosticati dopo quattro mapping riportato dalla scuola austriaca, al mancato riscontro di neoplasie dopo la sesta seduta biopsica riportato dal lavoro in esame. Ma quali sono gli evidenziatori tipici di rischio tumorale da prendere in considerazione per definire l'opportunità o meno di effettuare nuove biopsie? E' sufficiente un solo marker od occorre considerarne più d'uno concordi in tal senso? E quali sono nello specifico i più attendibili? Ma come relazionarli

fra di loro? Quali i più significativi? Interrogativi legittimi per sottoporre ad un'indagine invasiva ripetuta i pazienti realmente a rischio tumorale evitando indagini inutili a quelli ipotizzabili negativi.

Nell'articolo in riferimento si è cercato di sviluppare, e verificare, un nomogramma che aiuti a consigliare urologi e pazienti nel decidere l'effettuazione o meno di nuovi prelievi, specialmente nell'era degli schemi biopsici estesi e delle biopsie di saturazione: intendendo con questi ultimi il non sempre giustificato ricorso ad un numero sempre maggiore di prelievi. Se da un lato appare anacronistico il ricorso di prelievi solo in caso di "lesioni ecografi-

camente sospette" (è noto a tutti come la sola ecografia transrettale individui una minima parte di neoplasie), all'opposto non vi è nessuna linea guida che definisca sia un numero massimo di prelievi in un singolo mapping sia un numero massimo di mapping ecoguidati oltre il quale desistere dalla ricerca. Ciò avvalorata ulteriormente la necessità di dotarsi di uno strumento affidabile e condiviso.

La grande varietà di fattori predittivi presi in considerazione, con diverso peso fra di loro, chiarisce la difficoltà nello stabilire quali pazienti necessitino di altre biopsie. Si sono così considerati la percentuale di PSA libero e la PSA density dell'area di transizione, ancora il PSA totale e la curva del PSA stesso (Keetch e coll.: aumento significativo del PSA totale è inteso un valore di 0,75 ng/ml/anno perché ha una per-

centuale di positività nelle biopsie ripetute del 46%), così come la presenza di lesioni cosiddette precancerose alla prima seduta, la familiarità per ADK prostata e, buon ultimo in ordine temporale, il dosaggio ematico del PCA3. Questo ha portato a comprendere quanto sia difficile decidere la necessità o meno di re-biopsie basandosi solo su un fattore. Da qui la necessità di studiare un nomogramma che legasse fra di loro le diverse variabili ed è ciò che è stato fatto nel lavoro di Kattan. Numero complessivo di prelievi negativi effettuati in precedenti sedute biotiche, storia di PIN HG e/o ASAP, livello del PSA totale (ovviamente più è alto più il rischio è ingravescente) e la familiarità positiva per adk si sono dimostrati i fattori predittivi più attendibili unitamente al volume della ghiandola prostatica (a parità di PSA totale è molto più

a rischio una prostata di volume inferiore ai 40 cc rispetto ad una superiore). Alla fine tuttavia la decisione di effettuare o meno altri prelievi deve tenere in considerazione la probabilità predittiva di ADK prostata (ed è a questo che si vuole supplire con l'uso del nomogramma di Kattan), ma anche la storia clinica del paziente nonché la minima possibilità di effetti indesiderati secondari alla ripetizione della manovra e la possibilità di trovare una malattia clinicamente non significativa. In conclusione: il ricorso alla rebiopsia prostatica resta un'indicazione personalizzata per ogni paziente.

Maurizio Paterlini

L'articolo nella sua versione integrale è consultabile sul sito www.ordinemedicimodena.it sezione Bollettino.



GESTIONE DEL SISTEMA ECM NEL 2010

Riportiamo la Circolare della Regione Emilia Romagna sul nuovo sistema ECM che entra nel merito, tra l'altro, dell'attribuzione dei crediti ai tutor in qualunque ambito essi operino.



L'ultimo Accordo Stato-Regioni sul programma ECM (5.11.2009) e i documenti prodotti successivamente dalla Commissione nazionale per la formazione continua (vedi sul sito <http://www.salute.gov.it/ecm/ecm.jsp>) ribadiscono i principi definiti con il precedente Accordo del 1.8.2007 e ne precisano alcuni aspetti, relativi in particolare all'accreditamento dei provider, agli obiettivi formativi, ai criteri, alla valutazione della qualità, alle attività formative realizzate all'estero, ai liberi professionisti, etc. In attuazione di questi nuovi Accordi sull'ECM, la Giunta della regione Emilia Romagna ha adottato una prima delibera (n. 1648/2009) con la quale, tra l'altro, ha istituito l'Osservatorio regionale per l'educazione continua in medicina e per la salute (ORECM), ha confermato il ruolo dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e ha mantenuto il modello di accreditamento regionale degli eventi già in vigore in attesa di successive modifiche (vedi sul sito <http://ecm.regione.emilia-romagna.it>).

In questi mesi sono stati inoltre avviati gruppi di lavoro finalizzati a mettere a punto proposte per l'avvio dell'accreditamento istituzionale e dei provider, per lo sviluppo degli strumenti di programmazione della formazione e, soprattutto, del Dossier formativo (DF) e per progettare l'adeguamento del Sistema informativo regionale per l'ECM.

Il 2010 è, quindi, un anno di passaggio ed è importante far coesistere i diversi meccanismi di accreditamento, nazionale e regionale.

Si ricorda a questo fine che l'accreditamento regionale ECM in Emilia Romagna riguarda eventi formativi residenziali, sul campo e anche a distanza (FAD) proposti dalle Aziende sanitarie e dalle Università della regione e rivolti a professionisti della sanità della regione. L'accreditamento della Regione non può, invece, riguardare né eventi residenziali che di svolgano fuori dal territorio regionale, né eventi FAD aperti a professionisti che operino fuori dal territorio regionale. In questi casi occorre richiedere l'accreditamento nazionale.

Si ricorda, inoltre, che per il triennio 2008 – 2010 vi è l'obbligo per ogni operatore di acquisire 150 crediti inclusi, eventualmente, fino a 60 crediti acquisiti negli anni precedenti.

La Commissione nazionale ha anche definito nuovi criteri per l'attribuzione dei crediti che differiscono per alcuni aspetti da quelli utilizzati in questi anni in Emilia Romagna. A tal proposito si è ritenuto opportuno posticipare al 2011 l'adeguamento al nuovo sistema di attribuzione dei crediti e non modificare per tutti gli eventi che si terranno nel 2010 i criteri già in uso a livello regionale per la valutazione dei singoli eventi di formazione residenziale, sul campo e in FAD. In particolare per la valutazione della formazione sul campo, l'allegato alla DGR n. 1217/2004 resta il documento di riferimento.

Infine, per quanto riguarda l'attribuzione di crediti per attività di tutorato alla formazione, considerando sia la suddetta DGR che le determinazioni assunte dalla CNFC, si ricorda che sono riconosciuti, a seconda dell'impegno richiesto, un massimo di 4 crediti per ogni mese di tutorato della formazione universitaria di base e post-base e della formazione specifica in medicina generale. Il numero dei crediti acquisiti in attività di tutorato della formazione continua, della formazione universitaria di base e post-base e della formazione specifica in medicina generale, non potrà, comunque, superare la metà di quelli previsti per il triennio di riferimento, entro il quale ricomprendere anche i crediti ottenuti con attività di docenza.

PRESCRIZIONI CONCERNENTI LA RACCOLTA D'INFORMAZIONI SULLO STATO DI SIEROPOSITIVITÀ

Riportiamo la comunicazione del Garante inviata al nostro Ordine riguardante "la raccolta di informazioni sullo stato di sieropositività dei pazienti da parte degli esercenti le professioni sanitarie". Il tema si presta a molteplici interpretazioni e ritengo che non possa non essere approfondito nelle sedi più idonee quali ad esempio l'Ordine professionale. Proprio per questo si ritiene utile la pubblicazione integrale del Provvedimento del Garante del 12 novembre 2009 al fine di acquisire tutti gli elementi necessari per un doveroso approfondimento.



Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri
di Modena

Oggetto: prescrizioni concernenti la raccolta di informazioni sullo stato di sieropositività dei pazienti da parte degli esercenti le professioni sanitarie- Provvedimento del Garante del 12 novembre 2009 (pubblicato sulla G.U. n. 289 del 12 dicembre 2009).

In relazione a quanto emerso nel corso di una istruttoria curata da questa Autorità nei confronti di uno studio dentistico, è stato riscontrato che in diversi studi medici, all'atto della prima accettazione dei pazienti, è distribuito un questionario in cui si chiede a questi di evidenziare il proprio stato di salute e, in particolare, se si è affetti da infezioni da HIV.

Al riguardo, questa Autorità ha adottato l'allegato provvedimento in cui sono state individuate specifiche garanzie per la raccolta di informazioni sullo stato di sieropositività dei pazienti, che dovranno essere tenute in considerazione da parte degli esercenti le professioni sanitarie nello svolgimento delle proprie attività professionali.

Ciò premesso, si invia il suddetto provvedimento con preghiera di favorirne la più ampia conoscenza presso gli esercenti le professioni sanitarie.

I Dirigente
Dott. Claudio Filippi

Prescrizioni concernenti la raccolta d'informazioni sullo stato di sieropositività dei pazienti da parte degli esercenti le professioni sanitarie - 12 novembre 2009

(G.U. n. 289 del 12 dicembre 2009)

IL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Nella riunione odierna, in presenza del prof. Francesco Pizzetti, presidente, del dott. Giuseppe Chiavallotti, vice presidente, del dott. Mauro Paissan e del dott. Giuseppe Fortunato, componenti, e del dott. Filippo Patroni Griffi, segretario generale;

Visto il provvedimento adottato in data odierna nei confronti di uno studio dentistico odontoiatrico, in merito alla raccolta di informazioni relative allo stato di sieropositività dei pazienti mediante la compilazione di un questionario in fase di prima accettazione dello stesso;

Tenuto conto della particolare delicatezza delle informazioni idonee a rilevare lo stato di sieropositività dei pazienti;

Rilevata la necessità di estendere le prescrizioni formulate nel suddetto provvedimento a tutti gli esercenti le professioni sanitarie;

Visti gli atti d'Ufficio;

Vista la legge 5 giugno 1990, n. 135 (*Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS*) e il decreto del Ministro della Sanità del 28 settembre 1990 (*Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private*);

Viste le osservazioni formulate dal segretario generale ai sensi dell'art. 15 del regolamento del Garante n. 1/2000; Relatore il dott. Giuseppe Fortunato;

PREMESSO

È stato segnalato al Garante che in uno studio dentistico e odontoiatrico all'atto della prima accettazione dei pazienti è distribuito un questionario in cui si chiede a questi di evidenziare il proprio stato di salute ed, in particolare, se si è affetti da infezione da HIV.

Da alcune ricerche preliminari effettuate dall'Ufficio, è emerso che tale questionario è utilizzato da alcuni studi dentistici odontoiatrici ed è, talvolta, presente nelle applicazioni progettate da società informatiche per tali studi. Gli esercenti le professioni sanitarie, previa acquisizione del consenso informato del paziente, possono trattare i dati sanitari dello stesso per finalità di tutela della sua salute o incolumità fisica, fermi restando i casi di prestazioni d'urgenza per i quali si può prescindere dal consenso dell'interessato (artt. 75 e ss. del Codice).

Prima ancora di procedere all'attività di cura dell'interessato, infatti, l'esercente la professione sanitaria deve fornire allo stesso una completa informativa sul trattamento dei dati personali che intende effettuare, nonché acquisire il suo consenso anche oralmente. In tal caso il consenso è documentato con annotazione scritta da parte dell'esercente la professione sanitaria (artt. 13 e 81 del Codice).

Una volta acquisito il consenso informato del paziente al trattamento dei suoi dati personali, gli esercenti le professioni sanitarie hanno il compito di raccogliere tutte le informazioni sanitarie necessarie ad assicurargli una corretta assistenza medica.

Sia nell'informativa da rendere all'interessato che nell'ambito dei colloqui con il medico curante, infatti, quest'ultimo deve rendere edotto il paziente in merito all'importanza di ricostruire un quadro il più possibile completo delle informazioni sanitarie che lo riguardano, al fine di potergli offrire un migliore percorso di cura. In tale contesto, si inserisce il dovere del medico di illustrare al paziente le scelte diagnostiche o terapeutiche che intende perseguire e le relative prevedibili conseguenze; ciò, al fine di consentire allo stesso di aderire o meno alle proposte diagnostiche terapeutiche avanzate dal medico (cfr. art. 33 del Codice di deontologia medica del 16 dicembre 2006).

Con riferimento alla raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività, è, dunque, compito del medico curante illustrare al paziente l'importanza di conoscere anche tale informazione in relazione al tipo di intervento o al piano terapeutico da eseguire. Qualora ritenga, infatti, che la conoscenza dello stato di sieropositività sia indispensabile in relazione al trattamento sanitario o terapeutico che intende porre in essere, è suo compito illustrare al paziente le conseguenze che la mancata conoscenza di tale informazione potrebbe determinare.

Fermo restando, pertanto, che il medico è tenuto a raccogliere un'anamnesi dettagliata del paziente ed a illustrare a quest'ultimo l'importanza di tale raccolta di dati personali, l'interessato è comunque libero di scegliere, in modo informato - e quindi consapevole - di non comunicare al medico alcune informazioni sanitarie che lo riguardano, ivi compresa la sua eventuale sieropositività, senza per ciò subire alcun pregiudizio sulla possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie richieste (cfr. *Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e di dossier sanitario del 16 luglio 2009* [doc. web n. 1634116], par. n. 3, con particolare riferimento al diritto riconosciuto all'interessato di non comunicare ad un medico informazioni sanitarie che lo riguardano; cfr. altresì Documento di lavoro sul trattamento dei dati personali relativi alla salute contenuti nelle cartelle cliniche elettroniche (Cce) adottato il 15 febbraio 2007 dal Gruppo di lavoro per la tutela dei dati personali previsto dall'art. 29 della direttiva 95/46/CE, in particolare par. III, n. 1).

Il medico è, infatti, tenuto ad agire nel rispetto della libertà e della autonomia decisionale del paziente (art. 38 del richiamato codice di deontologia medica).

La raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività di ogni singolo paziente da parte degli esercenti le professioni sanitarie deve avvenire, pertanto, in conformità al quadro normativo sopra delineato ed ai principi di pertinenza e non eccedenza dei dati rispetto alle finalità del trattamento riconducibili alle specifiche attività di cura dell'interessato (art. 11, comma 1, lett. a) del Codice).

La raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività di ogni paziente che si rivolge per la prima

volta allo studio medico effettuata in fase di accettazione, indipendentemente dal tipo di intervento clinico o dal piano terapeutico che lo stesso deve eseguire (es. trattamento di igiene orale professionale, ablazione del tartaro, rx ortopantomica), appare in contrasto con i suddetti principi di pertinenza e non eccedenza dei dati. In tale quadro, si ritiene necessario prescrivere agli esercenti le professioni sanitarie di non raccogliere in fase di accettazione di ogni paziente che si rivolge a questi per la prima volta - e a prescindere dal tipo di intervento o piano terapeutico da eseguire - informazioni relative alla presenza di un eventuale stato di sieropositività. Gli esercenti le professioni sanitarie, infatti, - previo consenso informato del paziente - possono raccogliere l'informazione relativa all'eventuale presenza di un'infezione da HIV solo qualora tale dato anamnestico sia ritenuto dagli stessi necessario in funzione del tipo di intervento sanitario o di piano terapeutico da eseguire sull'interessato; resta fermo che quest'ultimo rimane libero di decidere in modo consapevole (e quindi informato) e responsabile di non comunicare al medico alcuni eventi sanitari che lo riguardano.

In ogni caso, il medico che viene a conoscenza di un caso di AIDS, ovvero di un caso di infezione da HIV, oltre a essere sottoposto a specifici doveri deontologici di segretezza e non discriminazione del paziente, è tenuto anche ad adottare ogni misura o accorgimento occorrente per la tutela dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità dello stesso, nonché le misure di sicurezza individuate dal Codice (art. 5, legge n. 135/1990, artt. 3, 10, 11, 20 del predetto codice di deontologia medica, artt. 33 e ss. del Codice e Disciplinary tecnico allegato B) al Codice).

L'esigenza di raccogliere informazioni in merito all'eventuale infezione da HIV in fase di accettazione del paziente non può, nemmeno, ricondursi alla necessità di attivare specifiche misure di protezione per il personale sanitario, in quanto la normativa di settore prevede che, stante l'impossibilità di avere certezza sullo stato di sieropositività del paziente, le misure di protezione devono essere adottate nei confronti di ogni singolo assistito.

La legge 5 giugno 1990, n. 135 (Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS), infatti, ha previsto specifiche disposizioni per la protezione del contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private, attuate con decreto del Ministro della sanità del 28 settembre 1990.

Più precisamente, il predetto decreto, nel considerare impossibile "identificare con certezza tutti i pazienti con infezione da HIV", ha previsto che le "precauzioni finalizzate alla protezione dal contagio" debbano essere prestate "nei confronti della generalità delle persone assistite" (cfr. premesse del citato decreto). In particolare, le specifiche precauzioni previste per gli operatori odontoiatrici devono essere adottate nei confronti di "ogni singolo paziente" (cfr. art. 4 del citato decreto nonché il paragrafo sulle "Precauzioni per gli odontoiatri" contenuti nelle Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo delle infezioni da HIV del 6 settembre 1989 emanate dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS).

Le disposizioni sopra citate evidenziano, infatti, che allo stato attuale delle conoscenze scientifiche non è possibile identificare con certezza tutti i pazienti affetti da HIV e che, pertanto, le misure di protezione dal contagio devono essere adottate, a prescindere dalla conoscenza dello stato di sieropositività del paziente, nei confronti di ogni soggetto sottoposto a cure dentistiche.

TUTTO CIÒ PREMESSO IL GARANTE

1. ai sensi dell'art. 154, comma 1, lett. c) del Codice, prescrive agli esercenti le professioni sanitarie di non raccogliere l'informazione circa l'eventuale stato di sieropositività in fase di accettazione di ogni paziente che si rivolge a questi per la prima volta, e a prescindere dal tipo di intervento o piano terapeutico da eseguire, fermo restando che tale dato anamnestico può essere legittimamente raccolto, previo consenso informato dell'interessato, da parte del medico curante nell'ambito del processo di cura, in relazione a specifici interventi clinici ove ciò sia ritenuto necessario;

2. ai sensi dell'art. 143, comma 2, del Codice, dispone che copia del presente provvedimento sia trasmessa al Ministero della Giustizia-Ufficio pubblicazione leggi e decreti, per la sua pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana*.

Roma, 12 novembre 2009

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE



Oggetto: Art. 10 della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”.

L’art. 10 della Legge 38/2010 (G.U. n. 65 del 19/3/2010), in vigore dal 3 aprile 2010, modifica le procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore, dando continuità al processo di semplificazione avviato con l’Ordinanza 16 giugno 2009.

Si riportano di seguito i principali elementi innovativi inerenti la prescrizione, introdotti dalla normativa in oggetto a modifica del DPR 309/90.

Art. 14, comma 1

I medicinali dell’Allegato III-bis utilizzati in terapia del dolore, con esclusione delle forme parenterali, sono stati inseriti nella tabella II sezione D. Si ricorda che ai sensi della legge 49/2006, la Sezione D comprende medicinali prescrivibili con ricetta normale da rinnovarsi volta per volta.

In attesa di provvedimenti ministeriali che, in continuità all’Ordinanza sopra citata, individuino specificamente i medicinali dell’Allegato III-bis inclusi nella tabella II sezione D, si ritiene al momento di confermare che i medicinali inseriti nella suddetta sezione sono le preparazioni contenenti: codeina, diidrocodeina, fentanile trans mucosale e transdermico, idrocodone, idromorfone orale, morfina orale, ossicodone orale (anche in associazione con paracetamolo), ossimorfone, buprenorfina transdermica, con l’esclusione quindi di buprenorfina orale e metadone, che restano collocati nella sezione A e soggetti agli obblighi di registrazione (art.60 commi 2 e 3 del DPR 309/90).

Art. 43, comma 4-bis

Nell’ambito del SSN, i farmaci dell’Allegato III-bis1, compresi quelli della sezione A, possono essere prescritti per il trattamento del dolore severo con la normale ricetta SSN al posto della ricetta a ricalco, ove prevista.

Per quanto riguarda il numero di confezioni prescrivibili per ricetta SSN, si precisa che possono essere prescritti due medicinali diversi nelle quantità e con le modalità indicate nella seguente tabella:

Numero confezioni per ricetta	Codice da indicare
fino a 2	Nessuno
fino a 3	Codice esenzione per patologia
superiore a due, fino 30 giorni di terapia	TDL01

Qualora la prescrizione riguardi i medicinali inclusi nella Tabella II sez.A, la ricetta dovrà riportare anche la posologia e la modalità di somministrazione.

In caso in cui la prescrizione dei medicinali dell’Allegato III bis inseriti nella tabella II sez. A non avvenga a carico del SSN, è necessario l’impiego della ricetta a ricalco (art.43 comma 1 DPR 309/90).

Art. 45, comma 1

Anche in caso di prescrizione su modulo normale SSN, per i medicinali della tabella II sez. A, il farmacista dovrà annotare sulla ricetta il nome e il cognome dell’acquirente e gli estremi del documento di ricono-

scimento. Tali dati dovranno essere riportati sul retro della ricetta nello spazio riservato alle annotazioni del farmacista.

Ai fini della registrazione di uscita del farmaco e della conservazione della documentazione, il farmacista avrà cura di effettuare copia della ricetta spedita con le annotazioni di cui sopra.

Art. 45, comma 3-bis

Il farmacista spedisce comunque la ricetta anche quando il numero di confezioni prescritte superi, in relazione alla posologia, il limite massimo consentito (30 giorni di terapia), ove l'eccedenza sia dovuta al numero di unità posologiche contenute nelle confezioni.

In caso di ricette prescriventi una cura di durata superiore a 30 giorni, il farmacista consegna un numero di confezioni sufficienti a coprire 30 giorni di terapia, dandone comunicazione al medico prescrittore.

Art. 45, comma 10-bis

Su richiesta del cittadino, il farmacista può spedire in via definitiva una ricetta di medicinali stupefacenti consegnando un numero di confezioni inferiore a quello prescritto, con annotazione e dandone comunicazione al medico prescrittore.

Il farmacista può spedire in maniera frazionata la ricetta, entro i 30 giorni dalla data del rilascio, annotando il numero di confezioni di volta in volta consegnate e dandone comunicazione al medico prescrittore.

Art. 60, comma 1

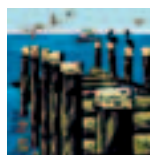
Il registro di entrata uscita deve essere conservato non più per cinque, ma per due anni, da parte delle farmacie convenzionate e ospedaliere, dei direttori sanitari e titolari di gabinetto in strutture sprovviste di servizio di farmacia. E' ridotto a due anni anche il termine di conservazione dei buoni acquisto, oltre che delle ricette.

Art. 60, comma 2

Le registrazioni in entrata e in uscita sul registro stupefacenti possono essere effettuate entro 48 ore dalla dispensazione.

Art. 60, comma 4

Il registro di entrata e uscita non ha più un numero di pagine predefinito, ma adeguato alle quantità normalmente detenute e movimentate.



C'È EQUIPOLLENZA TRA IL CERTIFICATO DEL MMG E DELLA ASL

Tanto la ASL quanto il medico convenzionato, costituiscono articolazioni del Ssn, pertanto non vi è alcuna ragione per ritenere che il certificato rilasciato da un medico convenzionato costituisca atto funzionalmente differente dal certificato rilasciato da una ASL e che i due documenti non siano equipollenti quanto ad efficacia certatoria siccome comunque provenienti da una struttura pubblica www.dirittosanitario.net.

Pubblichiamo la Circolare dell'Agenzia delle Entrate che accoglie la tesi della Cassazione riguardo ai medici di medicina generale dall'IRAP. Nella circolare viene stabilito che quando il lavoratore autonomo sia dotato elusivamente dei mezzi indispensabili all'esercizio dell'attività professionale, non sussiste il presupposto per l'applicazione del tributo. Rimane tuttavia la discrezionalità degli Uffici dell'Agenzia delle Entrate nel valutare le singole situazioni di volta in volta.

Riportiamo il testo integrale della Circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 28/E del 28 maggio 2010.



OGGETTO: IRAP – autonoma organizzazione – giurisprudenza della Corte di cassazione – ulteriori istruzioni operative per la gestione del contenzioso pendente

INDICE

- 1. Premessa**
- 2. Attività ausiliarie del commercio di cui all'articolo 2195, primo comma, n. 5 del codice civile**
 - 2.1 Posizione espressa nella circolare n. 45/E del 2008**
 - 2.2 Sentenze della Cassazione, SS.UU., 26 maggio 2009, nn. 12108, 12109, 12110, 12111**
- 3. Autonoma organizzazione – utilizzazione di beni e servizi di terzi**
- 4. Attività di medico di medicina generale**
- 5. Omessi versamenti**
- 6. Conclusioni**

1. Premessa

Con circolare n. 45/E del 13 giugno 2008 sono state fornite istruzioni per la gestione del contenzioso in materia di assoggettabilità degli esercenti arti e professioni all'imposta regionale sulle attività produttive (di seguito, IRAP), alla luce della sentenza della Corte costituzionale 21 maggio 2001 n. 156, secondo la quale l'autonoma organizzazione è presupposto per l'assoggettamento ad IRAP degli esercenti arti e professioni, e delle successive pronunce emesse dalla Corte di cassazione nel 2007 e 2008, che hanno fissato alcuni importanti principi ai fini dell'individuazione dell'attività autonomamente organizzata di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446.

A seguito delle successive pronunce della giurisprudenza di legittimità, vengono fornite ulteriori istruzioni.

2. Attività ausiliarie del commercio di cui all'articolo 2195, primo comma, n. 5 del codice civile

2.1 Posizione espressa nella circolare n. 45/E del 2008

Il punto 7 della circolare n. 45/E del 2008 ha esaminato la questione dell'assoggettamento ad IRAP dei redditi derivanti dall'attività d'impresa. In particolare è stato precisato che, conformemente a quanto disposto dalla citata sentenza della Corte costituzionale n. 156 del 2001 secondo cui "l'elemento organizzativo è connaturato alla nozione stessa di impresa", per tutte le attività d'impresa il requisito dell'autonoma organizzazione è intrinseco alla natura stessa dell'attività svolta e dunque sussiste, in ogni caso, il presupposto impositivo.

Con riferimento all'assoggettamento ad IRAP degli agenti di commercio e dei promotori finanziari, con

la predetta circolare è stato precisato che *"in giudizio va quindi sostenuta la natura imprenditoriale dell'attività degli agenti di commercio e dei promotori finanziari non legati da un rapporto di lavoro dipendente e, di conseguenza, l'assoggettamento all'IRAP"*.

In quella circostanza si è preso atto, invero, di quell'orientamento della giurisprudenza di legittimità, secondo cui gli agenti di commercio sono qualificabili come imprenditori commerciali ai sensi degli articoli 2082 e 2195 del codice civile (cfr. Cass. 11 ottobre 1991, n. 10673; 6 giugno 2003, n. 9102).

Considerato tuttavia che in materia di IRAP l'orientamento della Corte di cassazione era ancora oscillante sul punto si ritenne opportuno, tuttavia, precisare che *"in subordine occorre comunque dedurre, così come per i lavoratori autonomi, in ordine all'esistenza dell'autonoma organizzazione"*.

2.2 Sentenze della Cassazione, SS.UU., 26 maggio 2009, nn. 12108, 12109, 12110, 12111

Le sezioni unite della Corte di cassazione, con le sentenze richiamate in rubrica, hanno affrontato la questione della sistematica assoggettabilità ad IRAP delle attività "ausiliarie" del commercio di cui all'articolo 2195 del codice civile, svolte dall'agente di commercio, dal promotore finanziario e in generale dai soggetti "ausiliari". Nelle menzionate quattro sentenze di uguale contenuto, viene evidenziato che *"poiché la Corte costituzionale ha... distinto, ai fini dell'applicazione dell'imposta, tra 'impresa' nella quale l'elemento organizzativo sarebbe 'connaturato', e 'lavoro autonomo', rispetto al quale sarebbe necessario un accertamento caso per caso dell'esistenza di una 'autonoma organizzazione', ...diventa essenziale verificare quale sia, tra il polo dell'impresa e il polo del lavoro autonomo, la collocazione dell'esercizio delle attività ausiliare di cui all'art. 2195 c.c., nel cui quadro si collocano tanto l'agente di commercio, quanto il promotore finanziario"*. La Corte di cassazione, pur riconoscendo che per quanto riguarda la disciplina degli ausiliari del commercio ai fini delle imposte sui redditi il legislatore ha dato rilevanza esclusivamente ad aspetti qualitativi, *"includendo nel reddito di impresa l'esercizio di tutte quelle attività che abbiano natura oggettivamente commerciale, senza tener conto del profilo quantitativo, cioè proprio della dimensione organizzativa dell'attività, nella quale deve essere valutato il 'peso' del lavoro personale del soggetto, che quell'attività svolge, sull'impiego del capitale e sull'utilizzazione del lavoro altrui"*, ha però evidenziato che *"a quel che è stabilito per le imposte sul reddito non può essere riconosciuta una efficacia condizionante ai fini dell'interpretazione di imposte, come è l'IRAP, che rispondono ad altri criteri e ad una diversa ratio impositiva"*.

Secondo i giudici di legittimità le *"attività ausiliarie di cui all'art. 2195 c.c., le quali, pur essendo ai fini delle imposte sul reddito considerate produttive di reddito d'impresa, possono essere (e spesso sono) svolte dal soggetto senza 'organizzazione di capitali o lavoro altrui'. Se, infatti, si considerassero ai fini IRAP queste attività tout court 'attività di impresa', l'imposta non troverebbe corrispondenza nella sua ratio, e finirebbe per colpire una 'base fittizia', un 'fatto non reale', in contraddizione con una interpretazione costituzionalmente orientata del presupposto impositivo. Non è, infatti, la oggettiva natura dell'attività svolta ad essere alla base dell'imposta, ma il modo - autonoma organizzazione - in cui la stessa è svolta, ad essere la razionale giustificazione di una imposizione sul valore aggiunto prodotto, un quid che eccede il lavoro personale del soggetto agente ed implica appunto l'organizzazione di capitali o lavoro altrui: se ciò non fosse, e il lavoro personale bastasse, l'imposta considerata, non solo non sarebbe vincolata all'esistenza di una 'autonoma organizzazione', ma si trasformerebbe inevitabilmente in una sostanziale 'imposta sul reddito'"*.

La Cassazione conclude affermando il seguente principio di diritto: *"in tema di IRAP, a norma del combinato disposto del D.Lgs. 15 dicembre 1997, n. 446, art. 2, comma 1, primo periodo, e art. 3, comma 1, lett. c), l'esercizio delle attività di agente di commercio, di cui alla L. n. 204 del 1985, art. 1, e di promotore finanziario di cui al D.Lgs. n. 58 del 1998, art. 31, comma 2, è escluso dall'applicazione dell'imposta soltanto qualora si tratti di attività non autonomamente organizzata"*.

Il principio affermato con riferimento alle singole controversie trattate (riguardanti gli agenti di commercio e i promotori finanziari) è stato esteso dalla Suprema Corte, per come può desumersi dai brani delle sentenze prima riportati, a tutte le attività ausiliarie di cui all'articolo 2195 del codice civile, considerato che i giudici di legittimità pongono a fondamento del proprio ragionamento la distinzione tra *"l'attività d'impresa"*, nella quale l'elemento organizzativo sarebbe connaturato, e *"le attività ausiliarie"*, che pos-

sono essere svolte dal soggetto senza organizzazione di capitali o lavoro altrui e per le quali si rende necessaria la valutazione caso per caso dell'esistenza di un'autonoma organizzazione.

Si ricorda che la Corte di cassazione ha definito imprese ausiliarie *"quelle che, prive di intrinseca autonomia funzionale, hanno come scopo tipico l'oggettiva agevolazione di altre attività, sicché l'impresa esercente l'attività, ausiliaria, a differenza di quella produttrice di servizi (la cui attività, di carattere autonomo, ha per oggetto un prodotto destinato ad essere utilizzato dalla generalità delle imprese), se da un lato deve avere una propria struttura organizzativa ed operativa ben distinta da quella delle imprese ausiliate, dall'altro deve svolgere una funzione accessoria, complementare e strumentale rispetto all'attività, tipica di altre imprese talché, ove venisse separata da queste, non avrebbe alcuna possibilità di utile applicazione"* (Cass. 28 maggio 2003, n. 8485).

3. Autonoma organizzazione – utilizzazione di beni e servizi di terzi

Con circolare n. 45/E del 2008 - punto 5.4.1 - è stato precisato che *"l'affidamento a terzi, in modo non occasionale, di incombenze tipiche dell'attività artistica o professionale, normalmente svolte all'interno dello studio, deve essere valutata ai fini della sussistenza dell'autonoma organizzazione"*.

Inoltre, al punto 5.4.2, è stato precisato che *"ai fini della verifica dell'autonoma organizzazione rileva comunque la disponibilità di beni strumentali eccedenti il minimo indispensabile per lo svolgimento dell'attività, anche qualora non vengano acquisiti direttamente, ma siano forniti da terzi, a qualunque titolo"*.

Tale posizione è ora avvalorata dalla Corte di cassazione, la quale ha rilevato come agli effetti impositivi IRAP ciò che rileva è *"la sussistenza di una organizzazione autonoma, restando indifferente il mezzo giuridico col quale quest'ultima è attuata (dipendenti ovvero società di servizi), che rende possibile lo svolgimento dell'attività dei professionisti, attraverso la disponibilità di beni strumentali, capitali e stabili forme di collaborazione, funzionali all'espletamento delle particolari incombenze; il che si realizza, come nel caso, con il contratto di outsourcing che impegna le parti a collaborare affinché la clientela percepisca la attività come organizzazione unitaria fornitrice di più servizi"* (Cass. 25 maggio 2009, n. 12078).

4. Attività di medico di medicina generale

La Corte di cassazione ha altresì affermato che per il medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale la prova dell'autonoma organizzazione non può essere offerta dall'utilizzo di quelle apparecchiature previste obbligatoriamente dalla convenzione stessa, essendo invece sempre necessario provare, caso per caso, l'esistenza dell'autonoma organizzazione.

I giudici di legittimità hanno sottolineato che le attrezzature necessarie per l'esercizio dell'attività di medico convenzionato non eccedono il minimo indispensabile per l'esercizio della professione medica, in quanto è la *"stessa convenzione che qualifica gli arredi e le attrezzature prescritte come indispensabili per l'esercizio della medicina generale. Se un bene strumentale è indispensabile, deve ritenersi che risponda anche al requisito della minimalità, ove non siano dedotti in concreto, come nella specie, costi eccedenti"* (cfr. Cass., ordinanza 8 gennaio 2010, n. 142; in senso conforme Cass. 1 luglio 2009, n. 15440; Cass. 23 luglio 2009, n. 17231).

La Cassazione ha inoltre precisato che *"proprio in relazione alla attività di medico, ... è insufficiente la motivazione laddove enumera i beni strumentali utilizzati dal contribuente ma non spiega per quale ragione li ritenga eccedenti la normale dotazione necessaria per l'esercizio della professione ed è incongrua laddove deduce dalla sola necessità di adeguarsi agli obblighi derivanti dalla convenzione con il S.S.N. la circostanza che debba necessariamente sussistere un'autonoma organizzazione per farvi fronte, dal momento che è ben possibile adempiere agli obblighi senza necessità di collaborazione altrui o significativi investimenti"* (cfr. Cass. 14 aprile 2009, n. 8826).

Lo schema tipo di convenzione con il S.S.N. stabilisce che *"Lo studio del medico convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate"*.

Alla luce dei principi sanciti dalla Corte di cassazione, si deve ritenere che la stretta disponibilità dello studio attrezzato così come previsto dalla convenzione non possa essere considerata di per sé indice di

esistenza dell'autonoma organizzazione per i medici di medicina generale. In altri termini, lo studio e le attrezzature previste in convenzione possono essere considerate il minimo indispensabile per l'esercizio dell'attività da parte del medico, mentre l'esistenza dell'autonoma organizzazione è configurabile, ex adverso, in presenza di elementi che superano lo standard previsto dalla convenzione e che devono essere pertanto valutati volta per volta.

In proposito, va altresì considerato che in un caso specifico i giudici di legittimità hanno coerentemente riconosciuto la sussistenza dell'autonoma organizzazione di un medico convenzionato ritenendo che *"la Commissione ha congruamente motivato la valutazione circa la non limitatezza dei beni strumentali utilizzati esponendo il valore dei beni strumentali (circa L.60.000.000), delle quote di ammortamento (circa L. 11.500.000) e delle altre spese, traendone evidentemente la conseguenza, con valutazione in fatto non censurabile in quanto motivata, che eccedessero la media degli investimenti dello specifico settore e che quindi fossero presenti 'significativi elementi di organizzazione'"* (Cass. 5 febbraio 2009, n. 2850).

5. Omessi versamenti

Talune controversie hanno origine da cartelle di pagamento emesse ai sensi dell'articolo 36-bis del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600, a seguito dell'omesso versamento dell'IRAP indicata dal contribuente in dichiarazione.

In tali controversie il contribuente non lamenta vizi propri della cartella di pagamento bensì il difetto di autonoma organizzazione e, conseguentemente, la non assoggettabilità al tributo.

Con la sentenza a sezioni unite 14 ottobre 2009, n. 21749, concernente proprio una controversia avente ad oggetto una cartella di pagamento emessa a seguito di omesso versamento dell'IRAP indicata in dichiarazione, la Cassazione ha affermato che *"Dal principio della emendabilità e ritrattabilità della dichiarazione... discende che la possibilità per il contribuente di emendare la dichiarazione allegando errori di fatto o di diritto commessi nella sua redazione, ed incidenti sull'obbligazione tributaria, è esercitabile non solo nei limiti in cui la legge prevede il diritto al rimborso ai sensi del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602, art. 38 ma anche in sede contenziosa per opporsi alla pretesa tributaria dell'amministrazione finanziaria (in questo senso Cass. 22021/06)"*.

Tale sentenza conferma il precedente orientamento della giurisprudenza di legittimità secondo cui *"la liquidazione in base alla dichiarazione D.P.R. n. 600 del 1973, ex art. 36 bis ed D.P.R. n. 633 del 1972, art. 54 bis, non preclude al contribuente, attraverso la impugnazione della relativa cartella, di rimettere in discussione la debenza del tributo, in quanto solo la mancata impugnazione della cartella comporta la preclusione del rimborso previsto dal D.P.R. n. 602 del 1973, art. 38 (Cfr. Cass. 8456/2004)"* (cfr. Cass. 29 maggio 2006, n. 12787).

Sulla scorta della giurisprudenza che precede, le strutture territoriali ometteranno di eccepire in giudizio che il difetto di autonoma organizzazione possa essere fatto valere solo attraverso la presentazione della dichiarazione integrativa.

6. Conclusioni

Nella gestione del contenzioso concernente l'IRAP "lavoratori autonomi" le strutture territoriali terranno conto delle indicazioni fornite con la presente circolare. Continueranno ad osservare altresì le istruzioni contenute nella circolare n. 45/E del 2008, per quanto compatibili con le modifiche ed integrazioni di cui alla presente, che prende atto degli ulteriori orientamenti giurisprudenziali prima richiamati.

Il contenzioso pendente va eventualmente abbandonato solo se il ricorso del contribuente risulti fondato alla luce sia dei richiamati orientamenti giurisprudenziali sia dei presupposti di fatto (assenza di organizzazione autonoma) che legittimano l'esclusione dall'IRAP, sempre che non siano sostenibili altre questioni.

Le Direzioni regionali vigileranno affinché le istruzioni fornite e i principi enunciati con la presente circolare vengano puntualmente osservati dalle Direzioni provinciali e dagli Uffici dipendenti.

CONTRIBUZIONE PERCENTUALE 12.50% O 2% sui redditi professionali anno 2009 – scadenza 31 luglio 2010

Obbligo contributivo e termini di presentazione: I professionisti iscritti all'ENPAM, sono tenuti a comunicare entro il **31 luglio 2010** il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2009. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando il modello D che sarà recapitato al domicilio degli iscritti entro il mese di giugno 2010, è inoltre disponibile sul sito internet www.enpam.it, ovvero, la dichiarazione del reddito professionale può essere effettuata in via telematica previa REGISTRAZIONE presso l'Area Riservata del Portale della Fondazione ENPAM. Una volta effettuata la registrazione, per accedere all'area riservata ed effettuare la dichiarazione è necessario inserire *UTENTE* e *PASSWORD* negli appositi campi presenti nell'home page del portale ENPAM.

Invio modello D in ritardo: In caso di invio del modello D oltre il termine del 31 luglio 2010, è prevista l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a euro 120,00.

Contribuzione ridotta: La richiesta di contribuzione ridotta presso il Fondo della Libera Professione Quota B può essere presentata entro il 31 luglio 2010 dagli iscritti dotati di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di un trattamento pensionistico.

Richiesta contribuzione ridotta in data successiva al 31 luglio 2010: Qualora l'istanza venga presentata oltre tale termine essa si intenderà riferita agli eventuali redditi professionali prodotti nell'anno 2010. Iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta: Coloro che negli anni precedenti hanno regolarmente prodotto la predetta domanda non devono ripeterla.

Perdita del diritto alla contribuzione ridotta: In caso di perdita del diritto alla contribuzione ridotta l'iscritto deve darne comunicazione all'ENPAM tramite il modello D indicando la data in cui sono venute meno le condizioni di accesso.

Opzione contribuzione intera: Gli iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta possono optare per il versamento del contributo nella misura intera del 12,50%. Tale opzione non è revocabile.

Pensionato del Fondo Generale ENPAM: I pensionati del Fondo Generale ENPAM NON SONO esonerati dal versamento dei contributi. Se titolari di reddito professionale, possono chiedere entro il 31 luglio 2010, nell'apposito riquadro nel modello D, di essere ammessi al versamento del contributo nella misura intera del 12,50% o ridotta del 2%. Le modalità di versamento del contributo e di invio del modello D sono identiche a quelle previste per gli iscritti non pensionati.

Il reddito assoggettato a contribuzione presso la "Quota B" del Fondo Generale è quello derivante dall'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica, al netto delle spese sostenute per produrlo. Concorrono, altresì, a formare tale reddito i compensi, anche se equiparati ai fini fiscali ai redditi di lavoro dipendente, che derivano dallo svolgimento di attività attribuite all'iscritto in ragione della sua particolare competenza professionale.

I medici e gli odontoiatri convenzionati con il S.S.N. non devono dichiarare nel modello d 2010 i compensi corrisposti dalle aziende sanitarie locali ma indicare esclusivamente gli eventuali redditi da libera professione prodotti, al netto delle relative spese.

A titolo esemplificativo, sono, pertanto, soggetti a contribuzione:

- i compensi per l'attività libero professionale "intra-moenia", svolta individualmente od in equipe all'interno od all'esterno della struttura aziendale ovvero per prestazioni aggiuntive anche finalizzate alla riduzione delle liste di attesa;
- i redditi da lavoro autonomo prodotti nell'esercizio della professione medica e odontoiatrica, ivi compresa l'attività svolta in forma associata e quella svolta in regime di "extra moenia";
- i redditi da collaborazione coordinata e continuativa o a progetto;
- i compensi per la partecipazione a congressi o convegni e per attività di ricerca in campo sanitario;
- i proventi derivanti da prestazioni occasionali ovvero da collaborazioni coordinate e continuative ri-

- chieste all'iscritto in virtù della sua particolare competenza professionale;
- gli utili derivanti da associazioni in partecipazione, quando l'apporto è costituito esclusivamente dalla prestazione professionale.

Il contributo dovuto alla "Quota B" del Fondo Generale sarà determinato dagli Uffici dell'Ente sulla base dei dati indicati nel Modello D 2010. Il relativo pagamento dovrà essere effettuato in un'unica soluzione entro il 31 ottobre del corrente anno e comunque non oltre il termine indicato sul bollettino MAV pre-compilato (pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale) che la Banca Popolare di Sondrio invierà in prossimità della suddetta scadenza a tutti gli iscritti tenuti al versamento.

Gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it possono, inoltre, reperire un duplicato del bollettino accedendo all'Area riservata di tale sito. In questo caso il pagamento può essere effettuato esclusivamente presso qualsiasi Istituto di Credito.

Si ricorda che i contributi previdenziali sono interamente deducibili dall'imponibile fiscale, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lett. e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).



COMUNICATO GIUNTA ESECUTIVA DEL 28 APRILE 2010

*Fondazione O.N.A.O.S.I.
Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani – Perugia*

Nel quadro degli adempimenti da svolgere in funzione delle elezioni per il rinnovo delle cariche statutarie, sulla base della normativa vigente, la Giunta Esecutiva ha deliberato:

- di richiedere a tutti i sanitari contribuenti volontari, per i quali risulta la contemporanea **iscrizione sia all'Albo dei Medici Chirurghi, che a quello degli Odontoiatri (doppia iscrizione)**, di esercitare opzione per una delle due categorie professionali, ai fini dell'esercizio del diritto di voto, in vista del rinnovo degli Organi previsti dal nuovo Statuto e, segnatamente, per l'elezione dei rappresentanti dei contribuenti volontari, dando atto altresì che l'opzione va riferita allo status posseduto alla data del 31.12.2009;
- di richiedere ai sanitari iscritti vitalizi, con riferimento alla categoria dei Medici Chirurghi o degli Odontoiatri, la categoria alla quale appartenevano come contribuenti al momento dell'esercizio dell'opzione, ai fini dell'esercizio del diritto di voto;
- di dare atto che l'opzione dovrà essere prodotta dai contribuenti di cui ai punti precedenti entro 30 gg. dal ricevimento della richiesta della Fondazione con raccomandata A.R. e che in mancanza della stessa, l'opzione si intenderà tacitamente espressa a favore della categoria dei Medici Chirurghi.
- La Giunta Esecutiva ha deliberato di procedere relativamente ai crediti contributivi dell'anno 2005 - nonché a quelli degli anni 2003/2004 per i contribuenti di cui si è avuta notizia solo adesso - alla notifica, entro il mese di ottobre 2010, dell'atto di messa in mora mediante raccomandata A.R. nei confronti dei sanitari libero professionisti:
 - cui non sia stata notificata la cartella esattoriale,
 - che hanno ricevuto la cartella esattoriale, ma per i quali, a seguito della proposizione del giudizio, si è proceduto allo sgravio della stessa, con conseguente richiesta di cessazione della materia del contendere;
 - che hanno impugnato la cartella e per i quali si procederà allo sgravio della stessa, il cui giudizio è ancora in corso;
 - per i quali non è certa l'avvenuta notifica alla luce della mancata comunicazione del concessionario,
 - per i quali è stata disposta con sentenza del Giudice, la restituzione delle somme versate spontaneamente dal contribuente a seguito della ricezione dell'avviso bonario di pagamento,
 - per i sanitari che hanno proposto giudizio, la cui cartella è stata annullata dal provvedimento del Giudice.

Non verranno effettuati atti di messa in mora nei confronti di sanitari:

- libero professionisti il cui debito contributivo sia pari od inferiore ad € 10,33 alla luce del disposto dell'art. 12-bis del D.P.R. 29 settembre 1973. n. 602,
- libero professionisti già risultati irreperibili anche per gli Ordini Professionali di appartenenza,
- dipendenti da Enti Pubblici.



"sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"...

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI

AL SANGIÒTT= IL SINGHIOZZO

Prima d'iniziare l'ormai tradizionale rassegna dialettale sulla medicina in generale, desidero ringraziare i colleghi Geminiani e non che seguono il Bollettino anche dal punto di vista ludico. Se qualche collega, o amico, o parente, o chi a vlì vuèter (o chi volete voi), avesse qualche idea o qualche suggerimento per quanto concerne la nostra rubrica, me li può comunicare personalmente (cell. 338/9368726 o telefonando all'Ordine 059/247721). Si inizi....



L. Arginelli

Con il termine "sangiòtt" ci riferiamo al singhiozzo occasionale, non derivante da malattia organica. Nella medicina moderna si dà poca importanza a questo sintomo limitandosi, per migliorarlo, a qualche manovra particolare, come quella del Valsalva, o affidandosi a bevande gassate fredde. Qualcuno ancora oggi usa come rimedio una zolletta di zucchero con qualche goccia di limone. Sicuramente la terapia d'un tempo era più spiccia, condensata nel modo di dire: **"cun'na paura a pàsa al sangiòtt"** (quindi il singhiozzo secondo quei tempi passerebbe con uno spavento improvviso). Dal latino "singultus", eccovi alcuni modi di dire: **"cun al sangiòtt a passa la paura"** (col singhiozzo passa la paura); **"éser culór ed sangiòtt ed lumagòt"** (essere color di singhiozzo di lumaca, cioè di un colore decisamente indefinibile); **"sangiòtt futù, torna indrée per al bùs dove t'è gnù"** (singhiozzo fottuto, torna indietro dal buco dal

quale sei venuto), si ripeteva tre volte senza respirare ed il singhiozzo spariva, quasi sempre...
Un altro modo era quello di bere tre sorsi d'acqua dietro fila, senza respirare, risultato, quasi...certo.

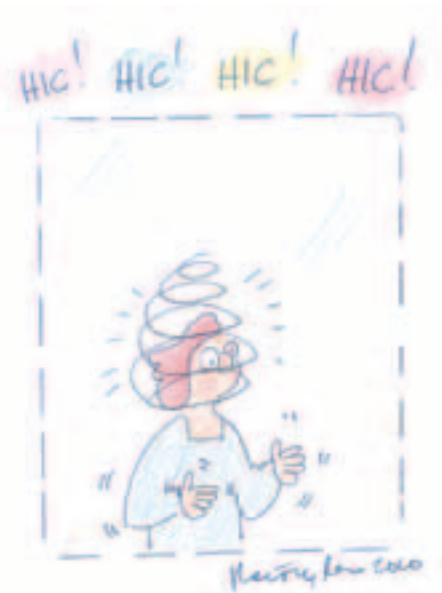
Finisco la rubrica con qualche vecchio detto dialettale in medicina:

"la variàna tòtt i mèl l'arsàna" (la valeriana tutti i mali risana); come è noto la radice di questa pianta ha proprietà antispastiche e sedative.

"L'è méi cunsumèr él schèrpi che i linzóo" (è meglio consumare le scarpe che le lenzuola); consuma le scarpe chi è sano, perché cammina e vive all'aria aperta, consuma le lenzuola invece chi è ammalato (o pigro) e trascorre il suo tempo a letto.

"Dieta, ripòs e bòun umór i guarisse méi che zèint dutór" (dieta riposo e buon umore guariscono meglio di cento dottori). Questa è un'altra delle empiriche indicazioni terapeutiche di cui un tempo era pieno il nostro dialetto.

VIGNETTE A CURA DI PAOLO MARTONE



P. Martone



Nacque a Modena nel 1914. Studiò presso l'istituto d'arte A. Venturi di Modena, sotto la guida di **Camillo Verno** ed **Arcangelo Salvarani**.

Si iscrisse poi ai corsi di "scenografia", che poi abbandonò per dedicarsi all'insegnamento, all'approfondimento della cultura architettonica ed alla pittura. Partecipò ai "Littoriali dell'arte pubblicitaria", ed a quelli di "scenografia", dove vinse il 3° premio nazionale con i bozzetti per la "Fidanzata dell'albero verde", di Rosso San Secondo.

Nel 1983, gli venne riconosciuto il 2° premio per l'architettura, messo in palio dal pensionato quadriennale **Luigi Poletti**.

Fu "accademico benemerito" presso l'Accademia Nazionale Guglielmo Marconi, per le scienze, lettere ed arti di Roma.

Nel 1998 l'Archeoclub modenese, gli ha conferito il "premio San Geminiano" alla carriera. Legato al filone tradizionalista, ma ispirato pure da forme moderne di espressione, è un artista di indiscutibile validità.

Molti critici hanno lodato la fermezza del disegno, la forte carica emotiva, lo stile fluido e garbato ed i suoi colori freschi immediatamente rispondenti al sentimento.

I suoi ambienti (cortili, pareti, tetti di case, terrazze, balconi, strade, piazze, pianure e monti), sono atti di amore verso il bello, finestre aperte alla luce. Gino Molinari è facile da riconoscere,

attraverso la soffusa complice penombra di "un palco al comunale", in via San Carlo affollata di bancarelle, negli immacolati e silenziosi monti di neve sulle Dolomiti, o in "Portofino", una bomboniera vista dal mare.

Alcune sue opere:

"La Messa delle sei", cm 35x50, acquerello, 1992 (opera di copertina)

"Fiera di San Geminiano in via San Carlo", cm 30x40, acquerello, 1968

"Venezia: i 3 ponti", cm 35x25, acquerello fissato, 1972

"Fiori", cm 25x35, acquerello, 1990

"Mercato di via Albinelli", cm 30x40, olio, 1968

"Cena Vecchia Modena", 35x40, acquerello, 1982



Mercato di via Albinelli

È una donna che nella vita ha avuto alti e bassi: se li è fatta tutti.

Detto popolare

La vita è una stoffa che i giovani vedono dal dritto, i vecchi dal rovescio.

Henry Ford



R. Olivi Mocenigo

In politica l'abilità sta nel saper sviare le domande, l'arte sta nel non farsele porre.

Paul Valéry

Mira alla luna, anche se la manchi atterrerai tra le stelle.

Anonimo

La ricchezza è la cosa più effimera che Dio possa dare a un uomo. Per questo il buon Dio la concede in genere agli asini più grandi ai quali non intende dare altro".

Martin Lutero



ASSOCIAZIONE MOGLI DEI MEDICI Sezione di Modena

Donato alla Geriatria dell'Ospedale di Baggiovara un software per l'analisi delle apnee nell'anziano. Il programma sarà integrato nella strumentazione che serve per eseguire l'elettrocardiogramma dinamico nelle 24 ore e servirà per individuare le interruzioni del respiro nelle ore notturne.

Un software per l'analisi delle apnee notturne nell'anziano è stato donato al **Centro di Valutazione e Ricerca Gerontologica dell'Università di Modena e Reggio Emilia, diretto dal prof. M. Neri**, che sarà utilizzato presso l'Unità operativa di Geriatria dell'Ospedale di Baggiovara. Protagonista dell'iniziativa è la sezione modenese dell'**Associazione Mogli Medici Italiani, presieduta da Antonella Candeli**, che ha acquistato il programma del valore di circa 2.300 euro.

Il programma si integra nella strumentazione già in dotazione all'ambulatorio di cardiogeriatrici (Dr. G. Rioli e D.ssa C. Mussi), in particolare l'Holter-ECG, che consente di studiare l'elettrocardiogramma nelle 24 ore.

In genere, lo studio delle apnee viene realizzato attraverso la polisonnografia, un esame molto costoso che impegna molti professionisti e richiede l'ospedalizzazione o la permanenza in un centro dedicato. Invece, grazie al nuovo software, si potranno studiare le apnee dalla registrazione dell'Holter-ECG. Un'analisi di facile esecuzione in ambulatorio e poi a casa, poco dispendiosa, per individuare pazienti che hanno un disturbo a rischio e che potranno essere successivamente sottoposti a esami più complessi.

La sindrome delle apnee del sonno, una patologia che spesso colpisce gli anziani, specie se obesi, è data dalla coesistenza di fasi di apnea (mancanza di respiro per non meno di 10 secondi) con almeno cinque episodi ogni ora e di eccessiva sonnolenza di giorno. È una malattia pericolosa perché aumenta la mortalità, è un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari e favorisce gli incidenti stradali e sul lavoro.



L'A.M.M.I. (Associazione Mogli Medici Italiani) è costituita dalle mogli e dalle vedove dei medici e degli odontoiatri e opera attivamente, in stretta collaborazione con i medici, per un'educazione sanitaria e una corretta divulgazione della medicina preventiva in favore della popolazione e in particolare della donna. La sezione modenese conta su circa ottanta socie e grazie alla loro generosità vengono acquistate strumentazioni ospedaliere e attrezzature ambulatoriali. Proprio in questo ambito è stato donato il software al Centro di Ricerca e Valutazione Gerontologica.

RINGRAZIAMENTI

Signor Presidente Nicolino D'Autilia, Cari Colleghi,

in un momento triste della mia vita vorrei esprimere un ringraziamento da pubblicare sulla nostra rivista a tutti i colleghi che hanno alleviato la mia pena e dimostrato con grande competenza ed umanità il valore intrinseco della nostra professione.

Nell'impossibilità di farlo personalmente vorrei esprimere un sincero ringraziamento a tutti i Colleghi che hanno prestato le loro attente e premurose cure a mio padre Angelo, all'uomo prima che alla malattia, anche quando la malattia ha vinto sulla vita.

Grazie ai radiologi Piero D'Alimonte, Barbara Canossi, Mario De Santis, grazie ai gastroenterologi-endoscopisti, De Maria, Merighi, Antonioli, all'anestesista Marco Bozzola, all'oncologa Norma Malavasi, ed ai loro collaboratori di Reparto, agli infermieri del Nodo. Grazie a Gianmaria Cavallini per avergli donato una qualità di vita migliore.

Grazie per l'affetto dimostrato, per averci aiutato a capire, per avere pianificato con noi le scelte più appropriate, per averci aiutato a saperci fermare quando infine è stato necessario.

Un ringraziamento particolare va a Gaetano Feltri, da cui ho imparato attraverso questa personale esperienza, a compiere gli ultimi gesti di cure affettuose verso una vita che si spegne, a fare ancora qualcosa perchè ciò possa avvenire con dignità e rispetto, a offrire sostegno e conforto a chi si sta preparando alla perdita....

Grazie Gaetano, per avermi permesso di condividere il significato più profondo della nostra professione. Grazie a tutti, con sincero affetto.

Rita Stefani

"SCOMMETTI CHE SMETTI?" HA PREMIATO 42 EX FUMATORI

Due le menzioni speciali attribuite dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

Si è svolta il 5 giugno la cerimonia di premiazione del concorso a premi per diventare non fumatori promosso dall'Azienda USL e dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena nell'ambito del Programma territoriale "Comunicazione e promozione della salute". Con l'occasione sono state assegnate anche due targhe onorifiche dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri al medico e al pediatra di famiglia che si sono maggiormente impegnati a far partecipare i fumatori a "Scommetti che smetti?". La prima menzione speciale è stata consegnata dal dott. Lodovico Arginelli, Consigliere Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena, a Cataldo Piancone, il Medico di Medicina Generale che ha annoverato



il maggior numero di iscritti al concorso tra i suoi assistiti, mentre il riconoscimento di Pediatra di Libera Scelta che più ha contribuito alla promozione dell'iniziativa è andato a Sabrina Bulgarelli. "Scommetti che smetti?", l'originale concorso a premi rivolto a quanti fumano in provincia di Modena con l'obiettivo di favorire l'abbandono dell'abitudine tabagica attraverso una metodologia partecipativa che utilizza un carattere ludico e "competitivo", è giunto alla quinta edizione, con il prezioso sostegno di diversi partner (Enti locali, associazioni di categoria e di volontariato, sportive, sindacali e dei consumatori) che si impegnano, ormai da qualche anno, in azioni per la lotta al fumo. Prezioso il ruolo del professionista della salute in un intervento di comunità quale "Scommetti che smetti?" a sostegno di coloro che intraprendono il percorso della disassuefazione dal fumo. Il 29% degli iscritti al concorso ha affermato, infatti, di aver appreso in ambiente sanitario dell'esistenza del concorso.

L'edizione 2010 del concorso ha raccolto 329 adesioni prevalentemente da parte di soggetti di età compresa tra i 36 e i 55 anni, ma ha avuto una forte eco anche tra i più giovani (ben il 48% degli iscritti ha un'età compresa tra i 18 e i 35 anni), e ha avuto particolare successo tra gli uomini, che rappresentano oltre la metà degli iscritti al concorso. Ben il 67% dei partecipanti ha dichiarato di fumare oltre 10 sigarette al giorno, mentre il 21% di loro ha affermato di fumare più di un pacchetto al giorno. Il 10% dei partecipanti ha fumato per più di 25 anni della sua vita. Inoltre, il 20% degli iscritti a "Scommetti che smetti?" ha colto l'occasione del concorso per tentare per la prima volta di abbandonare l'abitudine alla sigaretta. Quanto all'attività lavorativa dei partecipanti, circa il 50% lavora in aziende private, l'8,5% sono lavoratori autonomi, il 7,3% studenti, il 6,7% pensionati, il 6% operatori sanitari, il 5% disoccupati e il 2% casalinghe.

Tra tutti gli iscritti che si sono impegnati ad abbandonare le sigarette nel periodo compreso fra il 2 e il 29 maggio, ben 42 hanno ricevuto uno dei premi assegnati a seguito di un'estrazione (e dopo le verifiche previste dal regolamento, cioè la misurazione del valore di monossido di carbonio nel respiro e la quantità di cotinina presente nelle urine).

*N.D'Autilia, Presidente Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena
G. Fattori, Responsabile Programma territoriale "Comunicazione e promozione della salute"*



CONGRESSO NAZIONALE SIDeMAST

Dal 19 al 22 maggio 2010 si è svolto al Palacongressi di Rimini l'85° Congresso Nazionale della SIDeMAST (Società Italiana di Dermatologia Medica, Chirurgica, Estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse). Presidenti di questa importante assise dei Dermatologi, quest'anno, erano il Prof A. Giannetti e la Prof.ssa S. Seidenari, responsabili della Clinica Dermatologica dell'Università di Modena e Reggio Emilia.

Dopo aver espresso la soddisfazione per tale onore il Presidente ricordava i 125 anni della Società, praticamente la più antica Società Dermatologica di tutta l'Europa, a cui hanno aderito, nel corso degli anni, eminenti personalità note a livello mondiale.

Le letture magistrali di illustri oratori nazionali e internazionali hanno aperto il congresso, affrontando il rapporto tra ricerca e regolatorio, tra presente e futuro, soprattutto alla luce delle nuove nanotecnologie. I corsi monotematici, molto frequentati, hanno affrontato argomenti specifici quali : tossina botulinica, videomicroscopia, peeling.

Numerosissimi i casi clinici presentati, con discussioni che hanno appassionato la platea. Molti di questi casi erano esposti da giovani colleghi, alcuni addirittura specializzandi, con grande soddisfazione del Prof. Giannetti che ha voluto sottolineare quasi un ideale passaggio fra generazioni.

Tantissimi i temi affrontati, dalla cosiddetta dermatologia classica: eczemi, micosi, allergie, psoriasi, alla nuova dermatologia con argomenti di estetica, fillers, laser, microscopia confocale.

Un gran numero di poster e numerose aziende farmaceutiche hanno riempito gli spazi fra le sale dei lavori, a dimostrazione del grande interesse della ricerca in dermatologia.

Numerosa la partecipazione dei dermatologi della provincia di Modena, che il Prof. Giannetti ha salutato con grande cordialità durante un incontro appositamente organizzato.

Alcuni eventi più mondani, quale un concerto dedicato al mai dimenticato Maestro Luciano Pavarotti, e uno di musica rock dedicato ai più giovani, hanno rallegrato i congressisti.

Alla fine il Presidente ha ringraziato partecipanti e relatori, per l'ottima riuscita del Congresso, ribadita, più volte, anche dai notiziari di alcune televisioni pubbliche e private.

Con l'augurio di una sempre maggior unità fra tutti i dermatologi, per raggiungere standard "sempre più elevati" in questa disciplina, si chiudeva l'85° Congresso della SIDeMAST.

M. Cinque



FIOCCO ROSA

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite felicitazioni con l'augurio di un prospero avvenire alla piccola Viola, alla mamma Tania e al papà Dott. Pasquale Venneri.

NOTE TRISTI

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:
Alla famiglia per il decesso del collega dott. Ferdinando Cesari Patrone.
Al collega dott. Bruno Palmieri per il decesso della moglie e collega D.ssa Vincenza De Caris.
Al Dott. Andrea Serafini per la scomparsa del padre Oscar.
Alla collega Mara Manfredonia per la scomparsa della madre Raffaella Ventrudo.
Alla famiglia per il decesso del Dott. Roberto Reggiani.



Orario estivo degli uffici di segreteria dell'Ordine

Dal **1 luglio al 31 agosto** gli uffici dell'Ordine sono aperti **da lunedì a venerdì dalle ore 10 alle ore 13.**

Chiusura degli uffici dal 23 al 27 agosto compresi.



IMMOBILIARE ZETADUE S.P.A.

COSTRUZIONE E VENDITA DIRETTA

NUOVE REALIZZAZIONI



RESIDENCE GIARDINI
MODENA - VIA GADDI, N.19



VILLE BIFAMILIARI
MODENA - SALICETA SAN GIULIANO

CENTRO STORICO



PALAZZO SASSOLI - DE BIANCHI
MODENA - CORSO CANALGRANDE, N.94



PALAZZO FONTANA
MODENA - PIAZZA SERVI, N.42

MODENA - VIA GIARDINI, 456, SCALA "C"

TEL. 059.34.44.45

CELL. 335.31.96.18 - FAX 059.34.39.42 - E-MAIL IMM.ZETADUE@LIBERO.IT

WWW.IMMOBILIAREZETADUE.IT