

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

ANNO LVII - n. 9 settembre 2008 - Pubbl. mensile e 1,00 - Tariffa R.O.C.: "Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento postale - D.I. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Modena - Direz. e Amm.: Modena, p.le Boschetti, 8 - Tel. 059/247711 - Fax 059/247719 - E mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it www.ordinemedicimodena.it

N. 9 - MENSILE - Sped. A.P. - ANNO LVII - SETTEMBRE 2008

- Se 1200 vi sembrano pochi ... *(il Consiglio Direttivo)*;
- I° Conferenza nazionale della professione medica *(Fiuggi 13 e 14 giugno 2008)*;
- Stiamo lavorando per voi... Le Pari Opportunità nel Comitato Unico Aziendale *(L. Scaltriti)*;
- Note di fine estate *(N. D'Autilia)*;
- Bilancio consuntivo ENPAM *(G. Loconte)*;
- L'ipovitaminosi D: condizione spesso poco considerata nei soggetti anziani a rischio di frattura *(G. Salvioli – A. Vaccari)*;
- Remunerazione per la formazione specialistica 1983-91 *(Avv. Tortorella)*.



MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

**NOI VI ASSISTIAMO A CASA
E IN STRUTTURE OSPEDALIERE**



**SERVIZI
DI ASSISTENZA
PERSONALIZZATA**

per.....

ANZIANI

MALATI

DISABILI

**SERVIZI
DI SOSTEGNO:**

SALTUARI

CONTINUATIVI

PART-TIME

**GIORNALIERI/
NOTTURNI**

24 ORE SU 24

**FINE
SETTIMANA**



chiamateci

MODENASSISTENZA

059 / 221 122

Viale Reiter, 38 - Modena



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. Lodovico Arginelli | Dr. Marco Baraldi

| Dr. Luigi Bertani | Dr. Adriano Dallari |

D.ssa Azzurra Guerra | Dr. Giacinto

Loconte | Dr. Paolo Martone | Dr.

Michele Pantusa | Prof. Francesco Rivasi

| Dr. Francesco Sala | D.ssa Laura Scaltriti

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi | Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

Dr. Roberto Olivi

Componenti

Dr. Giovanni Bertoldi

Dr. Carlo Curatola

Revisore dei conti supplente

D.ssa Marisa Zanini

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliandro

Componenti

D.ssa Francesca Braghiroli | Dr. Vincenzo

Malara | Prof. Mario Provvionato

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dott. 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 L. Arginelli | Dr L. Bertani | Dr M.

Cinque | Dr C. Curatola | Dr A. Dallari |

Dr P. Martone | Dr R. Olivi | Dr M.

Pantusa | Prof F. Rivasi

Realizzazione Editoriale

Poligrafico Mucchi

Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

Fotocomposizione & Grafica

Colorgraf - Via Baracchini, 12 - Vignola

Tel. 059/776576 - Fax 059/7702525

SOMMARIO

— EDITORIALE	5
— PRIVACY	6
— LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA	7
— ATTIVITA' DELL'ORDINE	8
— NORMATIVA	10
— INSERTO SPECIALE	17
— L'OPINIONE	26
— ENPAM	27
— DI PARTICOLARE INTERESSE	28
— MISCELLANEA	31
— SENTENZE	33
— ARTE E DINTORNI	35
— CORSI CONVEGNI E CONGRESSI	36

ELEZIONI TRIENNIO 2009 – 2011

AVVISO DI CONVOCAZIONE ASSEMBLEE ELETTORALI

1) CONSIGLIO DIRETTIVO:

COMPONENTI ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

2) COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

3) COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Le Assemblee elettorali per il rinnovo del Consiglio Direttivo, delle relative Commissioni e del Collegio dei Revisori dei Conti, sono convocate presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena, P.le Boschetti n. 8, in prima convocazione, nei giorni:

SABATO	27	SETTEMBRE 2008 - dalle ore 10.00 alle ore 19.00
DOMENICA	28	SETTEMBRE 2008 - dalle ore 10.00 alle ore 19.00
LUNEDI'	29	SETTEMBRE 2008 - dalle ore 10.00 alle ore 19.00

per l'elezione:

dei quindici componenti del Consiglio Direttivo iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi;
dei cinque componenti della Commissione Albo Odontoiatri;
dei tre Revisori dei Conti effettivi e un Revisore supplente.

Sono eleggibili tutti gli iscritti agli Albi, ivi compresi i componenti uscenti.

Non sussiste alcuna causa di ineleggibilità per la elezione alle cariche ordinistiche.

L'iscritto per votare deve presentarsi di persona all'Ufficio elettorale nei giorni e nelle ore sopra indicati, munito di documento di riconoscimento.

Non sono ammesse DELEGHE

Le Assemblee sono valide se vota 1/3 degli iscritti.

Per la validità della scheda occorre indicare NOME E COGNOME dei colleghi in numero tassativamente corrispondente ai componenti l'organo da eleggere, pena l'annullamento della scheda, e precisamente:

quindici colleghi per l'elezione del Consiglio Direttivo

cinque colleghi per l'elezione della Commissione Albo Odontoiatri

tre effettivi e un supplente per l'elezione del Collegio Revisori dei Conti.

In caso di omonimia l'indicazione delle preferenze può essere fatta scrivendo invece del nome e cognome, il numero d'ordine di iscrizione all'Albo, ovvero aggiungendo al nome e cognome, la data di nascita e/o il luogo di nascita e/o domicilio risultanti dall'Albo.

A coloro che risultano iscritti ai due Albi, quello dei Medici Chirurghi e quello degli Odontoiatri, vengono consegnate **quattro schede**:

una per la votazione dei componenti iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi del Consiglio Direttivo;

una per la votazione dei componenti la Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri;

due per l'elezione dei componenti il Collegio dei Revisori dei Conti.

È doveroso sottolineare che, in caso le Assemblee non risultassero valide, occorrerà procedere ad una seconda convocazione con non indifferenti ripercussioni negative sotto tutti i profili, compreso quello economico.

Un motivato invito a partecipare alle votazioni.

IL PRESIDENTE
Dott. Nicolino D'Autilia

SE 1200 VI SEMBRANO POCHI...

BREVE REPORT DI TRE ANNI DI ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DELL'ORDINE

Tanti sono stati i colleghi che hanno partecipato alle iniziative promosse direttamente dall'Ordine di Modena nel triennio 2006 – 2008.

Anche in questi tre anni, partendo dalle precedenti esperienze di corsi per medici ed odontoiatri volti a far acquisire competenze in campo informatico, nella fotografia digitale, nelle lingue estere (inglese), sono stati più di **trecento** i colleghi che hanno frequentato la sede del loro Ordine per impegnarsi nelle ore serali in un continuo aggiornamento.

Non solo, ma altri **duecento** professionisti sono stati formati da specifici corsi sulle problematiche della radioprotezione e per RSPP (Responsabile Sicurezza Prevenzione e Protezione). Temi questi di continui adeguamenti normativi e di altrettanto necessari aggiornamenti per rispondere in maniera sempre puntuale alle esigenze di un esercizio professionale degno di una società civile moderna.

Ma il coinvolgimento maggiore, e non potrebbe essere altrimenti, è avvenuto nei convegni che il nostro Ordine ha organizzato approfondendo le tematiche bioetiche, quelle medico legali e della responsabilità professionale, quelle del rapporto tra tempi di lavoro e rischio clinico, quelle infine previdenziali, con una partecipazione che ha visto **settecento** colleghi interessati e partecipi di un mondo, non solo sanitario, in continua evoluzione e del quale il

loro Ordine ha cercato di cogliere i momenti più significativi.

Mi piace ricordare, non senza un briciolo di orgoglio, il convegno ENPAM del marzo 2007, con più di 200 colleghi attenti alle relazioni e parimenti impegnati nelle postazioni informatiche per conoscere il proprio futuro previdenziale, e questo a fronte di striminzite affluenze in altre sedi d'Italia. Non solo, ma anche il tema delle **direttive anticipate** e quello del **rischio clinico**, coniugato in ambito europeo mettendo a confronto paesi e professionisti con i quali comunque dobbiamo integrarci in un continente che si va facendo sempre più grande,



hanno rappresentato occasioni significative di un reale approfondimento e di un altrettanto importante arricchimento per quanti, e sono stati tanti, hanno risposto all'invito dell'Ordine.

Certo, si potrebbe fare di più. Lo sappiamo tutti, a cominciare dal Consiglio che si è impegnato in questi tre anni per cercare di interpretare le esigenze dei colleghi nei campi della professione che apparivano i più sensibili per un aggiornamento e/o per una formazione. In questo ambito va fatto un doveroso cenno al libro di Antonino Addamo "**Dai piroscafi alla privacy**", vera

opera omnia delle normative sugli studi professionali, medici e odontoiatrici, diventato ormai un classico da consultare a livello nazionale. E non è mancato il costante accreditamento di corsi e convegni, da parte dell'Ordine, al programma ECM per garantire ai colleghi l'acquisizione dei crediti utili annualmente, il tutto in forma assolutamente gratuita.

Milleduecento professionisti hanno risposto in modo palese partecipando alle attività ordinarie strutturate, ma tanti altri hanno contribuito in altre forme al buon funzionamento della "macchina da guerra" messa a punto negli anni precedenti. Abbiamo infine aderito, vale la pena rammentarlo, alla campagna nazionale della FNOMCeO sul tema sempre attuale della tutela dell'ambiente che vede molti attori in campo, spesso non propriamente disinteressati.

I cittadini ci hanno fatto sentire la loro vicinanza e questo è un risultato prezioso da non disperdere perché ha fatto conoscere l'istituzione ordinistica alla cosiddetta Società civile. Non è cosa da poco.

L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, non dimentichiamolo, opera a tutela dei medici e dei cittadini. Lo dice il nostro Codice Deontologico e lo suggerisce il buon senso che resta sempre un'ottima bussola.

*Per il Consiglio dell'Ordine
Il presidente*

PRIVACY: LINEE GUIDA DEL GARANTE PER I CONSULENTI DEL TRIBUNALE

L'Autorità per la protezione dei dati personali ha emanato delle linee guida in materia di trattamento di dati personali da parte dei consulenti tecnici e dei periti ausiliari del giudice e del pubblico ministero che sono state pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 178 del 31 luglio 2008. Il Garante definisce i limiti dei percorsi legali per i professionisti che, proprio grazie a un mandato espresso dell'autorità giudiziaria, possono raccogliere informazioni personali di qualunque tipo, alimentando spesso un importante archivio dati. Con le linee guida i consulenti e periti potranno trattare

dati personali solo nell'ambito della delega fornita dal magistrato, acquisire e utilizzare solo quelli «che risultino effettivamente necessari» all'inchiesta. Vengono introdotti limiti anche all'indicazione di dati, specie se sensibili o giudiziari, nelle informative al magistrato e alle parti. Non sarà possibile conservare le informazioni e dati per un periodo di tempo superiore a quello necessario al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti e trattati. Il documento conclude con la raccomandazione secondo cui «il consulente e il perito sono tenuti ad acquisire, utilizzare e porre a fonda-

mento delle proprie operazioni e valutazioni, informazioni personali che, con riguardo all'oggetto dell'indagine da svolgere, siano idonee a una rappresentazione (finanziaria, sanitaria, patrimoniale, relazionale eccetera) corretta, completa e corrispondente ai dati di fatto». Occorre cioè «evitare che, da un quadro inesatto o comunque inidoneo di informazioni possa derivare nocimento all'interessato, anche nell'ottica di una non fedele rappresentazione della sua identità».

Si possono scaricare le linee guida dal sito dell'Ordine www.ordine-medici.modena.it

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Modena si congratula con il Prof. Aldo Tomasi, insigne collega iscritto al nostro Ordine, per l'elezione a Magnifico Rettore dell'Università degli studi di Modena.

A Lui gli auguri di un proficuo lavoro con l'auspicio che prosegua la fattiva collaborazione con il nostro Ordine.

riceviamo e con piacere pubblichiamo

FEDER.S.P.e V. Regione Emilia Romagna Comunicato stampa

Al Ministro Brunetta

I pensionati iscritti alla FEDER.S.P. e V. (Federazione Sanitari Pensionati e Vedove) apprezzano gli sforzi e il lavoro del Ministro Brunetta al quale chiedono di intervenire per accelerare le pratiche di definizione delle loro pensioni che giacciono sulle scrivanie INPDAP da 6 e più anni col pericolo di decurtazioni dei ratei che vanno in prescrizione.

Giusto agevolare i pensionati nel ritiro delle pensioni con progetto "reti amiche", ma sarebbe opportuno anche accelerare il cronico ritardo dei calcoli delle loro pensioni definitive, specialmente in questo periodo dove anche poche decine di euro sono un tesoro.

DEPENALIZZARE "GLI ERRORI MEDICI" ARIA NUOVA FINALMENTE!!!

Una proposta positiva è stata avanzata dal sottosegretario al welfare Ferruccio Fazio: l'ipotesi di "depenalizzare" gli errori medici, di rivedere gli automatismi del penale; il sottosegretario ha detto che "al momento non sono precisabili né i dettagli né i tempi" e che "l'Italia è l'unico paese europeo, con la Polonia, dove i medici sono perseguibili sempre penalmente". È ora di finirla con i medici e gli odontoiatri sempre sotto processo!

Che il fenomeno delle azioni promosse da pazienti danneggiati sia in crescita si coglie dalle cronache (non sempre attente a tutelare la riservatezza dei professionisti a volte ingiustamente accusati), dalle denunce delle associazioni di tutela della salute, dalle difficoltà delle aziende sanitarie a trovare assicurazioni disposte a coprire il rischio, dal proliferare dei congressi in

materia.

Talora alla base delle istanze giudiziarie vi è però l'annosa pretesa di poter ottenere dall'intervento medico una guarigione impossibile e assicurata. La prima questione da discutere subito attiene alla limitazione dell'ambito di responsabilità penale del medico e odontoiatra, quello cioè che comporta il rischio di una pena detentiva in caso di condanna, oggi teoricamente concepibile anche per una colpa che abbia inciso per una piccola percentuale nel causare l'evento dannoso.

Vedi il comparsa di una équipe che abbia visitato il paziente una sola volta durante il ricovero o di uno dei tanti specialisti che lo hanno esaminato fuggacemente; ovvero colui che abbia scelto una tecnica di intervento in piena coscienza e preavvertito il paziente dei rischi, ma il cui operato non sia

condiviso dal consulente tecnico giudiziario che esamina il caso; ovvero chi sia intervenuto su un paziente già gravemente compromesso e poi deceduto e/o peggiorato.

Per questi casi, a mio parere, e per tutti quelli in cui sia molto modesto il grado di imprudenza o imperizia palesata, la sanzione penale appare sproporzionata.

È necessario con forza restituire serenità alla classe medica e odontoiatrica.

Restituire serenità a medici e pazienti, rispetto alle piccole colpe dei primi e ai gravi danno dei secondi, non significa distribuire immunità o privilegi: è un modo serio per concentrare l'attenzione sulla repressione delle vere e rare violazioni della professionalità e far crescere il grado di civiltà del paese, aiutando chi ha oggettivamente bisogno.

R. Gozzi



MOSSA VINCENTE!

Trasferisci
il tuo conto corrente a BPER:
è semplice, rapido e gratuito!

Messaggio pubblicitario con finalità promozionali. Per tutte le condizioni contrattuali si rinvia ai Fogli Informativi a disposizione della clientela presso ogni filiale della Banca o sul sito www.bper.it.

www.bper.it



Banca popolare
dell'Emilia Romagna

GRUPPO BANCARIO Banca popolare dell'Emilia Romagna

La banca per la famiglia



FORTE INIZIATIVA DELL'ORDINE A TUTELA DEI COLLEGGI CONTRATTISTI DEL POLICLINICO

Dopo la risoluzione del rapporto di lavoro da parte dell'Azienda Policlinico, per numerosi colleghi contrattisti è giunta una lettera al Consiglio dell'Ordine dei Medici per evidenziare due aspetti della vicenda. Il primo attiene a problemi di natura amministrativa – firma del contratto – il secondo alle modalità con le quali i responsabili dell'Azienda hanno comunicato ai colleghi la fine del contratto. Il Consiglio dell'Ordine ha recepito pienamente le loro istanze decidendo di consultare il legale, avv. Fregni, con lo scopo di predisporre una memoria a tutela dei medici interessati alla vicenda. "Non si può informare un professionista impegnato da anni in un'azienda sanitaria che il suo rapporto di lavoro terminerà dopo pochi giorni" ha dichiarato il presidente dell'Ordine D'Autilia, sottolineando peraltro che "quel medico ha lavorato inserito a pieno titolo in un contesto multidisciplinare con forte connotazione di integrazione interprofessionale."

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO MARTEDÌ 8 LUGLIO 2008

Il giorno martedì 8 luglio 2008 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Luigi Bertani, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Riva-si, Dott. Francesco Sala.

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

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 4.6.2008;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Fiuggi 13-14 giugno: conferenza nazionale delle professioni sanitarie;
5. Discussione documenti del Consiglio Nazionale del 22-23 febbraio u.s.;

6. Pubblicità sanitaria (Pantusa);
7. Delibere amministrative (Addamo);
8. Delibere del personale dipendente (Lo Monaco);
9. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI

Prima iscrizione		n. iscrizione
RADU	ELENA MIHAELA	6237
SPADA	CONCETTA	6238
Iscrizione per trasferimento		
MOSCA	LAURA	6239
Cancellazione		
AVETA	PIETRO	5514
BERGONZINI	CECILIA	5342
FONTANA	ALBERTO	2345
PADALINO	SAVERIO	5591



SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO GIOVEDÌ 24 LUGLIO 2008

Il giorno giovedì 24 luglio 2008 - ore 12,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Michele Pantusa, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Francesco Sala.

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

1. Variazioni agli albi professionali;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Delibera elezioni rinnovo organi istituzionali triennio 2009/2011;
4. Delibere amministrative (Addamo);
5. Delibere di pubblicità sanitaria (Pantusa);
6. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI

Prima iscrizione		n. iscrizione
BACCO	LIDIA	6240
LOSCHI	GIUSEPPE	6241
MIRENDA	MARCELLO	6242
TALLARICO	SALVATORE	6243
ZONA	STEFANO	6244
Iscrizione per trasferimento		
GARLASSI	ELISA	6245
SALVO	ERICA	6246
Cancellazione		
BONARA	FRANCA	4176
DE PAOLIS	ANGELO ANTONIO	1309
TEGLIO	PAOLO	0568

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI GIOVEDÌ 24 LUGLIO 2008

Il giorno giovedì 24 luglio 2008 - ore 9,30 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

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

1. Comunicazioni del Presidente;
2. Opinamento parcelle odontoiatriche;

NOTE TRISTI:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:

Al Dott. Fabio Forghieri per il decesso della madre.

Alla Famiglia per la scomparsa del Dott. Paolo Teglio.

Alla famiglia per la scomparsa del Dott. Angelo Antonio De Polis.

Alla famiglia per la scomparsa dei dottori Giovanni e Saverio Padalino.

Alla famiglia per la scomparsa del Prof. Giorgio Zanocco Marani.

Alla Dott.ssa Milena Cavazzuti e alla famiglia per la scomparsa del marito Dr. Stefano Ferrari.



Riceviamo dal Dott. Tripi e volentieri pubblichiamo una nota dell'Avvocato Tortorella (Consulcesi) sempre sul tema del riconoscimento per gli specializzandi della remunerazione relativa al periodo 1983/1991.

Il Dott. Tripi infatti ci ha comunicato che ha vinto il ricorso tramite la Consulcesi ed è in attesa dell'accREDITAMENTO del relativo rimborso.

IL DIRITTO ALLA REMUNERAZIONE PER I PERIODI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA NEGLI ANNI DAL 1983 AL 1991: QUALE PRESCRIZIONE?

Mi viene cortesemente richiesto e sollecitato da alcuni medici, che assisto nelle cause promosse per il riconoscimento del diritto a ricevere l'adeguata remunerazione per il periodo di formazione specialistica svolta tra gli anni 1982-1991 e per la condanna dello Stato italiano per la mancata attuazione delle relative Direttive comunitarie, di predisporre la presente nota in merito ad un articolo apparso sul Bollettino dell'Ordine dei medici di Modena.

Ebbene, fuori da qualsiasi animo polemico, qualche chiarimento appare opportuno, atteso che la questione in argomento risulta ben più complessa ed articolata di quanto emerga dalle poche righe di cui è composto il suddetto articolo, rispetto al quale devo, purtroppo, constatare essere contenute affermazioni parziali ed incomplete (e per ciò stesso non corrette), ed, in alcuni casi, espresse in modo assolutamente apodittico. Invero, sostenere perentoriamente – come si è fatto – che *“il diritto alla remunerazione esiste, ma che si è prescritto (cioè si è estinto), quantomeno dal 1996”*, vuol dire appiattirsi su quanto affermato da alcuni Giudici monocratici, in sentenze di merito di primo grado (od, in alcuni casi, da Giudici amministrativi, ma in giudizi che attengono a questioni differenti), elevando tale discutibile tesi ad assunto giuridico incontestato ed incontestabile, dimenticando che nel nostro ordinamento esistono tre gradi di giudizio e che il tema decidendum delle singole cause viene determinato dalle parti (principio dispositivo) e, specificatamente, da chi propone le domande (nel nostro caso i medici).

Quanto alla prescrizione, è opportuno chiarire che se è vero che i diritti si estinguono con il decorso del tempo, ove non esercitati, è altrettanto corretto e necessario evidenziare che, per determinare se un diritto si è estinto per prescrizione, si deve preventivamente stabilire (o meglio, accertare):

- a) se e da quando la prescrizione è iniziata a decorrere;
- b) quale sia il termine di prescrizione da applicare;
- c) se l'estinzione per prescrizione del diritto in questione, sia opponibile, eccepibile e/o eccepita.

In buona sostanza, nel nostro caso, l'affermazione secondo la quale il termine di prescrizione inizia a decorrere dall'entrata in vigore del D.Lgs 257/1991 ed è quinquennale (anziché ordinario: decennale) rappresenta solo una delle tesi sostenibili, peraltro - a mio avviso - non quella corretta.

Altrettanto validamente, infatti, si potrebbe ritenere che:

- trattandosi di direttive mai applicate nei confronti dei medici legittimi interessati (specializzandi 1981-1991) la prescrizione non è mai iniziata a decorrere;
- oppure che il dies a quo debba essere individuato nella data di pubblicazione delle sentenze della Corte di Giustizia Europea (25 febbraio 1999= procedimento C-131/97; 3 ottobre 2000 = procedimento C-371/97), che hanno riconosciuto il diritto in favore dei medici (ante 1991);
- o, ancora, che la norma interna di riferimento (nel quadro di un'attività adeguatrice del Giudice per la piena attuazione delle Direttive in questione) vada individuata nel D.Lgs 368/99 o, ancor più correttamente, nella Legge 370/99 (unica specificatamente introdotta per disciplinare i medici de quibus).

Infine, perché il termine di prescrizione dovrebbe essere quello breve (quinquennale), invece che quello ordinario (decennale)?

Su questi specifici aspetti (giuridici), se è vero che in alcune sentenze di primo grado vi è stato un pronunciamento, peraltro parziale, nel senso indicato nell'articolo sopra richiamato, è altrettanto vero che (almeno per quanto a mia conoscenza), né i Giudici di secondo grado (Corte di Appello), né quelli di legittimità (Corte di Cassazione) si sono ancora espressi in un senso o nell'altro.

In conclusione, mi sia permessa una riflessione, mutuando da un istituto tanto caro alla categoria medica, ma che - a mio avviso - deve essere esteso anche al nostro ed ad altri campi: il professionista deve fornire tutte le informazioni, nel modo più corretto, completo e comprensibile possibile al proprio assistito, mettendo quest'ultimo nelle condizioni di operare liberamente la scelta che ritiene più opportuna e, quindi, di dare eventualmente quel *“consenso informato”* alla esecuzione della prestazione (nel nostro caso: ad intraprendere il giudizio). Spero con queste poche righe di aver fornito un valido contributo in tal senso.

Avv. Marco Tortorella

IL T.U. SULLA SICUREZZA DÀ IL VIA A NUOVI IMPORTANTI ADEMPIMENTI PER I MEDICI COMPETENTI

L'entrata in vigore del T.U. in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro definito con il D.Lgs. 09/04/2008, n. 81 (pubbl. G.U. 30/04/2008, n. 101, S.O. n. 108) introduce nuovi adempimenti per gli iscritti che esercitano in qualità di medici competenti.

- I medici in possesso dei titoli e dei requisiti **per svolgere le funzioni di medico competente** (individuati all'art.38) sono iscritti nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute la cui iscrizione è obbligatoria entro 6 mesi dall'entrata in vigore del T.U., cioè entro il 15 novembre 2008, mediante autocertificazione del possesso dei titoli e requisiti di cui all'art. 38.

TITOLI E REQUISITI PER SVOLGERE LE FUNZIONI DI MEDICO COMPETENTE

(che devono essere autocertificati al Ministero della Salute)

L'Art.38 del T.U. stabilisce che per svolgere le funzioni di medico competente è necessario possedere uno dei seguenti titoli o requisiti:

A) specializzazione in medicina del lavoro o in medicina pre-

ventiva dei lavoratori e psicotecnica;

B) docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva del lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;

C) autorizzazione di cui all'art. 55 del d.lgs. 277/1991;

D) specializzazione in igiene medicina preventiva o in medicina legale.

- I medici **specialisti in igiene e medicina preventiva** oppure **in medicina legale** saranno tenuti a frequentare percorsi formativi universitari da istituirsi con apposito decreto.

Questi soggetti, che alla data di entrata in vigore (15 maggio 2008) svolgono le attività di medico competente o dimostrino di avere svolto tale attività per almeno un anno nell'arco dei 3 anni anteriori all'entrata in vigore del T.U. sono abilitati a svolgere le medesime funzioni. A tal fine **sono tenuti a produrre (da subito) alla Regione una attestazione del datore di lavoro** comprovante l'espletamento di tale attività.



Medici competenti e ECM

Per lo svolgimento delle funzioni di medico competente, a partire dal programma triennale successivo all'entrata in vigore del T.U., dovranno essere conseguiti crediti nella misura non inferiore al 70% del totale nella disciplina "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro".



Modulistica per gli adempimenti

Tutta la **modulistica relativa agli adempimenti** sopra citati è stata inviata ai medici interessati. È possibile collegarsi al sito internet del Ministero della Salute per conoscere le modalità di inoltro della autocertificazione e scaricare il modulo (predisposto dal Ministero) per l'inserimento nell'ELENCO NAZIONALE DEI MEDICI COMPETENTI (entro il 15.11.2008).



Obblighi e responsabilità

Si possono visualizzare sul nostro sito internet la circolare FNOMCeO n. 25 del 5-6-2008.

FINANZIARIA 2008: LE NOVITÀ PER I MEDICI

CHIROPRACTICA

Viene istituito presso il Ministero della Salute il registro dei dottori in chiropratica. Il dottore in chiropratica o con titoli equivalenti può esercitare come libero professionista e può essere inserito o convenzionato col SSN.

Art.355. È istituito presso il Ministero della salute, senza oneri per la finanza pubblica, un registro dei dottori in chiropratica. L'iscrizione al suddetto

registro è consentita a coloro che sono in possesso di diploma di laurea magistrale in chiropratica o titolo equivalente. Il laureato in chiropratica ha il titolo di dottore in chiropratica ed esercita le sue mansioni liberamente come professionista sanitario di grado primario nel campo del diritto alla salute, ai sensi della normativa vigente. Il chiropratico può essere inserito o convenzionato nelle o con le

strutture del Servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme previsti dall'ordinamento. Il regolamento di attuazione del presente comma è emanato, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Ministro della salute.

UNA NOTA DEL PRESIDENTE I CHIROPRACTICI NELLA FINANZIARIA: MA CHE BELLA NOVITÀ!

Confermando una prassi ormai consolidata nel nostro paese la Legge Finanziaria 2008 si rivela un provvedimento omnibus. Fra le altre chicche essa prevede infatti l'istituzione presso il Ministero della Salute del "registro dei dottori in chiropratica". Viene definito che il chiropratico è un professionista sanitario di grado primario e che può essere anche convenzionato con il SSN.

È inutile nascondere il profondo imbarazzo e una forte perplessità sulla scelta di non coinvolgere la professione medica in questi provvedimenti, ma soprattutto di non tener conto delle peculiarità del nostro sistema sanitario nonché dell'ordinamento legislativo e giuridico professionale.

La Federazione degli Ordini si è mossa tempestivamente per portare il proprio contributo

nell'ambito della stesura del regolamento attuativo, previsto dalla legge, il quale presenta, è innegabile nascondere, elementi di forte criticità che dovranno essere risolti solo attraverso la collaborazione del Ministero della Salute con gli Ordini Professionali.

N. G. D'Autilia

MUSICA IN STUDIO: NON SI PAGANO I DIRITTI D'AUTORE

(L'ORDINE DI MODENA AVEVA RAGIONE)

Con una sentenza del Tribunale di Torino, depositata il 21 marzo 2008, il giudice ha riconosciuto che la sala d'aspetto di un medico non è un luogo pubblico e pertanto non è applicabile l'art. 73/bis della

legge sul diritto d'autore. Restano invece luoghi pubblici, in ambito sanitario, gli ospedali e i locali della Azienda Sanitaria Locale. Viene quindi pienamente accolta la tesi del nostro legale, Avv. Fregni, il quale già

si era espresso in questo senso lo scorso anno, in seguito al nostro interessamento per tutelare i colleghi ai quali era stato chiesto un pagamento non dovuto.



CERTIFICAZIONI PER DISABILITÀ

La Regione Emilia Romagna ha emanato con la Legge n. 4 del 18 febbraio 2008 nuove disposizioni per l'accertamento e il riconoscimento della disabilità. Tra i numerosi adempimenti che spettano ai vari professionisti impegnati nel percorso previsto dalla legge è specificato il modello di certificazione medica che deve essere redatto dai medici di famiglia convenzionati con il SSN. Viene pertanto meno la consueta certificazione in carta libera.

Ritenendo di fare cosa utile ai colleghi pubblichiamo il modello da utilizzarsi per la nuova certificazione ricordando che esse è scaricabile sul sito www.ordinemedicimodena.it sezione ultime notizie.

SEGUE

CERTIFICATO MEDICO

Da allegare alla domanda per il riconoscimento rivalutazione
 DELLA DISABILITÀ AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 19 FEBBRAIO 2008, N. 4
 SI CERTIFICA CHE

Il/la Sig./ra _____
 nat _____ a _____ il _____
 residente a _____ domiciliato a _____ CAP _____
 in Via/P.za _____ n. _____
 Telefono: _____ Cell. _____ codice fiscale _____

è affetto/a dalle seguenti patologie (in ordine decrescente di rilevanza assistenziale) :

NB: in caso di rivalutazione segnalare le motivazioni socio-sanitarie sopraggiunte rispetto all'ultimo accertamento effettuato presso la Commissione per l'accertamento della disabilità

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

(*)le patologie certificate sono documentate dai seguenti esami clinici, strumentali, di laboratorio, dimissioni ospedaliere _____

segnalare se paziente oncologico/a con diagnosi recente e in trattamento

note del curante _____

L'assistito/a in riferimento alla concessione di protesi, ausili e agevolazioni del caso è altresì affetto/a da:

- Incontinenza urinaria e/o fecale, causata da _____
- Ipoacusia (allegare esame audiometrico con impedenzometria di struttura pubblica)
- Ipovisione (allegare referto visita oculistica ed eventuale campimetria)

Sulla base del quadro clinico predominante si ritiene utile la presenza di : GERIATRA FISIATRA

- PSICHIATRA ONCOLOGO NEUROLOGO INTERNISTA NP/IA
- ALTRO _____

SI RICHIEDE VISITA DOMICILIARE: Motivazione dell'intrasportabilità _____

Compilazione a cura del medico legale della AUSL:

- Richiesta **ACCOLTA**
- Richiesta **NON ACCOLTA:** motivazione _____

Firma _____

Data _____

FIRMA DEL MEDICO

Si rilascia su richiesta dell'interessato.

(timbro del medico curante e N. di telefono)

DIECI QUESITI ETICI AI POLITICI

Riceviamo e volentieri pubblichiamo

In occasione dell'avvio dell'attività del nuovo Parlamento e del nuovo esecutivo, l'Associazione nazionale di Scienza & Vita ha fatto pervenire alla Presidenza del Consiglio e ai segretari dei partiti rappresentati alle Camere una "lettera aperta" firmata dai 2 Presidenti della stessa Associazione, la neuropsichiatra M. Luisa Di Pietro e il genetista Bruno Dallapiccola.

In sintesi i dieci punti sono i seguenti:

1. Ricostruzione, anche attraverso il contributo del Governo italiano, della minoranza europea di blocco contro la sperimentazione sugli embrioni umani
2. Sostegno alla ricerca sulle cellule staminali adulte
3. Ritiro delle Linee-guida della Legge 40 emanate dal Governo Prodi e loro riscrittura
4. Prevenzione dell'aborto e riflessione sulle ambiguità della Legge 194
5. Pausa di riflessione sull'introduzione della pillola RU 486
6. Tutela del diritto alla libertà di coscienza dei sanitari
7. Valorizzazione della possibilità di scelta del paziente all'interno del Sistema Sanitario Integrato (pubblico, privato profit e privato no profit)
8. Finanziamento e sostegno della ricerca sulle malattie rare
9. Favoreggiamento di una maggiore conoscenza delle tematiche genetiche e regolare l'accesso ai test genetici
10. Estensione delle cure palliative e realizzazione di una rete nazionale di strutture di accoglienza per malati in fase terminale o in stato vegetativo.

È appena il caso di dire che questi dieci punti sollecitano anche l'interesse e la riflessione dei medici, che seguiranno con attenzione il comportamento della classe politica al riguardo.

Per la verità, nei primi cento giorni di attività del nuovo Governo (che convenzionalmente vengono considerati significativi ed emblematici del suo orientamento) non sembra sia stata dedicata grande attenzione ai temi etici, perlomeno rispetto ad altre pur importanti tematiche (giustizia, sicurezza, politica estera, smaltimento dei rifiuti, fisco, salari, ecc.). Alcuni parlamentari dei diversi schieramenti si sono espressi su taluni problemi, come la corretta applicazione della Legge 40 sulla procreazione assistita e della Legge 194 sulla prevenzione dell'aborto, nonché sulla libertà di coscienza degli operatori sanitari, ma mancano tuttora iniziative che possano tradursi in provvedimenti legislativi a breve termine. E, al di fuori dei "dieci punti", tarda a manifestarsi concretamente quella politica socio-sanitaria nazionale a favore delle famiglie che era stata sbandierata in campagna elettorale.

Non vi è dubbio che i temi etici segnalati sono ampi, complessi, impegnativi e necessitano tuttora di approfondimenti, verifiche e confronti nell'ambito della stessa classe medica. Ci si augura comunque che gli Ordini dei Medici, per la loro qualifica e autorevolezza, possano intervenire su questi temi, sempre sotto la guida del Codice Deontologico.

*Prof. G. B. Cavazzuti
Presidente di Scienza & Vita Modena*

GLI STATI GENERALI DELLA PROFESSIONE MEDICA A FIUGGI

SOTTO L'OMBRELLO DELLA FNOMCeO I MEDICI ITALIANI RIVENDICANO L'AUTONOMIA DELLA PROFESSIONE

Uno spettacolo così non si era mai visto. Sotto un immenso tendone bianco adagiato nelle vicinanze delle terme di Fiuggi centinaia di medici appartenenti a quasi tutte le **associazioni professionali e sindacali italiane** si sono trovati e confrontati sui grandi temi della sanità nel nostro Paese.

Sotto l'egida della Federazione nazionale degli Ordini, mettendo da parte storiche divisioni e piccoli rancori da cortile, consapevoli che il momento storico vissuto dalla professione medica è tra i più delicati e strutturalmente fragili degli ultimi decenni, sotto la spinta di un ritrovato orgoglio che dobbiamo rivendicare ad alta voce, i medici italiani si sono ritrovati a dibattere su sei temi "caldi" che investono il cuore della professione, quella con la P maiuscola per intenderci.

- LEA come meccanismo di tutela dell'universalità e unitarietà del SSN
- Rapporti tra politica, gestione e professione in sanità
- Integrazioni possibili per una sanità vicina ai bisogni dei cittadini
- Proposte circa il rischio professionale e la sicurezza delle cure
- Qualità professionale e qualità dei sistemi

- La professione medica al femminile: pari o nuove opportunità

Si è trattato di impostare e condividere una prospettiva comune per la professione superando vecchi steccati e preoccupandosi di proporre alla parte pubblica, presente in forze all'avvenimento, **una nuova strategia** per il futuro della sanità in Italia.

Il dibattito che si è sviluppato su questi ed altri temi, la ricchezza delle proposte portate dai tanti colleghi operanti nei più diversi ambiti professionali (ospedale, territorio, strutture pubbliche e private, solo per citarne alcuni), il vissuto di un evento per molti versi unico che ha dato **il senso di un'appartenenza** che si era persa per strada, tutti questi sono stati motivi di un successo che non è stato di facciata, come si potrebbe credere in prima istanza, ma è risultato di sostanza. E la politica ha compreso che si faceva sul serio se è vero che si sono affrettati ad intervenire ministri e sottosegretari.

Il nuovo **Ministro del Welfare Sacconi** ha incontrato per la prima volta i medici e ha illustrato le linee della sua azione futura. Forti investimenti sul territorio con valorizzazione della figura del medico di medi-

cina generale, incertezza di fondo sull'intramoenia, rivisitazione dei Lea, ed altro ancora. In Finanziaria nessuna sorpresa per la sanità, cosa sulla quale poi si è avuto modo di discutere a lungo.

Ma una parola netta l'ha detta sugli Ordini professionali. Intende valorizzarli e sbaglia chi nega la loro funzione di garanti della qualità professionale a tutela dei cittadini. Con buona pace di chi voleva abolirli o quantomeno ridurne i poteri.

L'unità dei medici è sempre stata nella mente e nel cuore di molti sanitari italiani.

Raramente si è realizzata per una serie di motivi che sarebbe lungo elencare, ma è indubbio che in questo frangente storico, di fronte ad un reiterato attacco nei confronti delle professioni liberali, con il proliferare di altre figure sanitarie e in un clima che vede il medico spesso sbatutto in prima pagina per sospetta malpractice, in questa contingenza si è voluto ribadire a Fiuggi con forza, tutti insieme, che la professione medica rivendica un suo preciso ruolo di autonomia rispetto alla politica, offrendo il proprio qualificato contributo in termini di specifiche competenze.

*Il presidente
N. G. D'Autilia*

DICHIARAZIONI DI CONSENSO

1° CONFERENZA NAZIONALE DELLA PROFESSIONE MEDICA FIUGGI 13-14 GIUGNO 2008

*Il vero viaggio di scoperta non consiste nel cercare nuove terre
ma nell'aver nuovi occhi*

M. Proust

Le seguenti Dichiarazioni di Consenso che concludono i lavori della 1° Conferenza Nazionale della Professione Medica, intendono proporre soluzioni ad alcune criticità del nostro sistema sanitario, riconfermando l'impegno dei medici italiani nel miglioramento continuo della efficacia e qualità e sicurezza dei servizi resi ai cittadini.

Rappresentano altresì la prima fase di un progetto di politica professionale che si propone di dare risposte forti e concrete non solo ai medici che manifestano segni, sempre più diffusi e profondi, di disagio professionale e disaffezione verso le istituzioni sanitarie, ma anche ai cittadini che lanciano preoccupanti segnali di sfiducia verso la sanità pubblica e privata ed i suoi professionisti.

Vogliamo contrastare questi fenomeni che paradossalmente accompagnano i grandi successi della medicina e della sanità, in quanto capaci di determinare un inarrestabile declino civile e sociale della nostra professione, relegandola ai margini di un sistema salute nel quale diventa più facile confondere i bisogni veri con i desideri impossibili, l'uso appropriato con il consumo delle risorse definite, i diritti

autentici con le false libertà, la tutela della salute con il trionfo del consumismo salutista.

Il paradosso di un medico sempre più piccolo in quanto confinato al rango di anonimo ed eterodiretto prestatore d'opera in una medicina ed una sanità sempre più grandi e complesse, è superabile solo attraverso una più attuale ed incisiva rinegoziazione con i cittadini e con le istituzioni di nuovi ruoli e compiti.

Proponiamo un nuovo patto, una nuova alleanza, tecnica, civile e sociale fondata sul riconoscimento di una compiuta autonomia professionale, quale condizione permissiva per un'assunzione piena di nuove responsabilità, per restituire dignità all'impegno professionale, per ridare slancio alla solidarietà ed equità per quei diversi e quei diseguali che lo sviluppo economico e sociale immancabilmente produce e dimentica, per irrobustire la fiducia dei professionisti e dei cittadini nelle istituzioni democratiche e nei valori costituzionali che esse custodiscono.

Ci riconosciamo nel comune disegno di una Professione Medica vicina alle Istituzioni, a supporto dei loro compiti di tutela della salute e prossima ai



cittadini soprattutto dove e quando sono oltraggiati da disinformazione, da silenzi omissivi, da incapacità amministrative, da colpevoli ed inescusabili negligenze ed imperizie tecnico-professionali e colpiti nei loro diritti fondamentali da una devastazione dei territori, degli ambienti di vita e di lavoro.

Questa prossimità ai cittadini, ai loro bisogni, alle loro inquietudini è oggi più che mai indispensabile per dare risposte chiare ed equilibrate, ai dubbi.

e alle incertezze tecniche, civili, etiche che il travolgente sviluppo della medicina inevitabilmente propone soprattutto sulle questioni bioetiche di inizio e fine vita che il nostro Codice di Deontologia ricompona in una matrice comune di doveri, rispettosi di tutti i valori etici in campo.

Vogliamo migliorare il presente e costruire il futuro della professione tutelando i nostri giovani, garantendone l'ottimale formazione di base e specialistica, favorendo il loro ingresso nella professione, assicurando la libertà ed indipendenza dell'esercizio professionale, proteggendo lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze in medicina con fonti autorevoli e libere da conflitti di interesse.

Riteniamo che il futuro sempre più donna della nostra professione debba essere sempre più ricco di opportunità inclusive sul piano della formazione ed aggiornamento, dell'organizzazione dei servizi, del pieno riconoscimento dei meriti e delle competenze nello sviluppo delle carriere, per promuovere in altre parole le nuove opportunità di vita e di lavoro oltre le pari opportunità.

Vogliamo contribuire a rendere il sistema sanitario affidabile per i cittadini e a vincere la sfida della sua sostenibilità economica assumendoci la responsabilità civile e tecnico professionale dell'uso appropriato delle risorse disponibili.

Intendiamo custodire e rinnovare anche all'interno della professione il prezioso valore della solidarietà, nella moderna acce-

zione di sussidiarietà, irrobustendo il ruolo delle Fondazioni autonome

Previdendo Assistentziali, ENPAM ed ONAOSI, preposte ad un sistema compiuto di tutele post lavorative e di presa in carico delle fragilità dei professionisti e delle loro famiglie, anche quando intervenute durante la fase lavorativa.

Per un buon Servizio Sanitario, unitario, equo, solidale e di qualità.

Siamo convinti che la tutela della salute, garantita da un SSN universale e solidale, equo ed accessibile rappresenti una delle più forti espressioni dell'identità civile e morale di una comunità ed uno strumento formidabile di coesione tra strati sociali, generazioni e culture, di sviluppo dei diritti e delle libertà dei singoli e delle collettività. Chiediamo quindi scelte politiche autorevoli e rigorose per riagganciare ad una sanità moderna, efficace ed accessibile, quelle parti del paese, prevalentemente il nostro sud e le nostre isole, oggi ancora segnate da storiche disuguaglianze sociali ed economiche

Proponiamo una "grande opera" per la sanità delle aree svantaggiate del nostro paese e cioè interventi in strutture ed infrastrutture ospedaliere e territoriali, in tecnologie sanitarie e della comunicazione, in reti di servizi sanitari e socio-sanitari che valorizzino la continuità, l'umanizzazione e la domiciliarietà delle cure.

Riteniamo che ogni progetto di Federalismo Fiscale debba misurarsi con tali differenze non

solo adottando misure efficaci di perequazione delle capacità fiscali (federalismo equo e solidale) ma anche intervenendo con rigore e fermezza sulle profonde diversità nei livelli di efficienza e trasparenza nell'uso delle risorse, dando così risposte concrete, nel segno dell'unitarietà, solidarietà ed equa accessibilità al diritto costituzionale alla tutela della salute.

È necessario ricondurre la mobilità sanitaria nei limiti fisiologici di attrazione della domanda determinata dai poli multispecialistici ad alta qualificazione professionale, tecnologica formativa e di ricerca nell'ambito di modelli cooperativi e partecipativi, evitando logiche di mera concorrenza sulla stessa domanda e sulle stesse risorse, dimostratesi inefficienti nell'ambito di sistemi sanitari pubblici a finanziamento definito.

Va invece riassorbita attraverso il potenziamento quali-quantitativo dell'offerta quella quota non indifferente di mobilità sanitaria che origina da una offerta insufficiente di servizi affidabili per un profilo di domanda standard.

Riteniamo che le liste d'attesa, spesso erroneamente assunte come indicatori dell'inefficienza produttiva dei sistemi sanitari pubblici, vadano governate evitando risposte fondate prevalentemente sul potenziamento dell'offerta di prestazioni, privilegiando invece la pratica della appropriatezza, coniugando cioè, ad ogni livello di responsabilità, domanda/ risposta/ bisogni.

Una sanità moderna deve altresì fare spazio nelle risorse dedi-

cate, nella cultura del sistema e nei servizi resi all' educazione alla salute, all'attenzione agli stili di vita, alla tutela dei luoghi e degli ambienti di vita e di lavoro quali nuovi determinanti della salute del singolo e della collettività.

Per una buona politica in sanità che rispetti l'autonomia della gestione e dei professionisti

È necessario ed indifferibile ridefinire nel governo della sanità i rapporti tra i ruoli e compiti della politica, quelli della gestione e quelli delle professioni affinché siano inequivocabilmente separati e distinti ma fortemente sinergici sugli obiettivi da conseguire. Va innanzitutto ridefinito e riconosciuto più spazio e più peso ai governi dei territori (municipalità, comuni, consorzi di comuni) nella programmazione e valutazione degli obiettivi e dei risultati di salute conseguiti nelle comunità.

Proponiamo di modificare le modalità di scelta del Direttore Generale delle Aziende sanitarie, dando evidenza pubblica ai termini, alle procedure di selezione e ai curricula dei candidati, affidando ad una Commissione tecnica, autorevole e terza, la valutazione dei profili di competenze in riferimento a quelli ritenuti necessari al ruolo specifico da ricoprire, che indica al decisore una rosa ristretta.

Nelle procedure pubbliche di attribuzione degli incarichi di direzione delle strutture complesse, la totale discrezionalità di scelta del DG, oggi vigente va commisurata e resa compati-

bile con il riconoscimento del merito e delle capacità tecnico-professionali prevedendo una selezione sul profilo delle competenze, correlate alle caratteristiche dell'incarico da attribuire, operata da una Commissione di pari, autorevole e terza, che individua una rosa ristretta di candidati, con la quale si confronta ed integra la discrezionalità, motivata e ponderata del D.G.

Parimenti l'individuazione del Direttore di Dipartimento dovrà essere una scelta motivata del DG effettuata all'interno di una rosa ristretta di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento.

Proponiamo che il Collegio di Direzione assuma il ruolo di "Organo dell'azienda" con precise attribuzioni di responsabilità in materia di progettazione e valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle sociali ad alta integrazione sanitaria.

Riteniamo che queste correttivi siano la premessa indispensabile affinché possa svilupparsi nei servizi aziendali una rete diffusa di autonomie e responsabilità, capace di produrre ad ogni livello del sistema sintesi e sinergie di competenze e valori comuni, in altre parole l' humus della Governance clinica.

Per una buona qualità professionale e dei servizi di tutela della salute

I "fondamentali" di un professionista di qualità si costruiscono nel lungo iter formativo pre e post laurea, competenza esclusiva dell'Università con la quale riteniamo necessario proseguire in una incisiva collabo-

razione per avvicinare sempre più e sempre meglio la formazione alle innovazioni ed alla complessità del moderno esercizio professionale.

Riteniamo necessario mantenere la programmazione degli accessi alla Facoltà di Medicina, migliorandone i criteri di selezione, al fine di commisurare e modulare l'offerta quantitativa di medici ad una domanda che origina da sistemi organizzativi e tecnico professionali, sia ospedalieri che territoriali, in rapido cambiamento, portando correttivi all'anomalia italiana di una pleora medica, prestando però particolare attenzione alla necessità di programmare le tipologie di specialisti da formare, in ragione dei bisogni emergenti.

Tale complessità richiede una revisione delle attuali procedure di programmazione di laureati e specialisti, che troppo spesso si traducono in contrattazioni tra soggetti (Regioni-Ministero Salute-Università-FNOMCeO) che esprimono esigenze diverse ma che devono convergere nei confini oggettivi di un sistema formativo che, nonostante pregevoli sforzi, resta poco flessibile.

L'Esame di Stato, abilitante all'esercizio della professione, ancorché recentemente modificato, presenta il limite di operare in una sorta di parziale conflitto di interessi, prevedendo ancora il diretto coinvolgimento delle Facoltà di Medicina nel compito di valutare e certificare che il loro prodotto formativo (i laureati in Medicina e Chirurgia) possa esercitare la professione medica.

Nel merito vanno superati gli ostacoli verso un modello formativo che efficacemente coniughi il "sapere" al "saper essere e saper fare"; l'imparare facendo deve assumere più peso nei curricula formativi dei medici così come vanno rapidamente estese le iniziative di inserire in questi le nuove scienze umane (la comunicazione, la deontologia, l'etica, l'antropologia, il management) quali elementi costitutivi il moderno esercizio della professione medica.

La formazione specialistica è il paradigma di questo modello formativo al di sotto delle sue potenzialità: l'utilizzo delle reti formative regionali con l'affiancamento pieno dei professionisti del SSN nel ruolo di docenza e tutoraggio e l'offerta delle attività preventive ed assistenziali quale enorme laboratorio del saper fare e saper essere restano infatti previsioni legislative a tutt'oggi largamente disattese.

Riteniamo dunque che la formazione specialistica, fermo restando gli obblighi di apprendimento teorico, possa e debba completarsi con un inserimento pieno e protetto da tutors nelle attività di prevenzione, diagnosi e cura delle reti formative regionali.

Crediamo che la medicina generale si ponga come una disciplina specifica, caratterizzata da una metodologia ed un campo di ricerca clinica proprio da trasmettere attraverso forme e contenuti di apprendimento altrettanto peculiari e sostanzialmente assenti nel tradizionale insegnamento univer-

sitario e che sia dunque necessario formalizzare una vera e propria "Scuola di Medicina Generale", da sviluppare in piena autonomia all'interno della categoria stessa, in modo da garantire una vera formazione sul campo.

Il rischio di un impoverimento professionale e sociale è altresì correlato alla effettiva capacità di incidere sui processi di produzione, trasmissione, sviluppo e valutazione delle conoscenze e competenze innovative e del loro trasferimento nella pratica clinico assistenziale chiamando in causa oltre che l'Università, anche gli Istituti di Ricerca e Cura pubblici e privati, le stesse Aziende Sanitarie, il ruolo moderno delle Società Medico Scientifiche.

Riteniamo necessario definire un sistema di Accredimento "Istituzionale" delle Società Scientifiche da porre in capo ad un soggetto terzo, autorevole, fortemente rappresentativo delle istituzioni sanitarie di riferimento e, sulla base delle indicazioni già poste dalla Federazione Nazionale delle Società Medico Scientifiche (FISM), fondate sul possesso di requisiti di rappresentatività per aree specialistiche, organizzativi, gestionali, di trasparenza sui conflitti di interesse e di competenze tecnico-scientifiche possedute ed esercitate.

L'Accredimento Istituzionale legittima il coinvolgimento a tutti i livelli in attività di consulenza e supporto tecnico-scientifico alle istituzioni sanitarie pubbliche e private in materia di progettazione, produzione e valutazione dei servizi per la

salute e nelle politiche di HTA ed a collaborare alla costituzione ed al buon funzionamento di un sistema efficace di produzione-diffusione-valutazione delle linee-guida, oggi debole ed inadeguato.

Consideriamo opportuna l'individuazione di una istituzione Nazionale preposta all'accreditamento delle linee guida e alla loro diffusione e valutazione d'impatto che deve caratterizzarsi per una forte terzietà nei confronti delle amministrazioni sanitarie responsabili, assumendo un ruolo di garanzia tecnica dei cittadini nel valutare le prove di efficacia e l'economicità degli interventi sanitari.

L'Accreditamento "Formativo", quale provider di formazione ECM, fa invece riferimento ai criteri e procedure allo scopo previste dalla Commissione Nazionale ECM, anche relativamente agli accreditamenti regionali ed è finalizzato a garantire quella vasta offerta formativa specialistica che caratterizza lo sviluppo dei saperi e delle competenze della moderna medicina.

Intendiamo adoperarci per l'adozione di un sistema autogovernato, efficace ed affidabile di promozione e valutazione della Qualità Professionale orientato verso il modello dello Sviluppo Continuo Professionale, configurando indicatori e standards di conoscenze e competenze; in altre parole quei portfoli di attività di formazione (ECM), di aggiornamento, di prevenzione, clinico assistenziali, di insegnamento, di ricerca, ai quali, dopo una verifica e valutazione positiva, far corri-

spondere livelli crescenti di accreditamento professionale.

Per una buona prevenzione e gestione del rischio clinico

Riteniamo urgente dare piena attuazione all'Intesa raggiunta nella Conferenza Permanente Stato-Regioni del marzo scorso in materia di prevenzione e gestione del rischio clinico in ragione dei suoi devastanti riflessi sui comportamenti professionali, sempre più prigionieri di atteggiamenti difensivistici che gravano il sistema sanitario di inutili costi economici e sociali.

* Vanno individuati ed attivati in ogni struttura sanitaria funzioni dedicate alla prevenzione e gestione del rischio clinico, favorendo lo sviluppo di una cultura basata sulla collaborazione di più competenze e della valutazione dell'errore (incident reporting confidenziali, mappe del rischio, etc) come strumento per migliorare la qualità dei professionisti e delle organizzazioni;

* Va reso operativo l'obbligo in capo a tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche, private accreditate e private autorizzate della copertura economica del risarcimento da responsabilità professionale per tutti i professionisti, dipendenti e convenzionati, e per tutte le attività svolte in conto e per conto delle strutture stesse; per i liberi professionisti l'obbligo è in capo agli stessi con previsione di agevolazioni fiscali.

* È necessario sviluppare e consolidare gli strumenti e le procedure di risarcimento mediante risoluzione stragiudiziale dei

contenziosi scoraggiando il ricorso inappropriato ai procedimenti civili e penali, affidando agli ordini professionali un ruolo di garanzia tecnico professionale nell'individuazione degli esperti terzi, all'uopo selezionati e indicati in appositi registri sulla base delle esperienze e delle competenze dimostrate e documentate

* Vanno sperimentati sistemi di riconoscimento, quantificazione e liquidazione di tipologie di danno mediante indennizzi che non necessitano della dimostrazione di un profilo di colpa professionale ma di un nesso di causalità dimostrato tra prestazione sanitaria effettuata e danno (sistemi no-fault)

* Fermo restando il diritto dei cittadini ad un giusto riconoscimento per un danno ingiusto, proponiamo l'introduzione di alcune innovazioni nelle disposizioni giuridiche in materia di responsabilità professionale in ambito civilistico e di colpa medica in ambito penale anche in riferimento ad una più efficace definizione degli ambiti di azione del consenso informato, * Riteniamo indispensabile l'individuazione ed attivazione di un Osservatorio Nazionale, avente il compito di raccogliere tutti i dati regionali sul fenomeno malpractice.

Per una buona integrazione delle competenze professionali, delle istituzioni e dei servizi

Vogliamo superare alcune consolidate antinomie di sottosistemi che, nel corso degli anni si sono sviluppate nel nostro SSN secondo direttrici autonome,

autoreferenziali, spesso dichiaratamente conflittuali e concorrenti sulle risorse, con l'obiettivo non solo di migliorare l'efficienza, l'efficacia dei processi e degli esiti ma anche di costruire un comune senso di appartenenza e promuovere una condivisa assunzione di responsabilità che metta al centro le sorti del nostro sistema sanitario ed il patrimonio di valori che esso custodisce.

Stato- Regioni:

va attuato e potenziato, in questa sanità federale, il ruolo moderno dello Stato nel regolare e tutelare l'accesso alle prestazioni garantite, perchè appare insufficiente limitarsi alla sola individuazione dei L.E.A. che rischiano di diventare un mero elenco di prestazioni più o meno disponibili ai cittadini senza una contestuale definizione dei Livelli Essenziali di qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, di organizzazione, di sicurezza delle strutture e delle tecnologie, di formazione e aggiornamento dei professionisti, di monitoraggio e valutazione degli obiettivi di salute, di efficienza nelle procedure di spesa e di utilizzo delle risorse umane. Riteniamo quindi opportuna una ridefinizione normativa nazionale delle funzioni di valutazione delle attività sanitarie e sociosanitarie oggi eccessivamente parcellizzate in più soggetti e procedure che perseguono obiettivi diversi, per ricondurle invece ad una compiuta funzione di monitoraggio e valutazione dei processi e degli esiti degli interventi sanitari secondo indicatori comuni

ed appropriati alle tipologie di prestazioni.

Medici e Professioni Sanitarie: vanno riconsiderati i principi che a partire dalla legge 502/92, hanno prodotto fino ad oggi 22 diversi profili sanitari in parte storici, in parte nuovi, che stanno evidenziando preoccupanti difficoltà nel regolare un sovrapporsi, spesso caotico, di competenze riservate, di autonomie e responsabilità a cui va aggiunta la manifesta incapacità di contenere le spinte a nuove professioni.

Non ci sfugge lo straordinario valore dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze in atto in ambito sanitario ma tali cambiamenti hanno bisogno di una nuova cornice giuridica che si esprima sulle seguenti questioni.

* Una definizione condivisa di atti e procedure mediche che ne tracci le potestà e i limiti al fine di meglio definire le potestà ed i limiti degli atti e delle procedure da riservare ad altre professioni sanitarie e figure tecniche di supporto prevedendo altresì una nuova tassonomia giuridica delle professioni e dei relativi profili da correlare ai percorsi formativi.

* Prendere atto che il processo di sviluppo di nuove competenze settoriali e di supporto nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione non può più tradursi nell'individuazione di ulteriori "professioni" sanitarie, recuperando e valorizzando invece la funzione formativa delle strutture e dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale riconosciuta ed accreditata sulla base di requisiti

e criteri validi e unici su tutto il territorio nazionale, ed abilitate a rilasciare titoli;

* Prevedere l'accesso delle professioni sanitarie alla dirigenza del SSN esclusivamente e limitatamente a ruoli e funzioni coerenti con il biennio specialistico (3 + 2) previsto solo per le attività di formazione e organizzazione, su posizioni da individuarsi su scala aziendale.

* Prevedere che l'autonomia e la responsabilità tecnico professionale ed organizzativo-gestionale del medico mantengano un indiscusso ruolo di garanzia della continuità e unitarietà dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Assistenza, Formazione e Ricerca:

crediamo necessario migliorare lo schema di rapporti istituzionali tra Servizi Sanitari Regionali (SSR) e Facoltà di Medicina, oggi più contrattuale che cooperativo, nello spirito e nella lettera del DLgs n°517/99.

L'azienda integrata disegnata in quella legge deve dunque compiutamente realizzarsi per superare incertezze applicative che sono spesso fonte di opportunità, di concorrenza tra professionisti che si contendono spazi di assistenza e di carriera, di bassa efficienza ed efficacia dei percorsi formativi.

Va altresì irrobustita e meglio qualificata nelle partite finanziarie la spesa pubblica in ricerca biomedica, attraverso l'individuazione di una specifica Agenzia, autorevole, terza, affidabile verso la committenza ed i provider di ricerca, che sappia mettere in rete tutti i soggetti pubblici, compreso il SSN e i

privati coinvolti, attraendo in tali contesti, risorse private "libere" da conflitti di interesse, oggi indispensabili allo sviluppo della ricerca.

Ospedale e Territorio:

pensiamo ad una sinergia di progetti di cura e di modelli organizzativi dei servizi al cui centro devono restare i bisogni del paziente, in un processo di assunzione e dismissione armonica e condivisa di responsabilità, di funzioni e compiti che non abbandoni nessuno in una terra di nessuno.

L'Ospedale si deve caratterizzare sempre più quale luogo di terapie complesse per pazienti acuti, ricco di professionalità sofisticate e moderne tecnologie, che vede nel prossimo futuro l'organizzazione dei servizi secondo modelli dipartimentali articolati in funzioni per intensità di cura e lo sviluppo di ospedali pubblici e privati in reti integrate regionali.

Tali modelli spostano l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale con l'obiettivo che questo si svolga in modo unitario e ciò risulta utile per:

- garantire la continuità assistenziale ospedale/ospedale e ospedale/territorio,
- evitare inefficaci ed inefficienti duplicazioni di servizi.
- ricomporre due esigenze: la razionalizzazione dei servizi e l'accessibilità agli stessi.

È necessario investire risorse sul territorio per promuovere e sostenere quei modelli organizzativi che meglio garantiscono continuità assistenziale, pratiche assistenziali pluriprofessionali e pluridisciplinari ed un

sistema di continua reciproca comunicazione usufruendo delle nuove tecnologie, implementando gli strumenti di sinergia, quali il piano di dimissione, la partecipazione dei MMG e PLS e Specialisti Convenzionati ai Collegi di Direzione, agli incontri di dipartimento e di audit clinico, nell'ambito di norme contrattuali e convenzionali tra loro coordinate e coerenti sugli obiettivi comuni.

Le attività di prevenzione, diagnosi, follow-up e le terapie che non necessitano di ricovero devono essere effettuate sul territorio ed in vicinanza con la aree residenziali dei pazienti, utilizzando anche, in modo integrato, le grandi professionalità espresse dal mondo ospedaliero.

In definitiva il moderno processo assistenziale richiede una presa in carico globale del paziente, attraverso una forte integrazione tra risorse territoriali ed ospedaliere: sviluppo delle cure primarie e dell'integrazioni socio sanitarie a livello distrettuale, assistenza domiciliare integrata, ricoveri ospedalieri limitati alle fasi critiche e di instabilità clinica, sviluppo di modelli low-care, day-hospital, ambulatori dedicati per il follow-up.

Pubblico e Privato Accreditato:

siamo convinti che tutto il processo di integrazione pubblico-privato debba essere fortemente orientato a perseguire i seguenti obbiettivi strategici:

* l'accessibilità alle prestazioni definite dai livelli di assistenza consentendo la libera scelta del luogo di cura

* la razionalizzazione dell'impiego delle risorse a disposizione;

* il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata; la questione centrale è rappresentata dalla individuazione di un rigoroso sistema di regolazione dei rapporti e da una piena condivisione degli obiettivi propri dei SSR da realizzarsi attraverso l'utilizzo di un appropriato ed efficace sistema di Accredimento Istituzionale e di Accordi Contrattuali, cui aggiungere continue ed articolate attività di valutazione dei processi e degli esiti delle prestazioni erogate.

Riteniamo che le strutture accreditate pubbliche e private, per erogare analoghe prestazioni con uguali standard qualitativi, debbano possedere risorse analoghe sul piano tecnologico, strutturale, organizzativo e professionale e comuni indicatori di valutazione.

- Crediamo che nei criteri di accreditamento e nella definizione dei volumi prestazionali vada posta particolare attenzione alle risorse umane e, nello specifico, al personale medico in riferimento alle qualificazioni professionali e alla dotazione organica predeterminata.

- Riteniamo che tra i requisiti di accreditamento debba essere previsto che il personale, quello medico in particolare, in organico nelle strutture pubbliche e private debba avere un unico rapporto di lavoro nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, regolamentato da Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, vietando rapporti contrattuali prevalentemente fondati su incentivi economici a prestazione.

Crediamo dunque che vada decisamente combattuta e vinta una battaglia di contrasto al precariato professionale in genere e medico in particolare, che ha assunto dimensioni allarmanti negli ultimi anni invadendo settori di attività non marginali dei servizi sanitari pubblici e privati accreditati perché minaccia la qualità e la sicurezza dei servizi.

Ordini Professionali, Cittadini e Istituzioni:

non ci riconosciamo in alcune rappresentazioni care ai sostenitori del libero mercato perché riteniamo che i nostri servizi professionali ed il cittadino utente interagiscono in un mercato imperfetto in ragione del persistere di forti asimmetrie informative.

Gli Ordini che vogliamo sono enti pubblici non economici totalmente autofinanziati dagli iscritti agli Albi, con funzioni sussidiarie dello Stato, gestiti da organi direttivi agili, eletti con procedure accessibili di voto ed in base ai principi della democrazia rappresentativa, secondo criteri di proporzionalità e rispetto delle minoranze qualificate.

Riteniamo che i nostri Ordini debbano configurarsi come soggetti terzi di garanzia, dell'affidabilità tecnica e deontologica dei professionisti nei confronti dei cittadini; Enti autonomi e distinti rispetto ad ogni altro soggetto professionale da realizzare anche attraverso criteri condivisi di compatibilità nelle cariche direttive.

Riteniamo che le competenze disciplinari sugli iscritti agli albi vadano meglio definite rispetto

a quelle amministrative, civili e penali, modernizzando le procedure secondo i principi del giusto processo e prevedendo nel meccanismo sanzionatorio forme di recupero e di compensazione rispetto alle violazioni commesse.

Gli Ordini sono i custodi della Deontologia Medica, tesi a sollecitare la professione al perseguimento dei grandi principi fondanti l'etica medica, di beneficenza, di giustizia e di rispetto dell'autodeterminazione del cittadino, e ne sanzionano le violazioni.

Per le nuove opportunità di una professione medica al femminile

La presenza sempre più numerosa delle donne nella professione medica può essere sostenuta da un'idea di pari opportunità non come teoria di interesse esclusivo di genere, ma come diritto che, se applicato, genera un tessuto sociale più

solidale, equo e vivibile.

Far attraversare da questa consapevolezza le politiche sociali e istituzionali e le pratiche della vita quotidiana è elemento chiave per l'affermazione della democrazia e della qualità del lavoro.

È opportuno promuovere la cultura partecipativa e consapevole di genere, graduando gli interventi per individuare le discriminazioni dirette e indirette e realizzare i necessari correttivi, tenuto conto che - entro un decennio - l'aumento dell'occupazione femminile sarà elemento determinante per l'equilibrio economico del paese. È necessario valorizzare le specificità e i contributi individuali, certi che le differenze apportano ricchezza nella allianza e nella relazione terapeutica, e che l'approccio della sensibilità di genere può orientare e favorire una rinnovata responsabilità sociale ed etica.

Le buone prassi, già consolida-

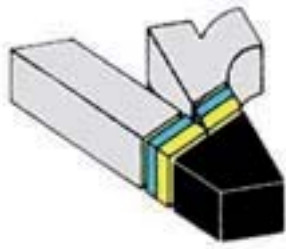
te, diventeranno sistema in sanità, attiveranno azioni positive all'ingresso nella professione, nella sua progressione, generando benessere lavorativo. È indispensabile favorire la partecipazione attiva delle donne nei luoghi decisionali in equilibrio di rappresentanza istituzionale, coinvolgendole concretamente nel confronto continuo e produttivo all'interno della professione e con uno sguardo verso il mondo della scienza, della ricerca e della formazione universitaria.

Quanto sopra è in linea con i quattro punti strategici dell'Unione Europea, sui quali operare per favorire l'inserimento delle donne nel mondo del lavoro:

- la segregazione orizzontale e verticale,
- la differenza salariale,
- la progressione di carriera,
- la conciliazione tra vita lavorativa e vita privata.

Mettiamo queste Dichiarazioni di Consenso a disposizione dei cittadini, delle istituzioni, della politica, dei professionisti, pronti ad ascoltare, correggere ed integrare, nella consapevolezza e nell'orgoglio di assolvere ad un dovere di partecipazione e di impegno tecnico-professionale, civile ed etico, in un rapporto continuo e coerente con la società civile, dialettico con i decisori ed intransigente contro la cattiva politica la cattiva gestione e la cattiva pratica professionale.

Riceviamo da Villa Rosa il testo rivolto ai colleghi



VILLA ROSA S.R.L.
Ospedale Privato Accreditato

COMUNICA

È motivo di soddisfazione per la Direzione di Villa Rosa comunicare che durante l'estate si è proceduto a una riorganizzazione nell'ambito delle attrezzature della Radiologia al fine di rendere un servizio sempre migliore ai propri utenti:

- È divenuto operativo un **Telecomandato** in grado di effettuare esami statici e dinamici e fluoroscopici con una drastica riduzione della dose di radiazioni assorbita dal paziente. L'apparecchiatura di alto livello è di tipo digitale per cui sarà possibile ottenere un'alta qualità delle immagini decisamente superiore alle apparecchiature tradizionali. Consente, inoltre una completa integrazione con i sistemi DICOM, PACS/RIS.
- È stato sostituito l'Ortopantomografo con una nuova **Unità Radiologica maxillo-facciale** Planmeca Promax, che permette di eseguire tutte le immagini necessarie per l'analisi, la pianificazione e il follow-up in implantologia (**Dentascan**). Tale procedimento è ottenibile grazie ai programmi tomografici 3D 100% DICOM, dei quali è dotata la nuova apparecchiatura.
- È entrata in funzione una seconda **RM aperta**, G.E. modello SIGNA PROFILE HD PRO con magneti permanente 0.2 e con gradienti ad elevata prestazione. Il sistema implementa la tecnologia EXCITE e dispone di bobine ad alta risoluzione per lo studio delle piccole articolazioni, una bobina per lo studio della colonna modello PHASED ARRAY, una bobina ad alta efficienza per lo studio dell'encefalo, compatibile con tutti i sistemi DICOM PACS-RIS-HIS.
- L'introduzione della seconda RM ha sostituito la TAC, il cui servizio viene definitivamente sospeso

Con tale riorganizzazione riteniamo che il Servizio di Radiologia di Villa Rosa si porrà all'avanguardia nell'ambito della Radiologia tradizionale, della Radiologia per odontoiatria e diverrà centro di riferimento per le Risonanze Magnetiche aperte.

PROFESSIONALMENTE E DEONTOLOGICAMENTE ADEGUATO

Ultimamente il medico e la medicina sono al centro dell'attenzione generale, quasi sempre purtroppo, in una luce negativa.

Parecchi sono gli spunti su cui i mezzi di informazione spesso e volentieri costruiscono i loro scoop: lunghe liste di attesa, lentezze burocratiche, lacune legislative, per citarne solo alcuni.

Senza tralasciare la cultura dominante, secondo cui il medico deve avere comunque un rimedio a tutte le malattie, dimenticando che la medicina non è una scienza esatta.

Tutto ciò "agita" il medico spingendolo a una medicina difensiva se non addirittura a diminui-

re la propria attività, in attesa di un rapido pensionamento. I giovani tentennano prima di scegliere studi universitari a indirizzo medico.

Il risultato finale purtroppo è la diminuita, se non già scomparsa, "fiducia" medico-paziente.

In questo clima diventa gioco facile puntare il dito su veri o presunti casi di malpractice.

Quelli confermati giustamente devono pagare, ma la maggior parte finiscono, anche se dopo troppo tempo, con l'assoluzione del sanitario. Come nel caso, riportato nel n. 5-2008 del Giornale della Previdenza, di una Dr.ssa di Firenze assolta e risarci-

ta perché citata in giudizio senza nessun valido motivo.

Ma la parte più interessante per tutti i medici è la motivazione.

Il tribunale ha dichiarato che "l'operato della Dr.ssa era stato professionalmente e deontologicamente adeguato".

Gli sforzi per ridurre questa "tensione" devono quindi essere indirizzati a "tranquillizzare" il medico che agisce in maniera professionalmente e deontologicamente adeguata e il paziente che si affida alle procedure adeguate alle diverse situazioni cliniche.

M. Cinque



**UniCredit
Xelion Banca**

Carlo Dallari

Personal Financial Adviser

Via Emilia Est 903 - Modena

Tel. 059/367721 - Fax 059/379408 - Cell. 338/8506306

e-mail: carlo.dallari@xelionpfa.unicredit.it

UniCredit Xelion Banca è la Banca del gruppo UniCredit specializzata nella gestione degli investimenti.

Il nostro Istituto ha disposto una Convenzione per la categoria dei Medici con condizioni agevolate; una di queste è l'interesse remunerato sul conto corrente e deposito titoli al tasso euribor mensile meno un lievissimo spread, tali condizioni contrattuali verranno mantenute nel tempo.

Xelion mette a disposizione dei Clienti un conto corrente bancario e un deposito titoli, cui accedere semplicemente tramite internet o telefono oltre ad avere come interlocutore privilegiato l'appoggio costante del Consulente Finanziario.

È possibile inoltre l'accesso ai servizi bancari di base (operazioni di cassa) presso gli oltre 2500 sportelli di UniCredit Banca, diffusi su tutto il territorio nazionale che diventeranno 5000 con l'acquisizione di Banca FINECO.

Inoltre vantiamo una prestigiosa selezione di oltre 1800 strumenti finanziari di oltre 30 tra le più importanti società di gestione, perché partiamo dal presupposto che nessun gestore è bravo in tutto e l'unico modo per generare valore per il cliente è quello di coniugare in un'unica offerta l'esperienza di più gestori.

BILANCIO CONSUNTIVO ENPAM 2007

Il 28/06/2008 si è tenuto a Roma presso la sede ENPAM di via Torino il Consiglio nazionale sulla riclassificazione del bilancio in base alle norme del codice civile (art. 2423 e succ.) e sull'approvazione del bilancio consuntivo 2007.

La riclassificazione intende armonizzare i dati di bilancio in conformità ai dettami civilistici e dare una lettura più chiara del patrimonio della Fondazione e del risultato di gestione.

Lo stato patrimoniale deriva dalla differenza tra attività, distinte secondo la loro destinazione e il loro grado di liquidità, e passività in relazione al loro livello di provenienza e di esigibilità.

Il risultato di gestione 2007 è stato il seguente:

a) la gestione previdenziale, ricavi da contributi ed entrate straordinarie pari a 1 miliardo e ottocento milioni circa (€1.796.436.722) con un aumento del 8,69% rispetto al 2006, meno uscite per prestazioni, circa 1 miliardo di Euro (€982.687.449), con solo il 2,72% di aumento rispetto al 2006, ha dato come risultato netto €813.749.273, ovvero un aumento del 16,82 % rispetto al 2006.

b) La gestione non previdenziale, ricavi finanziari e proventi pari a €385.085.683 meno costo ed oneri pari a €271.205.426, ha dato come risultato netto €113.880.257.

Quindi l'utile di esercizio (a + b) è stato di circa 1 miliardo di Euro (€927.629.530), ossia un aumen-

to del 12,49% vs. il 2006.

Pertanto il patrimonio netto della Fondazione al 31.12.2007 ammontava a oltre 8 miliardi di €8.316.999.849.

In definitiva dal 1997, anno della effettiva privatizzazione, il patrimonio si è più che raddoppiato. Quanto alla composizione da reddito il 42,68% deriva da attività immobiliari con resa del 1,79%, il 57,32% da attività finanziarie o mobiliari di cui il 10% azioni, il resto titoli di Stato, obbligazioni, pronti contro termine e altro con resa del 3,93%. Anche nel 2007 si è provveduto alla dismissione di beni immobili non ritenuti utili e redditizi con un'operazione di "Spin-off" (ossia vendita di pacchetto d'immobili, di cui 1 o 2 molto appetibili e tanti altri poco commerciali nello stato di fatto).

Si sono acquistati immobili di prestigio a Roma e Milano per un valore di oltre mezzo miliardo di €558.818.889.

La nuova sede in piazza Vittorio che raccoglierà tutte le sedi amministrative e organizzative distaccate della Fondazione, dopo uno stop di parecchi mesi per il ritrovamento di reperti archeologici, sarà completata nel 2009.

La destinazione d'uso degli immobili dell'Ente, è rappresentata per il 49,35% da uffici, per 7,10% da commerciale, per 2,70% da alberghiero e per 40,95% da residenziali che sono destinati a diminuire per il difficile recupero dei crediti dai locata-

ri e che attualmente ammontano a circa 25 milioni di €24.884.688. Tutti i Fondi, quanto a rapporto tra ricavi e costi, sono in attivo tranne quello degli Specialisti esterni, (a questo proposito l'ENPAM ha vinto tutte le cause avviate contro le società private, accreditate, che utilizzano personale medico). Pertanto tali Società saranno obbligate al versamento all'ENPAM del 2% sul fatturato annuo e di conseguenza anche questo Fondo presto dovrebbe tornare in attivo.

La legge finanziaria del 2007 ha disposto che gli Enti Previdenziali Privatizzati siano tenuti a ricondurre la stabilità delle gestioni entro un arco temporale di 30 anni invece dei 15 preesistenti.

Conseguentemente l'ENPAM con delibera n° 52/2007 ha formalizzato l'incarico all'attuario di redigere i bilanci tecnici al 31.12.2006 nel rispetto di dette prescrizioni legislative.

È stata data informazione sull'istituzione dal febbraio 2007 di un servizio di consulenza telefonica che risponde a quesiti su Previdenza, Polizze, Servizi integrativi, Patrimoni ed altro (n° di tel. 06-48294829 Fax 06-48294444, e-mail: sat@empam.it).

Infine si è proceduto all'approvazione del bilancio che è avvenuta per alzata di mano, all'unanimità senza alcun astenuto né contrario.

G. Loconte

STIAMO LAVORANDO PER VOI...

LE PARI OPPORTUNITÀ NEL COMITATO UNICO AZIENDALE

Dal 6/09/2004 si è istituito il Comitato Unico Aziendale per le Pari Opportunità all'interno della AUSL di Modena.

Unico per la volontà congiunta della Direzione Sanitaria Aziendale e della OO.SS, segnalando professionisti della Dirigenza Medica e del Comparto, nell'ottica di lavorare insieme e di potenziare le competenze e le risorse.

Dodici titolari, dodici supplenti, una presidente, una vice presidenti, una segreteria organizzativa, gruppi dei lavoro dedicati, tempo per conoscersi, esprimere le proprie idee e metterle in fila.

In quattro anni abbiamo attivato il gruppo di lavoro Part time che ha risposto ai quesiti Aziendali a proposito della concessione del Part time a n° 14 dipendenti del Dipartimento di Psicologia. In tale occasione è stato stilato un documento da utilizzare come linea comportamentale per future scelte.

Parallelamente è nato il gruppo di lavoro "mobbing", come da proposta Aziendale, che ha avuto la necessità, nel suo approfondimento, di essere

meglio e più correttamente definito come gruppo di lavoro "Benessere Organizzativo".

Sotto questo grande ombrello, i temi da trattare sono molti, molto articolati e delicatissimi. Pertanto abbiamo in primis definito la nostra vera mission, e non una sua interpretazione errata.

Cioè una concreta proposta da formulare alla Direzione Aziendale per garantire a tutti i livelli il benessere organizzativo nel lavoro: obiettivo alto, ma possibile.

Per raggiungerlo abbiamo disegnato un primo generico incontro informativo più tre seminari rivolti a tre livelli diversi di "pubblico", e quindi con strumenti diversi.

Dal 22/03/2006 al 13/05/2008 ci siamo presentati a tutti i dipendenti aziendali, abbiamo incontrato i vertici dell'alta dirigenza, a seguire i primari e i direttori di U.O. e di distretto, e per concludere tutti i dipendenti. Un grazie particolare ai relatori che hanno dato qualità a questo nostro cammino formativo e informativo.

L'Azienda, come ci ha voluto

nel 2004, così ci ha supportato e ha condiviso ogni nostro passo e ogni nostra crisi di crescita, fino ad oggi.

Le consigliere di parità e pari opportunità della provincia ci hanno incontrato e insieme abbiamo deciso, per la grande rilevanza dell'aver istituito il CPO nella Azienda Sanitaria di Modena, una proficua collaborazione.

Abbiamo stilato un Protocollo di intesa utile anche a definire i ruoli, le competenze, i confini e i compiti.

Il 06/02/2008 la Presidenza del Consiglio dei Ministri - dipartimento per i diritti e le pari opportunità - ha scritto una lettera di apprezzamento per il lavoro svolto.

A settembre 2008 avremo maturati quattro anni di attività, maggior consapevolezza sui temi da trattare, più esperienza nel trattarli, più compattezza nel gruppo e ancora tanto lavoro da svolgere.

Quindi scusate il ritardo, ma...stavamo lavorando per voi.

*Presidente CPO
Dr.ssa Laura Scaltriti*

L'IPOVITAMINOSI D: CONDIZIONE SPESSO POCO CONSIDERATA NEI SOGGETTI ANZIANI A RISCHIO DI FRATTURA

G SALVIOLI (UO DI GERIATRIA) E A VACCARI (UO DI ORTOPEDIA)
NUOVO OSPEDALE CIVILE S. AGOSTINO-ESTENSE

La carenza di vitamina D (D2 ergosterolo e D3 colecalciferolo), è proposta come un'autentica epidemia nella popolazione che invecchia; anche le cadute si verificano con grande frequenza negli anziani a volte con gravi fratture. Le conseguenze dell'ipovitaminosi D sono riportate nella tabella. L'osteopenia può ritenersi fisiologica dell'invecchiamento; ma se la massa ossea si riduce in eccesso si parla di osteoporosi: allora l'osso diventa fragile facilitando le fratture da caduta; il declino strutturale è accelerato dalla carenza di calcio e di vitamina D (Vit D), da malattie interferenti con il metabolismo osseo, dalla frequente scarsa attività motoria; un ruolo importante hanno la malnutrizione proteica oltre che calorica e l'assunzione prolungata di alcuni farmaci come i corticosteroidi. Queste condizioni favoriscono anche l'inevitabile sarcopenia che concorre a rendere instabile il soggetto anziano favorendo così le cadute, causa fondamentale delle fratture ossee in varie sedi. Nell'anziano ha crescente impatto sanitario e sociale la frattura del femore la cui incidenza aumenta esponenzialmente dopo i 70 anni compor-

tando elevate disabilità e mortalità: la causa fondamentale (almeno 90% dei casi) è la caduta che dovrebbe essere prevenuta soprattutto nei soggetti nei quali la valutazione del rischio di caduta (vedi questionario) ha evidenziato la probabilità dell'evento. Si ricorda che l'incidenza delle cadute nei soggetti > 65 anni che vivono a casa è del 35-40% all'anno; la prevalenza delle cadute e delle fratture è molto più elevata nelle strutture per anziani.

I sintomi come debolezza muscolare, dolore prossimale agli arti inferiori (di tipo fibromialgico) dovrebbero essere un segnale da non trascurare nella clinica quotidiana. In alcuni luoghi di cura, come la residenza per anziani e l'ospedale, la ipovitaminosi D è molto frequente, così come l'evento caduta che deve essere considerato un rilevante segno clinico. Nei nostri pazienti l'ipovitaminosi D (dosaggio ematico del 25(OH) colecalciferolo - si veda la figura) è presente nel 70% dei casi e si accompagna a iperparatiroidismo secondario, risposta alla ridotta disponibilità di Calcio, azione indispensabile per i segnali cellulari e per la contrazione muscolare; questi dati

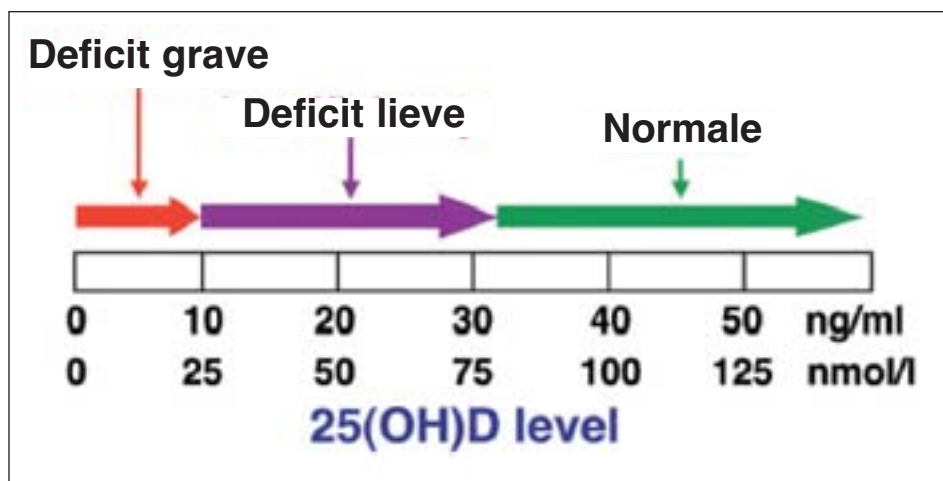
confermano che la realtà locale riguardante gli anziani di età superiore ai 75 anni è analoga a quella descritta nella letteratura internazionale.

Effetti della carenza di vitamina D

osteoporosi e osteomalacia - dolore muscolare arti inferiori - ridotta forza muscolare e cadute - aumentato rischio di cancro - ridotta immunosorveglianza

Pertanto nei soggetti anziani soprattutto se con polipatologia, con segni evidenti di osteoporosi (fratture precedenti e fratture vertebrali), con storia di cadute il Medico dovrà considerare la necessità di prescrivere la vitamina D alla dose di circa 800-1000 UI/die, associando un'adeguata introduzione di calcio (1200-1500 mg/die); il dosaggio di Vit D dovrà essere aumentato se coesiste insufficienza renale (si riduce la formazione di calcitriolo che è la forma attiva della Vit D), molto frequente nell'anziano; la quantità di vitamina D da somministrare è adeguata se porta i livelli ematici di 25(OH)D fra i 32 e i 40 ng/ml; anche l'esposizione al sole è da raccomandare, ma non sempre è agevole realizzarla.

Al Nuovo Ospedale civile S.Agostino-Estense (NOCSAE) a Baggiovara di Modena è stato attivato il programma aziendale "Progetto Ortogeriatría", che riguarda tutti i pazienti anziani fratturati di femore ricoverati nella UO di Ortopedia (Direttore: dr A Vaccari).. Questi soggetti vengono sottoposti ad una valutazione geriatrica multidimensionale prima dell'intervento chirurgico e sono seguiti nei giorni dopo l'intervento fino alla dimissione dai Medici della UO di Geriatria; il progetto nasce dall'esigenza di prevenire le complicanze postchirurgiche più frequenti nell'anziano fratturato (il delirium, la disidratazione, l'embolia polmonare, le polmoniti, l'aggravamento dello scompenso cardiaco, il declino cognitivo postoperatorio), agevolando altresì il più rapido recupero funzionale e il ripristino dell'autosufficienza premorboza cercando di non tralasciare alcun provvedimento terapeutico e di ottenere la massima collaborazione con il Fisiatra.. È evidente che il programma dell'Ortogeriatría ha come obiettivo anche la prevenzione delle fratture del femore: ciò si persegue sia valutando nelle persone anziane il rischio di caduta con le modalità allegate e correggendo poi i fattori negativi quando possibile, sia trattando con vitamina D e calcio tutti gli anziani; questi due obiettivi dovrebbero essere adeguatamente implementati nei luoghi di cura delle cure primarie e soprattutto



25(OH)D: 25-idrossi vitamina D

Scala con punteggio per valutare il rischio di frattura del femore * (Ann Fam Med 2007; 5:48-56)

Età attuale (anni) :	
80	1
70-79	0
Il peso corporeo in kg è:	
< 60	1
≥60	0
Può sollevarsi per 5 volte da una sedia senza usare l'aiuto delle braccia?	
No (usa le braccia)	1
Sì	0
Ha avuto fratture ossee dopo i 40 anni?	
Sì: ai polsi, arti o vertebre (loro compressione visibile radiologicamente)	1
No: non fratture	0

* Il rischio di frattura del femore aumenta nettamente se il punteggio è ≥ 2

negli ambulatori dei Medici di famiglia ricorrendo anche alle raccomandazioni descritte in precedenza con l'obiettivo di prevenire le cadute e le fratture.

Per chi desidera ulteriori approfondimenti e notizie:
 Dott.ssa Chiara Mussi: cmussi@iol.it
 Dott.ssa Maria Cristina Facchini: m.facchini@ausl.mo.it

NOTE DI FINE ESTATE

Finita l'emergenza della pleto- ra medica, anzi ...

"Tra sedici anni in Italia ci saranno 70000 medici in meno" ha dichiarato il presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco lanciando il grido d'allarme dopo la presentazione dei dati di un rapporto della Federazione nazionale. Troppi infatti sono i medici pensionati rispetto alle giovani leve e il 20% dei nuovi iscritti (7400) alla facoltà di Medicina e Chirurgia lascia gli studi in anticipo. Ma è tutto lo scenario che subirà profonde modifiche: nell'arco di un decennio mancheranno i chirurghi ed anche i pediatri rischiano una lenta estinzione.

L'Università si è detta pronta ad incrementare il numero programmato di iscritti del 10%. Le donne medico che oggi rappresentano il 35% del totale dei professionisti saranno il 56% quando le studentesse che oggi si sono iscritte alla facoltà si saranno laureate. Come si può intuire si verificherà un mutamento sostanziale del quadro di riferimento della nostra professione. Saremo in minor numero e ...più rosa.



Occhio alle pensioni

Il quadro della crisi di medici in Italia nel prossimo futuro non può non ripercuotersi sull'assetto del nostro ente di previdenza, l'ENPAM. Facendo un semplice ragionamento: meno medici = meno contributi. E questo presuppone che, se si vogliono mantenere gli standard previdenziali attuali (o migliorarli), occorrerà ripensare ad alcuni assetti dei vari fondi per garantire una vecchiaia serena a tutti i colleghi. Non sarà semplice ma la solidità dell'ente è di per sé una buona garanzia. Bisogna riuscire a coinvolgere i colleghi più giovani nella condivisione di obiettivi previdenziali necessari a loro e a chi li ha preceduti.

Avanti tutta, no un po' indietro e poi avanti con calma...

Sulla Gazzetta Ufficiale del 25 giugno è stato pubblicato il Decreto legge n. 112 dal titolo altisonante e, come spesso succede in Italia, omnicomprensivo: "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria". In effetti il decreto è un contenitore all'interno del quale c'è un po' di tutto, dalla proroga del periodo di validità della carta di identità (da 5 a 10 anni) alla determinazione del finanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale per il triennio 2009 - 2011 (rispettivamente

in milioni di euro 102.683 - 103.945 - 106.265). Ma l'attenzione degli addetti ai lavori è stata subito catalizzata dall'articolo 70 ed in particolare dai commi 2 e 3. Essi infatti entrano nel merito della giustificazione dei periodi di malattia da parte dei dipendenti pubblici. Si cita la necessità di una certificazione medica rilasciata esclusivamente da "struttura sanitaria pubblica" per le assenze di durata superiore ai 10 giorni e comunque dopo il secondo evento nell'anno solare. Sono definite inoltre le fasce orarie di reperibilità per il lavoratore dalle 8 alle 13 e dalle 14 alle 20 e si dispone il controllo anche per un solo giorno di assenza del dipendente. Se sull'aspetto delle fasce di reperibilità è lecito dire la nostra dal momento che è semplice affermare come vi siano patologie tipo le fratture o i postumi degli interventi chirurgici che non implicano una degenza così forzata per il paziente, si può nel contempo sottolineare che non è previsto l'accesso agli studi dei medici di famiglia e/o dei pediatri in caso di controlli clinici, ulteriori



certificazioni, urgenze sopraggiunte. Ma il dato più rilevante è stato quello relativo alla certificazione per un periodo di malattia superiore ai dieci giorni. Vi erano infatti due aspetti che i colleghi hanno subito riscontrato: il primo è costituito da un diverso trattamento dei propri pazienti, del settore privato e/o di quello pubblico, rispetto ad un atto professionale importante come la certificazione ed il secondo che attiene ad una sorta di gerarchia delle certificazioni stesse con un differente "peso specifico" a seconda di chi le rilascia. Pronto e deciso è stato l'intervento della FNOMCeO e delle associazioni sindacali che hanno provocato una immediata precisazione da parte governativa che per "struttura sanitaria pubblica" si intendono anche i medici di medicina generale ed altre figure mediche tutte afferenti al S.S.N. Il Decreto dovrà essere convertito in legge entro il 25 agosto e aspettiamo fiduciosi che si proceda alla necessaria modifica del testo. Non si sa mai...

I tentacoli della Privacy

La chiamano l'ombra digitale e riguarda la quantità dei dati che ognuno di noi produce attivamente e passivamente tutti i giorni. Siamo, pare accertato, a 45 gigabyte di dati per ogni essere umano. Parliamo di tele-

fonate, di e mail, di telecamere più o meno nascoste. La ricerca dalla quale sono stati estratti questi dati parla, a titolo di esempio, di 20 milioni di miliardi di file che nel 2011 saranno registrati. Ma l'elemento più preoccupante è rappresentato forse dal fatto che la percentuale dell'85% è la quantità di dati "gestita" dalle aziende. Come dire ai singoli restano le briciole. Solamente Google lavora con 450.000 mila server. E i medici? I medici fanno parte anche loro di questo immenso mondo virtuale sia che lavorino sul territorio che in ospedale. Ognuno di noi ha la sua "ombra digitale" che lo segue indipendentemente dalla nostra volontà. Semplicemente c'è ma non si vede. E gli esperti assicurano che essa è destinata ad incrementarsi ulteriormente.

Sarebbe forse utile pensare a questi numeri tutte le volte che ci cimentiamo con le problematiche connesse alla privacy, anche in campo sanitario.

Sotto l'ombrellone

Sentita questa estate sotto un ombrellone a pochi metri dal mio in una piccola spiaggia della Sardegna. Una elegante signora romana rivolgendosi alla sua amica: "sai, mando mio marito da tanti anni sempre dallo stesso iridologo, così bravo ma così bravo che è difficile trovarlo in studio perché è

sempre ai congressi in Australia, in Sud Africa.... E tutte le volte che ci andiamo ci fa vedere tutte le sue pubblicazioni, anche in inglese. Poi, ti dirò, quando prescrive i colliri per la congiuntivite che Mario (il marito) ha da tanti anni, non si trovano mai in farmacia e li dobbiamo mandare a prendere dappertutto.. e non sai quanto costano !! Ma ne vale la pena perché Mario sta così bene da quando va da lui..." E l'amica incuriosita: "Ma è caro?" "Abbastanza, ma per la salute si fa questo ed altro." E mentre Mario continuava a grattarsi con energia tutti e due i suoi occhi è arrivato, portato dal vento, un soffuso profumo di spaghetti al pesce. "Sai - ha sentenziato l'elegante signora romana avviandosi al meritato pasto in riva al mare - Mario non potrebbe mangiarli perché il suo dottore della mutua (!?) gli ha prescritto i test allergici ed è risultato molto positivo al pesce, ma a lui piace tanto e io gli ho detto che faceva bene a mangiare quello che voleva". E il signor Mario era infatti già in pole position a tavola con il suo bel piatto di spaghetti al pesce che si accingeva ad affrontare con grinta. L'importante era poi mettere con cura le gocce prescritte dal bravo iridologo giramondo...

*Il presidente
N. G. D'Autilia*



CORTE DI GIUSTIZIA EUROPEA

SENTENZA DEL 17 LUGLIO 2008 - (C-500/06)
SPOT DEI MEDICI SU TUTTE LE TV

Con una sentenza depositata ieri (causa C-500/06), la Corte di Giustizia europea si è pronunciata in ordine ad una questione interpretativa sollevata dal Giudice di Pace di Genova relativamente agli art. 43 e 49 del trattato Ue. Nel caso esaminato dal giudice italiano, una società pubblicitaria si era rifiutata di restituire un acconto versato da un gruppo spagnolo di medicina estetica per una campagna pubblicitaria a cui non era stato possibile dare seguito poiché la legge n. 175/92 vieta, in Italia, la diffusione di tali messaggi. L'organo di giustizia europeo ha bocciato i limiti alla

pubblicità del nostro paese in quanto ostacolerebbero l'esercizio delle libertà garantite dal trattato alla prestazione dei servizi provenienti da altri paesi e allo stabilimento in ambito Ue. Le restrizioni alla pubblicità sono ammesse, in conformità col trattato, in presenza di quattro condizioni: devono essere applicate in modo non discriminatorio; devono essere giustificate da ragioni imperative di interesse pubblico; devono essere idonee a garantire il conseguimento dello scopo prefissato; non devono superare quanto necessario per il raggiungimento dell'obiettivo. In

base alla direttiva 85/552, inoltre, le limitazioni alla pubblicità possono essere disposte solo nel caso di trattamenti per i quali è necessaria la ricetta medica. La Corte, in definitiva, ritenendo che la normativa italiana del 1992 non sia idonea a garantire la realizzazione dell'obiettivo della salute ma costituisca una restrizione ingiustificata delle libertà ha così riconosciuto la prevalenza dei principi di libera prestazione dei servizi e di libero stabilimento sulle norme italiane in materia di spot.

CORTE DI CASSAZIONE - PENALE

ORDINI RISARCITI DAGLI ABUSIVI

Gli ordini professionali possono costituirsi parte civile in un procedimento per il reato di esercizio abusivo della professione, per ottenere il risarcimento o la riparazione di un danno non soltanto morale, bensì anche patrimoniale. "Possono assumere veste di danneggiati quei soggetti che, sia pure in via mediata e di riflesso, abbiano subito a causa della violazione

della norma penale in questione, un danno tipicamente di carattere patrimoniale, quale va ritenuto quel pregiudizio che è causato dalla concorrenza sleale subita in un determinato contesto territoriale dai professionisti iscritti all'associazione di categoria, danno che va ad aggiungersi a quello consistente nell'offesa all'interesse circoscritto riferibile all'associa-

zione professionale, in tal caso legittimata a costituirsi parte civile nel procedimento penale per ottenere il risarcimento o la riparazione non già di un danno soltanto morale, bensì anche patrimoniale". (Avv. Ennio Grassini-www.dirittosanitario.net)

*Tratto da Doctornews
16 giugno 2008 – anno 6,
numero 105*

NOBILE COLLEGIO OMEOPATICO
ANNO ACCADEMICO 2008- 2011



SCUOLA TRIENNALE DI OMEOPATIA CLASSICA
BOLOGNA

Responsabile scientifico/ didattico **Paolo dr. Benedetti**

Medico chirurgo specialista in geriatria generale e chirurgia toracica, dirigente di primo livello presso la U.O. di chirurgia generale della AUSL di Arezzo. Omeopata dal 1980 ha seguito corsi dei più grandi medici omeopati italiani ed esteri dr. Beucci, dr. Santini, dr. Negro, dr. Masi, dr Vitoulkas.
Docente presso le scuole del Nobile Collegio Omeopatico.

NEL CORSO DEL PRIMO ANNO VERRANNO GETTATE LE BASI EPISTEMIOLOGICHE DELL'OMEOPATIA

- . CENNI STORICI SULLA FIGURA ED IL PENSIERO DI HAHNEMANN
- . IL PENSIERO SCIENTIFICO ED IL MODELLO DI MALATTIA
- . EVOLUZIONE DELLA PATOLOGIA CLINICA: DALLA MATERIA MEDICA E ORGANON ALLE MALATTIE CRONICHE
- . STUDIO DELLE MALATTIE ACUTE E CRONICHE
- . HAHNEMANN, LA FISICA E LA MATEMATICA MODERNA: I SISTEMI COMPLESSI E LE MACCHINE AUTOPOIETICHE
- . COME CONSULTARE UN **REPERTORIO**
- . COME **REPERTORIZZARE** I SINTOMI
- . COME CONDURRE UN'ANAMNESI OMEOPATICA
- . COME PRESCRIVERE UN FARMACO E VERIFICARE L'EFFICACIA DI UNA PRESCRIZIONE
- . COME ACCEDERE AL **FORUM DELLA SCUOLA** E DISCUTERE COLLEGIALMENTE ARGOMENTI TEORICI E CASI CLINICI

NEL SECONDO E TERZO ANNO SI STUDIERANNO SOPRATTUTTO I FARMACI ANTIPSORICI, EVIDENZIANDO IL LORO NUCLEO.

Forum www.omeofree.com

Date e orari del corso per il primo anno

**Sabato 4 ottobre 2008, 8 novembre 2008, 13 dicembre 2008, 10 gennaio 2009,
7 febbraio 2009, 7 marzo 2009, 4 aprile 2009, 9 maggio 2009, 6 giugno 2009**

Orari: 9.30 13.00 – 14.30 18.00

Sede: Nobile Collegio Omeopatico via Rusconi 7 Bologna

**Riservate ai laureati in medicina e chirurgia, odontoiatria e
ai laureandi dell'ultimo anno delle rispettive facoltà**

ACCREDITAMENTI 61 ECM per il 1° anno

la partecipazione alle Scuole prevede la sola iscrizione al N.C.O. quota annuale 250 euro la quota associativa consente la partecipazione alle scuole e ai corsi che l'Associazione promuove su tutto il territorio nazionale nell'anno di riferimento

ISCRIZIONI SEGRETERIA ORGANIZZATIVA REGIONALE:

Milena Temperoni –cell 335 7322008 e-mail: milenatemperoni@tiscali.it



PITTORI MODENESI DAL '500 AD OGGI

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI

LEO MASINELLI

Nacque a Modena nel 1902 e morì a Venezia nel 1983. Masinelli fu, insieme a Bertoli, allievo dell'Istituto Belle Arti, quando insegnava figura il Bellei e direttore era Camillo Verno.

Aprì lo studio in un sottotetto del Palazzo Bruini in via dei Servi.

La sua pittura rispecchia la tradizione emiliana con accentuazione del secentismo bolognese, almeno del primo periodo.

Ricordiamo le processioni con chierichetti in camice bianco e tonaca rossa.

Poi sopravvenne il periodo romano con scoperte del mondo cromatico ed un indirizzo prevalentemente rivolto a Cagliari.

Avvenne in seguito il trasferimento a Venezia, dove Masinelli sposò una commerciante di merletti di Burano.

Qui un più soffuso cromatismo atmosferico arricchì la sua arte.

La sua attività quindi, dopo il 1946 si alternò tra Modena e Venezia e dalla metà del 1950 si svolse quasi esclusivamente nella città lagunare.

Fu proprio a Venezia che il Masinelli, che in quell'ultimo periodo lavorava ad olio su cartone, sentì il problema della luce colta nella verità immediata del paesaggio.

Alcune sue opere:

"Camogli" - 1936, olio, cm 32x44 e 1937, olio, cm 74x69 (opera di copertina);

"Fiori" - 1938, olio, cm 69x82;

"Marina" - 1945, olio su legno, cm 48x33,5;

"Natura morta" - 1969, olio, cm 62x46;

"Orti di cavoli a Burano" - olio, cm 66x45.

LE STORIELLE

A CURA DI ROBERTO OLIVI

In ogni cosa è salutare, di tanto in tanto, mettere un punto interrogativo a ciò che a lungo si era dato per scontato. Bertrand Russell

L'amore immaturo dice: ti amo perché ho bisogno di te. L'amore maturo dice: ho bisogno di te perché ti amo. Erich Fromm

Un cretino è un cretino. Due cretini sono due cretini. Diecimila cretini sono un partito politico. Franz Kafka

Mia suocera tiene i miei figli il sabato, in compenso io tengo il suo tutti i giorni! Anonima

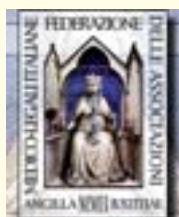
fotocomposizione
progettazione grafica
stampa su plotter
fotoritocco

service Mac e Pc
imposizione macchina
uscita in pellicola
stampa digitale



comunicazione e grafica

tel. 059 776576 - fax 059 7702525



ASSOCIAZIONE MEDICO-LEGALE ESTENSE e AZIENDA USL DI MODENA

con il patrocinio di

FEDERAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI MEDICO-LEGALI ITALIANE
ORDINE DEI MEDICI ED ODONTOIATRI DI MODENA
ORDINE FORENSE DI MODENA
SINDACATO ITALIANO SPECIALISTI MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI
HESPERIA HOSPITAL

Incontro di aggiornamento professionale sul tema:

L'ART. 62 DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO: UN CONSIGLIO O UN OBBLIGO?

Modena, 20 settembre 2008

Sala congressi Hesperia Hospital – via Arquà 80/B

- Ore 08.00: registrazione dei partecipanti
Ore 08,30: apertura del Convegno – Saluto Direttore Hesperia Hospital
Ore 08,45: presentazione del Convegno:
Dott. Mauro Lugli – Presidente Tribunale Civile di Modena
Prof. Giovanni Beduschi – Ordinario di Medicina Legale dell'Università di Modena e Reggio Emilia
Ore 09,15: Il parere dell'Ordine dei Medici
Dott. Nicolino D'Autilia
Ore 09,45: Il parere del Magistrato
Dott. Alessandro Farolfi
Ore 10,30: coffee break
Ore 10,45: Il parere dell'Avvocato
Avv. Mario Leoni
Ore 11,30: Il parere del Medico legale
Prof. Antonio Farneti – Dott.ssa Alessandra De Palma
Ore 12,30: Discussione
Ore 13,00: consegna e compilazione questionario di apprendimento
Ore 13,30: chiusura del convegno



Associazione
Medici
Cattolici
Italiani



Centro
di Bioetica
G. Moscati

ASSOCIAZIONE
SCIENZA & VITA
ALLEATI PER IL FUTURO DELL'UOMO

S.I.B.C.E.
Società Italiana
per la Bioetica e i
Comitati Etici

CONVEGNO

L'obiezione di coscienza tra legge civile e legge morale

Modena - Sabato 18 ottobre 2008 - ore 8.30-14
Centro Famiglia di Nazareth – Via Formigina 319 – Tel. 059.341008

Moderatrice

Maria Pia Garavaglia

senatrice della Repubblica, già Ministro della Sanità nel Governo Ciampi,
direttrice della Rivista di Bioetica L'arco di Giano

Relatori

Aldo Pagni

già presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri (FNOMCeO) e della SIMG

Andrea Porcarelli

docente di Pedagogia generale e sociale nell'Università di Padova
direttore scientifico del Portale di Bioetica

Lucio Romano

docente di Ostetricia nell'Università Federico II di Napoli e
di Bioetica nell'Ateneo pontificio Regina Apostolorum di Roma

Mauro Ronco

ordinario di Diritto penale nell'Università di Padova,
presidente dell'Ordine degli Avvocati di Torino, già membro del CSM

Piero Uroda

presidente dell'Unione Cattolica Farmacisti Italiani (UCFI) e
della Federazione Internazionale Farmacisti Cattolici (FIPC)

Segreteria scientifica: prof. Luigi Melini, presidente della sezione modenese dell'AMCI
Piazzale Risorgimento 18 - 41100 Modena - Tel. 059.216252 / 335.5925678 - meligi@quipo.it

Segreteria organizzativa: dott. Eugenio Galavotti, responsabile del Centro di Bioetica Moscati
Via Lericci 12 - 41100 Modena - Tel. 059.304488 / 368.423831- eugenio.galavotti@fastwebnet.it

Con il patrocinio di

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena Ordine dei Farmacisti di Modena

ECM

Accreditamenti richiesti per Medici, Farmacisti, Ostetriche, Infermieri

(il programma integrale è consultabile sul sito www.ordinemedicimodena.it)

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

in collaborazione con Regione Emilia Romagna Assessorato Politiche per la salute



LA POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIARE (FAP): un modello per lo studio della familiarità neoplastica

Modena, 10 dicembre 2008

Centro didattico del Policlinico - Aula Magna

Via del Pozzo, 71 - 41100 Modena

Segreteria scientifica e organizzativa

Maurizio Ponz de Leon - tel. 059 4222269 - e-mail: deleon@unimore.it

Giuseppina Rossi - tel 059 4224715 - e-mail: rossigiusi@yahoo.it

Il programma per esteso è consultabile sul sito
www.ordinemedicimodena.it

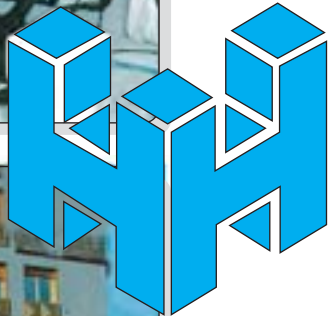


CORSO FNOMCeO FAD "SICURE" ANCHE IN VERSIONE CARTACEA

Si informano i colleghi che in questi giorni la Federazione Nazionale sta inviando al domicilio di tutti gli iscritti il volume ed il questionario per svolgere il corso di formazione a distanza denominato SICURE al quale vengono attribuiti 20 crediti formativi ECM. Coloro che non dovessero riceverlo e desiderino affrontare il corso in formato cartaceo possono ritirare il materiale presso la segreteria dell'Ordine. Si fa presente che è pur sempre possibile assolvere al corso in versione elettronica accedendo all'apposito link inserito nella home page del nostro sito internet. Non appena la Federazione Nazionale ci trasmetterà gli elenchi contenenti i nominativi dei partecipanti che hanno superato il corso, sarà cura del nostro Ordine predisporre l'attestato di assegnazione dei crediti conseguiti ed inviarlo al domicilio degli interessati

Riceviamo da Hesperia Hospital testo rivolto ai colleghi

Scegli
la tua Salute



HESPERIA

Un nome affermato
nella realtà sanitaria nazionale.
Un grande Gruppo attento
ai minimi dettagli.
La più moderna forma
di tutela della salute.
Uomini e tecnologie di spicco
a Vostra disposizione.
Clinica privata polispecialistica.

Sede distaccata
della Suola di Specializzazione
in Cardiocirurgia dell'Università degli
Studi di Bologna.

Sede europea dell'Arizona Heart Institute
altamente specializzato in Cardiocirurgia
Cardiovascolare ed Endoluminale.

Centri Diagnostici multidisciplinari
d'avanguardia.

Un dubbio pressante,
una esigenza immediata;
rivolgeti all'HESPERIA.
La soluzione esiste.



HESPERIA HOSPITAL
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
Via Arquà, 80/A - 41100 Modena
Tel. 059.449.111 - Fax 059.39.48.40

Direttore Sanitario Dr. Stefano Reggiani
Medico Chirurgo Specialista in Cardiologia
ed Igiene e Medicina Preventiva

**HESPERIA
DIAGNOSTIC CENTER**
POLIAMBULATORIO PRIVATO
Via Arquà, 80/B - 41100 Modena
Tel. 059.39.31.01 - Fax 059.449.153

Direttore Sanitario Dr. Gianpaolo Lo Russo
Medico Chirurgo Specialista in Radiologia



