

# BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

*L.E.A.: L'OPINIONE DELLE ASSOCIAZIONI SINDACALI*

*TARIFFE DEI CERTIFICATI MEDICI:*

*NOVITÀ NORMATIVE DALL'ITALIA E DALL'EUROPA!!! (PAG. 25)*

*CONDONO ENPAM: C'È TEMPO FINO AL 31 DICEMBRE 2002*

*UN RICORDO DI DON ANTONIO MANTOVANI*





# BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI MODENA

## CONSIGLIO DIRETTIVO

*Presidente*

dr Nicolino D'Autilia

*Vice Presidente*

dr Marco Baraldi

*Consigliere Segretario*

dr Michele Pantusa

*Consigliere Tesoriere*

dr Stefano Reggiani

*Consiglieri*

dr Antonino Addamo - dr Luigi Bertani

dr Ruggiero Cirsoni - dr Franco Ghini

dr Giacinto Loconte - dr Paolo Martone

dr Roberto Olivi - prof Francesco Rivasi

dr Francesco Sala - dr Tommaso Trenti

*Consiglieri Odontoiatri*

dr Giancarlo Del Grosso - dr Roberto Gozzi

## COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

*Presidente*

dr Adriano Dallari

*Componenti:*

dr Lodovico Arginelli

dr Giovanni Bertoldi

*Revisore dei conti supplente:*

dr Stefano Bellentani

## COMMISSIONE ODONTOIATRI

*Presidente*

dr Roberto Gozzi

*Segretario*

dr Riccardo Cunsolo

*Componenti*

dr Giancarlo Del Grosso

dr Marco Fresca

dr Vincenzo Malara

*Direzione e Amministrazione:*

Modena, p.le Boschetti, 3

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

Email: [ippocrate@mo.nettuno.it](mailto:ippocrate@mo.nettuno.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 A. Addamo - dr L. Arginelli

dr R. Cirsoni - dr P. Martone - dr.ssa M

Nordi

dr R. Olivi - dr M. Pantusa - dr T. Trenti

Collabora il prof G. Tedeschi

*Realizzazione Editoriale:*

Pol. Mucchi - Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| EDITORIALE .....                  | 4  |
| ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE ..... | 6  |
| LETTERE ALLA REDAZIONE .....      | 6  |
| LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA .....  | 8  |
| ATTIVITÀ DELL'ORDINE .....        | 10 |
| NORMATIVA .....                   | 14 |
| L'OPINIONE .....                  | 15 |
| FEDERAZIONE NAZIONALE .....       | 20 |
| ENPAM .....                       | 22 |
| FLASH .....                       | 24 |

## DI PARTICOLARE INTERESSE:

|  |    |
|--|----|
| <i>Tariffe dei certificati medici:<br/>novità normative dall'Italia e dall'Europa!!!</i> ..... | 25 |
|--|----|

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| ARTE E DINTORNI .....            | 26 |
| BIBLIOTECA .....                 | 27 |
| BIOETICA .....                   | 27 |
| CORSI CONVEGNI E CONGRESSI ..... | 28 |
| TACCUINO .....                   | 29 |



Nella foto  
AMALIA BORIN  
l'autrice dell'opera in copertina

# IL SEGRETO PROFESSIONALE

a cura dell'Associazione Medico Legale Estense



*Inizia con questo numero la collaborazione con l'Associazione Medico Legale Estense che si prefigge l'obiettivo di rispondere ai quesiti medico legali della nostra professione.*

**U**no dei problemi con cui più frequentemente il Medico si scontra nell'esercizio sul campo della professione riguarda il segreto professionale, obbligo cui ogni professionista è tenuto sotto un profilo insieme etico-deontologico e giuridico. Ambito etico-deontologico in primo luogo, in quanto in un rapporto di fiducia il paziente, ancor prima che sulle capacità cliniche del Sanitario, deve poter fare pieno affidamento sulla sua assoluta riservatezza per quanto attiene a questioni di carattere strettamente medico e di qualsiasi altra natura. Ambito giuridico in secondo luogo, codificato dall'art. 622 del Codice Penale, che recita: "Chiunque, avendo notizia per ragione del proprio stato od ufficio, o della propria professione od arte, di un segreto, lo rivela senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocimento, con la reclusione ... o con la multa ... Il delitto è punibile a querela della persona offesa".

Riteniamo utile sottolineare quattro punti: primo, che il reato è punibile soltanto a titolo di dolo, essendo quindi necessario venga dimostrata l'intenzionalità - e non la mera colposità - della violazione (fa eccezione l'ipotesi in cui il medico rivesta la qualifica di pubblico ufficiale, nel qual caso, secondo l'art.326 C.P., egli risponde di "rivelazione di segreto d'ufficio" anche per condotta colposa, ben più severamente punita); secondo, che per la punibilità del reato non è necessario che si realizzi effettivamente un danno all'assistito, ma è sufficiente la sussistenza di un pericolo di danno, e che il danno stesso sia ingiusto, ovvero contrario al diritto; terzo, che il vincolo al segreto non viene meno neppure con la morte del paziente; quarto, che la condanna per tale violazione comporta l'interdizione temporanea dalla professione, che ai sensi dell'art. 30 C.P. provoca la decadenza dell'a-

bilitazione. Pare inoltre doveroso ricordare che il segreto è un obbligo non soltanto per il medico, ma si estende a tutti coloro che, in ragione del proprio stato (ad es. i familiari del medico od il personale di segreteria) possano venire a conoscenza di fatti che sono appunto coperti dal segreto, sul cui operato il medico ha quindi il dovere di vigilare (rispondendone - se del caso - in prima persona).

Il segreto medico è costituito da tutto il complesso dei fatti e delle circostanze di cui il Sanitario venga a conoscenza a motivo della sua attività professionale. Non riguarda quindi soltanto le notizie clinico-biologiche e tecniche inerenti lo stato di malattia dell'assistito, ma anche tutti quegli aspetti della sfera più intima della persona che attengono a situazioni di carattere morale, familiare, sociale, patrimoniale ed ambientale, inevitabilmente invasi dal medico, al quale il paziente, spesso in condizioni di soggezione e di potenziale "sudditanza" psicologica, apre il proprio animo. E riguarda inoltre tutto ciò che il medico può aver appreso, percepito od intuito, ancorché non esplicitamente confidatogli dal paziente, in occasione della sua prestazione professionale. Da rimarcare il fatto che la rivelazione indebita può realizzarsi non soltanto direttamente, bensì nelle forme più disparate, anche le meno esplicite o semplicemente allusive (con un gesto di assenso del capo, uno sguardo ed una espressione del volto di conferma, etc.), purché idonee allo scopo ed effettuate intenzionalmente.

L'art.622 C.P. fa riferimento alle giuste cause di rivelazione del segreto professionale, distinguibili in due grandi gruppi: cause imperative (il medico deve rivelare il segreto) e cause permissive (il medico può rivelare il segreto). Nel primo gruppo rientrano le imposizioni di legge: è chiaro il riferimento all'obbligo delle denunce sanitarie, all'obbligo del referto (a meno di non esporre l'assistito ad un procedimento penale) o del rapporto, ai certificati obbligatori. In tali casi la norma giuridica imperativa è evidentemente volta alla tutela della salute pubblica, alla prevenzione ed alla repressione della criminalità, alla corretta applicazione delle disposizioni di previdenza sociale. Il secondo gruppo, delle cause permissive, è costituito da quelle situa-

zioni cosiddette scriminative, che eliminano l'anti-giuridicità e quindi la punibilità del fatto, quali: il consenso consapevole dell'avente diritto; la richiesta da parte dei genitori dei minorenni non emancipati, se ciò è nell'interesse del minore; il caso fortuito (ad es., lo smarrimento di un'agenda) o di forza maggiore; l'errore; l'estorsione del segreto con la violenza o l'inganno. La non punibilità della rivelazione del segreto si concretizza anche se chi ha commesso il fatto vi è stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui da un pericolo attuale ed imminente di una offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa (artt. 52 e 54 C.P.); la giurisprudenza e la dottrina ritengono, ad es., che sussista una giusta causa per il medico che violi il segreto per tutelare il proprio buon nome professionale, mentre la difesa dei propri interessi economici non costituirebbe giusta causa permissiva per la rivelazione.

Così come, si badi bene, non costituisce esimente l'essersi sottratto all'obbligo della segretezza sulla spinta di motivazioni etico-sociali dirette a salvaguardare l'interesse di un altro individuo o della comunità (si pensi, ad es., ad un soggetto affetto da devianze comportamentali o da patologie trasmissibili, che sta per contrarre matrimonio): ciò in quanto, interpretando in modo equilibrato la legge, il medico deve considerare preminente l'aspetto pubblicistico della professione soltanto ove la norma giuridica specificatamente lo esiga.

Tra le cause permissive di rivelazione del segreto professionale rientra anche la testimonianza resa all'Autorità in sede processuale. L'art.351 del Codice di procedura penale recita: "Non possono, a pena di nullità, essere obbligati a deporre su ciò che fu a loro confidato o è pervenuto a loro conoscenza per ragione del proprio ministero ed ufficio o della propria professione: 1) i ministri della religione cattolica o di un culto ammesso dallo Stato; 2) gli avvocati, i procuratori, i consulenti tecnici ed i notai; 3) i medici ed i chirurghi, i farmacisti, le levatrici e ogni altro esercente una professione sanitaria, salvo i casi nei quali la legge impone loro l'obbligo di informare l'Autorità. I pubblici ufficiali, i pubblici impiegati e gli incaricati di un pubblico servizio non possono, a pena di nullità, essere obbligati a deporre sui fatti conosciuti per ragione d'ufficio e che debbono rimanere segreti. L'Autorità procedente, se ha motivo di dubitare che la dichiarazione fatta da tali persone per esimersi dal deporre non sia fondata e ritiene di non poter proseguire nella istruzione senza l'esame di

esse, provvede agli accertamenti necessari, dopo i quali, se la dichiarazione risulta infondata, dispone con ordinanza che il testimone deponga".

L'articolo citato parrebbe quindi esentare il medico dall'obbligo della deposizione non solo per ciò che costituisce segreto professionale in senso stretto, bensì per tutto ciò che a lui è confidato o che viene a sua conoscenza per ragione della sua professione. In realtà possono sorgere dubbi, nel processo penale, se un determinato fatto - di cui si pensa il medico sia venuto a conoscenza - rientri o meno nella sua facoltà di astenersi dal rendere testimonianza. La giurisprudenza non è univoca al riguardo: alcune decisioni della Suprema Corte parlano di segreto professionale in senso stretto, mentre altre ampliano alla tutela dell'art.351 C.P.P. ogni cognizione appresa nell'esercizio della professione. Occorre sottolineare come, in ogni caso, tale norma riguardi esclusivamente la fase processuale dell'amministrazione della giustizia, e non anche le fasi di indagine giudiziaria ad essa preliminari: sicché non può esservi dubbio alcuno circa l'obbligo al segreto professionale da parte del medico nel corso delle indagini svolte, a qualsiasi titolo, dagli agenti di polizia giudiziaria (carabinieri, polizia di stato od altri), nel momento in cui assumono dichiarazioni testimoniali, ovvero - ed a maggior ragione - quando raccolgono anche semplici notizie ed indiscrezioni riguardanti persone sospette od indagate.

Nel concreto, qualora il medico sia chiamato dal Giudice a rendere testimonianza su notizie o fatti coperti da segreto, egli dovrà in un primo tempo opporre il proprio rifiuto appellandosi all'art. 622 C.P.; dopo che tale rifiuto sia stato verbalizzato, ed alla rinnovata richiesta di deposizione da parte del Magistrato, allora e soltanto allora il medico potrà ritenersi esentato dall'obbligo alla segretezza e quindi rendere legittimamente - senza contravvenire al disposto legislativo - la propria testimonianza.

Sotto questo profilo, invero, la norma deontologica (art.13) appare assai più cogente e restrittiva rispetto alla norma penale, in quanto essa è tassativa nel vietare al medico qualsiasi disposizione su ciò che abbia comunque appreso in ragione dell'attività professionale: è quindi necessario che il medico impronti la propria condotta tenendo conto anche dei limiti imposti dal codice deontologico, se del caso invocandoli e segnalandoli al Giudice in sede processuale, a giustificazione del proprio silenzio.

A. Bellettini

## ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

L'Assemblea annuale degli iscritti agli albi si terrà in prima convocazione SABATO 6 APRILE 2002 alle ore 10.00, in seconda convocazione

**DOMENICA 7 APRILE 2002 ALLE ORE 10.00**

presso la sala delle adunanze a pianterreno della sede in piazzale Boschetti, 8 Modena

con il seguente ORDINE DEL GIORNO

1. Relazione morale del Presidente.
2. Relazione finanziaria (conto consuntivo 2001 e bilancio preventivo 2002).
3. Consegna medaglie per il 50° e 60° anno di laurea.
4. Varie ed eventuali.

Il Consiglio Direttivo confida vivamente nella partecipazione di tutti i Colleghi

SONO AMMESSE AL MASSIMO  
DUE DELEGHE PER OGNI ISCRITTO

La delega deve essere apposta in calce all'avviso di convocazione rimesso al delegante.

### LETTERA AL DIRETTORE

Caro Direttore,

avrei voluto farlo prima. Comunque spero che mi perdonerai il ritardo. Mi devo complimentare perché hai pubblicato sul n.8 del Bollettino dell'Ordine dei Medici, anno 2001, lo specimen "di particolare interesse": I MEDICI DI FRONTE ALLA DIPENDENZA DA NICOTINA. Condivido l'esortazione conclusiva del collega Dott. G.F. Marzocchi "per rilanciare la campagna anti-fumo bisogna considerare anche il nostro Ordine tra i soggetti istituzionali che devono assumere il ruolo di primo piano". Ma nello stesso ruolo istituzionale vanno incluse l'Università (in particolare la Facoltà di Medicina), la Scuola e la Sanità, poiché anch'esse sono le sedi istituzionali referenti per promuovere varie iniziative formative e culturali, dedicate alla messa a punto delle problematiche e delle misure relative al tabagismo come tossicodipendenza, fonte di malattie e mortalità evitabili. Per le succitate ragioni ho proposto alla Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia un iniziale programma di orientamento per il consenso ad istituire un

COMPREHENSIVE COURSE ON  
"TOBACCO EDUCATIONAL FOCUS IN PRESENT MEDICAL TEACHING"  
It's an opportunity to offer and stimulate new didactic approaches and clinical experiences.

Questo per non venire meno allo spirito della missione del Corso di Laurea in Medicina che deve assicurare un'adeguata padronanza di metodi e di contenuti scientifici a vantaggio delle richieste della comunità e dell'utenza.

Grazie per l'attenzione. Vive cordialità.

*Renzo Lodi*

Onorevole Consiglio dell'Ordine dei Medici,

in nome e per conto di un mio Cliente, iscritto a codesto Ordine, sono con la presente a richiedere un parere pro veritate, al fine di permettere al mio Assistito di avviare una sezione della propria attività futura, con tutte le necessarie autorizzazioni.

Il mio Cliente, laureato in medicina e chirurgia e specializzato in odontoiatria, già opera da anni; ora sarebbe interessato ad effettuare interventi di ricostruzione di mascellari atrofici mediante innesti di osso autogeno, prelevati o dalla tibia o dall'olecrano.

Chiaramente, il mio Assistito ha già un ambulatorio dentistico munito di tutte le necessarie autorizzazioni; egli personalmente opererebbe direttamente solo ed esclusivamente nella zona orale; un ortopedico specializzato interverrebbe per i prelievi di osso autogeno; sarebbe presente un anestesista che provvederebbe ad effettuare l'anestesia loco-regionale della gamba o del braccio.

Il dubbio che si pone il mio Assistito è se l'intervento di anestesia locale nella gamba o nel braccio possa essere effettuato nell'ambulatorio dentistico; o se è necessario richiedere e munirsi di ulteriori autorizzazioni.

Ringrazio sin d'ora del parere e resto a disposizione per ogni ulteriore collaborazione, segnalando, per quanto possibile, un minimo di urgenza, poiché il mio Assistito è pronto ad avviare tale settore di intervento e attende solo il responso di codesto Onorevole Consiglio.

Distinti saluti.

*Avv. Eugenio Forni*

In riferimento al Vostro quesito, facciamo presente che la struttura che intende realizzare l'odontoiatra tutelato dall'Avv. Forni ha sicuramente le caratteristiche dell'ambulatorio e come tale deve essere autorizzata ai sensi dell'art.193 del T.U.LL.SS. (r.d. 27/7/1934 n. 1265).

Tale autorizzazione era in base alla citata normativa di competenza del Comune; successivamente l'art.43 della legge 833/78 ha demandato alle leggi regionali la disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sulle istituzioni sanitarie private. Da ultimo anche il Dlgs 229/99 art.8 ter ha confermato la necessità dell'autorizzazione.

Sembra di evincere dalla nota dell'Avv. Forni che l'ambulatorio odontoiatrico sia già in regola per quanto riguarda il regime autorizzato per l'odontoiatria. Occorre peraltro che l'autorizzazione riguardi l'attività che nella struttura s'intende svolgere, quindi non solo quella odontoiatrica ma anche quella di carattere chirurgico e di anesthesiologia.

Cordiali saluti.

*Il Presidente FNOMCeO  
G. Del Barone*

## A BREVE VERIFICHE DEL MINISTERO

A tre anni dall'entrata in vigore del decreto CEE 93/42 il Ministero della Salute sta preparando verifiche sulla risposta del settore dentale.

S'inizierà un'attività di vigilanza per valutare se gli operatori coinvolti applichino correttamente quanto dettato dalla direttiva stessa.

I controlli verranno probabilmente affidati ai NAS e saranno guidati da una check list che il Ministero sta elaborando con le associazioni di categoria odontotecniche e che a breve sarà resa pubblica.

Nel mirino dei controlli saranno i fabbricanti di dispositivi medici su misura registrati al Ministero della Salute, ma non è escluso che in una fase successiva vengano interessati anche gli studi odontoiatrici con controlli incrociati.

Presumibilmente il controllo comincerà dal riscontro dell'autenticità della prescrizione che, per ogni dispositivo commissionato, dovrà essere firmata dall'odontoiatra e correttamente compilata; riportando le indicazioni necessarie per realizzare il dispositivo protesico stesso.

Verrà poi verificato il fascicolo tecnico dei dispositivi in fase di realizzazione o già realizzati e anche se la dichiarazione di conformità e l'etichettatura siano state redatte e consegnate al prescrivente.

Roberto Gozzi

## ABOLITO L'AMALGAMA NON PREDOSATO

**PUBBLICATO UN DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE  
SULL'AMALGAMA DENTALE CHE NE REGOLAMENTA L'USO**

G.U. Serie generale n. 261 del 9 novembre 2001 - Ministero della Salute -  
Decreto del 10 ottobre 2001

*Divieto di utilizzazione, importazione e immissione in commercio sul territorio italiano degli amalgami dentali non preparati sotto forma di capsule predosate e precauzioni ed avvertenze da riferire nelle istruzioni per l'uso degli amalgami dentali posti in commercio in Italia.*

- Visto il decreto legislativo 24 febbraio 1997 n.46 concernente i dispositivi medici e successive modificazioni e in particolare l'art.13 ter come introdotto dall'art.22 del decreto legislativo del settembre 2000, n. 332, che prevede che il Ministero della sanità, per garantire la tutela della salute e della sicurezza e per assicurare il rispetto delle esigenze di sanità pubblica, può adottare tutte le misure transitorie e giustificate tendenti a vietare, limitare e sottoporre a misure particolari la disponibilità di un prodotto o di un gruppo di prodotti; visto il rapporto del 1998 sugli amalgami dentali del gruppo di lavoro ad hoc incaricato dalla Direzione generale III della commissione europea; visto il parere del Consiglio superiore di Sanità del 14 aprile 1999;
- Considerato che l'emissione dei vapori di mercurio in corso di preparazione degli amalgami dentali preparati in forma libera è suscettibile di compromettere la salute degli utilizzatori e dei pazienti;
- Considerato il rischio di sovradosaggio in mercurio degli amalgami preparati da leghe metalliche e da mercurio in forma libera;
- Considerato che l'esistenza sul mercato di amalgami preparati sotto forma di capsule predosate permette di ridurre le emissioni di vapori di mercurio in corso di preparazione dell'amalgama dentale e di standardizzare la quantità di mercurio aggiunta alla lega e che, di conseguenza non è giustificato mantenere sul mercato gli amalgami dentali non preparati sotto forma di capsule predosate;
- Considerato altresì che l'incidenza dell'allergia al mercurio è in incremento anche se non ci sono dimo-

strazioni che questa osservazione valga anche per i pazienti portatori di otturazioni in amalgami di mercurio;

- Considerato che la sostituzione degli amalgami dentali con altri materiali non è giustificata perché questi non mostrano un livello di sicurezza e durata superiore a quello degli amalgami;
- Considerato comunque che esiste sia il problema di sottogruppi di popolazione particolarmente suscettibili (bambini, donne in gravidanza ecc.) da tutelare maggiormente sia quello di particolari situazioni che possono esporre a picchi di Hg anche importanti;
- considerato che un aspetto che deve indurre cautela è quello dell'esistenza per la popolazione generale di fonti multiple di esposizione al mercurio: alimentazione, ecodispersione, uso di farmaci;
- considerato che gli utilizzatori e, se del caso, i pazienti devono essere informati delle precauzioni da osservare;
- ritenuto di vietare in via cautelare l'utilizzazione, l'importazione e l'immissione in commercio di amalgama non preparato sotto forma predosata;
- ritenuto di definire raccomandazioni e limitazioni d'uso in particolari situazioni:

decreta

#### Art. 1

È vietata l'utilizzazione, l'importazione e l'immissione in commercio sul territorio italiano degli amalgami dentali non preparati sotto forma di capsule predosate.

#### Art. 2

Le seguenti informazioni devono essere riportate nelle istruzioni per l'uso degli amalgami posti in commercio in Italia:

1. stoccare le capsule di amalgami in un ambiente fresco e ventilato;
2. lavorare in locali ventilati con rivestimenti non tessili decontaminabili;
3. realizzare sempre sotto raffreddamento, aspirazione e isolamento del campo operatorio la fresatura e la lucidatura dell'amalgama;
4. condensare l'amalgama con i mezzi classici (condensatore manuale) e non utilizzare i condensatori ad ultrasuoni;
5. non posizionare l'amalgama dentale in vicinanza di altri restauri metallici, al fine di evitare rischi di corrosione;
6. evitare per prudenza la posa e la rimozione dell'amalgama in pazienti con allergia per l'amalgama, gravidanza, allattamento, bambini sotto i sei anni d'età, pazienti con gravi nefropatie;
7. in caso di sopravvenute reazioni locali, in particolare di lesioni lichenoidi in vicinanza di un amalgama, o nei casi, sicuramente accertati, di allergia a tale materiale è indicata la rimozione dell'otturazione.

Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.



**Banca popolare dell'Emilia Romagna**  
**Qualità e forma agli investimenti**

Le Gestioni Patrimoniali in Fondi della Banca Popolare dell'Emilia Romagna propongono un servizio di investimento del risparmio estremamente personalizzato, che coniuga le opportunità di diversificazione offerte dai mercati finanziari internazionali con la competenza e la professionalità di un team di esperti gestori.

**GLPF**  
Gestioni Patrimoniali in Fondi

## SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO 14 GENNAIO 2002

Il giorno 14 gennaio 2002 alle ore 21 presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Presenti: Dott. Antonino Addamo, Dott. Marco Baraldi (Vice-presidente), Dott. Nicolino D'Autilia (Presidente), Dott. Roberto Gozzi, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Paolo Martone, Dott. Roberto Olivi, Dott. Michele Pantusa (Segretario), Dott. Stefano Reggiani (Tesoriere), Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Revisori dei Conti: Dott. Adriano Dallari.

Si discute il seguente ordine del giorno:

- 1) Approvazione verbali sedute di Consiglio del 10.12.2001 e del 21.12.2001;
- 2) Variazioni agli albi professionali;
- 3) Comunicazione del Presidente;
- 4) Delibere amministrative (Reggiani);
- 5) Delibere di pubblicità sanitaria;
- 6) Varie ed eventuali.

### VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI Seduta di Consiglio del 14.1.2002

#### ALBO MEDICI CHIRURGHI

| <b>Prima iscrizione</b>                   |              | <b>N. Iscriz.</b> |
|---|--------------|-------------------|
| CASOLARI                                  | LORETTA      | 5519              |
| IUBINI                                    | NICOLETTA    | 5520              |
| LANDINI                                   | BARBARA      | 5521              |
| PELLEGRINI                                | ELISA        | 5522              |
| PICCININI                                 | LUCA         | 5523              |
| RAISI                                     | CATIA        | 5524              |
| TESTONI                                   | STEFANIA     | 5525              |
| VALENT                                    | ALESSANDRO   | 5526              |
| VANZINI                                   | CRISTIANA    | 5527              |
| VICINI                                    | STEFANIA     | 5528              |
| <br>                                      |              |                   |
| <b>Iscrizione per trasferimento</b>       |              |                   |
| BOTTICELLA                                | CAROLINA     | 5529              |
| <br>                                      |              |                   |
| <b>Cancellazione per trasferimento</b>    |              |                   |
| BAUMGARTL                                 | ULRICH       | 4263              |
| BERTAZZONI                                | MARIA GRAZIA | 1752              |
| COCCIA                                    | MAURO        | 4936              |
| TARASCONI                                 | PAOLO        | 5357              |
| TUCCI                                     | MARIA        | 5205              |
| <br>                                      |              |                   |
| <b>Cancellazione per cessata attività</b> |              |                   |
| TZOLA-KARAGOUNI                           | ELISABETTA   | 3235              |

## ALBO ODONTOIATRI

**Prima iscrizione**

|           |                     |     |
|-----------|---------------------|-----|
| ALFARANO  | BARBARA             | 454 |
| CINO      | GABRIELLA CONSIGLIA | 458 |
| FORGHIERI | ROBERTO             | 455 |
| NATALI    | ALFREDO             | 456 |
| RONDINI   | ROBERTA             | 457 |



## SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO 4 FEBBRAIO 2002

Il giorno 4 febbraio 2002 alle ore 21 presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Presenti: Dott. Antonino Addamo, Dott. Marco Baraldi (Vice-presidente), Dott. Luigi Bertani, Dott. Nicolino D'Autilia (Presidente), Dott. Roberto Gozzi, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Paolo Martone, Dott. Roberto Olivi, Dott. Michele Pantusa (Segretario), Dott. Stefano Reggiani (Tesoriere), Prof. Francesco Rivasi, Dott. Tommaso Trenti.

Revisori dei Conti: Dott. Adriano Dallari, Dott. Giovanni Bertoldi, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Stefano Bellentani.

Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 14.1.2002;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazione del Presidente;
4. Documento conferenza Stato-Regioni sull'ECM: ruolo degli Ordini;
5. Piani Per la Salute: iniziative di tipo politico;
6. Firma digitale: progetto Fnomceo versus progetto CUP (Gozzi; Olivi);
7. Contributo Fnomceo per convegni di deontologia medica;
8. Delibere del personale dipendente
9. Delibere amministrative (Reggiani);
10. Delibere di pubblicità sanitaria;
11. Varie ed eventuali.

## VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI Seduta di Consiglio del 4.2.2002

## ALBO MEDICI CHIRURGHI

**Prima iscrizione**

|           |                   |                    |
|-----------|-------------------|--------------------|
| EL KHALDI | NEZAR MONEIR FADL | N. Iscriz.<br>5530 |
|-----------|-------------------|--------------------|

**Iscrizione per trasferimento**

|           |              |      |
|-----------|--------------|------|
| BORRELLI  | FRANCESCO    | 5531 |
| DELL'ORSO | DANIELA      | 5532 |
| PECONE    | LUANA FLOREN | 5533 |

**Cancellazione per trasferimento**

|        |        |      |
|--------|--------|------|
| BOSCHI | SABINA | 5023 |
|--------|--------|------|

**Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti**

ai sensi della L. 56/89

|          |           |      |
|----------|-----------|------|
| CAPPELLA | FRANCESCA | 5080 |
| RUSSO    | ANGELA    | 5086 |

**Inserimento elenco speciale Medici Competenti in Medicina del Lavoro**

ai sensi del Dl.vo 277/91

|           |              |      |
|-----------|--------------|------|
| CIARAVOLO | MADDALENA    | 5118 |
| DE DONNO  | ANTONIO      | 4907 |
| NOTARI    | ENRICO       | 5193 |
| KAHFIAN   | ZAYNALABEDIN | 4908 |

## ALBO ODONTOIATRI

**Cancellazione dall'Albo Odontoiatri con mantenuta iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi**

|         |       |     |
|---------|-------|-----|
| RISSONE | LUISA | 406 |
|---------|-------|-----|



## SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI 14 GENNAIO 2002

Il giorno 14 gennaio 2002 alle ore 21 presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Presenti: Dott. Antonino Addamo, Dott. Marco Baraldi (Vice-presidente), Dott. Luigi Bertani, Dott. Nicolino D'Autilia (Presidente), Dott. Roberto Gozzi, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Paolo Martone, Dott. Roberto Olivi, Dott. Michele Pantusa (Segretario), Dott. Stefano Reggiani (Tesoriere), Prof. Francesco Rivasi, Dott. Tommaso Trenti.

Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni del Presidente;
2. Procedimento disciplinare avverso Dr R.S.: ricorso presso la Corte di Cassazione;
3. Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
4. Opinamento eventuali parcelle sanitarie;
5. Varie ed eventuali.

La Commissione Albo Medici Chirurghi ha deciso l'apertura di procedimenti disciplinari avverso Dott. L.T.; Dott. L.G.; Dott. P.N.; Dott. A.G.; Dott. F.A.K..

## SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI 19 DICEMBRE 2001

Il giorno 19 dicembre 2001 alle ore 20,30 presso la Sede di P.le Boschetti, 8 Modena si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Presenti: Dott. Giancarlo Del Grosso, Dott. Roberto Gozzi (Presidente), Dott. Marco Fresa, Dott. Vincenzo Malara.

1. Approvazione verbale della seduta del 20/11/2001;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Valutazione procedimenti disciplinari in corso;
4. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
5. Varie ed eventuali.



## SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI 21 GENNAIO 2002

Il giorno 21 gennaio 2002 alle ore 21,15 presso la Sede di P.le Boschetti, 8 Modena si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Presenti: Dott. Riccardo Cunsolo (Segretario), Dott. Giancarlo Del Grosso, Dott. Roberto Gozzi (Presidente), Dott. Marco Fresa, Dott. Vincenzo Malara.

1. Approvazione verbali delle sedute del 12/11/2001 e del 19/12/2001;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
4. ECM.

## RIUNIONE DELLA FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI DELL'EMILIA ROMAGNA 6 FEBBRAIO 2002

Presenti: Dott. Gianfranco Chiappa, Dott. Tiberio D'Aloia, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Salvatore De Franco, Dott. Silvano Fattori, D.ssa Nicoletta Longo, Dott. Massimo Montesi, Dott.ssa Annalisa Ronchi.

Ordine del giorno:

1. Comunicazioni (D'Autilia);
2. Report dal Comitato Centrale (Montesi);
3. ECM e catalogo eventi formativi (De Franco);
4. Rapporti FRER Ordini – Regione Emilia Romagna sul tema della Conferenza Sanitaria Territoriale (D'Autilia, D'Aloia, Chiappa, ecc.);
5. Pubblicità concordata a livello regionale (Chiappa);
6. Progetto teleconferenze (De Franco);
7. Varie ed eventuali.

## Proroga divieto commercializzazione e pubblicità di gameti ed embrioni umani e proroga divieto di importazione ed esportazione di gameti ed embrioni

Il Ministero della Salute, con propria Ordinanza del 18 dicembre 2001, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 25 del 30 gennaio 2002, ha disposto la **proroga fino al 30 giugno 2002** delle disposizioni concernenti il divieto di commercializzazione e di pubblicità di gameti ed embrioni umani o, comunque, di materiale genetico, così come previsto dall'Ordinanza del 5 marzo 1997, prorogata poi con Ordinanze annuali.

Il provvedimento in esame precisa, altresì, che i centri pubblici e privati che praticano tecniche di procreazione medicamente assistita devono continuare a inviare le comunicazioni previste dall'art.3 della citata ordinanza del 1997: "I centri pubblici e privati in cui si praticano tecniche di procreazione medicamente assistita devono, entro trenta giorni dalla data di pubblicazione della presente ordinanza sulla Gazzetta Ufficiale, comunicare al Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute) – Dipartimento della prevenzione, all'Istituto superiore di sanità, laboratorio di epidemiologia e biostatistica, e al competente assessorato regionale la denominazione del centro o istituto, il relativo indirizzo, i recapiti telefonici e telefax, nonché le generalità del responsabile del centro e del responsabile del trattamento e il tipo di attività espletata".

L'Ordinanza in oggetto, infine, **proroga al 30 giugno 2002** il divieto di importazione ed esportazione di gameti o di embrioni umani, ribadendo quanto disposto dalla prima Ordinanza del 25 luglio 2001.

## VACCINAZIONI ANTITETANICA E ANTITUBERCOLARE

La Gazzetta Ufficiale n. 7 del 9 gennaio 2002 pubblica i decreti del Presidente della Repubblica 464 e 465/2001.

- **DECRETO N. 464** – 7 novembre 2001: regolamento recante modalità di esecuzione delle vaccinazioni antitetaniche, a norma dell'art. 93, comma 2, della legge 23 dicembre 2000, n. 388.

Il Regolamento di cui al decreto n. 464, la cui emanazione discende dal disposto dell'art. 93, comma 2, della legge 388/2000, detta che "le vaccinazioni, mediante somministrazione di anatossina tetanica, eventualmente in combinazione con l'anatossina difterica e/o con altri antigeni, vengono eseguite a periodi intervallari di dieci anni. Nei nuovi nati, e nei soggetti in età pediatrica che iniziano la vaccinazione anti-tetanica prima del compimento del 7° anno di vita (6° anno di età), la prima vaccinazione viene eseguita mediante somministrazione di anatossina tetanica, eventualmente in combinazione con anatossina difterica e/o con altri antigeni, a distanza di 4-5 anni dall'ultima dose del ciclo primario di vaccinazione; i successivi richiami vengono eseguiti a periodi intervallari di dieci anni".

- **DECRETO N. 465** – 7 novembre 2001: regolamento che stabilisce le condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione antitubercolare, a norma dell'art. 93, comma 2, della legge 23 dicembre 2000, n. 388.

Il predetto Regolamento indica i casi di vaccinazione antitubercolare obbligatoria:

- a) Neonati o bambini di età inferiore a 5 anni, con test tubercolinico negativo, conviventi o aventi contatti stretti con persone affette da tubercolosi in fase contagiosa, qualora persista il rischio di contagio;
- b) Personale ausiliario, studenti in medicina, allievi infermieri e chiunque, a qualunque titolo, con test tubercolinico negativo, operi in ambienti sanitari ad alto rischio e non possa in caso di cuticonversione essere sottoposto a terapia preventiva, perché presenta controindicazioni cliniche all'uso di farmaci specifici.

Tale ultimo personale deve essere controllato a distanza di tre mesi dall'inoculazione del vaccino.

Il medesimo Regolamento dispone circa le modalità per l'accertamento tubercolinico e il carattere pregiudiziale dell'accertamento stesso.

Infine, viene abrogato il Regolamento per l'applicazione dell'art. 10 della legge n. 1088/70 sulla vaccinazione antitubercolare obbligatoria.

*L'Ordine dei Medici di Modena, con l'intento di favorire lo scambio di opinioni fra i colleghi negli ambiti della politica sanitaria che tanto radicalmente sta modificando gli assetti istituzionali del nostro stato (vedi federalismo sanitario), ha chiesto ai responsabili sindacali della nostra provincia di esprimere il loro giudizio sui L.E.A. (livelli essenziali di assistenza) dei quali abbiamo trattato nel precedente numero del nostro bollettino.*

## ASSISTENZA ESSENZIALE... O ESIZIALE?!

**L**a Sanità pubblica, come forse nessun altro settore della vita civile del nostro Paese, è stata caratterizzata, negli ultimi 20 anni, dal susseguirsi di riforme e controriforme, una più sconvolgente dell'altra, in un coacervo di norme e principi degni della più astrusa e confusionale babele.

Nonostante ciò, qualche mese fa il Presidente del Consiglio ha dichiarato che un Paese dove esistono lunghe liste d'attesa per prestazioni specialistiche, dove si rischia di non trovare posto in rianimazione o in unità coronariche, dove spesso i letti occupano i corridoi, non è un Paese civile.

D'accordo. Ma questi aspetti negativi, indegni di un Paese civile, non saranno in qualche modo legati alle riforme e controriforme, ai blocchi di assunzione di personale sanitario, alla riorganizzazione dei posti letto sul territorio, alla chiusura di ospedali e poliambulatori, alla sempre maggiore marginalizzazione dei medici e delle altre figure sanitarie nel processo organizzativo e produttivo dell'assistenza sanitaria, a tutto vantaggio di funzionari, magari volenterosi, ma per lo più tesi a raggiungere quadrature di bilanci e quant'altro?

Ecco, allora, la "necessità urgente" di una ennesima, nuova riforma, che tenga conto, questa volta, sì delle necessità dei cittadini, ma soprattutto della disponibilità di cassa di Stato e Regioni.

Quindi, una riforma "ragionierata" e "maculata", a pelle di leopardo, nel senso che ogni Regione potrà seguire propri indirizzi e programmi, sulla base delle necessità locali, che potranno differire notevolmente dalle indicazioni e programmi delle Regioni vicine.

Ma il diritto alla salute, nel nostro Paese, non è sancito dalla Costituzione e non è, quindi, uguale per tutti i cittadini? Come sarà possibile che la stessa malattia, curata in un modo in una Regione "ricca", venga curata in modo diverso in una Regione

"povera"? E il risultato sarà lo stesso, oppure il cittadino della Regione povera dovrà "accontentarsi"? Credo che continueremo ad assistere ai "viaggi della speranza" ed alla diaspora dei malati. Le Regioni con minori risorse finiranno inevitabilmente col gravare su quelle che, avendo più disponibilità e maggior numero di strutture, possono mettere a disposizione dei cittadini centri assistenziali di alto livello. La povertà o ricchezza di un cittadino non è da rapportare esclusivamente al reddito, ma anche alla possibilità per il singolo di accedere alle strutture ed ai servizi sanitari nel momento del bisogno. È quindi da considerare povero quel cittadino che non potrà contare sul S.S.N. perché nella zona dove vive e lavora non vi sono strutture adeguate, sufficienti per le richieste di cure, mentre potrà essere ritenuto ricco anche quel cittadino che, pur non avendo un reddito elevato, potrà dirsi sicuro di copertura assistenziale in ogni caso.

Vengano, allora, i Livelli Essenziali di Assistenza a sciogliere gli ultimi nodi. Tutte le Regioni hanno accettato i LEA, purché definiti in modo da essere "compatibili con le risorse"; quindi, la definizione dei livelli comporta una razionalizzazione delle prestazioni, che dovrà avvenire a seconda di quanto consentito dai bilanci locali.

Ma che cosa è "essenziale" in assistenza sanitaria: la cura della malattia o la prevenzione della stessa, la possibilità di avere gratuitamente il farmaco necessario per la propria malattia, o la disponibilità di strutture comode ed adeguate a dare risposta alle richieste di diagnosi e cura? E soprattutto, l'essenzialità di un servizio sarà valutata allo stesso modo in Emilia Romagna e in Puglia, in Val d'Aosta e in Veneto? Oppure i pazienti potranno scegliere la Regione nella quale curarsi, a seconda della essenzialità dei servizi offerti e necessari per la cura della propria malattia? Credo che sarà un metro "molto" elastico per valutare la malattia e la terapia, crean-

do di fatto un'assistenza di serie A – B – C e così via. Assisteremo, allora, alla “fioritura” spontanea e rapidissima di singoli o gruppi di persone, che solitamente bivaccano ai margini del S.S.N., e che si organizzeranno, nelle forme più diverse, per “offrire” ai cittadini tutta l'assistenza necessaria oltre “l'essenziale”, con l'obiettivo di realizzare la minore spesa possibile, al di là di ogni valutazione sulla quantità e sulla qualità delle prestazioni erogate.

Insomma, si va facendo sempre più strada l'idea che produrre salute non è produttivo per il S.S.N. che bisogna corresponsabilizzare i principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa, con una chiara presunzione di responsabilità dei medici nel determinare deficit di bilancio, con le conseguenze di facili imputazioni ed ovvie misure di risarcimento, di cui ancora non si parla, ma che sono dietro l'angolo.

Povero Ippocrate! Il suo giuramento “.....mi impegno ad agire secondo scienza e coscienza” dovrà essere aggiornato con un più attuale “.....mi impegno ad agire secondo il budget assegnatomi e le limitazioni impostemi dalla mia Regione di appartenenza”.

Concludo riconoscendo che criticare è più facile e comodo che costruire. Credo che la maggioranza degli Specialisti Ambulatoriali sia decisamente favorevole ad un federalismo solidale, ma altrettanto decisamente contraria ad un federalismo dissennatamente esasperato, che finirebbe per portare ad una sostanziale distruzione del S.S.N. come finora inteso. Occorre, quindi, che le organizzazioni sanitarie tutte, ordinarie e sindacali, facciano sentire all'unisono, chiara e forte, la loro voce di disapprovazione delle recenti disposizioni legislative di riforma, chiedendo di spazzare via confusione e frammentazione assistenziale, per fronteggiare la “caccia alle streghe” che vede in ogni occasione, pertinente o strumentalizzata, i medici tutti sul banco degli imputati, e per contenere, senza però contrarla, l'assistenza sanitaria nel nostro Paese.

Sono questi i punti fermi che bisogna rivendicare con forza, per ricollocare i medici in una posizione di riconosciuta prevalenza culturale all'interno di un sistema che, invece, si va disgregando, con grave danno per tutti gli operatori sanitari e, ancor più, per tutti i cittadini.

*F. Brigante*  
Segretario provinciale S.U.M.A.I.

## I LEA E LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

# È

difficile per chi come me ha ormai alle spalle quasi 20 anni di attività sindacale non pensare con un certo sgomento come l'evoluzione del concetto di salute risenta nel tempo delle scelte politiche ed economiche dei governi che si succedono ed a chi si occupa di sindacato tocchi poi cambiare continuamente indirizzo per tutelare la professione dei colleghi che rappresenta.

Ma anche e soprattutto il concetto di salute ed il tipo di assistenza sanitaria a cui il cittadino ha diritto mutano nel tempo a volte in modo bizzarro, ma non troppo, e le scelte che via via vengono prese vengono presentate spesso con la pretesa dell'oggettività scientifica, quando di oggettivo c'è soltanto la scelta economica.

Condivido quindi totalmente le perplessità che il nostro Presidente dell'Ordine ha manifestato nell'articolo comparso sul numero precedente del bollettino.

Proverò quindi ad esaminare i LEA dal punto di vi-

sta della Pediatria di base.

La Pediatria di libera scelta viene collocata insieme alla MG nell'Assistenza distrettuale e più precisamente al punto A nell'Assistenza sanitaria di base. Le prestazioni previste sono, come per la MG, tutte quelle desunte dai D.lgs. 502, art.8 nel DPR 272/200 agli art. 29 e 30, che sono quelle che identificano le prestazioni in quota fissa ed in quota variabile.

Il Decreto specifica che non rientrano comunque nei livelli essenziali di assistenza le prestazioni previste soltanto da accordi regionali e /o aziendali, e non contempla le prestazioni di cui all'art. 49 della nostra convenzione, fra le quali i bilanci di salute.

Non vengono contemplati nei LEA dell'assistenza distrettuale le attività di prevenzione individuale, capisaldi della nostra convenzione. Non ne viene fatto cenno nemmeno nel quadro di attività di prevenzione rivolta alle persone nelle quali vengono identificate esclusivamente le vaccinazioni ed i programmi di diagnosi precoce e prevenzione collettiva per gli screening oncologici.

Nelle modalità organizzative della PLS il Decreto presenta un errore ( inesattezza volontaria o involontaria ?) là dove si fa riferimento al rapporto ottimale che viene individuato nel numero di 1 Pediatra ogni 600 residenti o frazione di residenti > 300 di età 0-14 ( anziché 0-6).

Il nostro Presidente FIMP Pier Luigi Tucci ha immediatamente fatto pervenire una nota al Ministero, per la quale siamo in attesa di chiarimento.

Inoltre la PLS viene citata nell'area di integrazione sociosanitaria per quel che riguarda ADI e ADP, mentre, probabilmente per errore nello specchio dell'assistenza ambulatoriale e domiciliare, per l'ADI e l'ADP vengono indicati come erogatori i soli MMG.

Non possiamo che dolerci tutti quanti del fatto che quando si tratta di argomenti così importanti gli errori di "distrazione" siano così numerosi.

La strutturazione dei LEA troverà sicuramente realizzazione nella prossima convenzione, che viene continuamente invocata da tutte le Regioni e soprattutto dalla nostra, anche se sia MG che PLS sa-

rebbero orientate per la richiesta di un accordo ponte.

In realtà la trattativa regionale per la PLS che ormai portiamo avanti da mesi fa sicuramente riferimento più ai LEA ed alla struttura di convenzione ispirata a questo decreto che al DPR 272 / 2000 che viene guardato ormai come superato, per cui i Pediatri dell'Emilia Romagna dovranno sicuramente decidere nei prossimi mesi se scegliere di difendere ad oltranza la convenzione ancora vigente e non ancora completamente applicata o affrontare la sfida del nuovo che si presenta però pieno di incertezze.

La Regione Emilia Romagna vuole infatti ridisegnare l'assistenza pediatrica su un modello nuovo. Come al solito siamo i primi, anche se sinceramente a volte ci piacerebbe molto essere dei modesti ed onorevoli gregari.

M. G. Catellani  
Segretaria Regionale FIMP

## I LEA: STATO E REGIONI

**C**on la firma da parte del Presidente del Consiglio del decreto che garantisce ai cittadini italiani i livelli essenziali di assistenza siamo entrati in un nuovo periodo di inclusione-esclusione dalle prestazioni a carico dello stato.

**Tra le prestazioni escluse dal S.S.N.** compaiono le agopunture, la chirurgia estetica, le vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero, la maggior parte delle certificazioni e alcuni tipi di fisioterapia.

**Le prestazioni escluse parzialmente:** compare la MOC, la assistenza odontoiatrica ed alcuni tipi di fisioterapia.

**Le prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza se erogate in regime di degenza ordinaria** salvo ulteriori interventi regionali, sono gli interventi per il tunnel carpale, ipertensione, esofagite, artroscopia del ginocchio, legature e stripping delle vene, convulsioni e cefalea, calcolosi urinaria, diabete > 35 anni per un totale di 43 DRG.

**I farmaci** saranno classificati in 4 classi: A, B1, B2 e C. Le regioni hanno la facoltà di applicare un ticket tra lo zero e il 20% per la classe B1 e tra il

20% e il 50% per la classe B2.

Tale decreto contrasta parzialmente con il concetto che dà alle Regioni la libertà di caricare i cittadini di tickets vari o di tasse a loro carico per arginare eventuali deficit dei loro bilanci.

La domanda che ci poniamo è se i LEA sono considerati vincolanti o no per le Regioni. Nel primo caso le Regioni devono inserire i LEA nei PSR e di conseguenza chiedere ai loro cittadini di contribuire alla spesa sanitaria con i tickets, mentre nel secondo caso le Regioni possono scegliere di chiedere ai cittadini di pagare per intero alcune prestazioni.

Conclusione: giusto che lo Stato decida quali prestazioni garantire ai suoi cittadini, ma l'attesa dei decreti attuativi ci lascia - anche come cittadini - in una ansiosa attesa.

G. Daya  
Segretario Provinciale FIMMG

**L**a sanità è ormai sotto il segno delle Regioni e la sigla che la rende unitaria su tutto il territorio nazionale è Lea (Livelli essenziali d'assistenza). L'applicazione definitiva dei Lea avverrà entro il 30 giugno 2002, con ogni Regione che farà i conti con le spese, in massima autonomia organizzativa e tariffaria. Elementi fondamentali sono da un lato lo Stato che determina i livelli essenziali delle prestazioni che debbono essere garantiti in tutto il territorio nazionale e dall'altro le Regioni che hanno autonomia finanziaria, stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri.

Il Sistema Sanitario Nazionale è sostanzialmente finito con al suo posto Sistemi sanitari regionali?

E in Emilia Romagna cosa è da prevedersi?

“Per i Lea si è lavorato sulla base di una lista negativa: più che definire i livelli essenziali (non minimi, espressione mai usata nella legislazione sanitaria italiana), meglio segnalare ciò che va escluso o razionalizzato”, ha dichiarato Giovanni Bissoni, Assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna. Ora un nuovo organismo, entro il 31 marzo, vigilerà (il modello è la Cuf, Commissione unica del farmaco) con un preciso compito: aggiornare continuamente i Lea (tariffe ed elenchi di prestazioni) con criteri scientifici, tecnologici ed economici, eliminando metodiche obsolete e introducendo le nuove in base a criteri di efficacia ed efficienza. Se aumenteranno i livelli, saranno incrementate anche le risorse statali. Il centralismo si ferma qui, tutto il resto da adesso spetta ai "governatori" delle regioni. Ne verranno fuori tante sanità diverse?

I Lea dovrebbero essere la garanzia che ciò non avvenga, anche se la sanità, al di là dei principi proclamati, è già di fatto diversificata, com'è sotto gli occhi di tutti. Una riprova è nel documento di ospedalizzazione per mille abitanti che ha un minimo di 194 e un massimo di 252, e nel day hospital da 39 a 63.

Tutela dell'urgenza, questione farmaci e relative fasce e contributi, allargamento delle prestazioni, fondi integrativi, possibili ticket o tasse, riorganizzazione dei servizi: tutto questo è adesso davvero in mano alle Regioni.

Quale la posizione dell'Anaa Assomed?

Richiamando la propria storia di difesa della sanità pubblica e rifacendosi ai deliberati del suo ultimo congresso nazionale, l'Anaa si oppone con forza ad

ogni tentativo di liquidazione esplicita o mascherata del sistema sanitario pubblico, che deve invece essere meglio finanziato e reso economicamente compatibile alle risorse del Paese attraverso strumenti quali, nello specifico, la definizione dei livelli essenziali di assistenza. Deve sempre essere ricordato come la spesa pubblica italiana in percentuale sul PIL sia una delle più basse in Europa (Italia al 5,5 contro il 7,3 della Francia e il 7,8 della Germania, ad esempio).

Quindi giudizio positivo sui LEA se strumento per favorire l'appropriatezza e l'equità delle prestazioni associato ad un adeguato riconoscimento del ruolo della dirigenza medica, ma forte preoccupazione sulla volontà di introdurre un sistema che per modalità di accesso e finanziamento privilegi il ricorso ad un "mercato libero". Mercato libero che, per esperienze evidenti a livello internazionale, invece di risolvere i problemi apre varchi a profondi disequilibri nell'erogazione delle prestazioni sanitarie a vantaggio di interessi di parte che hanno come fine principale il profitto economico, legittimo in termini generali, ma discutibile in ambito sanitario.

Quale impatto sui medici che lavorano nella sanità pubblica? Per l'Anaa l'appropriatezza e l'efficacia sono insite nel concetto di dirigente medico e sono ormai responsabilità e competenze proprie della professione; ciò che desta preoccupazione sono le mosse in cantiere, quali quelle sugli Irccs con la trasformazione in fondazioni con personale a contratto privato. Questo non può che portare allo svuotamento della contrattazione nazionale che rappresenta un momento di fondamentale equilibrio, di certezza e sostanziale garanzia dei trattamenti economici e normativi acquisiti. Quindi se vi sarà la necessità di migliorare contenuti e metodologie della contrattazione regionale, intesa come realmente integrativa e capace di rispondere alle esigenze più propriamente locali, non devono essere cancellati, anzi devono essere rafforzati, il ruolo e la forza delle Associazioni mediche nelle scelte e contrattazioni nazionali.

T. Trenti

Coordinatore Provinciale ANAAO-ASSOMED

**Q**uando mi è stato chiesto di esprimere un parere a proposito di LEA e federalismo sanitario, di cosa cambia per la salute in ambito nazionale e regionale, devo confessare un attimo di titubanza e di perplessità.

Ormai da troppi anni i medici, sia sul territorio che ospedalieri, sono costretti, obtorto collo, a dover prendere atto di decreti legislativi e regole amministrative che ne stravolgono spesso e volentieri il lavoro.

Perciò, ogni qualvolta si affaccia all'orizzonte una sigla coniata da fulgide menti ministeriali, devo sinceramente confessare che un leggero brivido mi percorre la schiena: quando non era di moda l'uso delle sigle anglosassoni forse il frutto del lavoro del medico non aveva alcuna qualità? Fare il medico senza ottemperare a linee guida, d.r.g., mission più o meno speciali era tanto disdicevole oppure questo mansionario made in England non nasconde forse obiettivi di puro e semplice risparmio economico fatto troppo spesso sulla pelle della gente e per incrinare il rapporto di fiducia tra medico e paziente?

Tornando al tema all'ordine del giorno "LEA e federalismo sanitario" cosa cambia per la salute in ambito nazionale e regionale, posso tranquillamente affermare che un'Italia agghindata come una maschera di arlecchino proprio non mi piace. Come è possibile avere venti o più modelli di sistemi sanitari regionali senza considerare le migrazioni sanitarie da una regione all'altra a seconda della convenienza? E che dire di misure proposte ed applicate senza chiedere

alcun parere ai medici ed alle loro sigle sindacali con l'unico evidente motivo di un forzoso risparmio?

Al fine di non essere accusati del solito pessimismo distruttivo, speriamo che questa ennesima rivoluzione sanitaria porti una drastica riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, aumenti la qualità del servizio offerto, gratifichi la professionalità dei medici e degli altri operatori sanitari.

Però se il buongiorno si vede dal mattino, dopo la rivoluzione di bindiana memoria ci attende una controrivoluzione che non deve essere fatta sulla pelle dei medici e dei pazienti.

Come SNAMI faremo del nostro meglio per affermare la centralità del medico sia sul territorio che in ospedale; collaboreremo con il Ministero della Salute al fine di creare un federalismo sanitario che porti ad un vero snellimento della burocrazia sanitaria ed amministrative non ad una moltiplicazione di uffici e personale burocratico.

Migliorare l'efficienza di certi presidi ospedalieri è un dovere morale; sperperare centinaia di miliardi in nuove strutture, efficienti solo sulla carta, ma in pratica dei veri e propri scandali a cielo aperto, non ci trova assolutamente d'accordo.

Per concludere ben vengano i LEA sperando che non nascondano, come da troppo tempo succede, la solita trappola burocratica che invece che migliorare il S.S.N. lo rende ancora più indigesto a tutti con il solo avallo dei politici di turno.

G. Venturini

Presidente provinciale SNAMI di Modena

## CINQUE MILIARDI DI EURO

**T**anto è quello che spendono gli italiani ogni anno per consultare maghi, fattucchiere, cartomanti e soggetti di quella specie. Non è poco a pensarci bene. Sono infatti 10 mila miliardi delle vecchie lire. Secondo il recente rapporto Eurispes gli italiani che spendono tutti questi soldi sono circa dieci milioni.

C'è da riflettere. È ben vero che fra gli imbonitori non c'è solo Wanna Marchi e sua figlia, ma si esibisce pure Barbara Bouchet che proprio brutta non è, ma nel complesso il campione dei venditori di fumo è molto variegato. Ci sono maghi con filtri di dubbia origine e streghe bionde che leggono nella sfera di cristallo, mentre le carte la fanno da padrone un po' su tutti gli schermi. Le somme pagate dai cittadini per questi consulto, la maggior parte dei quali

avviene per via telefonica, permettono ai signori e alle signore di cui parliamo di vivere piuttosto agiatamente, come ha dimostrato senza ombra di dubbio la vicenda della povera Wanna Marchi. Anche perché i lauti incassi sono esentasse.

E allora? Dov'è il problema?

Il problema è che da medici dobbiamo registrare un dato di fatto. Le persone cercano nelle carte, nella sfera o più semplicemente nelle parole di questi imbonitori un accenno, solo un accenno di speranza o forse di semplice consolazione. E può anche darsi che in una percentuale di casi non siamo stati in grado di darla proprio noi. Adoperiamoci affinché questa percentuale sia sempre più piccola. Resteranno i creduloni e su quelli, come medici e come uomini, non si è mai potuto far niente.

N. D'Autilia

# Tassa annuale - divieto di tassa differenziata



La FEDER.S.P.EV. (Federazione Nazionale Sanitari Pensionati e Vedove) ha riportato il problema relativo alla differenziazione e riduzione, per alcune categorie di iscritti, della tassa ordinistica annuale.

L'art.4, II° comma del DLCPS 13 settembre 1946 n.233 stabilisce: "Il Consiglio, entro i limiti strettamente necessari a coprire le spese dell'ordine o collegio, stabilisce una tassa annuale, una tassa per l'iscrizione all'albo, nonché una tassa per il rilascio dei certificati e dei pareri per la liquidazione degli onorari".

La tassa rientrante tra i tributi è di difficile connotazione, avvicinandosi, per certi aspetti, all'imposta, per altri ai corrispettivi pagati in relazione a certe prestazioni.

È un tributo correlato a una funzione e servizio effettuato dall'Ordine cui il sanitario è iscritto obbligatoriamente, ai fini dell'esercizio professionale, ai sensi dell'art.2229 C.C. e dell'art.8 del DLCPS 233/46.

Né merita particolare attenzione l'obiezione che la tassa non viene pagata per la prestazione effettuata nell'interesse del contribuente, bensì semplicemente quale conditio per l'esercizio da parte dello stesso contribuente di un'attività di suo interesse.

La tassa annuale ordinistica, pur diretta a ristorare l'Ordine in relazione alle spese sopportate per la prestazione di servizi resi agli iscritti, non ha carattere commutativo e pertanto non rappresenta il corrispettivo dei servizi forniti.

Si sottolinea inoltre che esiste una scarsa correlazione tra entità della tassa ed entità dei servizi resi. Da parte della FEDER.S.P.EV. si evidenzia che il Legislatore non ha posto "alcun obbligo di stabilire una tassa unica (nel senso di identica), né alcun divieto di introdurre una tassa differenziata".

Aggiunge inoltre "che all'interno dei due limiti (la necessità di coprire le spese e il divieto di discriminazione) e nel silenzio del legislatore, non può dirsi vietata al Consiglio dell'Ordine l'introduzione di una tassa differenziata per le diverse categorie di iscritti: e ciò perché, nel rispetto dei limiti suddetti, l'introduzione della tassa costituisce, come abbiamo visto, una *facoltà* che, in quanto tale, costituisce

espressione di un potere *discrezionale*".

**La richiesta della FEDER.S.P.EV., diretta a differenziare e, nella fattispecie, a ridurre la tassa annuale per i medici pensionati, non può essere accolta per le motivazioni di seguito riportate.**

**La tassa annuale è strettamente connessa all'iscrizione all'albo a prescindere dall'effettivo esercizio della professione. La tassa, in mancanza di una specifica previsione di legge, è unica, vale a dire identica per tutti gli iscritti non potendo l'Ordine fissare criteri "obiettivi" per quantificare l'attività effettivamente svolta e differenziare di conseguenza la tassa fra i singoli iscritti, fermo restando che l'assoggettamento avviene in ragione, come detto, dell'iscrizione all'albo.**

Una differenziazione della tassa, in mancanza di una previsione di legge, configurerebbe una disparità di trattamento tra gli iscritti e quand'anche l'Ordine, in sede regolamentare, adottasse criteri "obiettivi" diretti a differenziare la tassa annuale il provvedimento potrebbe essere impugnato da tutti gli altri cui è stata applicata una tassa superiore per uno stesso servizio e obbligo di legge.

Pur comprendendo le motivazioni addotte dalla FEDER.S.P.EV., la Federazione è del parere che la tassa annuale è identica per tutti gli iscritti al medesimo albo, che devono concorrere, ai sensi del riportato II° comma dell'art.4, "a coprire le spese" strettamente necessarie al funzionamento dell'Ordine.

Nell'ipotesi in cui qualche Ordine, facendo proprie le motivazioni della FEDER.S.P.EV., avesse previsto una differenziazione della tassa annuale per una o più "categorie" di iscritti (ciò non è assolutamente ipotizzabile atteso che tutti gli iscritti a prescindere dall'attività esercitata, sono portatori di identici diritti e interessi nei confronti degli Ordini e sono parimenti tenuti all'osservanza dei doveri imposti dall'Ordine) dovrà immediatamente annullare l'atto deliberativo imponendo una tassa annuale uguale per tutti.

Il Presidente  
G. Del Barone

# L'ECM deve vedere i medici protagonisti: lo riconferma il Comitato Centrale della FNOMCeO

**I**l Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri nella seduta del 26 gennaio 2002 ha riconfermato la totale contrarietà sul documento approvato dalla Conferenza Stato - Regioni che di fatto esautora gli ordini professionali dalla gestione del Programma di Educazione Medica Continua (ECM).

Ciò risulta tanto più grave in considerazione del fatto che in sede di Commissione Nazionale per l'ECM sono stati individuati e garantiti a Ordini e Collegi precisi spazi di responsabilità, come del resto risulta dai verbali delle riunioni, tanto che, a parere del Comitato Centrale, sembra quasi che il mancato accoglimento delle richieste della Commissione Nazionale sia da addebitarsi ad una non perfetta trasmissione alla Conferenza Stato - Regioni di quanto opportunamente determinato dalla stessa Commissione ECM.

Il Comitato Centrale della FNOMCeO, nel riconfermare che l'impegno della categoria medica è finalizzato a garantire trasparenza, equità ed efficacia al Programma di educazione medica continua, ribadisce il ruolo fondamentale e insostituibile degli Ordini e dei Collegi quali garanti della qualità professionale dei propri iscritti nell'esclusivo interesse della salute dei cittadini.

Il Comitato Centrale, nel sostenere l'azione del Presidente della Federazione Giuseppe Del Barone tesa a verificare, nelle prossime settimane, la reale disponibilità del Governo e delle Regioni a riconoscere il suddetto ruolo, ribadisce che la qualità delle soluzioni prospettate, nonché il livello delle garanzie date erga omnes, costituiranno il metro di valutazione sulla base del quale si darà corso a quanto già ufficialmente prospettato circa le eventuali dimissioni dei rappresentanti FNOMCeO in seno alla Commissione Nazionale ECM. Un atto forte della cui gravità il Comitato Centrale è perfettamente consapevole ma che vuole rappresentare la denuncia di un vero e proprio esproprio dei diritti e doveri assegnati dalla legge all'istituzione ordinistica, evitando che la Formazione Continua diventi un rito burocratico gestito al di fuori delle Professioni che hanno il solo obiettivo della qualità delle cure.

## Centro Acustico Italiano

DA 30 ANNI IL PUNTO DI RIFERIMENTO PER CHI HA PROBLEMI DI UDITO

La professionalità guida i nostri tecnici audioprotesisti alla soddisfazione del debole di udito



Il Centro fornisce gratuitamente diversi servizi quali:

**MISURAZIONE DELLA FUNZIONE UDITIVA**  
con audiometri ed impedenzometri clinici

**FORNITURE DI AUSILI PER PERSONE CON DISTURBI ALL'UDITO**  
con apparecchi acustici delle migliori marche

**ASSISTENZA TECNICA QUALIFICATA E CERTIFICATA**  
delle protesi di ogni marca

**FORNITORE DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA**  
Consulenza e assistenza gratuita per l'istruzione della pratica per gli aventi diritto alla fornitura

**Fornitori accreditati  
Regione Emilia Romagna  
ai sensi D.M. 332/99**

Corso Canalgrande, 28 - MODENA - tel. 059/23.71.77 - modencai@tin.it  
www.centroacustico.it

## CONDONO PER INADEMPIENZE CONTRIBUTIVE DEGLI ISCRITTI AL FONDO DI PREVIDENZA GENERALE

A seguito della pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale n. 299 del 27 dicembre 2001 dell'approvazione della suddetta delibera da parte dei Ministeri vigilanti, è **entrato in vigore il condono per inadempienze contributive degli iscritti al Fondo di Previdenza Generale, che ha validità di un anno dalla suddetta data di pubblicazione**. Le domande di adesione, pertanto, possono essere presentate, a mezzo raccomandata semplice (senza avviso di ricevimento), fino al 27 dicembre 2002.

Il condono permette di sanare eventuali inadempienze in materia di contributi dovuti al Fondo di Previdenza Generale "Quota A" (contributo minimo obbligatorio, riscosso a mezzo ruolo), e al Fondo della Libera Professione "Quota B" del Fondo Generale (contributo proporzionale, versato direttamente dall'iscritto, pari al 12,50% del reddito professionale prodotto a partire dall'anno 1990).

La modulistica e il regolamento sono disponibili presso la sede della Fondazione, ovvero sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) e presso gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Per ulteriori informazioni gli iscritti interessati potranno contattare l'Ufficio contenzioso del Servizio Contributi Minimi – "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale ai seguenti numeri: tel. 06 48294901 – fax 06 48294913.

*Nel prossimo numero del bollettino verrà pubblicato il testo integrale del regolamento per usufruire del condono previdenziale.*

## CONVERSIONE IN EURO DEI CONTRIBUTI ENPAM QUOTA A - FONDO GENERALE ANNO 2002

I contributi iscritti a ruolo per l'anno 2002 saranno i seguenti:

- € 148,80 (pari a £. 288.117) per tutti gli iscritti fino al compimento del 30° anno di età;
- € 298,13 (pari a £. 577.260) per tutti gli iscritti dal compimento del 30° anno di età fino al compimento del 35° anno di età;
- € 568,10 (pari a £. 1.099.995) per tutti gli iscritti dal compimento del 35° anno di età fino al compimento del 40° anno di età;
- € 1.057,55 (pari a £. 2.047.702) per tutti gli iscritti dal compimento del 40° anno di età fino al compimento del 65° anno di età.
- € 568,10 (pari a £. 1.099.995) per gli iscritti ammessi, entro il 31 dicembre 1989, al beneficio della contribuzione ridotta, in quanto forniti di diversa copertura previdenziale obbligatoria.

## DA QUEST'ANNO È POSSIBILE LA DOMICILIAZIONE BANCARIA DEL CONTRIBUTO DOVUTO ALLA "QUOTA A" DEL FONDO DI PREVIDENZA GENERALE

A seguito delle numerose richieste avanzate dagli iscritti al Fondo di Previdenza Generale ed al fine di offrire un servizio di riscossione dei contributi "Quota A" sempre più moderno ed efficiente, la Fondazione E.N.P.A.M., in collaborazione con ESATRI S.p.A., ha attivato da quest'anno la *domiciliazione* del pagamento del contributo minimo obbligatorio, mediante addebito permanente in conto corrente bancario (procedura RID).

La procedura di riscossione RID consentirà agli iscritti E.N.P.A.M. di assolvere gli obblighi contributivi in modo facile, comodo ed a costi accessibili. L'addebito delle somme dovute, infatti, verrà effettuato automaticamente l'ultimo giorno utile per il pagamento di ciascuna rata (o per il pagamento in unica soluzione, in caso di opzione per tale forma di pagamento), evitando così il rischio di spiacevoli dimenticanze ed eliminando il disagio di doversi recare alla posta od in banca dove è necessario, spesso, affrontare lunghe file.

Per il servizio offerto, la commissione posta a carico dell'iscritto da ESATRI S.p.A. è pari a € 2,07. Si ricorda, a tale proposito, che l'onere per l'iscritto in caso di pagamento della ordinaria cartella/avviso è pari a: € 0,90 se il versamento è effettuato presso le agenzie postali; fino a € 2,58 se effettuato presso le agenzie bancarie; € 2,32 se il pagamento avviene tramite carta di credito (via Internet o telefono).

La realizzazione della procedura RID e la sua successiva gestione operativa sono a cura di Intesa Riscossione Tributi S.p.A., holding di gestione e controllo di ESATRI S.p.A. – Concessionaria della riscossione dei tributi – Società alla quale è stato confermato anche per l'anno 2002 l'incarico della riscossione, su tutto il territorio nazionale, del contributo dovuto al Fondo Generale "Quota A".

Per poter usufruire di tale innovativo servizio è sufficiente compilare in ogni sua parte l'apposito modulo, predisposto da ESATRI S.p.A., ed inviarlo tramite posta ad ESATRI S.p.A. – Servizio Taxtel – Via della Chiusa, 2 – 20123 Milano, ovvero trasmetterlo tramite Fax al numero: 02.8822.6713. Il suddetto modulo è disponibile presso la sede della Fondazione, ovvero sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) e presso gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Le adesioni al servizio, inoltre, potranno essere effettuate comunicando a Intesa Riscossione Tributi i dati indicati nel suddetto modulo tramite Internet (presso il sito [www.taxtel.it](http://www.taxtel.it)) o telefono, al numero 199.191.191; delle adesioni telefoniche ESATRI S.p.A. darà conferma scritta tramite apposita comunicazione, inviata agli interessati a mezzo posta ordinaria.

In ogni caso Intesa Riscossione Tributi garantisce la massima sicurezza e riservatezza nel trattamento dei dati trasmessi.

Ulteriori informazioni sulle modalità di adesione al servizio di domiciliazione possono essere chieste ad ESATRI S.p.A. al numero 199.191.191.

Si auspica che gli iscritti, nell'aderire a tale forma di riscossione, apprezzino, oltre alla comodità e alla innovatività del servizio offerto, il costante sforzo della Fondazione volto a garantire una sempre maggiore semplicità e modernità nella riscossione dei contributi "Quota A".

### Nota della Redazione

Rivolghiamo l'invito a tutti i colleghi che intendono pubblicare testi sul Bollettino dell'Ordine ad inviare il loro contributo su supporto magnetico, cioè su dischetto, possibilmente in formato word a caratteri leggibili, o tramite E-mail al seguente indirizzo: [s.mati@nettuno.it](mailto:s.mati@nettuno.it), all'attenzione del Comitato di Redazione del Bollettino.

Sono inoltre gradite fotografie e immagini inerenti l'argomento dell'articolo, che verranno ovviamente restituite.

## RIVALUTAZIONE RENDITE DEI MEDICI COLPITI DA MALATTIE E LESIONI CAUSATE DAI RAGGI X E SOSTANZE RADIOATTIVE

Il decreto 20 novembre 2001 “Rivalutazione delle rendite in favore dei medici colpiti da malattie e da lesioni causate dall’azione dei raggi X e delle sostanze radioattive, con decorrenza 1°luglio 2001” – pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.24 del 29 gennaio 2002 – in attuazione all’art.5 della legge n.251/1982, stabilisce la retribuzione annua per la liquidazione, corrisposta dall’INAIL, delle rendite a favore dei medici colpiti da malattie e da lesioni causate dall’azione dei raggi X e delle sostanze radioattive e dei loro superstiti.

La retribuzione stessa viene rivalutata annualmente in relazione alle variazioni intervenute su base nazionale nelle retribuzioni iniziali, comprensive dell’indennità integrativa speciale, dei medici radiologi ospedalieri.

Il decreto in esame **fissa in £. 72.574.000 la retribuzione annua, per la liquidazione delle rendite di cui all’oggetto, con effetto dal 1° luglio 2001.**

## NOVITÀ PER I MEDICI COMPETENTI ELENCO SPECIALITÀ E TITOLI DEL MEDICO COMPETENTE

Ai sensi delle normative di riferimento che si sono succedute nel tempo (D.L.vo 15 agosto 1991 n.277, D.L.vo 19 settembre 1994 n.626 e decreto legge 12 novembre 2001, n.402 convertito in legge il 21.12.2001) si riepilogano i titoli necessari ad assumere la qualifica di **medico competente**:

### a) specializzazione in:

medicina del lavoro  
 medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica  
 tossicologia industriale  
 igiene industriale  
 fisiologia e igiene del lavoro  
 clinica del lavoro  
 clinica delle malattie del lavoro  
 medicina preventiva delle malattie professionali e psicotecniche  
 medicina preventiva dei lavoratori  
 fisiologia e igiene del lavoro industriale  
 igiene e medicina preventiva  
 medicina legale e delle assicurazioni

### b) docenza o libera docenza in:

medicina del lavoro  
 medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica  
 tossicologia industriale  
 igiene industriale  
 fisiologia e igiene del lavoro

c) medici in possesso dell’autorizzazione di cui all’art. 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991 n.227

# È vietato affiggerla in studio MA LA TARIFFA È TOP SECRET

**S**ono molti i medici di famiglia che nella scorsa settimana si sono rivolti ai sindacati di categoria chiedendo che, in occasione dell'introduzione dell'euro, venissero diffuse delle "tariffe consigliate" per i certificati medici rilasciati a pagamento, cioè quelli non previsti in convenzione. La richiesta sembra dettata dal più normale buon senso: l'introduzione della nuova moneta qualche confusione la genera, soprattutto negli anziani, che nonostante le apparenze sono buoni fruitori dell'attività certificativa del generalista, tra invalidità civili, soggiorni climatici invernali e attività ludico-sportive quanto mai varie.

Dunque un cartello affisso in sala d'attesa con il logo di un'associazione autorevole avrebbe aiutato, tanto più che da tempo le tariffe non vengono più aggiornate.

**Peraltro una uniformità** tariffaria avrebbe rappresentato un piccolo servizio dei sindacati per i propri iscritti che sarebbe piaciuto anche alle associazioni dei consumatori: si sarebbero evitate differenze tra un medico e l'altro; le tariffe sarebbero state ragionevoli come sempre; avrebbero contribuito a migliorare il rapporto tra medico e assistito.

Purtroppo, però, anche una buona richiesta talvolta deve lasciare spazio ad altre questioni complesse e incomprensibili: l'etica della professione del nuovo millennio pare destinata a essere sostituita da quella del mercato.

**In questa logica**, anche la battaglia combattuta dalla FNOM nel 2000 per garantire al cittadino, almeno in ambito di assicurazioni private, la libertà di scelta del professionista da cui farsi curare e non la libertà di scegliersi solo un'assicurazione è stata una battaglia persa: si sarebbe limitata la possibilità delle assicurazioni di farsi concorrenza. Lo stesso concetto vale oggi per i medici: se usano un'unica tariffa per i certificati non si fanno più concorrenza tra loro per cui formano un "cartello", un "trust", tanto più condannabile quanto più autorevole è l'associazione che rappresenta il gruppo di professionisti. Poco importa che le tariffe siano solo consigliate e non imposte. Le "imprese" (come vengono ormai considerati anche i medici) non possono

accordarsi, nemmeno sottobanco.

**I riferimenti normativi** sono chiari: in forza del trattato Cee (articolo 85), i giudici nazionali hanno già più volte chiarito che la previsione di tariffe professionali inderogabili costituisce lesione del principio della libera concorrenza tra imprese, comprendendo in tale categoria anche i liberi professionisti che, secondo il concetto comunitario, svolgono un'attività in cambio di una controprestazione economica.

Non è nemmeno pensabile di ricorrere a un tariffario solo consigliato, perché tale ipotesi (sentenza del Tar Lazio 466 del 28 gennaio 2000) comporterebbe parimenti violazione del trattato Cee individuandosi una forma di coordinamento della condotta economica delle imprese (leggasi dei singoli medici) che si riconoscono in un sindacato. La compressione della libera concorrenza, intrinsecamente connessa al sistema della tariffa, sarebbe ottenuta con un mezzo diverso da quello legittimo. Di conseguenza, il sindacato che invitasse i suoi iscritti a operare secondo tariffe predeterminate si esporrebbe a possibili sanzioni dell'autorità antitrust. In questo consenso si salva solo la tariffa minima, stabilita dalla legge a tutela del decoro e della dignità della professione e al di sotto della quale non è lecito operare. Ma fino a quando reggerà questa normativa nata prima di quella comunitaria?

L'interesse è ora puntato sulla Legge 175/92 (pubblicità sanitaria), che sembra in contrasto con la normativa comunitaria relativa alla libertà dell'impresa. Tuttavia, al di là delle tariffe dei certificati che si potrebbero anche introdurre come norma convenzionale, attualmente sembra sempre più urgente che la professione sappia ribadire con forza i propri valori etici poggianti, anche in un mondo inevitabilmente tecnologico e fondato sul lavoro in équipe, sulla insostituibilità dell'intuitus personae. Insomma la professione non può essere solo libero mercato.

Guido Marinoni  
Componente Comitato Centrale  
FNOMCeO

*Tratto da Corriere Medico del 31 gennaio 2002*

## 17<sup>a</sup> MOSTRA DEI MEDICI ED ODONTOIATRI ARTISTI A “VILLA BOSCHETTI” - SAN CESARIO DAL 5 AL 12 MAGGIO 2002

È dunque confermata la 17<sup>a</sup> mostra di pittura e fotografia con spettacolo d'arte varia a Villa Boschetti.

- Le opere, dipinti o fotografie (massimo 2), devono essere consegnate dal 15 al 27 aprile, in V.le Medaglie d'Oro 19, a Modena – tel. 059 390614;
- Non ci sono né limiti di grandezza, né limiti tematici: mi raccomando solamente che le opere siano provviste di cornice.

### PROGRAMMA

**Domenica 5 maggio 2002**

ore 16 inaugurazione;  
ore 17 spettacolo d'arte varia, con musica, poesia, canto, coro,  
cabaret ed illusionismo;  
ore 18,15 rinfresco

- Nei prossimi giorni vi telefonerò per avere la conferma della vostra partecipazione, al fine di preparare in tempo le locandine con il nome degli artisti;
- San Cesario ci aspetta ansiosa nella sua splendida Villa Boschetti e noi numerosi e bravi come sempre non la deluderemo.

*Buon lavoro e a presto.*

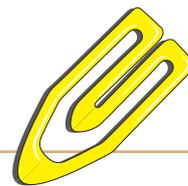
*Lodovico Arginelli*

### ODORE DI MARE

Piene ho le narici  
di un odore che mi dà vita,  
odore di mare.  
Odore di spazi grandi  
dove afflitto  
dallo stretto mondo  
ripongo le mie speranze.  
Odore di cose antiche  
e cose nuove che il tempo non sciupò,  
ma per uomini semplici  
e per esseri vivi conservò.  
Odore di mare  
odore di infinito  
dove voglio trasportare  
la mia falsa libertà.

*Michele Cinque*

### Storielle a cura di Roberto Olivi



- Il potere non è solo quello che possiedi realmente, ma quello che i nemici pensano tu abbia.

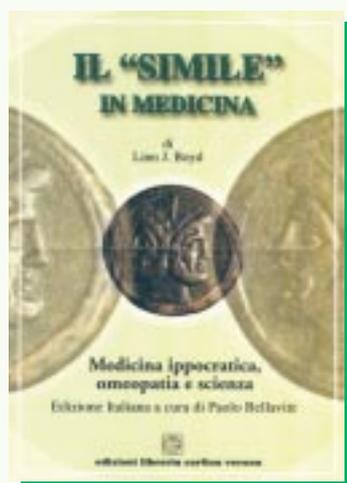
*Saul Alinsky*

- Diciamo di ammazzare il tempo come se, purtroppo, non fosse il tempo ad ammazzare noi.

*Alphonse Allais*

- Spesso gli onori che più difendiamo sono quelli che meno abbiamo meritato.

*Roberto Gervaso*



## IL SIMILE IN MEDICINA

di L.J. Boyd, curato da P. Bellavite

Edizioni Libreria Cortina, Verona

Tel. 045 594177 E-mail: libreriacortina@tin.it

Pagine 386 - € 30,47

Quest'opera descrive la storia e lo sviluppo di quel movimento scientifico che, particolarmente in Germania e negli U.S.A., ha cercato di ricondurre il "simile" – principio fondamentale dell'omeopatia – nell'alveo della ricerca scientifica convenzionale e sperimentale. Essendo una miniera di informazioni per lo più difficilmente reperibili, essa rappresenta un grosso contributo allo sviluppo di una medicina integrata. Vi si mira, infatti, a superare in modo critico e documentato quella che viene definita "disastrosa politica di scomuniche reciproche" tra farmacologia scientifica e omeopatia. Il libro, pubblicato nel 1936 ed ora nella prima edizione italiana a cura di Paolo Bellavite, abbraccia un ampio orizzonte di tematiche ancora di grande interesse: dalla storia della medicina greca e medioevale alle scoperte della fisica quantistica di inizio secolo XX, dalla scoperta dei chemioterapici alle vaccinazioni, dalla questione delle minime dosi agli effetti paradossali dei farmaci. Ne emerge una convincente presentazione sia dei dettagli sperimentali accumulati dai pionieri della ricerca scientifica in questo campo, sia del pensiero naturalistico e ippocratico che ispira l'Autore. Molti argomenti trattati sono ancora di attualità e molte controversie non si sono risolte, cosicché questo libro si rivela utile sia agli appassionati di storia della medicina sia ai medici che hanno scelto di approfondire anche il metodo tradizionalmente proposto dall'omeopatia. Esso favorisce un dialogo effettuato senza fideismi ciechi, con conoscenza delle varie posizioni, con argomenti razionali e sostenuti da ipotesi scientifiche.

che reciproche" tra farmacologia scientifica e omeopatia. Il libro, pubblicato nel 1936 ed ora nella prima edizione italiana a cura di Paolo Bellavite, abbraccia un ampio orizzonte di tematiche ancora di grande interesse: dalla storia della medicina greca e medioevale alle scoperte della fisica quantistica di inizio secolo XX, dalla scoperta dei chemioterapici alle vaccinazioni, dalla questione delle minime dosi agli effetti paradossali dei farmaci. Ne emerge una convincente presentazione sia dei dettagli sperimentali accumulati dai pionieri della ricerca scientifica in questo campo, sia del pensiero naturalistico e ippocratico che ispira l'Autore. Molti argomenti trattati sono ancora di attualità e molte controversie non si sono risolte, cosicché questo libro si rivela utile sia agli appassionati di storia della medicina sia ai medici che hanno scelto di approfondire anche il metodo tradizionalmente proposto dall'omeopatia. Esso favorisce un dialogo effettuato senza fideismi ciechi, con conoscenza delle varie posizioni, con argomenti razionali e sostenuti da ipotesi scientifiche.

## RIUNITA A ROMA

## LA COMMISSIONE NAZIONALE DI BIOETICA

**S**i è svolta a Roma l'11 gennaio la prima riunione della commissione nazionale di Bioetica sotto la presidenza del sottoscritto. Presenti tutti i membri designati dalla F.N.O.M.C.e O., fra i quali alcuni presidenti di Ordine, alcuni presidenti di Comitati Etici (come il prof. Sandro Spinsanti) e colleghi motivati al tema della Bioetica.

Si è proceduto ad un primo esame delle numerose e attuali problematiche legate alla Bioetica. Inevitabile si è dimostrata una prima scelta di linee di indirizzo con particolare riguardo a tre ambiti di intervento della professione:

- ❖ La formazione e l'informazione dei medici e degli odontoiatri sui temi della Bioetica
- ❖ L'approfondimento dei grandi (e piccoli) temi della Bioetica c.d. pratica : fecondazione assistita, cure palliative, consenso informato, libertà di cura etc
- ❖ I Comitati etici e il ruolo dell'Ordine nella formazione di professionisti preparati a svolgere una funzione di grande rilievo.

Si sono per questo costituite tre sottocommissioni che analizzeranno tutti i possibili aspetti connessi ai tre filoni di intervento e saranno elaborati documenti da sottoporre all'attenzione del Comitato Centrale per un'efficace politica della Federazione in un ambito di così primaria importanza.

L'obiettivo della commissione è comunque quello di adoperarsi per una sensibilizzazione della Professione all'approfondimento attraverso la formazione ed un'informazione sempre più attenta, soprattutto nel mutato scenario di un differente rapporto medico-paziente.

*Il Presidente della Commissione  
N. D'Autilia*



associazione nazionale dentisti italiani  
Sezione Provinciale di Modena

**INIZIATIVE  
CULTURALI  
ODONTOIATRICHE**

### IMPLANTOLOGIA OGGI: TECNICHE CHIRURGICO - PROTESICHE NON CONVENZIONALI

Relatori **Dott. Massimo Galli**  
**Dott. Umberto Perrini**

**Modena - Sabato 16 marzo 2002**

Ore 9:00 - 13:30

Rechigi Hotel

Via Emilia Est, 1581 - Modena

### TRATTAMENTO DI ATROFIE MASCELLARI MEDIANTE PRELIEVI OSSEI EXTRA-ORALI CON TECNICHE AMBULATORIALI

Relatore **Dott. Alfonso Baruffaldi**

**Modena - Martedì 26 marzo 2002**

Ore 21.00

Sala Conferenze - Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Modena  
P.le Boschetti, 8 - Modena

**Moderatore degli incontri:**

**Dott. Antonio Cremonini**  
Segretario Culturale Andi  
Sezione Provinciale di Modena

**Segreteria Organizzativa:**

Sig.ra Giorgia c/o Andi Sezione Provinciale di Modena  
P.le Boschetti, 8 - 41100 Modena Tel. 059/230890 Fax  
059/233112 E.mail andi.mo@libero.it

## NEGROPONTE AL CONVEGNO ICT FOR HEALTH

**Dal 3 al 5 aprile, al Forum G. Monzani, l'Azienda USL di Modena organizza un evento sull'Innovazione Tecnologica e i Servizi per la Salute. Tanti i progetti che coinvolgeranno cittadini e medici di famiglia**

Sarà un evento di livello internazionale che, in tre giorni, farà il punto su cosa la tecnologia consente già oggi di fare per la nostra salute in provincia di Modena, in Italia e nel mondo e cosa ci riserva nel prossimo futuro. "ICT for health - Innovazione Tecnologica e Servizi per la Salute", organizzato dall'Azienda USL di Modena con una serie d'importanti patrocini, si terrà il 3, 4 e 5 aprile a Modena presso il Forum "G. Monzani" di Via Aristotele 33. Nella mattinata d'apertura (ore 9.30) il convegno sarà presentato dal Direttore Generale dell'Azienda USL Modena Roberto Rubbiani; seguiranno i saluti del Sindaco di Modena, del Presidente della Provincia di Modena e del Rettore dell'Università di Modena e Reggio Emilia. Quindi interverranno il Presidente della Regione Emilia Romagna, un rappresentante della Commissione Unione Europea e Luca Cordero di Montezemolo, Presidente della Ferrari e dell'Unione Industriali di Modena. Sarà poi la volta dell'intervento più atteso, **una lezione magistrale di Nicholas Negroponte, fondatore e direttore del Media Laboratory del Massachusetts Institute of Technology (MIT) negli Stati Uniti**, il laboratorio interdisciplinare orientato esclusivamente sullo studio e la sperimentazione delle forme future della comunicazione umana, dall'istruzione all'educazione. Negroponte è universalmente noto per le sue ricerche e per i suoi libri che disegnano gli scenari tecnologici del futuro: il più letto e tradotto in tutto il mondo è Being digital ("Essere digitale").

Il convegno sarà l'occasione per presentare i numerosi progetti d'innovazione tecnologica messi in campo dall'Azienda USL di Modena o in corso di realizzazione: dalla telecardiologia alla teleradiologia, dall'effettuazione in rete di esami di laboratorio (l'Azienda sanitaria modenese è capofila del progetto europeo D-LAB) alle informazioni sanitarie in Internet. Molti di questi progetti coinvolgeranno sempre più i cittadini e i medici di famiglia. Tantissimi gli esperti e i relatori provenienti da ogni parte d'Italia e da diversi paesi europei. Il 3 aprile si parlerà di Medicina di laboratorio ed analisi decentrate e di Governo Clinico e POCT, inoltre dello stato dell'arte della telemedicina e delle applicazioni di telemedicina in neurologia. Il 4 aprile sarà la volta dell'E-procurement nelle Aziende Sanitarie, di Internet e promozione della salute, della Gestione informatizzata dei reparti di radiologia, della Teleradiologia, di Security dei dati informatici e della Telechirurgia, Si parlerà inoltre della Gestione in rete dei sistemi medicali e della Rete di mammografia digitale. Il 5 aprile: i Sistemi informativi ospedalieri, la Telecardiologia, la Cardiologia in rete, la prevenzione sul Web. Al mattino, dalle 10.30 alle 13.00, una tavola rotonda conclusiva alla quale sono stati invitati anche il Ministro della Salute Girolamo Sirchia e il Ministro per l'Innovazione e le Tecnologie Lucio Stanca.

## RICORDO DI DON ANTONIO MANTOVANI



Il 30 gennaio 2002 è deceduto dopo una lunga malattia il collega Mons. Antonio Mantovani, assistente dell'AMCI diocesana e regionale e del centro di Bioetica "MOSCATI", di cui era stato co-fondatore.

In occasione delle esequie la Dott.ssa Gianna Benatti, da anni sua collaboratrice, ne ha tracciato il profilo umano, amicale e cristiano che qui riportiamo come segno di gratitudine per il lavoro svolto da Don Antonio anche nel nostro Comitato Etico provinciale.

"A Don Antonio non piaceva che si parlasse di ciò che faceva o dei risultati ottenuti dal duro lavoro di sacerdote impegnato nella famiglia e nella sanità. Era ovvio e scontato che ogni buon prete difendesse i più deboli e fosse operatore di pace e di vita. Ma nel salutarlo, almeno fisicamente in questa giornata, io non posso tacere quanto ha lottato e sofferto per amore della sua Chiesa di Modena, nel Centro di Consulenza familiare e nella Pastorale Sanitaria.

Per 18 anni si è prodigato fin nelle mansioni più umili perché le coppie in crisi e le mamme in difficoltà trovassero negli ambienti di San Faustino un'accoglienza calda ed amichevole nella quale poter esprimere tutti i loro problemi. In Pastorale, poi, era attentissimo all'incontro coi malati, soprattutto se sacerdoti, e si offriva, tramite le sue grandi amicizie tra noi medici, di accompagnare i confratelli là dove potevano esse-

re curati e seguiti con competenza, rispetto ed amore.

Per noi medici è stato un punto di riferimento umile e schivo per tutti i problemi di bioetica, a volte quasi scusandosi di dettare legge o porre dei limiti ben netti al nostro operare professionale

Amava gli infermieri e li rispettava per il loro prezioso lavoro.

Ed ancor più umilmente ha portato a Roma, alla Consulta Nazionale di Pastorale Sanitaria, ed all'Ordine dei Medici, nel Comitato etico, una testimonianza forte e rispettosa.

C'era ed era disponibile sempre, per tutti, soprattutto quando qualcuno di noi si trovava in difficoltà.

So che ora mi rimprovererebbe di svelare con queste parole cose più grandi di quanto non gli apparissero: in fondo per lui tutto ciò era soltanto il suo dovere. Anzi, durante la sua lunga e dolorosa malattia, si sentiva anche un "peso morto" per la Diocesi ed il suo Vescovo, che amava e stimava profondamente, come si fa tra bolognesi autentici. Ma proprio in questi anni, e soprattutto negli ultimi mesi, ha incarnato nelle sue sofferenze le parole che ci ha tante volte predicato. Chi lo ha assistito da vicino non ha mai - dico mai - sentito un lamento od una parola di stizza e di sgomento. Era grato per la minima attenzione, anche se questa era una manovra medica dolorosa. "*Grazie - Sto benissimo così - Dio vi benedica tutti - Come sono fortunato di avervi con me -*" erano le parole che ci ripeteva all'infinito e dopo ogni visita di qualche parrocchiano o confratello.

E' stato consapevole del distacco dalla vita terrena fino all'ultimo istante, e fino all'ultimo si è abbandonato senza più timore alla tenerezza protettiva di Maria, naturalmente quella di San Luca - *la sua Madonna* -.

Ci ha insegnato a vivere, a scegliere il giusto e il vero, ma ci ha insegnato soprattutto come muore un cristiano ed un prete che crede in ciò che è, un figlio di DIO amato da suo PADRE teneramente ed immensamente."

Gianna Benatti

### NOTE TRISTI:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze: Alla famiglia per la scomparsa di Don Antonio Mantovani.  
Alla famiglia per la scomparsa del Prof. Bruno Bonati.

Mercoledì 30 gennaio 2002 ci ha lasciati, dopo lunga malattia, Don Antonio Mantovani. Sacerdote, medico, esperto come pochi sui temi attualissimi e difficili della bioetica, era stato prima missionario in Brasile, poi parroco nella nostra diocesi, quindi fondatore del Consultorio familiare della diocesi, dove per anni sono state assistite le maternità ed è stato dato aiuto alle coppie e alle famiglie in difficoltà relazionale, infine responsabile della Pastorale sanitaria, assistente dei medici cattolici, membro del comitato etico provinciale, fondatore del Centro di Bioetica "Moscati". La sua grande passione per le scienze dell'uomo lo aveva portato inoltre a laurearsi in medicina, non tanto per esercitare la professione del medico, quanto piuttosto per completare un iter formativo e culturale già ricchissimo e comunque sempre volto al servizio degli altri.

Queste brevi note ci dicono già, meglio di ogni discorso, come Don Antonio fosse una di quelle persone straordinarie che riescono a fare della propria vita uno strumento di servizio: ogni sua scelta infatti ha sempre avuto come motivazione il servizio disinteressato verso gli altri e mai la affermazione personale o la ricerca di una visibilità pubblica.

Era una di quelle persone che, quando le chiami, ci sono sempre: ora per un servizio in una parrocchia lontana, ora per i medici cattolici, ora per mettere al servizio del Comitato Etico la sua grande competenza nel campo della Bioetica e la sua sensibilità umana, ora per collaborare col nostro Bollettino e arricchirlo con le sue profonde e stimolanti riflessioni.

Don Antonio era questo. Una persona discreta, educata, rispettosa, ma al tempo stesso competente, incisiva, ricca di umanità e calore.

Nel tempo della sua malattia, ho avuto la fortuna umana di essergli vicino: e adesso ricordo la sua pazienza, la sua sopportazione, l'accettazione serena e la fiducia nei medici e negli amici. Ricordo anche le nostre lunghe chiacchierate, in cui mi confessava le sue preoccupazioni e paure circa il futuro della nostra professione, che vedeva sempre più soffocata e annichilita nei mille rivoli della burocrazia: troppo "mestiere", troppi bilanci, troppa "azienda", poco tempo per parlare, per mostrare al paziente "empatia e comprensione", per prendersi cura nel vero senso della parola del malato, che non è una malattia o un caso clinico, ma una persona che soffre.

Don Antonio aveva paura di questa medicina senza amore: lo aveva scritto in un bellissimo articolo pubblicato sul nostro bollettino due mesi fa, che costituisce per tutti noi un vero testamento spirituale: rileggiamolo ora con calma e cogliamone il senso profondo.

Sarà un modo, il migliore, per ricordarlo e al tempo stesso ci servirà per riproporre e riaffermare le ragioni più vere e profonde del nostro essere medici oggi.

*Francesco Sala*

### **A.M.C.I. - Associazione Medici Cattolici Italiani - Sezione di Modena**

SABATO 20 APRILE 2002 - ORE 18

Presso il Centro Famiglia di Nazaret – Via Formigina, 319 – 41100 Modena

#### **RIUNIONE DI VOLONTARIATO MEDICO APERTA A TUTTI I COLLEGHI**

I Colleghi M. Bondi, P. Giglioli e P. Lanzoni riferiranno con supporti audiovisivi di esperienze estive di volontariato in Sud America ed in Africa

La Funzione Pubblica CGIL Sanità di Modena, quale firmataria dell'Accordo Nazionale dei Medici Specialisti Ambulatoriali, comunica di essersi strutturata per raccogliere le richieste di adesione sindacale degli Specialisti Ambulatoriali al fine di garantire una tutela sindacale ai propri iscritti ed esercitare una fattiva collaborazione con le Amministrazioni Sanitarie e tutte le Organizzazioni Sindacali di Categoria nell'ottica di apportare il proprio contributo per un efficiente servizio all'utenza.

A tale proposito si comunica che il referente CGIL per la categoria è il Dott. M. Mohamad, Via Saffi, 17 - 41034 Finale Emilia – tel. 335 6358156 oppure presso la Funzione Pubblica CGIL, P.le Cittadella, 36 - 41100 Modena.

*p. la Funzione pubblica CGIL Sanità Modena D. Borghi*