

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

LE NOVITÀ DELLA LEGGE BERSANI (P. BERGAMINI)

*DUE O TRE COSE DA CHIARIRE AI COLLEGGI IN MODO MOLTO FRANCO
SUL TEMA DELLA PUBBLICITÀ (IL PRESIDENTE)*

IL TRATTAMENTO DELLE METASTASI EPATICHE COLORETTALI (G.E. GERUNDA E ALTRI).



MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

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



**SERVIZI
DI SOSTEGNO:**

SALTUARI

CONTINUATIVI

PART-TIME

**GIORNALIERI/
NOTTURNI**

24 ORE SU 24

**FINE
SETTIMANA**

**SERVIZI
DI ASSISTENZA
PERSONALIZZATA**

per.....

ANZIANI

MALATI

DISABILI



chiamateci

MODENASSISTENZA

059 / 221122

Via Ciro Menotti, 43 - Modena

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI MODENA

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Beniamino Lo Monaco

Consigliere Segretario

Dr. Stefano Reggiani

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Lodovico Arginelli – Dr. Marco Baraldi

Dr. Luigi Bertani – Dr. Adriano Dallari

D.ssa Azzurra Guerra – Dr. Giacinto Loconte

Dr. Paolo Martone – Dr. Michele Pantusa

Prof. Francesco Rivasi – Dr. Francesco Sala

D.ssa Laura Scaltriti

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi – Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

Dr. Roberto Olivi

Componenti:

Dr. Giovanni Bertoldi - Dr. Carlo Curatola

Revisore dei conti supplente:

D.ssa Marisa Zanini

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliandro

Componenti

D.ssa Francesca Braghiroli

Dr. Vincenzo Malara

Prof. Mario Provvisionato

Direzione e Amministrazione:

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

Email: ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dott. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione:

dr L. Arginelli - dr L. Bertani

dr M. Cinque - dr C. Curatola

dr A. Dallari - dr P. Martone

dr R. Olivi - dr M. Pantusa - prof F. Rivasi

Realizzazione Editoriale:

Pol. Mucchi - Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977



EDITORIALE	4
PRIVACY.....	5
LETTERE ALLA REDAZIONE	6
LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA	7
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	8
NORMATIVA	10
.....	
INSERTO CENTRALE	
LE NOVITÀ DELLA LEGGE BERSANI	11
.....	
FNOMCeO	15
ENPAM	17
DI PARTICOLARE INTERESSE	18
ARTE E DINTORNI.....	21
TACCUINO	22

In copertina:

"Autoritratto" di Augusto Valli
acquerello - cm 9x13 (1936)

DUE O TRE COSE DA CHIARIRE AI COLLEGHI IN MODO MOLTO FRANCO SUL TEMA DELLA PUBBLICITÀ



Con l'uscita del decreto Bersani i più informati tra i medici e gli odontoiatri hanno subito messo in campo tutte le possibili strategie per attuare una pubblicità "finalmente affrancata da ogni vincolo", cioè libera.

Sarà bene dire con forza che il decreto ha indubbiamente introdotto novità significative in tema di liberalizzazione della pubblicità nelle professioni (ingegneri, medici, avvocati, solo per citarne alcuni), ma non avendo abrogato la famosa (o famigerata?) legge 175, ha di fatto creato le condizioni per una confusione che sarà bene cercare di evitare, per il bene soprattutto dei colleghi.

Le norme contenute nel decreto infatti attribuiscono agli Ordini professionali il compito di "verificare la veridicità e la trasparenza del messaggio pubblicitario." E questo dato, di per sé estremamente innovativo rispetto al passato, quando l'Ordine doveva solo accertare la semplice sussistenza di alcuni requisiti strutturali del messaggio, comporta che vengano stabilite al più presto alcune regole di applicazione della norma. Questo sarà compito del Consiglio Nazionale convocato per fine settembre a Roma.

Ma uno dei punti sui quali la totalità dei presidenti degli Ordini si è già espressa in maniera unanime è che non può e non deve verificarsi la situazione nella quale il collega sottopone al Consiglio, o alla commissione pubblicità, il proprio messaggio pubblicitario, espresso nelle forme ritenute più opportune (cartacee, televisive, informatiche etc), per una valutazione preventiva. Non è e non sarà questa la funzione dell'Ordine, il quale invece potrà verificare "a posteriori" la correttezza deontologica dell'informazione sanitaria espressa dal collega. Ed i criteri sui quali esplicitare il giudizio saranno proprio la ve-

ridicità e la trasparenza del contenuto. Da qui la necessità di aggiornare in tempi brevi, se necessario, il Codice Deontologico nelle parti che concernono la pubblicità sanitaria e di iniziare a sensibilizzare i colleghi sulla condivisione dei criteri per una "buona pubblicità."

Anche per evitare che compaiano annunci sui giornali come quello riportato da un collega che, su un quotidiano londinese, ha visto la dicitura "NUMERO 1 IN EUROPA", seguita dal numero del cellulare ma senza uno straccio di nominativo, il tutto riferito ad uno specialista in implantologia di nazionalità naturalmente ignota.

Mentre tutta Italia veniva tappezzata nei mesi di luglio e agosto di manifesti inneggianti alle liberalizzazioni e alla difesa del cittadino da "poteri" non ben definiti, ma che comunque tramavano nell'ombra per danneggiarlo, nessuno si preoccupava – o faceva finta di preoccuparsi – che il più debole della catena era e rimane, come sempre, il cittadino che non riesce a discernere la validità e la congruità della pubblicità sanitaria alla quale è costantemente esposto. Ed in questo senso deve essere proprio l'Ordine a tutelare il paziente, nel momento in cui si affida ad un collega, garantendo la serietà dell'informazione sanitaria, attestata dalla veridicità del suo contenuto e dalla rispondenza ai requisiti stabiliti naturalmente a livello nazionale.

Non sarà un compito facile per gli Ordini professionali, perché dovranno entrare nel merito di ambiti che sono specifici della formazione professionale dell'iscritto e della sua correttezza deontologica.

Ma forse, a ben vedere, saremo un po' più attendibili e un po' meno provinciali, cioè un po' più europei. Il ché non è poi così male.

Il presidente

PRIVACY: è un obbligo di legge!

OBBLIGATORI GLI ADEMPIMENTI PER CHIUNQUE DETENGA E SI TROVI A TRATTARE DATI COMUNI E SENSIBILI

Sono da tempo scaduti i termini del Dlgs 196/2003 del 30 giugno 2003, Testo Unico sulla privacy, denominato “Codice in materia di protezione dei dati sensibili” che sostituisce, innovandola, la precedente normativa che in base alla Legge 175/96 ha previsto l’adempimento di una serie di obblighi a chiunque detenga e si trovi a trattare dati comuni e sensibili.

COSA È IL DPS: è l’unico documento in grado di attestare l’adeguamento del tuo studio alla normativa sulla tutela dei dati personali. Deve essere redatto entro il 31 marzo di ogni anno, dando data certa e deve essere conservato presso lo studio.

Il DPS è un manuale di pianificazione della sicurezza dei dati nello studio: descrive come si tutelano i dati personali dei pazienti, collaboratori, fornitori ecc in ogni fase e ad ogni livello (fisico, logico, organizzativo) e come si tuteleranno in futuro (programmazione, implementazione misure, verifiche, analisi dei risultati ecc). In ogni caso si tratta di un consistente piano di gestione della sicurezza, disponibilità ed integrità dei dati, avente data certa a prova formale dell’adeguamento sostenuto.

La non osservanza di tali adempimenti espone il soggetto ad essere perseguito sia in sede penale che civile.

SANZIONI

Codice Penale

Omessa o infedele notificazione → reclusione da 3 mesi a 2 anno
(art. 34 L. 675/96)

Codice Civile

Omessa o inidonea informativa → € 3.000 - € 18.000
(art 161 Dlgs 196/2003)

Omessa informazione o esibizione al Garante → € 4.000 - € 24.000
(art. 164 Dlgs 196/2003)

M. Pantusa





La pedofilia fa orrore penso a tutti noi. Credo anche che tutti noi desideriamo proteggere i bambini, anche noi da bambini fummo protetti dai nostri genitori. Possiamo pensare che i pedofili sono ammalati e/o che sono dei criminali. L'aspetto giuridico compete ai magistrati. A noi medici competono diagnosi e terapie. La medicina e la giurisprudenza si incontrano. Siamo abituati a prescrivere ormoni a chi ne ha difetto (l-tiroxina ai tiroidectomizzati ad esempio), siamo abituati a prescrivere sostanze inibenti a chi ha troppi ormoni (somatostatina agli acromegalici ad esempio). Siamo abituati a prescrivere farmaci antipsicotici. A mio avviso a coloro che presentano incontrollati sintomi di pedofilia e a coloro che presentano pulsioni alla violenza incontrollata (come i violentatori) abbiamo il dovere di prescrivere terapie idonee ed efficaci. Insieme alla psicoterapia, se può avere una qualche efficacia. Abbiamo il dovere di inibire i loro ormoni finché non ci sia un altro mezzo migliore. Penso che sia colpevole non prescrivere un antiandrogeno ai pedofili (a volte sono loro che lo richiedono), e prescrivere tale farmaco agli ammalati di prostata.

Non vedo lo scandalo nel praticare la cosiddetta castrazione chimica ai pedofili e ai violentatori. Insieme a percorsi educativi. Non stiamo parlando di un furbetto che spia le donne nelle cabine al mare, neppure di un guardone che spia le coppie. Parliamo di persone che compiono azioni tra le più deprecabili. La stessa religione cattolica, la religione che proclama che Dio è Amore, ci manda affermazioni che mi sentirei di ritenere adatte a questo argomento. Certamente non intendo trasformare noi MMG in seminaristi, ma penso che possiamo anche leggere o rileggere il Vangelo secondo Matteo (18, 5-11) senza venire meno al nostro essere uomini di scienza e professionisti della cura della persona. L'argomento si riferisce più a fatti di cronaca che alla nostra pratica quotidiana, tuttavia ritengo che possa forse avere importanza anche l'opinione dei professionisti della salute. Nella mia personale opinione ho assai poca stima per magistrati che eventualmente si opponessero a tali terapie; mi chiederei come considerarli: complici?

*Maurizio Messori
MMG - Modena*

LOTTA ALL'ABUSIVISMO

OBBLIGO DI ESPOSIZIONE DEL TESSERINO DI RICONOSCIMENTO PER GLI ESERCENTI L'ODONTOIATRIA

Come deciso in occasione dell'Assemblea Nazionale Odontoiatri tenutasi a Roma il 7-8 luglio 2006 si rende necessario dare pratica attuazione ad alcune iniziative mirate a contrastare in modo efficace e coerente l'esercizio abusivo della professione odontoiatrica.

La Commissione Albo Odontoiatri di Modena, nel raccogliere l'invito della FNOMCEO (comunicazione prot. 7164 del 20.7.2006), ripropone ai colleghi odontoiatri i contenuti della delibera di Consiglio dell'Ordine di Modena n.8 del 4.6.1997 che prevede:

l'**obbligo** per tutti gli esercenti l'odontoiatria dell'apposizione sugli abiti sanitari durante l'esercizio professionale, di un tesserino di riconoscimento rilasciato dall'Ordine con **foto e dicitura "abilitato all'esercizio dell'odontoiatria"**.



**NUEVO RESTAURANTE ESPAÑOL
"DON QUIJOTE" A PAVULLO
PRESSO "LA CÀ" VIA D. PIETRI 2
PER PRENOTAZIONI E INFORMAZIONI:
TEL 0536 23442-335 8143533**

Venerdì-serata a tema: menu, musiche e spettacoli spagnoli

Sabato sera: cena e disco Domenica sera: cena e musica

**Sabato e Domenica aperto anche a pranzo e - dalle 16,00 alle 18,00 -
antipasti e aperitivi... con sangria e tapas ...musica ... a soli € 5,00**

*Dal 21 Giugno e per tutta l'estate aperto anche nelle serate
di Mercoledì e Giovedì con cena nel Patio.*

In data 12 settembre si è svolto a Piacenza, ospiti del Presidente dell'Ordine Dr. Misserotti, il Consiglio Regionale della Federazione Regionale degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri dell'Emilia Romagna.

L'agenda dell'ordine del giorno era fitta di argomenti di particolare interesse:

1. Inceneritori e salute del territorio;
2. ECM (problematiche e sviluppi in Regione e a livello Nazionale);
3. Percorso su Camera di Conciliazione;
4. Stato dell'arte dei rapporti con l'Assessorato Regionale alla Sanità;
5. Valutazione FRER-Ordini sul D.L. 223 (Decreto Bersani);
6. Varie.

Aprè la riunione il Presidente dell'Ordine di Modena Dr. D'Autilia che aggiorna il Consiglio sulle ultime informazioni raccolte in sede di Comitato Centrale della FNOMCeO riguardo le ipotesi di una prossima riforma degli Ordini, con proposta di importanti cambiamenti tra cui il passaggio del potere disciplinare dal Presidente dell'Ordine provinciale ad un collegio regionale composto da membri eletti dal consiglio regionale.

Il Dr. De Franco, Presidente dell'Ordine di Reggio Emilia, sottolinea l'importanza della terzietà nel giudizio e la necessità di autonomia dei consulenti rispetto ai professionisti in ambito pubblicitario, fiscale ecc.

Si discute successivamente sulle ricadute del Decreto Bersani sulla professione medica.

Il Dr. Falcinelli (Ravenna) esprime la preoccupazione che l'obbligo di pagamento dell'onorario della prestazione medica tramite assegno, bonifico o pagamento elettronico, come sancito dall'art 35, possa ledere la privacy del paziente.

Il Dr. Pizza, Presidente dell'Ordine di Bologna e della FRER, informa il Consiglio sugli ultimi sviluppi del progetto della Camera di Confronto e Conciliazione, che nel maggio scorso l'Ordine di Bologna ha deliberato nel tentativo di costituire un organismo di definizione rapida delle controversie tra medici e pazienti. Al momento il progetto è fermo in attesa di poter nominare un magistrato che svolga le funzioni di Conciliatore. Si propone di utilizzare tale Camera di Conciliazione anche da parte di quegli Ordini provinciali della Regione che non hanno la possibilità di organizzarla autonomamente. Viene ribadito il dissenso ad istituire un Consiglio giudicante in ambito deontologico disciplinare a livello regionale.

Viene infine discusso il problema dell'impatto degli inceneritori e dello smaltimento dei rifiuti sulla salute pubblica. Il Dr D'Autilia riassume brevemente le note vicende che hanno visto l'Ordine di Modena inserirsi nel dibattito sul raddoppio dell'inceneritore nel nostro Comune e fornisce ai consiglieri copia di tutta la documentazione, tra cui il documento prodotto dal nostro Consiglio con la richiesta di una pausa di riflessione al fine di valutare preventivamente i rischi sulla salute dei cittadini, in base al Principio di Prudenza.

Il Dr Bissoni, assessore regionale per le politiche per la salute nel luglio scorso aveva inviato una lettera al Presidente FRER per comunicargli l'intenzione di promuovere un progetto per l'organizzazione di un "sistema di sorveglianza ambientale e di valutazione degli effetti sanitari".

Il Consiglio decide di inviare una lettera di risposta all'assessore Bissoni con la richiesta che all'interno della commissione valutatrice sia presente come osservatore un rappresentante dell'Ordine.

*L. Bertani
Componente FRER Ordini*

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO

lunedì 28 agosto 2006

Il giorno lunedì 28 agosto 2006 - ore 21 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Marco Baraldi, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia (presidente), Dott. Giacinto Loconte, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

1. approvazione verbale seduta di Consiglio del 11-7-2006;
2. variazioni agli albi professionali;
3. comunicazioni del presidente;
4. decreto Bersani: prime valutazioni;
5. bilancio del primo semestre di attività ordinistica;
6. delibere amministrative (Addamo);
7. varie ed eventuali

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
BIANCHINI	MARCO	6024
CANTALUPO	DELFINA	6025
ERZILI	ELISA	6028
NOTARI	MARIA CHIARA	6026
VASSILIADES	VASSILIOS	6027
Iscrizione per trasferimento		
CONTE	ERIKA	6029
MASTROPASQUA	PIETRO	6030

Elenco speciale Medici Competenti in Medicina del Lavoro ai sensi DL.vo 277/91

NARDELLA	NICOLA	5017
Cancellazione		
BETTELLI	GIANNI	5247
NACCI	GRAZIA	5409
PAGNONI	ALESSANDRA	4499
ZANNI	SERENA	5169

ALBO ODONTOIATRI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
BARBIERI	CINZIA	685
RIMOLDI	CINZIA	684
VACCARI	CECILIA	683

**SEDUTA DI COMMISSIONE
ALBO ODONTOIATRI**

martedì 18 luglio 2006

Il giorno 18 luglio 2006 - ore 21 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

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

1. Approvazione verbale del 18.7.2006;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Decreto Bersani: prime valutazioni;
4. Autorizzazioni: stato dell'arte;
5. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
6. Varie ed eventuali.

fotocomposizione
progettazione grafica
stampa su plotter
fotolito

service Mac e Pc
imposizione macchina
uscita in pellicola
stampa digitale

comunicazione e grafica
tel. 059 776576 - fax 059 7702525

CON L'EXTRAMOENIA È LEGITTIMO RIDURRE LA RETRIBUZIONE

CHIARIMENTO IN CASSAZIONE

La libera professione extramoenia comporta sempre per il medico ospedaliero una busta paga più leggera, anche se la ASL non ha predisposto le strutture interne per l'intramoenia. Il principio stabilito dalla sezione lavoro della Cassazione (nella sentenza n. 19430, depositata l'11 settembre, seguita da altre identiche), che ha respinto il ricorso di un camice bianco cui l'azienda sanitaria aveva decurtato del 15% l'indennità di tempo pieno. La suprema Corte ha così affrontato un tema "caldo" per la professione medica, che potrebbe essere presto rivisto dal Governo.

Il medico, in servizio a tempo pieno presso la ASL di Bari 2, si era visto ridurre l'indennità da gennaio 1996 a marzo 2000 (ai sensi della legge 724/1994) per avere svolto la libera professione fuori dall'ospedale. E si era rivolto al tribunale di Trani: a suo avviso il taglio era illegittimo, perché la ASL non aveva realizzato (come prescritto dal Dlgs 502/1992) le strutture per permettere ai medici l'esercizio dell'intramuraria. Il giudice aveva accolto il ricorso e condannato l'azienda sanitaria a pagare le somme trattenute. Ma nel 2003 la Corte d'appello di Bari aveva ribaltato la pronuncia, sostenendo che l'inadempienza della ASL non la esimeva dall'applicazione della detrazione del 15% per i dipendenti in extramoenia. Il medico ha insistito in Cassazione, adducendo a sostegno della sua tesi la legge 662/1996 e il Dlgs 254/2000. Un autogol: per la Suprema Corte,

proprio loro contribuiscono (con la 724/1994) a "benedire" l'operato della ASL. La legge 724 – precisa innanzitutto la sentenza – "connette la ritenuta alla sola circostanza dell'esercizio di attività extramuraria" e prevede come unica conseguenza della mancata creazione dei locali per l'intramoenia la risoluzione del contratto del Direttore Generale della ASL. La legge 662/1996 "si limita" poi a stabilire l'obbligo per i medici di comunicare l'opzione per intramoenia o l'extramoenia entro 30 giorni da quando il manager informa la Regione del numero di strutture attivate per l'intramuraria. Aggiungendo però che "resta ferma" la riduzione del 15% per chi sceglie l'extramoenia, dunque dando per scontato che la ritenuta va applicata anche in assenza dei locali. Di più: la necessità di introdurre l'intramoenia "allargata" negli studi privati con il Dlgs 254/2000 è un "ulteriore indizio che la disciplina precedente non consentiva l'esercizio di extramoenia nei termini invocati dal ricorrente".

Il principio di diritto è presto detto: ai sensi dell'articolo 4, comma 3, della legge 724/1994, la ritenuta del 15% dell'indennità di tempo pieno deve essere applicata ai medici che esercitano attività libero-professionale extramoenia anche nell'ipotesi in cui le aziende ospedaliere siano state inadempienti nell'obbligo di predisporre le strutture necessarie allo svolgimento, all'interno dei presidi ospedalieri, dell'attività libero-professionale".

M. Perrone

MANOVRA PRODI – pubblicato in G.U. le modifiche al Decreto 223/2006

A far data dal 12.08.2006 è entrata in vigore la legge 4 agosto 2006 n. 248, di conversione del Decreto Legislativo n. 223/2006 conosciuto come “manovra PRODI”, voluta da Visco, firmato da Padoa-Schioppa e passata sotto il nome di Bersani.

Anche se trattasi di “manovrina” ha un po’ rivoluzionato tutto il sistema fiscale aggravando ulteriormente sia le procedure burocratiche, sia le imposte a carico dei Contribuenti Italiani già di per sè abbastanza tartassati per le ingarbugliate precedenti norme in vigore.

Vediamo in sintesi i principali cambiamenti effettuati nel settore delle libere professioni in attesa di ulteriori “scrostate ad un sistema che si è indurito”, così definito da Prodi, quale quello delle categorie professionali.

Publicità dei Professionisti: (art. 2 comma 1, 2 e 2bis)

“... dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero-professionali e intellettuali:

- a) obbligatorietà (del rispetto) di tariffe fisse o minime e divieto di pattuire compensi parametrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti;
- b) il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni;
- c) il divieto di fornire all’utenza servizi professionali di tipo interdisciplinare da parte di società di persone o associazioni tra professionisti; tutto ciò ferma restando che l’oggetto sociale relativo all’attività libero-professionale deve essere esclusivo, che il medesimo professionista non può partecipare a più di una società e che la specifica prestazione deve essere resa da uno o più soci professionisti previamente indicati, sotto la propria personale responsabilità;
- d) sono fatte salve le disposizioni riguardanti l’esercizio delle professioni reso nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale o in rapporto convenzionale con lo stesso, nonché eventuali tariffe massime prefissate in via generale a tutela degli utenti ...”.

C/C bancari dedicati: (art. 35 comma 12)

Dal 12.08.2006 obbligo di tenere conti correnti bancari o postali dedicati per tutti coloro che esercitano attività professionale .. “ai quali affluiscono, obbligatoriamente, le somme riscosse nello esercizio dell’ attività e dai quali sono effettuati i prelevamenti per il pagamento delle spese”.

Bisogna fare molta attenzione alle movimentazioni che si faranno su questi conti correnti; nessuna norma prevede documentazione giustificativa di tali operazioni se non per quelle attinenti alla professione; però è opportuno mantenere con chiarezza il motivo sia dei versamenti sia dei prelievi; sì, anche ed in particolare quelli personali e/o famigliari.

Lo Stato ha 5 anni di tempo per chiedere delucidazioni in merito e attenzione: se non siamo in grado di produrre documentazione plausibile probante che le operazioni non professionali effettuate sono riconducibili al normale andamento familiare saremo tacciati di evasione fiscale.

La prova della non colpevolezza è sempre a nostro carico e se non saremo in grado di dimostrarlo dovremo pagare le imposte sull’accertato naturalmente con pesanti sanzioni e interessi!!

Liquidazione parcelle: (art. 35 comma 12 e 12 bis)

I compensi in denaro per l'esercizio di arti e professioni sono riscossi esclusivamente mediante assegni non trasferibili o bonifici ovvero altre modalità di pagamento bancario o postale nonché mediante sistemi di pagamento elettronico.

Il limite per il pagamento in contanti delle parcelle è fissato per importi inferiori a:

€ 1.000,00 —> dal 12.08.2006 al 30.06.2007;

€ 500,00 —> dal 01.07.2007 al 30.06.2008;

€ 100,00 —> dal 01.07.2008;

Ammortamento auto: (art. 36, comma 5, 6, e 6 bis)

Dal periodo d'imposta in corso alla data del 04 luglio 2006 non sono più ammessi gli ammortamenti anticipati sull'acquisto di autovetture.

È d'uopo ricordare che per i professionisti:

- le quote di ammortamento e le spese relative ai mezzi di trasporto utilizzati per l'esercizio dell'arte o professione sono parzialmente deducibili in ragione del 50%; per gli ammortamenti la deducibilità massima è del 50% di € 18.076,00 indipendentemente dal costo totale dell'automezzo, I.V.A. compresa, che è deducibile solo in ragione del 15%; per i professionisti del settore sanitario che effettuano prevalentemente operazioni esenti dalla I.V.A. per la detraibilità bisogna fare il conto con il pro-rata;
- la deducibilità parziale è concessa per un solo veicolo e, per lo studio in forma associata, limitatamente ad ogni socio o associato;
- il riferimento ad un solo veicolo fa sì che non sia possibile detrarre costi relativi sia ad una autovettura sia ad un ciclomotore;
- per i veicoli dati in uso promiscuo ai dipendenti per la maggior parte del periodo d'imposta le quote di ammortamento e le spese relative sono integralmente deducibili. (in questo caso necessita una apposita scrittura privata con data certa).

Plusvalenze/minusvalenze: (art. 36 comma 29) novità!

Dal 04.07.2006 al reddito imponibile concorrono le plusvalenze/minusvalenze realizzate per la vendita di beni strumentali con esclusione degli immobili, degli oggetti d'arte, di antiquariato e da collezione.

È considerata plusvalenza:

- la cessione di beni strumentali a titolo oneroso;
- il risarcimento per la perdita o il danneggiamento di un bene;
- la destinazione dei beni al consumo personale o a finalità estranee all'arte o professione.

Anche i corrispettivi derivanti dalla **cessione della clientela** e degli elementi immateriali comunque riferibili all'attività sono ora regolamentati e sono soggetti:

- a tassazione separata se il pattuito è percepito in una unica soluzione;
- a tassazione ordinaria con la indicazione nei redditi diversi (quadro L) se riscosso a rate.

Elenco clienti e fornitori: (art. 37, commi 8 e 9)

Viene ripristinato il vecchio elenco clienti e fornitori; questa volta è da trasmettere in via telematica. Per il 2006 l'obbligo sarà solo per clienti e fornitori in possesso del numero di partita I.V.A.; dal 2007 gli elenchi dovranno comprendere tutti, nessuno escluso per cui anche i privati ai quali è stata emessa fattura.

Dichiarazione dei Redditi: (art. 37 comma da 10 a 14 e da 53 a 55)

Si sono ristretti di molto i tempi di trasmissione per le dichiarazioni fiscali; ora il termine è entro lo ultimo giorno del 7° mese successivo a quello di chiusura dell'esercizio; cioè entro il 31 luglio anno successivo e non più entro il 31 ottobre.

Ancora più drastica la scadenza per la trasmissione del 770; essa è prevista per la fine del mese di marzo e non più per settembre.

I.C.I.: (art. 37, comma 13, 53, 54 e 55)

I versamenti dovranno essere eseguiti entro il giorno 16 a partire dal maggio 2007. È abolita la dichiarazione o la comunicazione (adottata solo da alcuni Comuni) a partire dal 2007.

I versamenti dovranno essere effettuati esclusivamente tramite i modelli F 24.

Ai Comuni dovranno essere inoltrate solo le comunicazioni per determinate agevolazioni.

Per l'entrata in vigore necessita un provvedimento del Direttore dell'Agenzia del Territorio.

Attribuzione partita I.V.A.: (art. 37, comma da 18 a 20)

A decorrere dal 01.11.2006 tutti coloro che inoltreranno istanza di attribuzione di partita I.V.A. saranno sottoposti ad attenta analisi, accertamento e controllo da parte dell'Agenzia delle Entrate.

Accertamento: (art. 37 commi 24 e seguenti)

È stato aggiornato l'art. 43 del DPR 600/73 in materia di termini per l'accertamento delle imposte; se il contribuente ha fatto violazioni che comportano obbligo di denuncia ai sensi art. 331 codice di procedura penale per reati previsti dal Dl n. 74/00 i termini ivi previsti sono raddoppiati; attenzione a buttare la contabilità: accertarsi prima che non sia in atto un procedimento penale.

Versamento imposte: nuovo metodo: (art. 37, comma 49).

“A partire dal 01.10.2006, i soggetti titolari di partita I.V.A. sono tenuti ad utilizzare, anche tramite intermediari, modalità di pagamento telematiche delle imposte, dei contributi e dei premi ...”.

I versamenti dovranno quindi essere effettuati esclusivamente:

- on line, cioè tramite il sito internet Fisconline alle Entrate, previa richiesta di un Pin di 10 cifre e di una password che rimarrà sempre e rigorosamente personale;
- cumulativo, che permette di pagare tramite un intermediario abilitato;
- telematico, attraverso il servizio bancario Cbi.

Necessita quindi avere un conto corrente bancario proprio intestato all'attività, **avere sul conto corrente sempre la disponibilità di denaro per far fronte alla scadenza.**

Si raccomanda di compilare con scrupolosità e precisione le coordinate e il numero di c/c sul modello F24 perché in caso di errori i versamenti non potranno essere eseguiti e il contribuente andrà in mora; cioè il mancato versamento non effettuato per anomalie riscontrate sul modello F24 o per mancanza di fondi è soggetto a sanzione sanabile soltanto con il ravvedimento operoso.

Chi non trasmette in proprio il modello F24 dovrà conferire apposita autorizzazione ad un intermediario abilitato; l'autorizzazione comprenderà pure il consenso all'addebito degli importi sul proprio conto corrente dedicato.

Si può versare quanto dovuto all'intermediario il quale provvederà a versare l'importo sul proprio conto corrente sul quale farà addebitare l'importo dell'F24 del cliente.

Sentite in merito le banche riferiscono che ci sarà “tolleranza zero” perché le operazioni saranno gestite dall'unità centrale e non dalle filiali; inoltre esigono la trasmissione degli F24 almeno 2 (due) giorni prima la scadenza del 16.

Ciò sta a significare che la liquidazione dell'I.V.A. deve essere fatta entro il giorno 13 del mese successivo a quello di liquidazione!

Questo per i contribuenti che liquidano l'I.V.A. mensilmente; chi ha optato per la liquidazione trimestrale la scadenza è per il giorno 13 del secondo mese successivo alla scadenza del trimestre.

A cura di Paolo Bergamini

D'AUTILIA DESIGNATO RESPONSABILE ESTERI DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI

COORDINERÀ LE DELEGAZIONI ESTERE A BRUXELLES

IN ella seduta del 15 settembre il Comitato Centrale della FNOMCeO ha nominato il nostro presidente come responsabile della politica estera della Federazione.

“E' una sorta di Ministero degli esteri della Federazione” ha dichiarato il dr. D'Autilia “e costituisce il primo serio tentativo di creare un rapporto forte e costante con la realtà europea, stabilendo una sede a Bruxelles e collaborando con le istituzioni pubbliche legate al Parlamento europeo”. Il nostro presidente sarà capo-delegazione nelle due maggiori commissioni mediche del nostro continente e coordinerà il lavoro delle altre. Ma l'ambito di intervento del settore Esteri sarà anche quello dei paesi del Mediterraneo con tutte le problematiche correlate all'integrazione e al grande knowhow che può offrire il nostro paese alle realtà meno avanzate dal punto di vista tecnologico.

“Sarà un lavoro impegnativo e pieno di incognite” ha dichiarato D'Autilia “perché si dovranno affrontare molti problemi che derivano dalla omogeneizzazione dei diversi sistemi sanitari europei e dalla libera circolazione dei professionisti, dato questo che mette in gioco assetti istituzionali e normative spesso in conflitto fra di loro. D'altro canto la sfida è ricca di incognite e di programmi e progetti per il futuro della nostra sanità che ormai già da tempo si confronta con lo scenario europeo, ma sono consapevoli di avere alle spalle l'appoggio non solo della Federazione nazionale ma anche del Consiglio dell'Ordine di Modena. Se sono stato designato a questo incarico lo devo infatti alla stretta collaborazione e al sostegno degli amici medici e odontoiatri di Modena con i quali abbiamo realizzato rilevanti e significativi passi avanti nella valorizzazione dell'istituzione ordinistica.”

Il Consiglio dell'Ordine

Tutti i messaggi pubblicitari contenuti nel presentestampato hanno finalità promozionale. Le informazioni relative alle condizioni di erogazione del finanziamento sono disponibili presso tutte le filiali della Banca popolare dell'Emilia Romagna.

L'impossibile chiedilo alle fate...



Numero Verde
800-205040

...per tutto il resto
c'è **FragolaBlu**
il prestito personale
di Banca popolare
dell'Emilia Romagna

importo del prestito da 1.500 a 20.000 euro
rimborsabili fino a 60 mesi,
tasso fisso o variabile

rapidità e facilità di erogazione

copertura assicurativa per morte
o invalidità permanente da infortunio
compresa nel prestito

Consenso '06



**Banca popolare
dell'Emilia Romagna**

GRUPPO BANCARIO Banca popolare dell'Emilia Romagna

www.bper.it

La banca per la famiglia

CHIUSA LA PARENTESI ESTIVA RIPARTONO GLI ATTACCHI AL SERVIZIO SANITARIO E ALLA PROFESSIONE MEDICA

Un tempismo che ha dell'incredibile. Esaurita la pausa estiva sono ripresi sui media gli attacchi alla professione e all'intero Sistema Sanitario, attraverso la riproduzione di fatti e fenomeni ormai accertati e sui quali occorrerà riflettere, ma anche di inesattezze e luoghi comuni che certo non aiutano a promuovere il rapporto di fiducia tra i cittadini e i professionisti della salute.

Il via l'ha dato un articolo dai toni scandalistici pubblicato su "La Stampa Web" del primo settembre, con il quale nell'elencare le inefficienze dell'intero Servizio Sanitario, viene chiamato in causa il ruolo ricoperto dai camici bianchi.

Non a caso tra le argomentazioni riportate dagli estensori dell'articolo figura, tra le altre, l'indagine condotta dalla Corte dei Conti nel 2004 nei confronti dei 564 medici della Lombardia accusati allora di iperprescrizione e comparaggio, i quali, sempre secondo l'articolo, avrebbero provocato all'erario un danno stimabile intorno a 25 milioni di euro.

"Sono iniziative che non aiutano a rinsaldare il rapporto di fiducia, oggi in parte compromesso, fra il medico e i propri pazienti" ha commentato il Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, Amedeo Bianco, "anche perché non sempre all'opinione pubblica vengono fornite notizie esatte e complete. Risulta infatti, per rimanere in tema, che i 564 medici furono segnalati solo per aver superato le medie prescrittive e che soltanto a due di essi la Corte richiese delle controdeduzioni. Senza contare che nei vari addebiti formulati in nessun caso si parlò di comparaggio".

Purtroppo chi è preposto all'informazione troppo

spesso è portato a "sbattere il mostro in prima pagina" e ad anticipare giudizi di colpevolezza non corrispondenti alla realtà dei fatti. Giudizi che tolgono serenità ai colleghi ingiustamente accusati e all'intera categoria medica.

"Credo in ogni caso – ha dichiarato Bianco – che queste iniziative, non sempre condivisibili per i toni scandalistici che le ispirano, debbano rappresentare una spinta per rendere efficiente il nostro sistema salute, partendo dall'assunto che il miglioramento sotto il profilo gestionale e della qualità delle prestazioni sia frutto della collaborazione di tutte le componenti interessate. L'appropriatezza delle cure, infatti, non discende esclusivamente dalla professionalità del medico, ma è il prodotto di un intero sistema ove ogni componente, professionale, organizzativa, gestionale è fortemente orientata a conseguire l'eccellenza nei servizi resi ai cittadini. In questa logica sarà opportuno – ha aggiunto il Presidente della FNOMCeO – affidare finalmente ai medici e ai professionisti la responsabilità di garantire la qualità, l'efficienza e la sicurezza delle cure, in breve il cosiddetto governo clinico, più volte assicurato, senza il quale difficilmente si riuscirà a realizzare l'auspicata eccellenza nelle prestazioni rese dal SSN. "Tornando ai contenuti dell'articolo – ha concluso Bianco – e in particolare alle accuse di incentivare le spese per l'assistenza rivolte ai medici, è bene tener presente il concetto che il medico opera secondo scienza e coscienza, ispirandosi al principio di beneficenza nel rispetto delle norme regolatorie e considerando l'appropriatezza, anche quella prescrittiva, un vincolo deontologico nei confronti del cittadino.

RISCATTI DI ALLINEAMENTO UN'INTERESSANTE OPPORTUNITÀ

Dal febbraio 2004 presso molte gestioni dell'Ente è stata introdotta una nuova forma di riscatto, il **riscatto di allineamento contributivo**. Con questo nuovo istituto l'iscritto ha la possibilità di migliorare la propria base pensionabile, allineando alla contribuzione raggiunta negli ultimi anni di attività i periodi pregressi in cui essa è stata inferiore.

FONDO GENERALE

per la "Quota A" del Fondo di previdenza generale l'allineamento viene effettuato sul contributo ordinario in vigore nell'anno in cui viene presentata la domanda di riscatto;

requisiti:

- aver maturato un'anzianità contributiva presso il Fondo Generale – "Quota A" non inferiore a 5 anni;
- aver completato i versamenti di un riscatto analogo e non avervi rinunciato da meno di due anni.

Per il Fondo della libera professione, "Quota B", l'allineamento viene effettuato sul contributo annuo più alto fra quelli versati nell'ultimo triennio;

requisiti:

- contribuire al Fondo con l'aliquota del 12,50%;
- aver maturato un'anzianità contributiva presso il Fondo della Libera Professione – "Quota B" del Fondo Generale non inferiore a 5 anni, di cui almeno 1 maturato nel triennio immediatamente antecedente l'anno di presentazione della domanda;

- aver completato i versamenti di un riscatto analogo e non avervi rinunciato da meno di due anni.

FONDI SPECIALI

per il "Fondo dei medici di medicina generale" e per i professionisti già convenzionati e transitati a rapporto d'impiego sulla media annua degli ultimi 36 mesi coperti da contribuzione;

requisiti:

- avere maturato almeno cinque anni di anzianità contributiva presso il Fondo;
- avere un'età inferiore a 70 anni;
- non aver cessato il rapporto convenzionale;
- aver completato i versamenti di un riscatto analogo e non avervi rinunciato da meno di due anni.

Per la grande flessibilità del sistema questo tipo di riscatto si presenta come una sorta di salvadanaio, dove ogni iscritto pone annualmente l'importo che preferisce, sapendo che esso gli verrà restituito sotto forma di pensione al momento del raggiungimento dei requisiti.

Per i contributi volontariamente versati alle forme di previdenza obbligatoria, quali i riscatti di allineamento, è riconosciuta la completa deducibilità dall'imponibile IRPEF (art. 13, punto 1, lettera a, del Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 47). Il legislatore, con tale provvedimento, ha inteso infatti favorire la contribuzione volontaria al fine di assicurare una maggiore tutela previdenziale.

IL TRATTAMENTO DELLE METASTASI EPATICHE COLORETTALI

Il Cancro coloretale è uno dei più comuni tumori solidi nell'uomo ed è responsabile in occidente di una mortalità cancro correlata intorno al 10%. Nel 2004 in Europa sono stati verificati 220.973 nuovi casi di cancro coloretale (51.6% maschi e 48.4 % femmine) con una mortalità nello stesso anno di 108.276 persone. In Italia nello stesso periodo sono stati registrati 35.186 nuovi casi con un'incidenza di 29.46 casi ogni 100 mila abitanti/anno. Il fegato è la sede più frequente di metastasi ed approssimativamente metà dei pazienti con cancro coloretale svilupperà metastasi in questa sede nel corso naturale della malattia. Il trattamento del cancro coloretale con la resezione intestinale, associata a chemioterapia e radioterapia, si dimostra efficace in molti casi. Ciononostante circa il 60% sviluppa metastasi locali, regionali o a distanza: nell'85% dei casi entro 2.5 anni dall'intervento sul colon nel 15% oltre i 2.5 anni. Approssimativamente il 10% e 25% dei pazienti presenta metastasi epatiche sincrone ed il 20%-25% metacrona, con una sopravvivenza media all'atto della diagnosi di 5-9 mesi. In oltre il 50% dei casi il decesso è legato alle metastasi epatiche (*1-2-3). La resezione delle metastasi è in grado di produrre un significativo miglioramento, sia in termini di sopravvivenza (fino al 40% a cinque anni), che di guarigione. Infatti nei pazienti con metastasi potenzialmente curabili si osserva una sopravvivenza a cinque anni dello 0% nei non trattati, contro il 28% negli operati. Sfortunatamente non più del 25% dei pazienti con metastasi è candidabile ad un intervento di resezione. In questa situazione l'introduzione di nuovi farmaci e schemi chemioterapici (5-FU con OHP o CPT-11) associati a più aggressivi trattamenti d'ablazione (termoablazione, crioterapia, chemioembolizzazione, laserterapia), sembra sia in grado di migliorare la sopravvivenza anche nei pazienti non operabili, anche se non è stato ancora raggiunto un uniforme giudizio sulla loro reale efficacia (*3). Appare in ogni caso evidente che la chirurgia rappresenta comunque la soluzione più efficace, quando possibile, nel migliorare qualità e quantità di vita, purché la decisione terapeutica sia il frutto di un giudizio co-

mune mediato tra il gruppo chirurgico, quello oncologico e radiologico. Il problema da affrontare è quello riguardante la reseccabilità: il giudizio su di essa si basa su diversi fattori, alcuni di tipo tecnico dipendenti essenzialmente dalla diffusione della neoplasia nel fegato (metastasi multiple e/o bilobarie, relazione con le strutture vascolari, trombosi) o ad altre strutture, altri legati al paziente quali: classificazione ASA e profilo coagulativo, riserva funzionale epatica (Child, MELD), presenza di altre patologie d'organo (comorbidità). In presenza di pazienti con condizioni cliniche permettenti, la presenza di metastasi in altre sedi (polmone per esempio) non esclude a priori la reseccabilità (*4). Infatti, in questo campo sono state dimostrate sopravvivenze a 3 e 5 anni rispettivamente del 45% e 28% in pazienti resecati.(*4). L'obiettivo della chirurgia è ovviamente ottenere la radicalità (R0), il che significa mantenere almeno un centimetro di margine libero tra la neoplasia e il tessuto sano. In questa prospettiva i risultati risultano indipendenti dal tipo di chirurgia effettuata (metastasectomia o resezione anatomica)(*5). Fondamentale è peraltro la valutazione della riserva funzionale epatica in termini assoluti (volume residuo) e funzionali (steatosi nutrizionale o iatrogena da chemioterapici)(*6). L'embolizzazione portale preoperatoria permette, nei casi in cui la funzionalità epatica residua risulti deficitaria, di favorire un'ipertrofia preventiva del fegato rimanente, permettendo l'esecuzione di epatectomie allargate, con una netta riduzione delle complicanze postoperatorie (*7). Un secondo problema da affrontare è quello riguardante la strategia terapeutica da applicare nel singolo paziente: ovvero decisione del tempo chirurgico in relazione ad altre terapie pre e postoperatorie. In questo contesto devono essere presi in considerazione i fattori prognostici che possono peggiorare la prognosi, quali il livello del CEA, il numero e le dimensioni delle metastasi, la presenza di linfonodi mesenterici ed ilari coinvolti, la scoperta sincrona o metacrona della metastasi. In questo contesto appare interessante la proposta di un punteggio clinico prognostico presentata da Fong (1999), con il quale viene assegnato un punteggio (1-0) alla presen-

za o assenza d'alcuni fattori documentabili in fase preoperatoria (linfonodi mesenterici all'intervento sul colon, intervallo libero da metastasi rispetto al primo intervento </> 12 mesi, numero di metastasi >1, valore preoperatorio di CEA > 200, dimensioni della metastasi più grande > 5 cm). Con un punteggio da 0 a 5, la sopravvivenza ad 1-5 anni varia rispettivamente dal 93%-60% al 45%-14% ($p < 0.0001$) (8). Cercando di identificare una strategia ragionevole, possiamo definire alcune tipologie cliniche: a) **metastasi sincrone al tumore colico**. Se le metastasi sono facilmente resecabili (e questo capita in non più del 10%-20% dei casi) è bene farlo contemporaneamente, ma se invece sono multiple e profonde è preferibile eseguire la resezione intestinale e sottoporre il paziente ad una chemioterapia, con l'intento di evidenziare la risposta clinica (chemiosensibilità), trasformare in operabili le lesioni non operabili al momento e permettere di utilizzare uno schema chemioterapico efficace nel postoperatorio, come fattore di protezione dalle recidive. La letteratura dimostra come sia possibile ottenere delle risposte obiettive dal 50% al 100%, a seconda delle condizioni delle lesioni di partenza, ma anche evidenza che in circa un terzo dei casi la chemioterapia non è in grado di limitare la progressione di malattia. In questo contesto la risposta alla chemioterapia in fase preoperatoria si dimostra il fattore prognostico più sensibile nel predire il tempo di remissione dalla malattia e la sopravvivenza (3-9). b) **Metastasi metacrone** (e questo capita in circa l'80% dei casi). In questo caso, se il paziente non ha mai effettuato chemioterapia, appare ragionevole eseguire un ciclo breve (se operabili), per saggiarne la chemiosensibilità, o prolungato, per renderle operabili. Se il paziente ha già eseguito chemioterapia varrebbe la pena eseguire lo stesso schema con una chemioterapia di secondo livello, con gli stessi intenti. In questo contesto la chemioterapia locoregionale, attraverso un catetere in arteria epatica, non ha fornito risultati definitivi, a fronte di una non significativa differenza in termini di sopravvivenza rispetto alla terapia sistemica, con in aggiunta una percentuale di pazienti che non può eseguire la terapia per difficoltà alla gestione del catetere e la presenza di effetti collaterali (colangite sclerosante), costi elevati e il non controllo della malattia extraepatica (*10). La terapia sistemica con i nuovi farmaci ed i nuovi protocolli (5-FU/FA + OHP e/o CPT-11 e monoclonali) ha evidenziato un miglioramento significativo in termini di risposta (RR) rispetto a quelli che avevano come farmaco fondamentale il solo 5-FU (*11). L'uso di questi protocolli (FOLFOX, FOLFIRI, FOLFOXIRI) come terapia neoadiuvante si è dimostrato

in grado di ottenere delle risposte obiettive dal 40 al 69%, un recupero alla chirurgia radicale dal 16% al 26%, con una sopravvivenza globale e libera da malattia non dissimile da quella dei pazienti operabili ed operati in prima istanza (*12,13,14,16). Una recente analisi di tutti i trial e studi retrospettivi pubblicati, che hanno analizzato la risposta obiettiva e la resecabilità delle metastasi epatiche dopo chemioterapia neoadiuvante in pazienti inizialmente inoperabili, è stata in grado di dimostrare una resecabilità del 24-54% (metastasi solo al fegato) rispetto all'1-26% nei non selezionati. Inoltre ha evidenziato una stretta correlazione tra grado di risposta (RR) e possibilità di resezione. Per questo la resecabilità viene proposto come ulteriore indice di efficacia della chemioterapia neoadiuvante (*16). c) **Fallimento della chemioterapia neoadiuvante di prima linea**. In questo caso l'obiettivo prioritario diventa quello di ottenere o prolungare la fase asintomatica. Il "debulking chirurgico" non trova più sostenitori, in quanto non vi sono differenze in termini di prognosi tra gli operati R1 o R2 e i non operati, così come per alcuni versi non sembra migliorare i risultati la stessa strategia effettuata attraverso RFTA associata o no a TACE (in questo contesto non viene considerata la criochirurgia, in quanto questa ultima, a differenza della termoablazione, richiede la via laparotomica). Diverso invece è il ruolo della RFTA in associazione alla chirurgia. In questi casi infatti l'RFTA può agire su lesioni poste in sede lobare controlaterale, in presenza di una resezione o metastasectomia con intenti radicali. Peraltro può permettere una sterilizzazione del lobo epatico sinistro (metastasectomia con o senza termoablazione) come fase che prelude ad una embolizzazione portale destra e resezione epatica destra in due stadi nelle metastasi inizialmente inoperabili (*17) o come primo approccio nei casi di metastasi operabili, ma chirurgicamente non aggredibili in breve tempo (chirurgia ritardata) (*18).

In conclusione il trattamento delle metastasi epatiche coloretali, allo stato attuale, sta vivendo un momento di grande trasformazione: infatti i nuovi farmaci e i più recenti schemi terapeutici (cronoterapia neoadiuvante ed adiuvante) sembrano offrire grandi prospettive di cura o di retrostadiatione, favorendo una chirurgia più aggressiva (metastasectomia pluri- ma, epatectomia, epatectomia in due fasi o associata ad embolizzazione portale o a termoablazione pre e postoperatoria ecc) con significativi miglioramenti in termini di sopravvivenza globale e libera da malattia. Tutto questo a patto che si realizzino delle strutture pluridisciplinari in cui l'oncologo sia affiancato dal chirurgo e dal radiologo, onde ricercare assieme la

migliore soluzione terapeutica nell'ambito del vasto panorama delle opzioni possibili.

Nostra esperienza. La nostra esperienza si è sviluppata nel corso degli anni, sia a Padova che a Modena. Globalmente sono stati eseguiti oltre 550 trapianti di fegato e 450 resezioni epatiche. Allo stato attuale facciamo riferimento alla esperienza di Modena, per quanto concerne il trattamento delle metastasi epatiche coloretali. Sono giunti alla nostra osservazione 155 pazienti affetti da metastasi, dell'età media di 61.4 ± 10.8 (76 maschi e 46 femmine). Di questi l'87% (135 pazienti) presentava una situazione potenzialmente trattabile dal punto di vista chirurgico. In 74 pazienti (55%) erano presenti metastasi epatiche sincrone al cancro coloretale, in 53 (72%) metacrone. In 21 pazienti (28%) con cancro sincrone sono stati sottoposti a resezione radicale del cancro coloretale, a resezione epatica in un tempo e quindi hanno seguito un ciclo di chemioterapia, da sei mesi a due anni. 53 pazienti non presentavano lesioni epatiche trattabili con una resezione radicale e quindi sono andati incontro solo a resezione intestinale e a chemioterapia. Di questi, 18 (24%) sono andati in contro a resezione epatica con intento radicali, 22 pazienti (30%) a laparotomia esplorativa (con interventi di riduzione di massa con radiofrequenza), mentre 13 pazienti (18%) non sono stati operati per evidente progressione di malattia. Globalmente il 52% dei pazienti con metastasi sincrone è andato incontro ad un intervento resettivo al fegato, mentre il 48% a resezione del colon e alla sola chemioterapia. Nel 69% dei casi abbiamo eseguito delle epatectomie maggiori, nei rimanenti casi delle segmentectomie o metastectomie. La morbilità è stata del 27% (due relaparotomie), la mortalità operatoria dello 0%. La sopravvivenza globale dei pazienti sottoposti a resezione intestinale ed epatica è stata del 31% a cinque anni (19% senza segni di malattia) con una recidiva di malattia globale dell'82%. Se analizziamo i pazienti con metastasi sincrone sottoposti in prima istanza a resezione intestinale ed epatica verso quelli sottoposti prima a resezione intestinale e quindi dopo una risposta positiva alla chemioterapia a resezione epatica, possiamo notare che a uno, tre, cinque anni risultano viventi rispettivamente l'86%, il 55% e 55% vs il 92%, il 50% ed il 24% (dato non significativo), ma la sopravvivenza senza malattia risulta rispettivamente del 38%, del 30% e del 15% vs il 64%, il 25% ed il 20% (dato non significativo). Appare evidente che i pazienti trattati con intervento duplice (intestino-fegato), hanno evidenziato una tendenza alla recidiva più rapida rispetto a quelli trattati con chemioterapia prima della resezione epatica. Infatti le recidive a bre-

ve termine (12 mesi) sono state del 62% nei pazienti trattati con i due interventi, vs il 40% in quelli sottoposti a chemioterapia dopo l'intervento sul colon e prima di quello sul fegato. Nei 61 pazienti sottoposti a resezione epatica in quanto affetti da metastasi metacrone (tempo libero da malattia 13.4 ± 7.1 mesi -range 5- 44 mesi), il 69% (N1 all'intervento sul colon) aveva seguito più cicli di chemioterapia adiuvante, il 31% (N0) nessuna terapia. L'80% è stato sottoposto a resezione epatica maggiore, il 20% a segmentectomie o metastasectomie. Non abbiamo rilevato differenze significative, in termini di sopravvivenza globale e senza malattia, rispetto al gruppo di pazienti operati con o senza chemioterapia neoadiuvante (uno, tre, cinque anni rispettivamente 93%, 52%, 34% - dato non significativo). Tra i fattori che hanno inciso in maniera determinante sulla prognosi sono stati: il numero delle metastasi (>4), le dimensioni (>10 cm), il grado differenziazione (il G3) ed ovviamente la radicalità oncologica. Le recidive sono state nel 62% nel fegato e nel 15% nel polmone, con un intervallo libero da malattia di 11.7mesi (± 9.9 mesi -range 0.6-48.6 mesi). Quattordici pazienti sono stati sottoposti a una nuova resezione epatica dopo recidiva con una sopravvivenza del 77%, 66% e 49% rispettivamente a uno, tre e cinque anni.

In conclusione possiamo rilevare che la nostra esperienza non si differenzia in modo significativo da quella dei maggiori centri internazionali. Quando si affronta il settore delle metastasi epatiche da cancro coloretale, il concetto di base che deve guidare la nostra scelta terapeutica, tenendo conto che la chirurgia o la chemioterapia non sono in grado da sole di ottenere la guarigione, è la formulazione di un progetto terapeutico globale che abbia come fine ultimo la miglior sopravvivenza senza segni di malattia del paziente, in considerazione del fatto che la maggioranza di essi presenterà una recidiva. In questo contesto la chirurgia, la chemioterapia e la valutazione della risposta a più livelli di chemioterapia con eventuali interventi di riduzione di massa (Radiofrequenza) devono essere obbligatoriamente inseriti in un percorso decisionale in un contesto multidisciplinare, per il quale il centro Oncologico modenese è un chiaro punto di riferimento.

Gerunda G.E., Ballarin R., DeRuvo N., DiBenedetto F., Guerrini G.P., Masetti M., Montalti R., Romano A.,

* Bibliografia disponibile presso gli autori



Augusto Valli

Nacque a Modena nel 1867 e morì a Modena nel 1945. Entrò giovane nell'Accademia, nell'anno 1879-80. Si trovò un'attestazione di 1° premio di £ 50, "come ottimo scolaro".

Vincitore del premio "Poletti" si avviò all'esperienza romana e fiorentina, che lo accomuna ai precedenti colleghi.

Si recò a più riprese in **Africa Orientale**, dove ebbe rapporti con personalità illustri, come l'Imperatore **Menelik**, che gli riservò ammirazione e fiducia. Raccolse dalla gente umile, dalla natura, dalle manifestazioni di vita e dalle fisionomie, sensazioni, intuizioni, ispirazioni che annotò in un taccuino con data e firma.

Dall'esperienza africana nacquero colori luminosi, pennellate libere e rapide che rispecchiano una sincerità personale avulsa da dettami scolastici o di corrente.

Gli ambienti sono costruiti nella festosa scenografia di tappeti variopinti, con immagini di bivacchi, moschee, vecchi quartieri, processioni, cavalli e cammelli.

Da ricordare anche i suoi sogni religiosi, eseguiti per committenze ed ai quali diede sostegno l'educazione scolastica.

Fra questi ultimi ricordiamo "l'Ecce **Agnus Dei**" e "**S. Anna e la Vergine**" per la Chiesa di San Giovanni a Spilamberto (Mo).

Il Valli è da vedere inserito in quel particolare momento storico-artistico che già ha esaurito l'interesse per i Macchiaioli e gli Impressionisti.

Marco Nannini, nel catalogo di una retrospettiva del pittore, descrive il suo studio: un accumulo di oggetti kitsch con quadri dell'amico Muzzioli e del Frigieri, ricordi africani simboleggiati da frecce, lance, scudi copricapo ed ancora bozzetti, tele, carte e carte geografiche.

È sicuramente da considerarsi uno dei maggiori rappresentanti della pittura coloniale.

Le tappe dei suoi quattro viaggi furono: Porto Said, Massaia, Addis Abeba, Asmara.

Dipinse per il Governatore "**la preghiera del Ramadan**" e "**Processione di Maria ad Addis Abeba**".

Alcune sue opere:

"Ritratto femminile" – olio su tela, cm 15x25;

"Paese Dankalo" – olio su tela, cm 108x63;

"Notturmo con luna" – olio su tela, cm 108x63, datato 1890;

"Asmara" – olio su tela, cm 30x20;

"Sul Nilo" – olio su tela, cm 14x34;

"Il Giudizio" – olio su tela, cm 39x34;

"Notturmo con cammello" – olio su tela, cm 108x34

"La sorgente" – olio su tela, cm 24x41;

"L'amico pittore" – acquerello, datato 1885, con scritta dell'autore: l'amico F. Cavicchioli, Napoli;

"Autoritratto" – acquerello, cm 9x13, datato 1936, (opera di copertina);

"Leggenda della morte di Semiramide" – olio su tela, cm 37x20, datato 1932.

STORIELLE

A CURA DI ROBERTO OLIVI

Ludwig Wittgenstein

Nella vita, come nell'arte, è difficile dire qualche cosa che sia altrettanto efficace del silenzio.

Aristotele

La dignità non consiste nel possedere onori, ma nella coscienza di meritarsi.

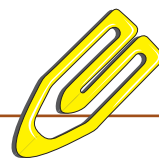
G. Morione

I moscerini di sesso maschile hanno una vista acutissima.

Gli è indispensabile per fare l'amore.

R. Topor

Sono contro l'aborto. Uccidere un essere umano prima che nasca, è una dimostrazione d'impazienza.





È stata ospite della nostra città, nei giorni scorsi, una delegazione di medici e dirigenti sanitari russi provenienti dalle regioni di Mosca, Kemerovo in Siberia, Altay e di Nizny Novgord.

La delegazione, guidata dalla D.ssa Galina Bykova Ivanovna, è stata ricevuta dal Sindaco Pighi e, con la presentazione del Presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Modena Nicolino D'Autilia, dalle autorità sanitarie dell'Hesperia Hospital e dell'ospedale Estense-Sant'Agostino di Baggiovara.

A muovere l'interesse della delegazione è stata soprattutto l'esigenza di conoscere in dettaglio il sistema sanitario europeo e italiano, in vista dei cambiamenti in corso di attuazione in Russia, dove è completamente assente il sistema privato accreditato.

Mercoledì 13 settembre i colleghi russi, accompagnati dal Presidente dell'Associazione Italia-Russia, Prof. Carlo Simonini, sono stati ricevuti nella sede dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Modena, dove il Dott. D'Autilia e la Dott.ssa Guidetti, direttore di distretto della Ausl di Modena, hanno loro illustrato dettagliatamente il sistema italiano.

La visita, che speriamo sia risultata gradita e proficua, si colloca nel programma di seminari e interscambi fra operatori della sanità italiani e russi che l'Associazione Italia-Russia coltiva già da alcuni anni e che già in passato ha prodotto importanti incontri.

Al termine l'Ordine ha offerto un rinfresco e i graditi colleghi russi hanno offerto doni in ricordo dell'evento.

M. Pantusa - C. Simonini



NOTE TRISTI:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:
 Alla famiglia per la scomparsa del Dott. Salvatore Chillemi.
 Alla famiglia per la scomparsa del Dott. Mauro Sola.

XXIV GIORNATE ITALIANE DELLA TIROIDE

Modena - 30 Novembre / 1 Dicembre / 2 Dicembre 2006

Comitato Scientifico
Permanente
Presidente
A. Pinchera

Comitato Organizzatore
Locale
Presidente
C. Carani

Vice-Presidenti

E. Consiglio - G. Faglia
E. Martino - R. Vigneri

Componenti

A. Baldini
M. Bertolini
M. Bondi
K. Cioni
A.R.M. Granata
E. Pignatti
B. Madeo
V. Montanini
L. Zirilli

Componenti

F.S. Ambesi Impiombato
M. Andreoli
L. Bartalena
P. Beck-Peccoz
B. Busnardo
L. Chiovato
M. D'Armiato
E. degli Uberti
R. Di Lauro
G.F. Fenzi
S. Filetti
G. Giordano
R. Giorgino
V. Macchia
S. Mariotti
F. Monaco
F. Orlandi
F. Pacini
E. Papini
A. Pontecorvi
E. Roti
F. Santeusano
F. Trimarchi
G.C. Vecchio

Segreteria Scientifica

G. Papi - V. Rochira
Università degli Studi
di Modena e Reggio Emilia
Dipartimento di Medicina,
Endocrinologia, Metabolismo
e Geriatria
Cattedra e Servizio di
Nuovo Ospedale S. Agostino Estense
Baggiovara - Modena
Via Giardini, 1355
Tel. 059.396.18.15
g.papi@ausl.mo.it
rochira.vincenzo@unimore.it

Segreteria Organizzativa

STUDIO PRESSING di Gloria Vitali
Via Passo Sella, 18 - 20134 Milano
Tel. 336.48.19.00 - 338.44.36.426
02.21.50.794
Fax 02.26.41.62.47
pressing@gloriavitali.it
www.gloriavitali.it

Segretario

P. Vitti

CALL FOR ABSTRACT: 30 SETTEMBRE 2006

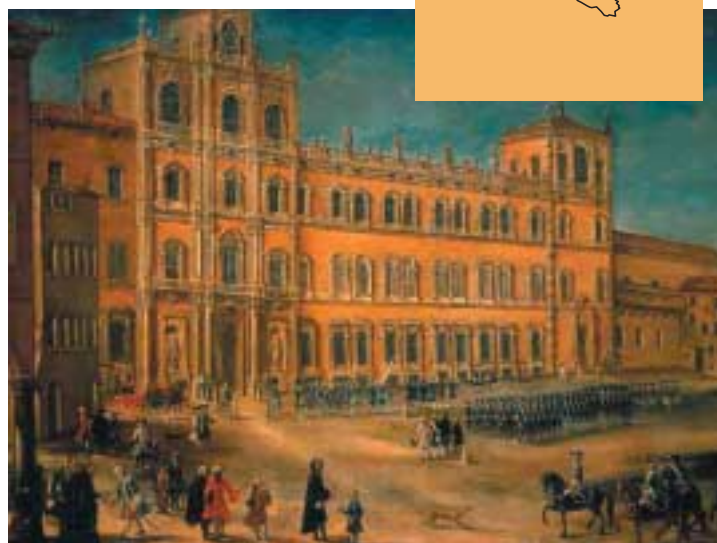
QUOTE DI ISCRIZIONE

Medici	entro il 30/09/06 Euro 350,00
Medici	dopo il 30/09/06 Euro 400,00
Studenti/Specializzandi/Dottorandi	entro il 30/09/06 Euro 200,00
Studenti/Specializzandi/Dottorandi	dopo il 30/09/06 Euro 250,00
	IVA inclusa

GIOVEDÌ 30 NOVEMBRE

Accademia Militare
di Modena

14.30	Registrazione dei partecipanti
15.00	Cerimonia di apertura
15.30-16.30	Simposio Clinico: TIROIDE E PSICHE Intervallo per il caffè
17.00-18:00	SESSIONE ORALE PLENARIA 1
18.00-19.00	LETTURA MAGISTRALE
19.30	Cocktail di benvenuto presso il Salone d'Onore dell'Accademia Militare



VENERDÌ 1 DICEMBRE

Nuovo Centro Didattico
del Policlinico
Via del Pozzo 71 - Modena

8.00-9.30	Discussione di un caso clinico LIMITI DEL DOSAGGIO DEL TSH Incontro con l'Esperto
9.30-11.00	Simposio Clinico: AMBIENTE E TIREOPATIE Intervallo per il caffè
11.30-13.00	SESSIONE ORALE PLENARIA 2 Colazione di lavoro
14.00-15.00	Discussione Poster
15.00-16.30	Simposio Clinico: SESSUALITA' - FERTILITA' E TIREOPATIE Intervallo per il caffè
17.00-18.30	SESSIONI ORALI PARALLELE
20.30	Cena sociale

SABATO 2 DICEMBRE

8.00-9.30	Discussione di un caso clinico: UTILITA' CLINICA DEL DOSAGGIO DEGLI ANTICORPI ANTITIROIDE Incontro con l'Esperto
9.30-11.00	SESSIONI ORALI PARALLELE Intervallo per il caffè
11.30-13.00	Simposio: GOZZO ENDEMICO
13.00	PREMIAZIONI E CHIUSURA CONVEGNO

