

## Editoriali dei presidenti



Cari colleghi,

ricorre l'anno prossimo il Centenario della prima istituzione degli Ordini.

La Federazione desidera celebrare degnamente questa ricorrenza invitando gli Ordini a provvedere essi stessi a questo compito nell'ambito di Assemblee che vedono coinvolti i colleghi che hanno raggiunto il traguardo dei 50 anni di laurea ed i giovani che iniziano la professione prestando giuramento ad Ippocrate.

La Federazione ha anche chiesto collaborazione alla fantasia degli iscritti, perché possano disegnare un nuovo logo del centenario.

Noi - consci della difficoltà di mantenere vitale il nostro Ordine "ente ausiliario dello Stato" auspichiamo una riforma, e questo potrebbe essere il momento giusto - perché il nostro Ente possa cominciare a svolgere ruoli che lo rendano più vicino alle esigenze e alle richieste degli iscritti.

Nel frattempo cercheremo di ottemperare alle usuali attività di sorveglianza perché la professione - pur nel diffuso disagio - non perda di vista principi di etica e deontologia, punto fermo in una attività che va continuamente modificandosi, per il mutare del rapporto medico-paziente, per la prepotente invasione della tecnologia, per le difficoltà alla formazione, per importanti tagli che - ancorché giustificati da problemi economici - rendono ancora più difficile il nostro lavoro.

La vicinanza con le feste natalizie e con l'avvento dell'Anno nuovo ci riporta a quando eravamo bambini, in questo periodo dell'anno particolarmente pieni di speranza e di aspettative.

L'augurio è di riprovare, almeno per un momento, quella sensazione di felicità interiore, perché sia di sprone a migliorarci e a svolgere con rinnovato entusiasmo una professione che è diversa da tutte le altre.

Cari auguri di feste serene a Voi e ai vostri cari.

*Roberta Chersevani*

Mi affianco a quanto detto dalla Nostra Presidente, rinnovando a Voi tutti gli auguri per le prossime Festività, in particolare che in ogni Vostra casa entri la serenità e gioia necessarie ad affrontare un Nuovo Anno.

Il Presidente CAO  
*Maria Gemma Grusovin*



## Sommario

<i>Sintesi tra il mistero della vita e il mistero della morte</i>	3
<i>Presenza femminile negli Organismi Direttivi degli Ordini dei Medici</i>	4
<i>L'intuizione clinica presupposto essenziale del metodo per l'utilizzo delle tecnologie</i>	5
<i>FNOMCeO - Posta Elettronica Certificata</i>	7
<i>Lo screening prenatale per Aneuploidie (SCA-TEST)</i>	8
<i>Perché occuparsi del pubblico accesso alla defibrillazione cardiaca (PAD) e quali le iniziative e le strategie perseguibili?</i>	11
<i>Smaltimento PC e agende elettroniche</i>	12
<i>Servizio di consulenza legale</i>	13
<i>Notizie flash dall'ENPAM</i>	14
<i>Medicina senza frontiere</i>	17
<i>Fondo di Previdenza Generale</i>	18
<i>ONAOIS</i>	19
<i>Riceviamo e volentieri pubblichiamo</i>	20
<i>FEDERSPEV - Mozione conclusiva del 46° Congresso Nazionale 2009</i>	21
<i>Rifondare la relazione</i>	22
<i>L'inabilità per i medici del servizio sanitario</i>	23
<i>10.06.2009 Cassazione Civile</i>	24
<i>I trattamenti di invalidità dell'ENPAM</i>	25
<i>Documento del Consiglio Nazionale della FNOMCeO sulle D.A.T.</i>	26
<i>Medico a Lourdes</i>	31
<i>Tesi dei neolaureati</i>	32
<i>Recensioni</i>	34
<i>Medici sostituiti</i>	38

## Sintesi tra il mistero della vita e il mistero della morte

Albino Visintin

Luciano Chinese, "Ultimi Fiori"

Olio su tela, cm 38x45, 1999

n. archivio 297

Nel quadro il colore prevalente è il blu, in diverse tonalità che si compenetrano sfumando in nuove essenze.

Si intravede un uomo che si sta chinando in avanti, forse per cogliere un fiore, forse per percepirne il profumo.

In basso a sinistra si scorge il piede appoggiato sulla terra, il profilo del corpo è evidente, ma la testa e le braccia sono solo intuibili, dissolvendosi nello spazio circostante fino a confondersi con lo sfondo.

È un uomo negli ultimi attimi della propria vita.

Una luce sorge dal nulla, di grande intensità e splendore, possibile simbolo di speranza per poter accedere ad un'altra condizione di esistenza.

Il fiore colorato che irradia i suoi petali verso la figura umana è la metafora di una malattia neoplastica in fase metastatica.

L'immagine trasforma tutto ciò in ricordo e percezione, rappresentando l'uomo e la malattia nell'ultimo tragitto verso l'istante mortale.

Luciano Chinese esprime poeticamente e con dolcezza il momento della fine della vita, fa presagire la presenza della morte alleviandola con la speranza. Raffigura l'attimo in cui avviene la congiunzione tra il mistero della vita e quello della morte con la trasfigurazione e l'unione tra il micro e macrocosmo in un divenire senza fine nell'Universo.



*Il quadro è stato dipinto alcuni giorni dopo la morte di un caro amico affetto da carcinoma del polmone.*

## 2009: PRESENZA FEMMINILE NEGLI ORGANISMI DIRETTIVI DEGLI ORDINI DEI MEDICI TUTTE LE PROVINCE –GRADUATORIA RAPPRESENTATIVITA' (%) DAL 1° AL 60° POSTO

posto in graduatoria % donne/	provincia	regione	presidente	vicepresid	segretario	tesoriere	consiglieri (comp odontoiatri)	di cui donne	donne revisori (comp. supplente) - su tot. 4	donne/totali 2009	%	donne/ totale preced.	% precedente	differenza 2009/precedente
1	gorizia	friuli	d	u	u	d	7	5	0	7,15	46,7	5/14	35,7	11,0
2	isernia	molise	u	u	u	d	9	3	3	7,17	41,2	6,16	37,5	3,7
3	ancona	marche	u	d	d	u	12	3	3	8,20	40,0	4/21	19,0	21,0
4	sassari	sardegna	u	d	u	u	13	5	2	8/21	38,1	8/21	38,1	0,0
5	bolzano	trentino	u	u	d	u	13	3	3	7,21	33,3	5/21	24,0	9,3
6	mantova	lombardia	u	u	u	u	13	4	3	7,21	33,3	6,21	28,6	4,8
7	nuoro	sardegna	u	u	u	u	7	2	3	5,15	33,3	7/15	46,7	-13,3
8	ravenna	emilia	u	u	u	d	13	3	3	7,21	33,3	5/21	23,8	9,5
9	cagliari	sardegna	u	u	d	u	13	4	1	6,21	28,6	4/21	19,0	9,6
10	pescara	abruzzo	u	u	u	u	13	5	1	6,21	28,6	8/21	38,1	-9,5
11	lecco	lombardia	u	u	d	d	7	0	2	4/15	26,7	4/15	26,7	0,0
12	oristano	sardegna	u	u	u	u	7	1	3	4,15	26,7	2/15	13,3	13,4
13	pistola	toscana	u	u	d	u	7	3	0	4,15	26,7	3,15	20,0	6,7
14	imperla	liguria	u	u	d	u	8	2	1	4,16	25,0	4,16	25,0	0,0
15	alessandria	piemonte	u	u	u	u	13	2	3	5/21	23,8	2/21	9,5	14,3
16	brescia	lombardia	u	d	u	u	13	1	3	5,21	23,8	3,21	14,3	9,5
17	caserta	campania	u	u	u	u	13	3	2	5/21	23,8	2/21	9,5	14,3
18	chieti	abruzzo	u	u	d	u	13	2	2	5,21	23,8	6,21	28,6	-4,8
19	firenze	toscana	u	u	u	d	13	1	3	5/21	23,8	5/21	23,8	0,0
20	latina	lazio	u	u	u	d	13	3	1	5/21	23,8	5/21	23,8	0,0
21	novara	piemonte	u	u	d	u	13	2	2	5,21	23,8	2/21	9,5	14,3
22	padova	veneto	u	d	u	u	13	4	0	5,21	23,8	5,20	25,0	-1,2
23	potenza	basilicata	u	u	u	u	13	3	2	5,21	23,8	2/21	9,5	14,3
24	reggio emilia	emilia	u	d	u	u	13	1	3	5/21	23,8	5/21	23,8	0,0
25	savona	liguria	u	u	u	u	13	4	1	5,21	23,8	1/22	4,5	19,3
26	trapani	sicilia	u	u	u	u	13	3	2	5,21	23,8	4/21	19,0	4,8
27	benevento	campania	u	u	d	u	14	2	2	5/22	22,7	3/22	13,6	9,1
28	como	lombardia	u	u	u	u	14	3	2	5/22	22,7	3/22	13,6	9,1
29	udine	friuli	u	d	u	u	14	3	1	5,22	22,7	4/21	19,0	3,7
30	vicenza	veneto	u	u	u	d	14	3	1	5,22	22,7	3/22	13,6	9,1
31	pisa	toscana	u	u	d	u	14	2	2	22*(1 rev. cor)	20,8	5/21	23,8	-3,0
32	fermo	marche	d	u	u	u	7	2	0	3,15	20,0			
33	rovigo	veneto	u	u	u	u	7	1	2	3,15	20,0	2/15	13,3	6,7
34	terni	umbria	u	u	u	u	7	1	2	3,15	20,0	3,15	20,0	0,0
35	bergamo	lombardia	u	u	u	u	13	2	2	4/21	19,0	2/21	9,5	9,5
36	catanzaro	calabria	u	u	u	u	13	3	1	4/21	19,0	2/21	9,5	9,5
37	frosinone	lazio	u	u	u	u	13	3	1	4,21	19,0	3,21	14,3	4,7
38	genova	liguria	u	u	d	d	13	2	0	4/21	19,0	5/21	23,8	-4,8
39	siracusa	sicilia	u	u	d	u	13	3	0	4,21	19,0	2/21	9,5	9,5
40	taranto	puglia	u	u	u	d	13	2	1	4,21	19,0	2/21	9,5	9,5
41	trento	trentino	u	d	u	d	13	2	0	4,21	19,0	3,21	14,3	4,7
42	campobasso	molise	u	u	u	u	8	1	2	3/16	18,8	1/15	6,7	12,1
43	grosseto	toscana	u	u	u	u	8	1	2	3,16	18,8	3,15	20,0	-1,3
44	vibo valentia	calabria	u	u	u	u	8	1	2	3,16	18,8	2,18	11,0	7,8
45	verona	veneto	u	u	u	u	14	4	0	4,22	18,2	3,21	20,0	-1,3
46	milano	lombardia	u	u	u	u	16	2	2	4,24	16,7	5/22	11,0	7,8
47	roma	lazio	u	u	u	u	17	3	1	4,25	16,0	1/23	14,0	4,2
48	bologna	emilia	u	u	d	u	12	1	1	3,20	15,0	6,21	22,7	-6,1
49	varese	lombardia	u	u	u	d	12	2	0	3,20	15,0	3,21	4,3	11,7
50	cosenza	calabria	u	u	d	u	13	0	2	3,21	14,3	3,21	28,0	-13,0
51	ferrara	emilia	u	u	u	d	13	2	0	3,21	14,3	3,21	14,0	1,0
52	foggia	puglia	u	u	u	u	13	2	1	3,21	14,3	2/21	14,3	0,0
53	forti-cesena	emilia	u	u	u	u	13	2	1	3,21	14,3	5/21	14,3	0,0
54	l'aquila	abruzzo	u	u	u	u	13	2	1	3,21	14,3	3,23	9,5	4,8
55	macerata	marche	u	u	u	u	13	3	0	3,21	14,3	1/21	23,8	-9,5
56	ragusa	sicilia	u	u	u	u	13	2	1	3,21	14,3	1/21	13,0	1,2
57	rimini	emilia	u	u	u	u	13	1	2	3,21	14,3	3,21	4,8	9,5
58	teramo	abruzzo	u	u	d	u	13	2	0	3,21	14,3	3,21	4,8	9,5
59	trieste	friuli	u	u	u	u	13	1	2	3,21	14,3	1/22	14,3	0,0
60	parma	emilia	u	u	u	u	14	2	1	3,22	13,6	5/22	14,3	0,0

# L'intuizione clinica presupposto essenziale del metodo per l'utilizzo delle tecnologie

Clara Zuch

La medicina attuale, sempre più sofisticata nelle tecnologie utilizzate, negli strumenti diagnostici e nei mezzi terapeutici, rischia paradossalmente di limitare o sminuire il suo significato più profondo e precisamente quello di "curare" il malato.

Il medico di fronte al paziente deve sempre confrontarsi con una storia clinica, con elementi obiettivi, con un decorso di malattia per poter giungere ad una diagnosi, prescrivere una terapia, formulare una prognosi.

Nel momento in cui un soggetto si rivolge ad un medico gli affida non la cura di un sintomo, ma la cura della propria salute nella sua interezza, instaurando con il medico un patto etico.

Nel momento attuale la mancanza di conoscenza dei limiti della Medicina e dei rischi connessi con alcuni atti diagnostici e/o terapeutici ha portato in casi di insuccessi o anche solo nella suggestione del danno all'aumento di denunce nei confronti delle Strutture sanitarie con richieste di risarcimenti da parte di pazienti nella convinzione che l'insuccesso sia legato sempre ad una colpa professionale. In questa difficoltà di rapporti tra cittadino e Struttura sanitaria i mezzi di comunicazione hanno un ruolo di amplificazione, ponendo le questioni in modo tendenzioso più per fare notizia e creare scalpore, che per una corretta informazione.

I casi di contenzioso medico legale da noi esaminati fanno emergere alcune problematiche: l'alterato rapporto medico-paziente; la volontà di codificare ogni parte dell'agire sanitario con protocolli e linee guida, molte volte inapplicabili o inapplicate, dimenticando che ogni paziente è unico, irripetibile ed originale; il non utilizzo del

metodo clinico, che comprende:

- un'anamnesi completa delle patologie remote e di eventuali fattori di rischio,
- un'anamnesi patologica prossima dell'evento in questione,
- un esame obiettivo completo, oggi spesso trascurato, ritenendo che i vari esami strumentali rendano inutile l'obiettività clinica,
- la formulazione di un ventaglio di ipotesi diagnostiche dalla più probabile alle meno frequenti,
- indagini di laboratorio e strumentali utili a convalidare o escludere le ipotesi formulate. Alcuni risultati emergenti dalle indagini diagnostiche possono essere fuorvianti ai fini di una corretta diagnosi quando non sono coerenti con il problema clinico, al più possono essere considerati degli "incidentalomi",
- bilancia valutativa dei dati raccolti che portano a un'epicrisi diagnostica.

Solo con tale metodologia rigorosa e critica potranno diminuire i possibili errori, i costi diagnostici ed i tempi di attesa.

Tale approccio metodologico, per quanto corretto possa essere, non deve essere disgiunto da una buona comunicazione tra medico e paziente. Qualsiasi fretteosità o malinteso può tradursi comunque in un ricorso alle vie legali. Anche se la corretta metodologia clinica utilizzata potrà "salvare" il professionista, l'alterato rapporto comporterà comunque perdita di tempo, di denaro e di affidabilità.

Nell'Azienda Sanitaria in esame è stato co-

struito un percorso di lavoro, che a partenza dalla denuncia di danno giunge fino al redigere un parere medico legale che pone in rilievo il rapporto causa effetto nell'evento denunciato e quantifica l'eventuale danno.

I 38 casi esaminati sono stati suddivisi per sesso, età, Unità Operativa (dove è avvenuto l'evento) e per modalità di presentazione della denuncia.

In Friuli Venezia Giulia fin dal 2006 la gestione della copertura assicurativa è centralizzata presso il Centro Servizi Condivisi (CSC). Nel gennaio 2008 è stata bandita una gara europea con affidamento ad un'unica Assicurazione, ciò ha notevolmente ridotto i costi.

Dei 38 casi esaminati, 25 sono transitati dal CSC, 19 dei quali sono stati chiusi senza esborso, altri 5 sono stati transati; 8 sono stati formulati come causa civile e 4 hanno utilizzato l'art. 696 bis del CPC (accertamento tecnico preventivo).

### Conclusione

La medicina del nostro tempo presenta una contraddizione sconosciuta nei tempi passati, mentre la tecnologia appresta strumenti diagnostici e mezzi terapeutici sempre più raffinati e potenti, la capacità del medico di affrontare i problemi clinici si riduce sempre più e diventa sempre più grossolana. Se questa antinomia dovesse restare quella attuale, o peggio, aumentare negli anni, le possibilità future della Medicina assumerebbero distorsioni ancora più cospicue tali da far temere di ridurre i vantaggi dell'impetuoso progredire dei mezzi tecnologici.

Dall'analisi dei dati è emersa l'urgenza di rifocalizzare lo studio sul malato con un percorso clinico-razionale che comprenda: la completezza dell'esame del paziente, la formulazione di ipotesi diagnostiche (diagnosi differenziale), le indagini di laboratorio e

strumentali per convalidare o escludere le ipotesi diagnostiche formulate. E' necessario che il medico razionalizzi il suo comportamento e si appresti ad una strategia della diagnosi.

Presupposto a tutto ciò è la comunicazione del medico con il paziente ed il conseguente consenso informato, che si concretizza in una "alleanza terapeutica medico-paziente", momento fondamentale per affrontare in modo corretto il percorso che ogni assistito si appresta ad intraprendere nell'affidarsi alle cure dei sanitari.

Emerge la necessità che il personale sanitario sia cortese, disponibile, competente ed utilizzi al meglio la propria professionalità, non trascurando l'aggiornamento come formazione continua con particolare valorizzazione dei programmi di sicurezza per il paziente e per gli operatori.

L'applicazione di una corretta metodologia clinica permette al medico di vedere il malato nella sua completezza e non solo la singola malattia, la globalità del paziente e non la parzialità della patologia; l'interazione del medico con il paziente deve portare ad una collaborazione attiva che favorisca il processo terapeutico.

### Bibliografia

Codice deontologico commentato da "Guida all'Esercizio Professionale per i Medici-Chirurghi e gli Odontoiatri" Edizioni medico Scientifiche 2007

Santosuosso A. "Il consenso informato. Tra giustificazione per il medico e diritto del paziente" Raffaello Cortina Editore 1996

Federspil G. "Logica clinica. I principi del metodo in Medicina" McGraw-Hill 2004

Benciolini P. "La medicina legale clinica" (Editoriale), Riv It Med Leg 2005

Presentato al Convegno Internazionale "Sopravviverà la Medicina all'abbandono della clinica?" (Milano dal 25 al 27 giugno 2009)

# **FNOMCeO**

## **Posta Elettronica Certificata**

### **COMUNICAZIONE N. 44**

**Oggetto:** Posta Elettronica Certificata per gli iscritti agli albi. Adempimenti e interventi della FNOMCeO a supporto degli Ordini Provinciali. Richiesta di adesione agli Ordini Provinciali.

Da recenti contatti con il Ministero della Funzione Pubblica, da noi sollecitati ed ottenuti, si è chiarito che la scadenza del 29 novembre 2009, prevista dalle vigenti disposizioni di legge relative all'oggetto, è da intendersi come termine ordinatorio e non perentorio. Il Ministero della Funzione Pubblica comunque intende portare a termine questo processo entro il 2010. Gli Ordini dovranno rendere disponibile alla Pubblica Amministrazione gli elenchi degli indirizzi di posta certificata dei propri iscritti.

Ad avviso della scrivente Federazione appare utile fornire in fase di prima attivazione a tutti i professionisti iscritti agli albi tale indirizzo.

Ricordiamo che la disponibilità della casella di posta certificata comporterà una assunzione di responsabilità da parte del professionista già nella fase di attivazione e successivamente nel momento in cui il messaggio sarà recepito sul server del gestore (certificazione del ricevimento).

Nella riunione di Comitato Centrale del 13.11.2009 la FNOMCeO, in considerazione della necessità di un'omogeneità di intervento finalizzata anche ad una migliore tutela (e valutate altresì le favorevoli condizioni di mercato venutesi a creare nelle ultime settimane), ha deciso di provvedere all'acquisto delle caselle di posta elettronica per gli Ordini che ne faranno richiesta (al momento solo per il primo anno).

Per completezza di informazione va precisa-

to che le caselle gratuite messe a disposizione di tutti i cittadini dall'INPS o da altri enti saranno utilizzabili solo per i rapporti con la pubblica amministrazione e non con altri soggetti, come invece è necessario in un'attività professionale.

Dal punto di vista dei possibili vantaggi per gli Ordini, tra i molteplici utilizzi della PEC, ricordiamo ad esempio la convocazione delle assemblee ordinarie.

Si invitano pertanto gli Ordini interessati ad inviare, entro 15 giorni dal ricevimento della presente, eventuale conferma di adesione alla fornitura gratuita della casella PEC ai propri iscritti, specificando il loro numero e tenendo presente che in una prima fase, in considerazione della non perentorietà, si prevederebbe l'acquisto di un numero di caselle pari al 70% dei potenziali utenti, numero eventualmente aumentabile in una seconda fase.

Si ritiene superfluo evidenziare come le economie di scala consentite dall'acquisto delle caselle di posta elettronica da parte della FNOMCeO riducano i costi di fornitura del servizio rispetto ad acquisti da parte dei singoli Ordini, che, in ogni caso, hanno, ovviamente, piena autonomia decisionale in merito.

Non appena saranno perfezionate le procedure di acquisizione del servizio, le sue caratteristiche, le possibili estensioni opzionali sarà cura della scrivente Federazione comunicare agli Ordini aderenti le modalità di adesione dei singoli iscritti e il ruolo che in merito dovrà essere svolto dagli Ordini provinciali con risorse proprie o con procedure esternalizzate.

Gli uffici della Federazione sono a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

## Lo Screening Prenatale per Aneuploidie (SCA-TEST)

*Dr Luigi Caserta - Dirigente Medico, U.O. Ostetricia e Ginecologica, Ospedale San Giovanni di Dio*

Lo SCA-TEST, Screening Prenatale per le Aneuploidie, è un innovativo programma con potenzialità di calcolo molto articolate e differenziate. È l'unico software che permette di eseguire uno screening razionale di tipo sequenziale che coinvolge lo studio ecografico del primo e secondo trimestre, integrandolo con lo screening biochimico del primo e secondo trimestre da applicare al rischio di base della donna presa in esame. È logico che, in presenza di un marker di anomalia cromosomica, è opportuna l'esecuzione di un'ecografia fetale di secondo livello con eventuale ecocardiografia fetale ed un attempto counselling genetico alla coppia.

Come altri test di screening, è un esame indicato per tutte le donne che non abbiano compiuto ancora 35 anni e che siano desiderose di conoscere quante probabilità abbia il prodotto del concepimento di aver una cromosomopatia. Non si tratta di un test che offre una *diagnosi di certezza* ma può essere considerato un esame in grado di selezionare la tipologia di pazienti a cui può essere consigliato di effettuare, successivamente, una villocentesi o un amniocentesi, indagini diagnostiche invasive che offrono una *diagnosi di certezza*.

Lo SCA-TEST, attraverso metodi di analisi matematica molto sofisticati, consente di eseguire screening completi e combinati a diversi livelli.

In particolare permette:

1. Lo screening morfo-biometrico del primo trimestre di gravidanza attraverso la valutazione ecografica fino a **3 parametri biometrici** (Crown-Rump Length, traslucenza nucale, frequenza cardiaca fetale) e fino a **2 parametri morfologici** (osso nasale e rigurgito della valvola tricuspide).
2. Il calcolo del rischio nel primo trimestre limitatamente ai parametri biochimici di free beta-HCG e PAPP-A.
3. Il calcolo combinato biochimico/biofisico del primo trimestre di gravidanza.
4. Lo screening morfobiometrico del secondo trimestre di gravidanza attraverso la valutazione ecografica fino a **6 parametri biometrici** (diametro biparietale, circonferenza cranica, femore, omero, pielectasia e plica nucale) e fino a **7 parametri morfologici** associati (intestino iperecogeno, foci cardiaci, difetto interventricolare, versamento pericardico, rigurgito della valvola tricuspide, sproporzione destra/sinistra dl cuore, ed anomalie strutturali).
5. Il calcolo del rischio nel secondo trimestre, limitatamente ai 3 parametri biochimici, AFP, hCG ed estriolo non coniugato.
6. Il calcolo combinato biochimico/biofisico del secondo trimestre di gravidanza.
7. Il calcolo multiplo e combinato di tutte le osservazioni sopra elencate.



## **Parametri morfo-biometrici del I trimestre**

### **CROWN-RUMP LENGHT**

Il Crown-Rump Length (CRL) rappresenta la lunghezza dell'embrione/feto dal vertice al sacro e viene utilizzata per datare la gravidanza dalla 5° alla 13° settimana di gestazione.

### **TRANSLUCENZA NUCALE**

La Translucenza Nucale (TN) rappresenta un accumulo di fluido localizzato lungo il dorso fetale tra la cute e i tessuti molli paravertebrali. Solitamente il suo spessore è massimo in sede retronucleare. Ecograficamente si manifesta come un'area anecogena delimitata da due interfacce (linee) iperecogene. È misurabile fisiologicamente in tutti i feti tra l'11° e la 14° settimana, con un CRL compreso fra 41 e 82 mm.

Una TN aumentata in quest'epoca è comune espressione fenotipica delle trisomie, triploidie e della sindrome di Turner.

Per ogni valore di CRL esiste un range di valori di TN considerato normale. Viene dunque ad essere calcolato un nuovo rischio per la donna che aumenta con l'aumentare della TN dalla normale mediana per quel determinato CRL.

Quando il rischio ottenuto è  $\geq 1:300$  si consiglia di procedere con l'accertamento citogenetico mediante villocentesi o amniocentesi.

### **OSSO NASALE**

La mancata visualizzazione dell'osso nasale, espressione di un ritardo di maturazione ossea, è più comune nei feti affetti da trisomia 21 (60-70% dei casi).

### **FREQUENZA CARDIACA FETALE**

La frequenza cardiaca fetale si correla con

l'epoca gestazionale. Essa incrementa da un valore di  $110 \pm 8$  bpm a 5 settimane di gestazione fino a  $170 \pm 6$  bpm a 10 settimane, quindi si registra un decremento fino a  $159 \pm 3$  bpm a 13 settimane. La frequenza cardiaca si correla altresì con il CRL. Variazioni della frequenza cardiaca nel senso di tachi- o bradicardia, sono state variamente associate con aneuploidie fetali del primo e del secondo trimestre.

### **RIGURGITO DELLA VALOLA TRICUSPIDE**

Esso è definito come un flusso retrogrado dal ventricolo all'atrio di destra durante la sistole ventricolare. La sua incidenza in epoca fetale è intorno al 7%. Durante il primo trimestre è stato associato ad una più elevata incidenza di cromosomopatie, in particolare con la trisomia 21.

### **Soft markers di cromosomopatie nel II trimestre**

#### **PLICA NUCALE**

Si tratta di un accumulo sottocutaneo di fluido in regione retro-occipitale. È il marker più specifico di cromosomopatia nel secondo trimestre aumentando il rischio di circa 11-17 volte.

#### **INTESTINO IPERECOGENO**

La presenza di questa alterazione aumenta il rischio di trisomia di 5 volte rispetto al rischio di base correlato all'età materna.

#### **FOCI CARDIACI IPERECOGENI**

Si tratta di una calcificazione del muscolo papillare del ventricolo sinistro. L'incidenza di questo marker varia dall'1,1 al 9,6%.

### **DIFETTI INTERVENTRICOLARI**

Si tratta di una comunicazione fra i due ventricoli per la presenza di una soluzione di continuo a carico del setto interventricolare che separa i due ventricoli. Tale marker è associato ad una più alta incidenza di cromosomopatie, in particolare della trisomia 21, della trisomia 18 e della delezione del cromosoma 22q.

### **VERSAMENTO PERICARDICO**

Si tratta di un accumulo di liquido che origina dalla giunzione atrio-ventricolare e si estende attraverso l'apice del ventricolo, determinando una separazione del pericardio dall'epicardio maggiore di 2 mm durante la sistole. Ne casi in cui venga riscontrato come marker isolato vi è un'alta associazione con anomalie cromosomiche.

### **RIGURGITO DELLA VALVOLA TRICUSPIDE**

Il ruolo di tale marker nell'identificazione di feti affetti da sindrome di Down in particolare è il seguente: sensibilità 28,8%, specificità: 98,3%.

### **SPROPORZIONE CARDIACA DESTRA/SINISTRA**

Si tratta di un'asimmetria tra le camere ventricolari o atriali di destra e di sinistra. È un marker predittivo per la trisomia 21.

### **PIELECTASIA**

Con tale termine si intende la dilatazione della pelvi renale superiore a 4 mm nel diametro antero-posteriore. raramente ha un significato patologico.

Concludendo, è possibile ritenere che lo SCA-TEST sia un programma informatico in grado

di offrire una varietà di applicazione in epoca prenatale. Infatti, come detto, a differenza di altri test di screening esistenti che si limitano allo studio del feto esclusivamente nel I trimestre di gestazione, lo SCA-TEST permette di intervenire anche nel corso del II trimestre, laddove la paziente giunga alla prima osservazione in ritardo, rispetto alla possibilità di effettuare lo screening di I trimestre, o laddove si voglia aver un'ulteriore conferma circa l'andamento della gestazione, con la possibilità di integrare i dati dello screening del I trimestre con quelli del II trimestre.

Nella regione Friuli Venezia Giulia, al momento, solo l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale San Giovanni di Dio di Gorizia è in grado di offrire all'utenza la possibilità di effettuare lo SCA-TEST ponendosi, in tal senso, all'avanguardia nel campo della diagnostica prenatale. Tale esame di screening è preceduto da un colloquio preliminare, effettuato circa 7-10 giorni prima dell'epoca di esecuzione dell'esame, durante il quale verranno fornite alla paziente tutte le nozioni riguardanti tale esame, venendole consegnato, inoltre, un consenso informato che la gestante sarà tenuta a leggere con attenzione e sottoscrivere. Sia per le pazienti seguite dall'ambulatorio dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia, sia per pazienti seguite privatamente, non essendo un esame effettuabile a carico del SSN, tale esame prevede il pagamento di un ticket. Le prenotazioni per il colloquio "Pre- SCA-TEST" possono essere effettuate direttamente presso la Segreteria degli ambulatori di Ostetricia e Ginecologia siti al I piano dell'Ospedale San Giovanni di Dio di Gorizia, oppure telefonicamente chiamando al numero 0481592073 dalle 08.00 alle 13.00.

# Perché occuparsi del pubblico accesso alla defibrillazione cardiaca (PAD) e quali le iniziative e le strategie perseguibili?

Giuseppe Nicotra

Questi ed altri interrogativi sono stati l'oggetto della Conferenza Pubblica organizzata dalla Segreteria Regionale dell'Associazione Italiana Cardiologia del Territorio (ANCE) del Friuli - Venezia Giulia, in collaborazione con la Croce Rossa Italiana (CRI), che si è tenuta a Grado, presso il Poliambulatorio Specialistico Santa Eufemia il giorno 3 luglio 2009.

Il giorno successivo (4 luglio), nella stessa sede, i presidenti degli Ordini dei Medici delle quattro province del F-VG, i rappresentanti dei principali sindacati dei medici di medicina generale SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) e FIMG (Federazione Italiana di Medicina Generale), della Società Medica Isontina (SMI), insieme ad esponenti regionali della Società Italiana di Cardiologia (SIC), dell'Associazione Italiana Medici e Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), della Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione (AIAC) e a responsabili del 118 e della CRI regionale, hanno ripreso l'argomento in una Conferenza Organizzativa.

Che cos'è allora il PAD e perché non solo è importante, ma assolutamente doveroso parlarne? Per comprendere la portata del problema basti pensare che, in Italia, su 60.000 persone colpite da arresto cardiocircolatorio, ne sopravvivono 1.200, ne muoiono 58.000 e ciò avviene quasi esclusivamente per l'impossibilità del sistema d'emergenza territoriale di arrivare in tempo utile.

La morte improvvisa, nella maggior parte dei casi, è dovuta ad un'aritmia cardiaca (fibrillazione ventricolare) che insorge in modo repentino e spesso poco prevedibile, coinvolgendo ogni fascia d'età. Le conseguenze fatali sono evitabili solamente attraverso un

soccorso immediato ed efficace. Il rimedio singolo più importante è la defibrillazione cardiaca.

In assenza di inizio immediato delle manovre di rianimazione cardiopolmonare (BLS) la probabilità di successo della defibrillazione scendono del 10% per ogni minuto trascorso. Se la BLS viene subito iniziata ed eseguita correttamente, i tempi si allungano ed una defibrillazione può ancora essere efficace dopo circa 15 minuti dall'evento.

Una delle strategie proposte per fronteggiare il problema prevede la disponibilità di defibrillatori semiautomatici (DAE) nei luoghi pubblici, specie se frequentati da una popolazione a rischio elevato di arresto cardiaco (cardiopatici). Questa soluzione è già stata sperimentata in varie parti e ha mostrato di funzionare egregiamente.

Negli Stati Uniti, ad esempio, all'O'Hare International Airport di Chicago, come riporta uno studio del New England Journal of Medicine (2002), la sopravvivenza senza esiti neurologici

## DEPOSITO TITOLI DI SPECIALITÀ

Invitiamo tutti gli iscritti che non vi abbiano ancora provveduto a depositare le Specialità possedute per consentire il corretto aggiornamento dell'Albo e la tenuta degli archivi.

La comunicazione può avvenire consegnando o inviando alla segreteria dell'Ordine copia del certificato di specialità (se fotocopia indicare sul retro "è copia conforme all'originale", data e firma dell'interessato).

ci, delle persone colpite era del 61%, questo solo grazie all'installazione di defibrillatori semiautomatici a breve distanza l'uno dall'altro in tutta l'area aeroportuale. Veramente rilevante in questa esperienza è il fatto che più della metà dei soccorritori non avevano alcuna preparazione specifica ed hanno solo seguito le istruzioni poste accanto al DAE.

Altre iniziative sono la diffusione capillare dei programmi di educazione alla BLS - D ed il potenziamento del sistema mobile di soccorso con ambulanze munite di DAE.

Lo scopo dell'iniziativa attuale è stato di sensibilizzare la popolazione e il legislatore nazionale e regionale nei confronti di un evento tanto frequente quanto tragico, ma evitabile grazie all'uso di una tecnologia che, per la sua semplicità d'impiego, garantisce un elevato successo d'intervento anche se utilizzata da persone senza specifica preparazione.

È stato ribadito più volte dai relatori che que-

sto non deve tradursi in un disinteresse verso i progetti di formazione alla rianimazione cardiorespiratoria (CPR) di ampie fasce della popolazione che coinvolgano principalmente gli addetti ai pubblici servizi (polizia, vigili del fuoco etc), i volontari del soccorso, personale interno nelle fabbriche e negli impianti sportivi ed, infine, i giovani, con idonei programmi inseriti nell'ordinamento scolastico delle scuole medie inferiori e superiori e nelle università.

Il successo delle due giornate intitolate "**un sorriso per la vita**" è stato testimoniato dall'afflusso di pubblico alla conferenza dedicata alla popolazione, dal dibattito costruttivo e dalla convergenza delle idee emerse nel corso della conferenza tecnico-organizzativa.

L'elaborazione di un progetto condiviso d'intervento educativo e il convincimento della necessità di un'azione comune per garantire a tutti la possibilità di ricevere un soccorso immediato in caso d'arresto cardiaco sono stati il risultato tangibile dell'iniziativa voluta dai Cardiologi del Territorio (ANCE) del Friuli Venezia Giulia.

## Smaltimento PC e agende elettroniche

Marco Perelli Ercolini

***La rottamazione di PC, agende elettroniche e telefonini è prassi ignorata e sottovalutata. Riteniamo quindi opportuno riportare le indicazioni del Garante della privacy per una cancellazione sicura dei dati.***

Non si sa mai chi può sbirciare nella tua spazzatura elettronica. Per questo il Garante ha messo a punto una serie di indicazioni per evitare che, al momento di dismettere apparecchiature elettriche ed elettroniche (anzitutto pc, ma anche cd rom o dvd), rimanga-

no in memoria nomi, indirizzi mail, rubriche telefoniche, foto, filmati, numero di conto bancario, dati personali in generale, anche di tipo sensibile come quelli sanitari, riferiti non solo all'utilizzatore, ma anche a terzi.

Da oggi (5 dicembre 2008) in poi, privati cittadini, professionisti, ma anche aziende pubbliche che intendono dismettere il proprio "usato" o consegnarlo ai punti di raccolta per lo smaltimento dovranno preoccuparsi di cancellare in maniera definitiva - anche con

l'aiuto degli stessi rivenditori o se proprio necessario di tecnici specializzati - i dati personali memorizzati. Questo innanzitutto allo scopo di non esporsi e non esporre altri a rischi anche gravi, come ad esempio la manipolazione di dati e il furto di identità.

Sempre più frequenti sono i casi in cui si segnala il ritrovamento di dati personali all'interno di apparecchi elettronici (compresi i telefonini), non solo nei casi in cui essi siano ceduti ad un rivenditore per la dismissione o la rivendita, ma anche quando siano dati in consegna per riparazioni o sostituzione di componenti.

Le misure suggerite dal Garante per una "rottamazione" sicura di pc e dispositivi elettronici (con un provvedimento di cui è stato relatore Giuseppe Fortunato) hanno dunque l'obiettivo di richiamare tutti gli utilizzatori sulla necessità di assicurare una reale ed effettiva cancellazione dei dati o venga garantita la loro non intelligibilità. Le misure possono essere adottate sia nel momento preliminare della memorizzazione dei dati sia in quello successivo della loro distruzione.

### **Misure tecniche preventive**

È bene proteggere i file usando una password di cifratura, oppure memorizzare i dati su hard disk o su altri supporti magnetici usando sistemi di cifratura automatica al momento della scrittura.

### **Misure tecniche di cancellazione sicura**

La cancellazione sicura delle informazioni su disco fisso o su altri supporti magnetici è ottenibile con programmi informatici di "riscrittura" che provvedono - una volta che l'utente abbia eliminato dei file dall'unità disco con i normali strumenti previsti dai sistemi operativi (ad es., con l'uso del "cestino" o con comandi di cancellazione) - a

scrivere ripetutamente nelle aree vuote del disco. Si possono anche utilizzare sistemi di formattazione a basso livello degli hard disk o di "demagnetizzazione", in grado di garantire la cancellazione rapida delle informazioni.

### **Smaltimento di rifiuti elettrici ed elettronici**

Per la distruzione degli hard disk e di supporti magnetici non riscrivibili, come CD ROM e DVD, è consigliabile l'utilizzo di sistemi di punzonatura o deformazione meccanica o di demagnetizzazione ad alta intensità o di vera e propria distruzione fisica.

Con questo provvedimento il Garante intende sviluppare una nuova consapevolezza e indicare i modi con i quali rispettare i dati degli altri e tutelarsi rispetto ai propri - commenta Giuseppe Fortunato - La vecchia regola aurea, aggiornata ai nostri tempi vale anche in questo caso: "Non fare ai dati degli altri quello che non vorresti fosse fatto ai tuoi".

## **SERVIZIO DI CONSULENZA LEGALE**

Le richieste da parte degli iscritti all'Ordine - dopo l'attivazione della consulenza legale nel Giugno 2006 - hanno riguardato temi quale il consenso informato, il rilascio di certificazioni e referti, il segreto professionale e problematiche con l'attività libero-professionale intramoenia.

## **Notizie flash dall'ENPAM**

### **Nuova aliquota contributiva obbligatoria ed aliquota modulare (flessibilità contributiva).**



### **Il riscatto di allineamento come strumento di ottimizzazione fiscale**

*Alberto Oliveti*

La gobba previdenziale (il pensionamento nei prossimi dieci anni di quarantamila degli attuali settantamila contribuenti del nostro Fondo), il fatto che ad ogni contributo incassato assegniamo subito - oggi per domani e con grosso vantaggio per il contribuente - la corrispondente redditività pensionistica, la recessione economica mondiale che non fa capitalizzare gli investimenti patrimoniali necessari al finanziamento del debito previdenziale acceso con l'oggi per domani, la doppia tassazione sul patrimonio che lo decurta impropriamente, l'aumento costante dell'aspettativa di vita dei pensionati e il conseguente allungato pagamento di pensioni, sono tutte condizioni potenzialmente critiche se non sapremo correttamente prevedere la giusta valorizzazione dei contributi incassati.

In altre parole dobbiamo calibrare bene l'aliquota di rendimento. Per questo, con il rinnovo dell'ACN iniziamo un percorso di aumento dei contributi mediante l'aumento progressivo dell'aliquota contributiva, a cui corrisponderà un aumento dell'aliquota di rendimento, ma non in misura proporzionale all'aumento della aliquota contributiva.

Con il nuovo ACN il passaggio dell'aliquota di contribuzione ordinaria dal 15% al 16,5% comporterà un passaggio dell'aliquota di rendimento da 1,50% a 1,55%.

Se le due aliquote fossero incrementate in

egual misura proporzionale (da 15% al 16,5% quell contributiva e da 1,5% a 1,65% quella di rendimento) il rendimento previdenziale a termine di ogni contributo versato sarebbe rimasto del 10%. Semplicemente, non ce lo possiamo però più permettere se vogliamo garantire nel tempo la tenuta dei conti. Per cui con il meccanismo del "pro rata" dal 2008 varrà la nuova aliquota di rendimento, mentre il pregresso resta confermato. Quindi con la scelta del 1,55% il rendimento sarà circa il 9,4%, sempre superiore a quello per es., dei colleghi ospedalieri che è del 6,136% e dal 2010 sarà 5,620%.

Per quanto riguarda la neo istituita aliquota modulare, cioè il versamento aggiuntivo da 1 a 5 punti percentuali, l'impostazione che invieremo ai Ministeri Vigilanti per l'approvazione è che tale versamento comporti un aumento assolutamente proporzionale a quanto avviene per il contributo obbligatorio.

Quindi ogni punto in più di aliquota contributiva darà uno 0,094% in più di aliquota di rendimento, da aggiungere per l'anno di riferimento al 1,55% derivante dalla contribuzione obbligatoria.

I pediatri non hanno aderito all'aumento dell'aliquota contributiva per cui restano al 15%, ma l'aliquota di rendimento si ridurrà proporzionalmente da 1,5% a 1,409%. Hanno invece aderito all'aliquota modulare per

cui ogni punto in più darà lo stesso trattamento del MMG sopra descritto.

Per quanto riguarda la convenienza i contributi versati con l'aliquota obbligatoria e quelli modulari si recupereranno in meno di 11 anni e ai fini fiscali sono totalmente deducibili dal reddito imponibile.

Si noti che oggi l'aspettativa di vita di un 65enne è di quasi 18 anni se maschio e 21 se femmina, per cui recuperare tutto in meno di 11 anni è senz'altro conveniente, specie tenendo conto della ulteriore proiezione pensionistica garantita ai superstiti.

Se la contribuzione modulare viene attivata negli anni vicini al pensionamento, solo per pochi anni il capitale versato sarà indisponibile, per poi tornare ad esserlo sotto forma di pensione discretamente rivalutata, assimilandosi in tal modo ad un BTP senza cedola, per di più deducibile fiscalmente in modo integrale.

Per quanto riguarda gli arretrati 2008-2009 della nuova Convenzione, che hanno già scontato la nuova aliquota contributiva del 16,5%, si pone il problema a tanti colleghi di evitare che vengano tassati con l'aliquota fiscale più alta. Per questo si cerca soluzione, tra le altre, nella possibilità di aumentare i versamenti in ENPAM, che sono totalmente deducibili dall'imponibile fiscale.

Per gli arretrati riferiti ai compensi del 2009, anno di firma dell'ACN, alcune Regioni hanno accettato le richieste delle OOSS di sottoporli, su opzione del medico, al prelievo aggiuntivo dell'aliquota modulare, spostando in sede di prima applicazione della norma la data di opzione a fine anno dall'originario 31 gennaio previsto in convenzione. Non tutte le Regioni lo fanno ed anche in quelle che lo hanno fatto esiste qualche problema con l'adeguamento delle procedure dei vari CED aziendali alle scelte dei medici.

Inoltre molti medici non sanno della possi-

bilità dell'aliquota modulare. Il mio consiglio, per "ottimizzare" il prelievo fiscale sugli arretrati 2008-2009 è quello di ricorrere al riscatto di allineamento nel Fondo Speciale della Medicina Generale, per una cifra ritenuta "ottimizzante" da definire con il proprio commercialista.

Per seguire questa via, entro fine anno (meglio se entro il 15 dicembre) fa fatta domanda di riscatto di allineamento al Fondo medicina Generale e va versata la cifra a titolo di acconto, che sarà tutta deducibile, aspettando in seguito la risposta degli uffici e valutando la convenienza di proseguire o di limitarsi al già versato, che avrà dato una maggiorazione della pensione finale.

Ad oggi il riscatto di allineamento è ancora il più conveniente dato che la riserva matematica che ne definisce l'onere a carico del medico, e che dovrebbe garantire la "neutralità" dell'operazione tra il vantaggio del singolo e quello della base degli iscritti al Fondo, è calcolato sull'aspettativa di vita del 1983! Come andare a fare la spesa al mercato che pratica i prezzi di 25 anni fa.

A buon intenditor...

## IL PROSPETTO ENPAM

Gli iscritti che hanno presentato domanda di riscatto e sono in attesa di ricevere il prospetto di calcolo, possono usufruire del beneficio della deducibilità fiscale (art. 13, punto 1, lettera a, del Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n° 47) effettuando il versamento di un acconto, entro e non oltre il 15 dicembre di ogni anno (farà fede la data di ordine di pagamento alla Banca).

Tale versamento deve essere eseguito me-

diante bonifico bancario sul conto corrente acceso presso la Banca Popolare di Sondrio, Ag. 11 di Roma, intestato a:

**FONDAZIONE ENPAM**  
**CODICE IBAN:**  
**IT06 K 05696 03200 000017500X50**

Nella causale del bonifico è necessario indicare i seguenti dati:

- a. COGNOME E NOME DELL'ISCRITTO;
- b. CODICE ENPAM DELL'ISCRITTO;
- c. TIPOLOGIA DEL RISCATTO;
- d. FONDO SUL QUALE È STATO RICHIESTO IL RISCATTO E SU CUI SARÀ ACCREDITATO IL VERSAMENTO.

In caso di riscatto in corso di pagamento, l'iscritto può effettuare, entro e non oltre il 15 dicembre e con le medesime modalità sopra indicate, un versamento aggiuntivo (una tantum) nei limiti del debito residuo.

Il suddetto versamento non sostituisce la rata di dicembre che, pertanto, deve essere versata alla scadenza prevista.

COPIA DELLA RICEVUTA DEL BONIFICO DEVE ESSERE TRASMESSA AL SEGUENTE NUMERO DI FAX: 06. 48294.978

## **Accesso alla contribuzione ridotta presso la "Quota B" del Fondo di Previdenza Generale nei casi di accertamento di evasione contributiva**

*Ernesto del Sordo*

Conformemente al progetto approvato dal Consiglio di Amministrazione dell'E.N.P.A.M. nella seduta del 3 marzo 2006, gli Uffici, al fine di verificare il corretto adempimento dell'obbligo dichiarativo e contributivo da parte degli iscritti, hanno provveduto a porre in essere le attività amministrative necessarie per l'attivazione del controllo incrociato con i dati in possesso dell'Anagrafe Tributaria.

Nello svolgimento di tali verifiche, come è noto, è emerso che molti iscritti dipendenti del SSN che svolgevano contemporaneamente attività di libera professione non avevano provveduto a dichiarare i relativi proventi, nonostante i redditi da intramoenia fossero da tempo esplicitamente citati nelle

istruzioni allegate al Modello D fra quelli imponibili presso la "Quota B" del Fondo di previdenza generale.

A seguito della ricezione dei provvedimenti di accertamento emanati dall'Ente, molti professionisti hanno provveduto tempestivamente a denunciare le somme percepite nelle annualità successive richiedendo, almeno per le ulteriori annualità, l'applicazione dell'aliquota ridotta nella misura del 2%. Con delibera n. 56/2007 - in via eccezionale e per un arco temporale limitato - codesto Consiglio ha accolto tale richiesta. In particolare con tale provvedimento, ferme restando le maggiorazioni previste dal Regolamento del regime sanzionatorio, è stato consentito l'accesso alla contribuzione nella

misura del 2% ai soggetti che, in possesso di determinati requisiti, procedevano ad auto-denunciare all'E.N.P.A.M. i redditi prodotti negli anni successivi al 2001.

La Fondazione ha fornito una idonea informazione a tutti i soggetti potenzialmente interessati mediante i diversi canali informativi a sua disposizione: il "Giornale della Previdenza", il portale Internet [www.enpam.it](http://www.enpam.it), le circolari agli Ordini, etc. Grazie all'attività di divulgazione compiuta da tutti i soggetti istituzionali coinvolti (Enpam, Ordini, sindacati, etc.) oltre 2.500 iscritti, autodenunciando le pregresse inadempienze, si sono tempestivamente attivati, potendo così beneficiare della riapertura dei termini di accesso alla contribuzione ridotta.

Tuttavia, in molti casi la mancata effettiva conoscenza della delibera in parola e delle successive proroghe, disposte con delibere n. 26/2008 e n. 50/2008, non ha consentito a tutti gli interessati tenuti al versamento di procedere alla relativa autodenuncia, volta ad ottenere il beneficio della contribuzione del 2%.

Tenuto conto delle richieste in tal senso pervenute dalla categoria, anche per il tramite di alcuni Ordini provinciali, la Fondazione ha ritenuto opportuno disciplinare a regime l'accesso alla contribuzione ridotta in caso di accertamento di evasione contributiva notificato dagli Uffici.

Il Consiglio di Amministrazione, pertanto, con delibera n. 54 del 25 settembre 2009, ferma restando l'applicazione delle maggiorazioni previste dal Regolamento del regime sanzionatorio del Fondo di previdenza generale, ha riammesso nei termini per l'accesso alla contribuzione ridotta, a decorrere dall'anno successivo a quello oggetto di accertamento, gli iscritti:

- che, in costanza dei requisiti per l'accesso alla contribuzione ridotta, non hanno già effettuato il versamento del contributo nella misura ordinaria del 12,50%, con riferimento agli anni successivi a quello oggetto di accertamento;
- che provvedono ad autodenunciare i redditi prodotti negli anni successivi e presentano la relativa istanza di ammissione alla contribuzione ridotta entro 90 giorni dalla notifica dell'accertamento.

Al fine di agevolare la presentazione della relativa istanza è stato predisposto l'allegato modulo che deve essere trasmesso all'E.N.P.A.M. unitamente alla copia di un documento di identità in corso di validità.

## MEDICINA SENZA FRONTIERE

Dal prossimo numero del Bollettino e comunque in tempo reale sul sito dell'Ordine mi piacerebbe dare spazio e voce alle attività che molti colleghi svolgono fuori dal nostro Paese in aiuto a popolazioni che hanno bisogno di aiuto.

Lo stesso vale per quei colleghi sensibili che - pur stando a casa - vogliono testimoniare la loro sensibilità nei confronti di chi "in qualche modo straniero" ha bisogno qui o altrove. Non dimentichiamoci del disagio sociale, del degrado, della malattia e del dolore .

La condivisione di esperienze positive può solo migliorarci.

RC

# Fondo di Previdenza Generale Contribuzione dei pensionati Delibere N° 46/09 e N° 53/09 del Consiglio di Amministrazione ENPAM

*Ernesto del Sordo*

Fino ad oggi, i pensionati del Fondo di previdenza generale che proseguivano nell'esercizio della professione, hanno potuto conservare su richiesta l'iscrizione al Fondo. Sui redditi percepiti, il contributo previdenziale era dovuto in via opzionale nella misura del 2% o del 12,50%. In mancanza di tale opzione essi erano esonerati dal versamento contributivo in favore della Fondazione ENPAM.

Analoga facoltà non è riconosciuta ai pensionati di altre Casse di previdenza di liberi professionisti. Gli avvocati, i dottori commercialisti, gli architetti e gli ingegneri, ad esempio, nel caso di prosecuzione nell'esercizio della professione dopo il pensionamento sono tenuti obbligatoriamente al versamento del contributo soggettivo sul reddito professionale prodotto.

Con riferimento ai lavoratori autonomi e parasubordinati iscritti alla Gestione Separata INPS, l'obbligo di versamento del relativo contributo era stato in principio escluso per la durata limitata di un quinquennio per tutti i professionisti di età superiore ai 65 anni (art. 4 del D.M. 2 maggio 1996, n. 282). Esaurito l'effetto di tale norma transitoria, i soggetti in parola sono attualmente tenuti al versamento del contributo nella misura ridotta del 17%. Si precisa, comunque, che sono tuttora esclusi dall'obbligo contributivo i professionisti che percepiscono "redditi già assogget-

*tati ad altro titolo a contribuzione previdenziale obbligatoria"* (art. 6 del D.M. 2 maggio 1996, n. 281).

A tale proposito, si rileva che nel corso del mese di luglio u.s., l'INPS, nell'ambito di una vasta operazione volta a contrastare l'evasione contributiva nei confronti della Gestione Separata, ha inviato numerosi avvisi di accertamento anche ai pensionati del Fondo Generale che, pur continuando a svolgere attività professionale, non avevano optato per il mantenimento dell'iscrizione presso l'ENPAM.

La posizione di tale Istituto, difatti, è che l'iscrizione alla Gestione Separata per i titolari di reddito autonomo professionale è obbligatoria non soltanto nel caso in cui non esista la relativa Cassa professionale di categoria ma anche quando la stessa li escluda dalla contribuzione, per statuto o regolamento, in base a determinati requisiti.

Tenuto conto di quanto esposto, con **delibera n. 53** del 25 settembre u.s., **il Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM**, visto il quadro giuridico di riferimento ed al fine di evitare possibili contenziosi con la Gestione Separata INPS, **ha proceduto all'abolizione dell'esonero contributivo per i pensionati del Fondo che proseguano nell'esercizio dell'attività.**

In caso di produzione di reddito imponibile presso la "Quota B" del Fondo di previdenza generale, quindi, sarà dovuto il versamento del relativo contributo previdenziale nella misura ridotta del 2%, salva espressa opzione di pagamento nella misura intera del 12,50%. Tale reddito dovrà essere dichiarato all'ENPAM tramite il modello D recapitato ogni anno al domicilio dell'iscritto. La modifica regolamentare, attualmente al vaglio dei Ministeri vigilanti per la prescritta approvazione, esplicherà i propri effetti solo per il futuro, non interessando le annualità pregresse.

Si rappresenta, inoltre, che il Consiglio di Amministrazione, con **delibera n. 46** del 24 luglio u.s., ha già consentito agli iscritti pensionati del Fondo di previdenza generale di dichiarare all'ENPAM anche gli eventuali redditi imponibili presso la "Quota B" prodotti negli anni 2004 - 2008, optando entro il **31 dicembre 2009** per la conservazione dell'iscrizione al Fondo e per l'aliquota contributiva del 2%, ovvero del 12,50%. A tal fine è stato predisposto l'allegato modello **DICH. P.** I corrispondenti contributi saranno maggiorati della mera rivalutazione monetaria. Qualora l'importo complessivamente dovuto sia superiore a euro 1.000,00, la relativa riscossione potrà essere effettuata, a scelta, in 12 rate bimestrali, in 2 rate semestrali od in unica soluzione.

Con i suddetti provvedimenti la Fondazione ha inteso offrire l'opportunità di corrispondere i contributi previdenziali a favore della gestione presso la quale si è già titolari di un trattamento pensionistico obbligatorio. In tal modo, unitamente ai vantaggi di natura fiscale derivanti dall'integrale deducibilità dei contributi previdenziali, l'Ente si propone

di evitare dispersioni contributive, grazie alla valorizzazione delle ulteriori somme versate mediante l'istituto del supplemento di pensione. I soggetti interessati, difatti, beneficeranno di un supplemento del trattamento pensionistico ordinario che l'Ente liquiderà d'ufficio ogni triennio sulla base di tutti i contributi relativi al periodo di riferimento.

Per ulteriori informazioni è possibile contattare l'*Ufficio informazioni agli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri* ai seguenti numeri:

**tel. 06.48294.900;**

**fax 06.48294.680/702.**

*Vedi Modulistica sul sito dell'OMCeO Gorizia (ENPAM - Previdenza)*

**ONAOSI**



Si sono svolti quest'anno due incontri tra un rappresentante dell'ONAOSI Servizio Sociale di Padova e le famiglie che fruiscono delle prestazioni di questa Fondazione, con apprezzamento di entrambe le parti.

## Riceviamo e volentieri pubblichiamo

**DECRETO LEGISLATIVO 3 agosto 2009, n. 106** Disposizioni integrative e correttive del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

*Il decreto è entrato in vigore il 20 agosto 2009 e si compone di 149 articoli, che modificano ed integrano numerose disposizioni, intervenendo anche su 38 degli allegati del D.Lgs. 81/08; l'obiettivo è quello di:*

1. *introdurre disposizioni dirette a migliorare l'efficacia preventiva del Testo Unico*
2. *ricepire alcune segnalazioni emerse nei primi mesi di applicazione del D.Lgs. 81/08 (compresa la sistemazione di alcuni errori ortografici)*
3. *rimodulare le sanzioni previste*

### LE MODIFICHE PIÙ SIGNIFICATIVE APPORTATE RIGUARDANO:

#### DATA CERTA.

È ora stabilito che, in concreto, può essere sufficiente la sottoscrizione del documento da parte del Datore di lavoro, del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e del Medico competente (ove previsto). Tale modalità non muta il regime della responsabilità, che rimane in capo al datore di lavoro in quanto è stato espressamente specificato che la firma dei soggetti sopra richiamati ha il solo scopo di provare la data. Restano in ogni caso valide

e utilizzabili le procedure per dare certezza alla data (posta certificata, apposizione timbro postale, ecc).

**FORMAZIONE.** Obbligatoria per i dirigenti.

#### COMUNICAZIONE INFORTUNIO.

L'obbligo di comunicazione degli infortuni di durata compresa tra 1 e 3 giorni è rinviato alla disponibilità effettiva del SINP (Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione).

**STRESS.** Obbligo di valutazione del rischio stress lavoro-correlato rinviato alla disponibilità di indicazioni specifiche, e comunque non oltre il 1 agosto 2010.

#### CONTRATTI DI APPALTO E PRESTAZIONE D'OPERA.

Variazioni rilevanti; in particolare l'art. 26 del decreto sugli obblighi connessi ai contratti d'appalto. E' stato specificato che le disposizioni si applicano, oltre che agli appalti di lavori, anche a quelli di "servizi e di forniture"; con le innovazioni adottate il Governo ha chiarito che la predisposizione del "Documento di Valutazione dei Rischi da Interferenza - DUVRI" non è necessaria per i lavori intellettuali e per le semplici forniture di merci. Interessante inoltre la deroga per i lavori di breve durata (2 giorni) e sempre che non comportino rischi particolari per la salute e sicurezza dei lavoratori.

In pratica, secondo l'intento del legislatore, il DUVRI dovrà essere predisposto nei soli casi in cui il rischio delle lavorazioni che interferiscono tra loro, richieda specifiche misure di

tutela e non, invece, nelle ipotesi in cui esso diverrebbe un inutile fardello formale (per l'assenza di un reale rischio da interferenza).

#### **DELEGA DI FUNZIONI.**

Il nuovo comma 3-bis dell'art. 16, prevede la possibilità che il soggetto già delegato dal datore di lavoro, possa, in accordo con quest'ultimo, trasferire ad altri soggetti poteri e responsabilità in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Ovviamente le condizioni perché ciò avvenga sono le stesse richieste per la delega. In ogni caso le funzioni sub-delegate non possono essere a loro volta delegate.

#### **VISITE PREASSUNTIVE.**

In pratica a far data dal 20 agosto, con la modifica dell'art 41, sono ora legali le visite preassuntive, (aspetto vietato dal primo correttivo del 15 aprile 2009) finalizzate a verificare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore sarà destinato.

#### **COMUNICAZIONE NOMINATIVO DEL RLS.**

Non va più effettuata con cadenza annuale, ma solo in caso di nuova nomina o designazione o sostituzione del nominativo.

## **FEDERSPEV**

### **Mozione conclusiva del 46° Congresso Nazionale 2009**

L'Assemblea Federspev (Federazione Sanitari pensionati e vedove) riunita in Chianciano Terme per il 46° Congresso Nazionale Elettivo, dal 10 al 13 maggio 2009, udita la relazione del Presidente Nazionale Dott. Eumenio Miscetti l'approva e lo ringrazia unitamente ai Componenti del C.D.N. per l'attività svolta a favore di tutti gli associati e per aver dato attuazione alle raccomandazioni espresse dal 45° Congresso Nazionale 2008; ritiene doveroso insistere, nonostante l'attuale situazione di incertezza e precarietà economica nazionale, nel richiedere al Parlamento e al Governo:

- L'attuazione degli opportuni in sintonia con quanto indicato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 30/2004 per una reale perequazione delle pensioni

al costo della vita, ricostruendo il loro perduto potere d'acquisto e dando garanzie di sistemi di protezione del reddito sia immediato come di quello differito con la pensione;

- L'applicazione di una tassazione separata con l'aliquota d'imposta sostitutiva opzionale, come già in atto per alcune categorie, anche per combattere il lavoro nero;
- L'istituzione di un paniere ISTAT adeguato alle necessità di tutti i pensionati.

Chiede agli organi ministeriali competenti un incontro a breve in considerazione dell'evidente stato di sofferenza in cui versa tutto il ceto medio a cui appartengono i sanitari pensionati.

La nostra professione è sempre stata cadenzata dal dispositivo del *tempo*. Il tempo della visita, con lo spazio dedicato all'ascolto e all'esplorazione del corpo; il tempo degli esami strumentali, con l'attesa della conferma o della confutazione delle ipotesi cliniche; il tempo della diagnosi, con il confronto razionale ed emotivo con il paziente; il tempo della terapia e della prognosi, con la scontata aspettativa dei risultati e della previsione clinica. C'era poi, a sé stante, il tempo cortocircuitato dell'urgenza, della chiamata: quello del tutto subito, dell'ansia incontenibile, del bisogno psicologico di risoluzione rapida del problema. In entrambe le condizioni, questo tempo presentava l'ineludibilità del confronto tra due soggetti – il medico e il paziente – all'interno di una cornice che oltre all'efficacia della azione richiedeva comunque la messa in gioco di un rapporto condiviso. Da un lato, quindi, la persona sofferente la quale – checché ne dicano gli apparati burocratici e le disposizioni cartacee – è sempre regressiva di fronte all'impatto della malattia; dall'altro il medico che – indipendentemente dalla norme legislative e dalle indicazioni amministrative – svolge un ruolo accidentante e confortante associato alle competenze specifiche. In queste condizioni prevaleva l'antico *Kairos*, il tempo dell'opportunità, della forma qualitativa e dell'occasione del pensiero, e con esso governava il legame, cioè un rapporto definito dalla doppia opzione di affidamento e di accettazione.

Con la meccanizzazione della medicina e la burocratizzazione della clinica, il rapporto medico-paziente si è trasformato in un accordo tra prestatore d'opera e fruitore di servizi, con la conseguente degenerazione

del legame in contratto. A questo punto il tempo dell'ascolto è diventato il tempo della prescrizione e della decifrazione, filtrato da una serie di strumenti tecnici – consenso informato, gradimento delle cure, accordo sulla privacy ecc. Il rapporto tra soggetto e tecnica – che si supponeva definito dal comando del primo e dalla funzione della seconda – si è invertito: è la tecnica a dirigere il rapporto, con la conseguente subordinazione del soggetto – nel nostro caso tanto del medico che del paziente – alla sua volontà. Si continua ad assistere ad una vera e propria *eterogenesi dei fini*: una pervasiva propaganda sull'emancipazione delle due figure, con reciproche valenze di autonomia, decisione, responsabilità ed emancipazione e, per un verso opposto, una permanente costrizione di entrambe alla logica di *Cronos*. Ed è proprio questa caratteristica "cronologica" che scandisce ogni rapporto – e l'attività di aziendalizzazione ne è l'esempio concreto: una rincorsa affannosa all'efficienza quantitativa che in molti casi mette in serio dubbio la corrispondente efficacia qualitativa. A fronte di apparati amministrativi sempre più perfezionati e regolati a tutela delle due componenti di questo rapporto, si assiste ad un'altrettanto pressante condizionamento degli stessi da parte dei dispositivi meccanici. Basti pensare – tanto per fare un esempio paradigmatico – alla diagnosi: ciò che prima era appannaggio della clinica, e solo secondariamente confermato dalla tecnica, ora è prerogativa della tecnica, che in subordine viene controfirmato dal clinico. Molti studiosi di questo problema hanno notato una frattura epistemologica irreparabile in questo rapporto, con la subordinazione degli aspetti psicologici ed antropologici a quelli prettamente fisiopatologici e tecnologici. Frattura

irreparabile in quanto non coinvolge solo il medico in rapporto al malato, ma il malato diventa complice della depersonalizzazione del rapporto. Il motivo è apparentemente semplice. Con l'avvento del contratto terapeutico a discapito del legame, e aggravato dalla pubblicità ingannevole di una medicina onnipotente nei suoi apparati diagnostici e curativi, le pretese di salute sono diventate incontrollabili, e la conflittualità, in caso di frustrazione di questi desideri di salvezza, ingovernabile. Il malato non vuole più il tempo per costruire la propria storia di segni e di sintomi da *comprendere*, ma si limita ad una semplice "comunicazione di servizio" al prestatore d'opera affinché questi si applichi a *spiegare* la loro causa, a trasmetterla ad un apparato tecnico e a riprendere da questo una soluzione definitiva di sanità. Il tutto – è bene precisarlo – non velocemente, ma in *fretta*, con una continua percezione di emergenza. Le conseguenze immediate di questa distorsione sono duplici e reciproche: da un lato un atteggiamento rivendicativo e

pretenzioso, dall'altro una reazione difensiva e garantista, con perdita complessiva per entrambi. Che fare? Con l'emancipazione della medicina dal sacro – osserva giustamente Umberto Galimberti – si è perduto il senso del limite implicito nella natura per trascinare in una "unità artificiale" che è la falsa promessa della tecnica. Ipotizzare un utopico ritorno ad un rapporto "limitato" può essere un simpatico gioco filosofico ma senza riscontro concreto applicabile sui grandi numeri. Perciò sarebbe già una grande conquista se ognuno, in uno spazio piccolo e scelto di comunicazione, potesse costruire una relazione fondata sul buon senso, sulla disponibilità e sull'intelligenza; se il medico e il paziente concordassero reciprocamente di rifondare volta per volta la propria relazione in un cambiamento condiviso. Come disse Wittgenstein: "Cambia te stesso. È l'unica cosa che puoi fare per cambiare il mondo".

## L' inabilità per i medici del servizio sanitario

Dr. Claudio TESTUZZA, Medico - Pubblicista Esperto Collaboratore de "Il Sole 24 Ore"

I medici dipendenti del servizio sanitario iscritti alla Casa pensioni sanitari (CPS), confluita nell'istituto previdenziale per i pubblici dipendenti Inpdap, possono essere collocati a riposo a seguito di accertamento dello stato di salute se viene loro riscontrata una condizione di inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro ovvero di inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte. Il dipendente che cessa dal servizio per inabilità al lavoro consegue, nel caso richieda il collocamento a riposo per **inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro**,

indipendentemente dall'età anagrafica, il diritto al trattamento di pensione se ha maturato almeno 14 anni, 11 mesi e 16 giorni di servizio utile ovvero per **inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte** se ha maturato almeno 19 anni, 11 mesi e 16 giorni di servizio utile.

La domanda va presentata alla sede Inpdap competente per territorio, senza limiti di tempo.

La documentazione da produrre comprende il modulo di domanda per la pensione di inabilità; il verbale di visita medico-collegiale at-

testante lo status d'inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro, o di inabilità alle mansioni svolte; la delibera di collocamento a riposo per inabilità. La visita medico-collegiale deve essere richiesta entro un anno dalla cessazione nel caso di inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro (articolo 7 legge n. 379 del 1955).

Per le pensioni d'inabilità, l'erogazione del trattamento decorre dal giorno successivo alla dispensa dal servizio.

Al dipendente collocato a riposo per ***inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro*** e ***inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte*** è possibile svolgere attività professionale con assoggettamento al divieto parziale (30 %) di cumulo, che è stato mantenuto anche dopo l'entrata in vigore della disposizione che lo ha eliminato, dal 1° gennaio 2009, per le pensioni d'anzianità.

La pensione diretta di inabilità, istituita a partire dal primo gennaio 1996, è un trattamento erogato a favore di chi cessa dal servizio per ***inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa***, che non dipende però da cause di servizio. Il trattamento di pensione è calcolato sulla base dell'anzianità contributiva maturata, aumentata di un ulteriore periodo compreso tra l'età alla cessazione dal servizio e il compimento del limite di età nel sistema retributivo (65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne), oppure il compimento del sessantesimo anno di età nel sistema misto e contributivo.

Tale trattamento è incompatibile con qualsiasi attività retribuita.

Per chiedere la concessione della pensione di inabilità è necessario che l'iscritto abbia maturato un minimo di cinque anni di anzianità contributiva, di cui almeno tre nell'ultimo quinquennio. La facoltà di richiedere la pensione di inabilità è garantita solo all'inte-

ressato, mentre non hanno questa possibilità i suoi superstiti. La pensione di inabilità può però diventare un trattamento indiretto o reversibile se la richiesta è stata presentata dall'iscritto o dal pensionato prima del suo decesso. In questo caso gli organi competenti accertano in maniera postuma lo stato di inabilità del defunto prima di conferire il trattamento di reversibilità ai superstiti.

La domanda può essere presentata in attività di servizio ovvero successivamente alla risoluzione del rapporto di lavoro.

La prestazione, a meno di un'eventuale revisione, è vitalizia e il trattamento decorre dalla data di collocamento a riposo.

Se invece la domanda è stata presentata dopo la fine del rapporto di lavoro (ma entro due anni dalla dispensa di servizio) la pensione decorrerà dal primo giorno del mese successivo a quello in cui la domanda è stata presentata.

### 10.06.2009 Cassazione Civile

#### ***(radiazione disciplinare dalla professione medica)***

Il termine quinquennale di prescrizione dell'azione disciplinare nei confronti dei sanitari non decorre nel caso sia iniziato, a carico dell'incolpato, un procedimento penale, e tale effetto interruttivo permane per tutto il tempo in cui il procedimento penale abbia corso.

Diversamente opinando, difatti, da un canto, considerati i tempi del procedimento penale, l'azione disciplinare sarebbe il più delle volte già prescritta prima ancora della sua materiale proposizione, e, dall'altro, la norma di cui al D.P.R. n.221/1950, art.44, risulterebbe del tutto inapplicabile, poiché essa impone all'organo amministrativo di attendere l'esito e le valutazioni del Giudice penale, così subordinando l'azione disciplinare alla conclusione del procedimento penale.

# I trattamenti di invalidità dell'ENPAM

## FONDO DI PREVIDENZA GENERALE

I requisiti richiesti per il trattamento di **pensione di invalidità assoluta e permanente** sono un'età inferiore ai sessantacinque anni, l'invalidità assoluta e permanente all'esercizio dell'attività professionale accertata dall'apposita Commissione Medica costituita presso ciascun Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Per la "Quota A" è necessaria la costanza di contribuzione al Fondo.

Per la "Quota B" almeno un anno di contribuzione alla gestione nel triennio antecedente la decorrenza della pensione.

La pensione decorre dal mese successivo alla cessazione di ogni attività, o dal mese successivo alla domanda, se posteriore alla cessazione.

La prestazione è determinata dalla somma della "Quota A" e della "Quota B".

La *quota A* si calcola come per la pensione ordinaria, aumentando l'anzianità contributiva del numero di anni mancanti al raggiungimento del 65esimo anno di età, con un massimo di 10 anni.

La *quota B* si calcola come per la pensione ordinaria aumentando l'anzianità contributiva del numero degli anni mancanti al 65esimo anno d'età, con un massimo di 10 anni.

In caso di anzianità contributiva inferiore a cinque anni, l'aumento dell'anzianità medesima si applica proporzionalmente agli anni coperti da contribuzione.

## FONDO SPECIALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE FONDO SPECIALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI

## FONDO SPECIALE DEGLI SPECIALISTI E DEGLI ACCREDITATI ESTERNI

I requisiti richiesti per la **pensione di invalidità assoluta e permanente** degli iscritti ai Fondi Speciali sono l'età inferiore ai sessantacinque anni e l'invalidità assoluta e permanente all'esercizio della professione medica intervenuta prima della cessazione del rapporto accertata dalla Commissione medica dell'Ordine.

Il calcolo della pensione è identico a quello del trattamento ordinario con un *bonus* aggiuntivo pari al numero degli anni mancanti al 65esimo, fino ad un massimo di dieci anni.

Non è consentita la conversione di parte della pensione in un'indennità in capitale.

La decorrenza della pensione è dal mese successivo alla domanda o, se posteriore, alla cessazione del rapporto.

Le pensioni erogate vengono indicizzate nella stessa misura prevista per la pensione di vecchiaia.

*L'ente può effettuare controlli periodici per accertare la permanenza dello stato di invalidità e la pensione viene revocata in caso di ripresa dell'attività o di perdita dello status.*

***Ai titolari di trattamenti pensionistici per invalidità assoluta e permanente a carico dei Fondi di Previdenza dell'Enpam viene garantito un trattamento complessivo annuo minimo pari, per l'anno 2009, a 13.770,38 euro, indicizzati annualmente nella misura del 100% dell'indice Istat.***

## Documento del Consiglio Nazionale della FNOMCeO sulle D.A.T.

Il Consiglio Nazionale della **Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO)**, riunito a Terni il 13 giugno 2009, in relazione al vasto dibattito sviluppatosi sul tema delle *Dichiarazioni Anticipate di Trattamento* (DAT) che direttamente e profondamente coinvolge l'autonomia e la responsabilità della pratica medica, ribadisce anche in questa materia il proprio ruolo di guida e di indirizzo sulla base dei principi che ispirano il Codice di Deontologia Medica quale espressione sintetica e condivisa delle tante sensibilità e culture che animano e che sono la ricchezza etica e civile della nostra professione.

Ribadisce altresì che questi principi, in un'epoca di profonde trasformazioni sociali, di molteplici presenze di etnie, religioni e culture che diversificano le comunità in tante orgogliose identità, in un mondo sempre più unificato dalla tecnica, rappresentano un punto di riferimento per la civile convivenza, per la riaffermazione dei valori etici della solidarietà umana.

Principi etici che assumono particolare significato nei momenti in cui ogni essere umano, dinnanzi alla malattia ed alla morte, diventa più fragile e pone domande ardue e personali a sé stesso ed a quanti portano l'onere della sua cura.

Ai medici, pertanto, spetta il difficile compito di trovare, all'interno dei suddetti principi, il filo del loro agire posto a garanzia della dignità e della libertà del paziente, delle sue scelte, della sua salute fisica e psichica, del sollievo dalla sofferenza e della sua vita in una relazione di cura costantemente tesa a realizzare un rapporto paritario ed equo, capace cioè di ascoltare ed offrire risposte di-

verse a domande diverse.

Il Codice di Deontologia Medica, nel complesso delle sue norme generali e specifiche, traccia questo percorso finalizzato a trasformare la relazione fra medico e persona assistita in un'alleanza terapeutica quale espressione alta e compiuta di pari libertà e dignità di diritti e doveri, pur nel rispetto dei diversi ruoli.

L'autonomia decisionale del cittadino, che si esprime nel *consenso/dissenso informato*, è l'elemento fondante di questa alleanza terapeutica, al pari dell'autonomia e della responsabilità del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia.

In questo equilibrio, alla tutela e al rispetto della libertà di scelta della persona assistita deve corrispondere la tutela ed il rispetto della libertà di scelta del medico, in ragione della sua scienza e coscienza.

Lo straordinario incontro, ogni volta unico e irripetibile, di libertà e responsabilità non ha dunque per il nostro Codice Deontologico natura meramente contrattualistica, ma esprime l'autentico e moderno ruolo del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia.

In questo nucleo forte di relazioni etiche, civili e tecnico-professionali il soggetto di cura e il curante, è ciascuno "autore" di scelte, ovvero entrambi esprimono l'autonomia e la responsabilità che caratterizza ogni alleanza terapeutica e che in tal senso compiutamente rappresenta il luogo, il tempo e lo strumento per dare forza, autorevolezza e legittimazione a chi decide e a quanto si decide.

Ogni alleanza terapeutica, nella sua intimità ed unicità, assume straordinario significato nelle decisioni e nei comportamenti che riguardano le relazioni di cura che affrontano condizioni a prognosi infausta in fase termi-

nale e/o caratterizzate da una perdita irreversibile della coscienza.

La professione medica coniuga quindi i suoi saperi e le sue competenze con i grandi principi che guidano, sotto il profilo deontologico, il moderno esercizio professionale:

- **il principio di giustizia** che vieta al medico di discriminare i pazienti per condizione fisica e/o psichica e per ragioni sociali, economiche, etniche e religiose;
- **il principio di beneficalità e non maleficità** che sancisce l'obbligo inderogabile in capo ad ogni medico di garantire la salute e la vita del proprio paziente nel rispetto dei suoi valori di riferimento, degli aspetti propri della persona e vissuti nella sua personale esperienza;
- **il principio dell'autodeterminazione del paziente** che riconosce alla volontà informata e consapevole del singolo paziente capace, il diritto di scegliere o non scegliere se attuare o sospendere i trattamenti diagnostico-terapeutici.

Il Consiglio Nazionale ritiene inoltre che vada data pari dignità e rilevanza al **principio di autonomia e responsabilità del medico** che può dunque sottrarsi a quella relazione di cura di cui non condivide le prospettive tecnico-professionali in ragione di scienza e/o quelle etiche.

Questo richiamo ad un pieno riconoscimento della libertà di scienza e coscienza del medico, non ha come obiettivo la restaurazione di surrettizie forme di neopaternalismo, ma si propone responsabilmente come tutela dell'autonomia del cittadino, laddove la crescente complessità della moderna medicina, a fronte di straordinarie prospettive di diagnosi e cura, sempre più spesso accende dilemmi tecnici ed etici che scuotono le certezze e le coscienze dei singoli medici e dei loro pazienti e lacerano il comune sentire etico e civile delle comunità.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che la libertà di scienza e coscienza del medico deve responsabilmente collocarsi all'interno dei seguenti confini:

- sul piano tecnico professionale deve riferirsi alle migliori pratiche clinico-assistenziali basate sulle prove di efficacia, sicurezza ed appropriatezza di cui ogni medico porta responsabilità non delegabile,
- sul piano civile deve promuovere e trasferire nella relazione di cura il rispetto di tutti i diritti individuali protetti dalla nostra Costituzione,
- sul piano etico deve rispettare le norme del Codice Deontologico che si rifanno ai grandi principi sanciti da varie autorevoli fonti che hanno segnato la storia, della nostra deontologia, dal Codice di Norimberga alla Dichiarazione di Oviedo.

A tale riguardo il Consiglio Nazionale ribadisce che secondo il Codice Deontologico il principio dell'obbligo di garanzia (**beneficialità - non maleficità**) viene infranto quando il medico, intenzionalmente e con mezzi idonei, opera per la fine della vita anche se ciò è richiesto dal paziente (**eutanasia**) o insiste in trattamenti futili e sproporzionati dai quali cioè fondatamente non ci si può attendere un miglioramento della malattia o della qualità di vita (**accanimento diagnostico-terapeutico**).

Il Medico lede altresì il principio di giustizia se trascura di offrire un progetto di cura efficace e proporzionato al miglioramento della malattia o della qualità di vita al paziente terminale o incapace o comunque fragile (**abbandono terapeutico**) e viola il principio di **autonomia del cittadino** se insiste nell'intraprendere o nel perseverare in trattamenti rifiutati dal paziente capace ed informato.

La persona incapace a manifestare le proprie

volontà sulla sua malattia e sulla qualità della sua vita è doppiamente fragile e la sua solitudine ad esprimersi fa più grande quella del medico che deve comunque decidere.

D'altra parte lo straordinario sviluppo delle procedure e delle tecniche di mantenimento delle funzioni vitali nelle fasi avanzate di malattie cronico degenerative (neoplastiche, metaboliche, autoimmuni, vascolari etc.) o di recupero delle stesse in condizioni di emergenza (arresti cardiaci, accidenti cerebrovascolari devastanti, grandi traumi cranici, etc.) e poi sostenute per un tempo indefinito, determina in numero sempre più consistente una tipologia di pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale sui trattamenti diagnostico-terapeutici compresi quelli idonei a supportare nel tempo la condizione di totale ed irreversibile perdita di coscienza di sé ed assoluta incapacità di relazione con l'ambiente.

Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) intervengono in queste condizioni quale espressione particolare ed eccezionale del consenso del paziente che, informato, consapevole e quindi al momento capace, dichiara i suoi orientamenti sui trattamenti ai quali desidera o non desidera essere sottoposto nell'eventuale sopravvenire di una condizione irreversibile di incapacità di esprimere le proprie volontà.

Principio che è saldamente presente nel Codice di Deontologia Medica fin dalla revisione del 1998 e confermato successivamente nel 2006 (**art. 35** ...*Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.* **art.38** ...*Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere le proprie volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato*

*dallo stesso in modo certo e documentato*) delineando quell'opportuno bilanciamento tra diritto all'autonomia del cittadino e obbligo di garanzia proprio del medico.

Per il Codice Deontologico questi due principi non sono infatti ontologicamente conflittuali laddove, soprattutto nelle circostanze più difficili, le funzioni di garanzia dei medici devono, tra l'altro, supportare e motivare le scelte del paziente, così come la volontà del paziente deve illuminare ed orientare le funzioni di garanzia del medico.

In relazione al processo legislativo riguardante il progetto di legge concernente "*Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento*" approvato in prima lettura al Senato, la FNOMCeO, a seguito di approfondito dibattito con le Società Medico-Scientifiche e con le Associazioni di tutela dei pazienti e dei consumatori, ritiene che la compiuta funzione di garanzia del medico verso i pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale e le loro scelte rende pressante la necessità di ridefinire nuovi profili di cura e di avvicinare a questa responsabilità tecnico professionale la presa in carico globale di queste fragilità che va oltre l'impegno dei soli medici.

Sul piano generale, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene necessario così definire le seguenti questioni:

- L'informazione posta alla base dell'alleanza terapeutica deve avvalersi di un investimento formativo tale da garantire l'efficacia e l'appropriatezza della comunicazione
- Ai processi di cura coinvolgenti pazienti con bisogni assistenziali così impegnativi e complessi vanno previsti programmi osservazionali sugli esiti dei trattamenti in termini di sollievo dalle sofferenze e qualità della vita
- Va concretizzato un forte impegno della ricerca, sia in campo diagnostico che tera-

peutico, per migliorare le evidenze scientifiche già oggi disponibili e per sviluppare altresì la cultura e la pratica della palliazione sia negli ambiti tradizionali delle malattie neoplastiche terminali sia in quelli nuovi ed altrettanto impegnativi delle malattie cronico degenerative avanzate caratterizzate da compromissione o perdita irreversibile dello stato di coscienza

- Va definita e finanziata una rete nazionale efficace ed accessibile di servizi che garantiscano Livelli Essenziali di prestazioni sanitarie ed assistenziali, idonee a rendere accessibile per questi pazienti e le loro famiglie il diritto ad un'esistenza rispettosa della dignità delle persone che sono curate e di quelle che si prendono cura.
- Nelle specifiche condizioni oggi inquadrare come stati vegetativi, la comunità scientifica deve consolidare le evidenze relativamente agli aspetti preventivi, diagnostici, terapeutici e prognostici attraverso l'elaborazione di specifiche linee-guida, la valutazione degli esiti dei trattamenti riabilitativi, di nutrizione artificiale e di altri eventuali trattamenti di supporto vitale, di prevenzione e gestione delle complicanze (infezioni, embolie, trombosi, etc.) anche al fine di costruire un apposito Registro Osservazionale

In riferimento ad alcune controversie e più specifiche questioni connesse alle DAT, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che le seguenti considerazioni possano aiutare la ripresa di un confronto sereno nel Parlamento e nel paese in grado di offrire soluzioni alte e condivise.

- *È nostra convinzione che le previsioni del Codice di Deontologia Medica abbiano forza giuridica ed etica e siano di per sé idonee ad orientare e legittimare le decisioni assunte in una alleanza terapeutica ma il conflitto tra competenze legislative*

*e competenze giudiziarie che ha fatto seguito alla vicenda En giera, ha determinato una forte accelerazione del processo legislativo in materia di dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) al fine di definirne gli ambiti di efficacia.*

- *Su queste delicate ed intime materie il legislatore dovrà intervenire formulando un "diritto mite" che si limiti cioè a definire la cornice di legittimità giuridica sulla base dei diritti della persona costituzionalmente protetti, senza invadere l'autonomia del paziente e quella del medico prefigurando tipologie di trattamenti disponibili e non disponibili nella relazione di cura. Ognuno di queste, unica e irripetibile contiene tutte le dimensioni etiche, civili e tecnico professionali per legittimare e garantire la scelta, giusta, nell'interesse esclusivo del paziente e rispettosa delle sue volontà. L'autonomia e la responsabilità del medico, sono a garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti sono accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza, solidarietà. Tali dichiarazioni vanno espresse in forma scritta, sottoscritta e datata, conseguente ad una informazione medica di cui resta idonea documentazione.*
- *in tale contesto vanno chiaramente definite le condizioni nelle quali queste assumono il valore giuridico ed etico di espressione di una volontà "capace"; ovvero se riferita solo agli stati vegetativi o se anche a tutti gli altri stati patologici che si manifestano nel corso di malattie cronico degenerative caratterizzati da una perdita irreversibile della coscienza di sé e dell'ambiente configuranti quindi un'incapacità ad esprimere volontà attuali.*
- *Le dichiarazioni anticipate rappresentano scelte libere e consapevoli che possono*

essere In ogni momento revocate o aggiornate e non devono contenere richieste di atti eutanasi o riconducibili a forme di trattamenti futili e sproporzionati (accanimento terapeutico).

- Le dichiarazioni anticipate vanno attualizzate prevedendone una scadenza temporale di validità al termine del quale possono essere rinnovate.
- Le dichiarazioni anticipate vanno contestualizzate sotto il profilo tecnico-professionale non allo scopo di eludere le specifiche volontà del paziente ma al fine di verificare la sussistenza o meno delle condizioni cliniche e delle valutazioni tecniche che le hanno informate.
- In presenza di dichiarazioni anticipate si ritiene opportuno che nelle particolari situazioni cliniche, inquadrare come stati vegetativi, le condizioni di irreversibilità del danno neurologico siano indagate, valutate e certificate secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili da trasferire in analitici e rigorosi protocolli diagnostici e prognostici, unici a livello nazionale.
- In accordo con una vasta ed autorevole letteratura scientifica, la nutrizione artificiale è trattamento assicurato da competenze mediche e sanitarie, in grado di modificare la storia naturale della malattia, calibrato su specifici problemi clinici mediante la prescrizione di nutrienti, farmacologicamente preparati e somministrati attraverso procedure artificiali, sottoposti a rigoroso controllo sanitario ed infine richiedente il consenso informato del paziente in ragione dei rischi connessi alla sua predisposizione e mantenimento nel tempo. La sua capacità di sostenere funzioni vitali, temporaneamente o definitivamente compromesse, ne motiva l'impiego, in ogni progetto di cura appropriato, efficace e proporzionato, compresi quelli esclusivamente finalizzati ad alleviare le sofferenze. In queste circostanze, le finalità tecniche ed etiche che ne

legittimano l'utilizzo definiscono anche i suoi limiti, sul quali può intervenire la scelta informata e consapevole, attuale o dichiarata anticipatamente del paziente e la libertà di scienza e coscienza del medico.

- L'eventuale individuazione della figura del "Delegato/Fiduciario", richiede una puntuale definizione del suo ruolo che si auspica sia di vigilanza sulle applicazioni delle dichiarazioni anticipate, esercitando una funzione di cooperazione con il medico curante ai fine di evitare conflitti tra le due funzioni di tutela dovendo entrambi perseguire il migliore interesse del paziente.
- Va previsto per il medico e per tutto il personale sanitario il diritto all'obiezione di scienza e coscienza rispetto ai contenuti delle dichiarazioni anticipate ciò in forza di quanto già previsto in altri contesti dall'ordinamento giuridico e dallo stesso Codice di Deontologia Medica. Ovviamente per il medico obiettore rimangono gli obblighi deontologici di continuare la sua assistenza fino a quando un altro collega, in un'altra relazione di cura, assumerà quelle volontà.
- Il dispositivo legislativo, nel definire gli ambiti di efficacia giuridica del consenso informato, deve altresì chiaramente prevedere che gli atti commessi o omissi dai medici e dal personale in osservanza delle volontà giuridicamente valide, escluse quelle eutanasiche o di assistenza al suicidio, li esonerano da qualsivoglia responsabilità civile e penale.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene infine indispensabile l'istituzione di un osservatorio Nazionale sui comportamenti e le scelte di fine vita, implementando e diffondendo sul territorio la cultura della cura di fine vita e gli strumenti affidabili e confidenziali di rilevazione dei fenomeni. anche attraverso campagne di informazione del pubblico e formazione del personale, in particolare finalizzate a chiarire gli scopi, i limiti etici e giuridici delle dichiarazioni anticipate.

## Medico a Lourdes

*Anna Luisa Frigo*

Medico a Lourdes è affidarti al tuo esser un buon medico, lasciando appeso nel tuo studio ogni altro titolo, e tener ben sveglia la tua mente, agganciandola al cuore...

Medico a Lourdes è lasciare a casa il tuo camice per indossare appieno il grembiule della misericordia, facendoti compagno di viaggio del corpo e cuore di tanti fratelli...

Medico a Lourdes è lasciare l'ovvio chiarore della lampada del tuo studio e scrutare nel riverbero di una candela fra mille volti l'ombra che si delinea sul volto di qualcuno che ti è affidato...

Medico a Lourdes è startene un po' in disparte ma sempre ben visibile, a vegliare, come sentinella nella notte, e sentirti un po' compagno di Lei che custodisce la Pace nei suoi figli...

Medico a Lourdes è incontrare il sorriso fraterno di colleghi sconosciuti d'ogni lingua e colore e con loro andare dietro al Santissimo esposto con solennità, assaporando, con intensità e gratitudine, la sacralità della vita che ogni giorno ti è affidata...

Medico a Lourdes è contemplare il mistero della sofferenza dell'uomo, così sconfinata e variegata, ma così dignitosamente espressa e contenuta nello sguardo fiducioso alla Madre che accoglie...

Medico a Lourdes è osservare, ascoltare in silenzio, accarezzare, stringere, accogliere, rincuorare...

Medico a Lourdes è accendere un cero per i tanti tuoi pazienti che vorresti avere qui accanto a te e per i qua-

li t'auguri d'essere al ritorno almeno timida fiammella...

Medico a Lourdes è sentire il tuo limite di creatura umana e lasciar sciogliere il tuo cuore nel Magnificat a Chi può davvero guarire...

Medico a Lourdes è sentirti stanco e stremato se non incontri il tempo di metterti in silenzio, davanti alla Grotta, per prenderti cura anche di te...

Medico a Lourdes è vivere con gioia i passi del ritorno al lavoro con il desiderio di farne nel quotidiano ministero di Consolazione...

Medico a Lourdes è attendere, con gioia, di ridire fra un anno "Sì, vengo anch'io!" per rivivere giorni di acqua che disseta e libera, luce che illumina e roccia che ti mette in contatto con ciò che conta...

Medico a Lourdes: vivere il Mistero della Signora, la Madre di Cristo Medico, che qui ha confidato i segreti del Cielo non ad Accademici della salute ma ad una ignorante pastorella...

Medico a Lourdes: come rinunciare?

Medico a Lourdes: perché non provare?



**Patologie immunodepressive ed infettive come possibile background per la realizzazione di neoplasie maligne:**

**cirrosi epatica, insufficienza renale cronica e malattie infettive specifiche vs una popolazione selezionata di controllo.**

**Vasto studio autoptico dal 1997 al 2007.**

**Introduzione ed obiettivi**

L'eminente oncologo britannico Willis definì Neoplasia "una massa anomala di tessuto, la cui crescita eccessiva è scoordinata rispetto a quella del tessuto normale e persiste nella sua eccessività anche dopo la cessazione degli stimoli che l'hanno provocata". La massa tumorale si comporta, quindi, in modo afinalistico, cresce a spese dell'ospite ed è virtualmente anomala.

Il cancro è una patologia multifattoriale, al cui sviluppo concorrono tanto le alterazioni genetiche, quanto le interazioni genoma-ambiente e lo stato immunitario del paziente.

Considerate queste premesse, lo studio da me svolto rappresenta la prima parte di una ricerca molto più ampia, il cui scopo sarà quello di mettere a confronto la patologia neoplastica con altre patologie differenti e, mediante un'analisi bifronte, di evidenziarne le eventuali relazioni. Nel caso particolare, sono state prese in considerazione la cirrosi epatica, l'insufficienza renale cronica e patologie infettive specifiche, scelte per la loro

capacità di indurre un'immunodepressione e, di conseguenza, possibile background per la realizzazione di neoplasie maligne.

**Materiali e metodi**

Gli individui rientrati nello studio sono stati isolati da una casistica di 15.000 autopsie consecutive svolte tra il 1997 e il 2007 presso l'U.C.O. di Anatomia Patologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste.

Le popolazioni oggetto di analisi sono state quattro e, nello specifico:

- la popolazione principale costituita da 1.482 soggetti con cirrosi epatica;
- una popolazione di 432 soggetti con IRC;
- una popolazione di 101 soggetti con patologia infettiva;
- una popolazione di controllo costituita da 1.482 soggetti senza cirrosi, IRC o patologie infettive croniche gravi.

L'introduzione di una popolazione di controllo è stata decisa quando è risultato evidente che il campione di soggetti cirrotici avesse una numerosità tale da meritare un'analisi indipendente. Si è quindi passati alla selezione di tale popolazione di controllo ponendo come unici parametri selettivi una congruente distribuzione tra i due sessi e l'assenza dei fattori di rischio considerati per le altre popolazioni.

Una volta ottenuti i nominativi dei soggetti da esaminare, questi sono stati incrociati con i nominativi di pazienti con reperto citologico, bioptico o autoptico documentante una neoplasia maligna archiviati tra il 1983 e il 2008 presso l'istituto di Anatomia Patologica. In tal modo da ogni popolazio-

ne sono stati estratti solo i soggetti neoplastici, i quali sono diventati, poi, oggetto di questo studio.

Per ogni soggetto neoplastico, quindi, sono stati presi in esame sia il reperto autoptico che tutti gli esami bioptici e citologici, di cui si sia riusciti a trovare traccia. In questo modo si è riusciti ad includere nello studio tanto le neoplasie maligne presenti all'autopsia, quanto le neoplasie maligne pregresse, di cui poteva non esservi notizia nella diagnosi autoptica.

Le neoplasie, presenti e pregresse, sono state quindi divise per istotipo e sono state individuati sei gruppi differenti di neoplasie per ogni popolazione:

- neoplasie epiteliali maligne (carcinomi);
- neoplasie maligne di origine mesenchimale (sarcomi);
- neoplasie maligne della cute;
- neoplasie maligne ematologiche;
- neoplasie maligne del SNC;
- mesoteliomi maligni.

Per ogni neoplasia, presente o pregressa e qualunque fosse l'istotipo, sono poi stati presi in considerazione altri parametri quali la sede, la presenza di infiltrazioni di strutture contigue alla sede d'origine, la presenza di metastasi ed il trend di metastatizzazione (cioè l'eventuale presenza di metastasi linfonodali, metastasi d'organo o entrambe).

Per i pazienti cirrotici e la popolazione di controllo, su cui si è incentrato lo studio, si è poi analizzata la relazione tra neoplasia e morte del paziente.

Visto il cospicuo divario numerico tra queste e le altre due popolazioni, i risultati rilevati per i pazienti con IRC e patologia infettiva sono stati illustrati puramente a titolo esemplificativo.

## Risultati e conclusioni

Nell'analisi complessiva si sono descritte 1.688 neoplasie maligne differenti, di cui 794 per la popolazione cirrotica, 730 per la popolazione di controllo, 126 per i pazienti con IRC e 38 per i pazienti con patologia infettiva.

Effettivamente, quindi, i pazienti con cirrosi epatica presentano una frequenza di neoplasie maligne maggiore rispetto quella della popolazione di controllo e tale dato è risultato essere statisticamente significativo con  $p < 0,05$ . Per ogni neoplasia si è andati ad analizzare, inoltre, i trends infiltrativi e metastatici e si è rilevato che le neoplasie della popolazione di controllo dimostrano una tendenza maggiore ad infiltrare i tessuti circostanti e a dare metastasi.

Pertanto, pur riconoscendo la necessità di integrare quanto finora esposto con la valutazione dei tempi di sopravvivenza e con i risultati dell'analisi bifronte, possiamo comunque affermare che la cirrosi epatica sembra causare un effettivo aumento delle neoplasie riscontrabili ma, allo stesso tempo, i trends di diffusione di tali neoplasie risultano maggiori nella popolazione di controllo. L'ipotesi più ragionevole per spiegare quanto rilevato sembra da ricollegare all'estrema gravità della patologia di base nel paziente cirrotico, che lo porterebbe a morte prima di dare tempo alla patologia neoplastica di svilupparsi. Infatti solo il 17% dei cirrotici muore a causa della neoplasia contro il 33% dei controlli e la prima causa di morte nel cirrotico è, appunto, l'insufficienza epatica.

Essendo il dato autoptico un dato puntiforme si rimanda la verifica di quanto esposto al proseguo della ricerca qui iniziata.

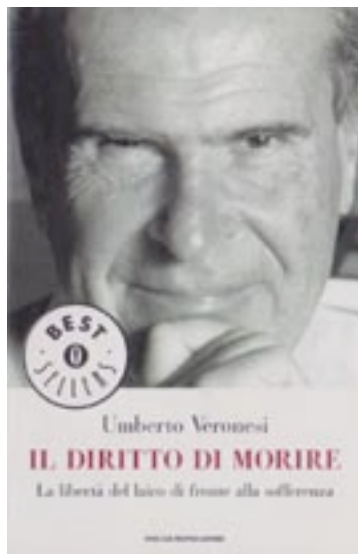
**Umberto Veronesi**  
**Il Diritto di morire - La libertà del laico di fronte**  
**alla sofferenza,**  
*Mondadori, 2005*

Si fa leggere d'un fiato, in uno slalom fra mistero della morte, eutanasia nella società moderna, l'insostenibile solitudine del dolore, le ipocrisie del non fare, la sacralità e la dignità della vita.

Uno scritto che in parte stupisce per l'attenzione posta nel "prendersi cura" da parte di chi ha molto "curato". Il punto di vista è sicuramente laico e va detto che il libro risale al 2005, quindi edito in tempi assolutamente non sospetti e non condizionati dai fatti di cronaca che tutti ricordiamo.

Lucida la visione sull'accanimento/abbandonismo terapeutico che non può prescindere dai desideri del Paziente a patto che questi siano il frutto di una onesta informazione da parte del medico.

Ben si riassume nella citazione di Lucio Anneo Seneca: "l'Uomo saggio vive finchè deve, non finchè può".



**Ignazio Marino**  
**Nelle tue mani - Medicina, Fede, Etica e Diritti**  
*Einaudi, 2009*

Molte riflessioni e pagine di medicina narrativa filtrate da una lunga esperienza, in gran parte vissuta oltreoceano, e da una consistente serie di ricordi personali che aiutano a discutere i temi del titolo del libro, con un pregio, quello dell'esperienza, ed un difetto, quello della specializzazione. Infatti gli aneddoti riguardano spesso episodi di un centro trapianti ove l'obiettivo terapeutico riconosciuto mal si coniuga con problemi quali accanimento e desistenza terapeutica, il tutto in un ambiente medico quale quello statunitense molto, molto lontano anche dal nostro modo di "fare il medico" ed "essere medico". Non estraneo al recente impegno politico. I diritti d'autore del libro sono devoluti a Imagine Onlus no profit impegnata in progetti umanitari in paesi in via di sviluppo e in attività di sensibilizzazione all'etica in medicina.



Mihael Georgiev

**CHARLES DARWIN**

**OLTRE LE COLONNE D'ERCOLE**

**Protagonisti, fatti, idee e strategie  
del dibattito sulle origini e  
sull'evoluzione**

Pietro Gribaudo Editore, 2009

*Che sia un libro di parte è certo, ma è un libro da leggere.*

*Da leggere perché propone a ritmo serrato, con numerose citazioni, il lungo percorso di idee del pensiero occidentale su uno degli argomenti più affascinanti e misteriosi: quello delle origini e dell'evoluzione.*

*L'autore sostiene l'idea del Progetto Intelligente, proponendo una possibile via convergente tra teorie scientifiche e Bibbia.*

Durante il lungo viaggio con la nave Beagle, Charles Darwin fece osservazioni e raccolse reperti che sfidavano le conoscenze, il credo comune, l'ignoto e il futuro. La teoria che in seguito formulò ha avuto un impatto senza precedenti nella storia intellettuale dell'Occidente sulla scienza, la filosofia, la cultura ed il senso comune. Ma le grandi idee portano a reazioni e opposizioni altrettanto grandi. L'opera di Darwin è stata subito contestata e le controversie non sono mai cessate, per trasformarsi, negli ultimi decenni, in un dibattito acceso a globale.

Duecento anni dopo la nascita del grande naturalista e 150 anni dopo la pubblicazione del suo capolavoro **L'origine delle specie**, questo saggio porta il lettore in un nuovo e affascinante viaggio, alla scoperta delle radici, la natura e la storia del dibattito sull'evoluzione.

Una ricca raccolta di materiale, in gran parte inedito in lingua italiana, mette il lettore a contatto diretto con i protagonisti, le idee. Le ricerche e le strategie delle diverse parti della controversia, in un prospettiva ampia, che comprende 3000 anni di storia della civiltà

occidentale.

Un viaggio intellettualmente stimolante che allo stesso tempo tocca le domande più profonde. Chi siamo, da dove veniamo, dove andiamo.

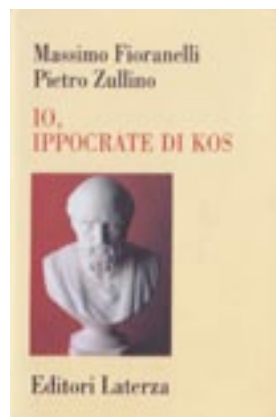
**MIHAEL GEORGIEV**, di Sofia (Bulgaria). Nel 1971 ha lasciato la Bulgaria e dopo un soggiorno negli Stati Uniti, nel 1973 si è stabilito definitivamente in Italia. Laureato in Medicina e Chirurgia all'Università La Sapienza di Roma. Ha pubblicato testi medici specialistici e scientifici, tradotti in diverse lingue, tra cui **Il mistero delle origini**, Ecclesie Domus, 2008. Dal 2006 è membro del Centro di Malattie Vascolari dell'Università di Ferrara.

Dal 2002 collabora con AISO (Associazione Italiana Studi sulle Origini), della quale è vicepresidente e caporedattore del sito internet [www.origini.info](http://www.origini.info)



**Massimo Fioranelli e Pietro Zullino**  
**Io, Ippocrate di Kos**  
 Laterza, 2009

Un medico ed un giornalista fanno rivivere, per chi ha qualche o molti capelli bianchi, in una sorta di "intervista impossibile" Ippocrate di Kos che appare quanto mai attuale, combattuto da problemi nei secoli mai diversi, con attenzione a dettagli storici ma anche a curiosità mediche e spunti quasi comici " l'intervento era riuscito, disse il chirurgo, e partecipò compunto ai funerali " ed altri assolutamente attuali "la crudeltà di non oppiare il paziente", Da un medico per medici, ma anche per gli Altri.



**Giorgio Graziati**  
**ORIGINI ED EVOLUZIONE**  
**DELL'ORTOPEDIA,**  
**DELLA TRAUMATOLOGIA**  
**E DELLE SCIENZE AFFINI**  
 Edizioni della Laguna, 2009

**Ippocrate** (460-377 a.C.), **Galeno** (131-201 d.C.), **Nicolas Andry** (1658-1742), **Alessandro Codivilla** (1861-1912), **Vittorio Putti** (1880-1940), **Francesco Delitala** (1883-1983) sono i nomi più noti di coloro che crearono, trasformarono, modernizzarono e resero l'ortopedia una vera e propria scienza, una specialità chirurgica a sé stante.

La clinica e la chirurgia ortopedica, lente nel progredire nelle epoche greca, romana e medioevale, hanno iniziato il loro progresso autonomo rispetto agli antichi insegnamenti all'epoca dell'Illuminismo, grazie all'avanzamento degli studi sull'anatomia e sulla fisiologia. Solo da 150 anni a questa parte, con l'avvento dell'asepsi chirurgica, l'introduzione dell'anestesia e l'invenzione della radiologia, si sono potuti apprezzare nella chirurgia generale e ovviamente anche in quella ortopedica, dei salti evolutivi ragguardevoli: le diagnosi si sono fatte più raffinate e più esatte, la terapia più rapida ed efficace, in conseguenza di ciò le prognosi risultano più

benigne. Lo studio dell'evoluzione della scienza ortopedica riveste una fondamentale importanza non solo nell'educazione dello studente che intenda specializzarsi in ortopedia, ma anche nell'integrazione culturale dei professionisti del settore. La comunità ortopedica ha il dovere di conoscere le fasi evolutive e le difficoltà affrontate e superate da coloro che hanno fatto progredire la nostra specialità nel corso degli anni.

**"Solo mettendo in luce il passato si può comprendere il presente"**, scriveva Goethe nel suo "Diario" nel 1811; quasi a riprendere la considerazione del grande padre della cultura europea, Vittorio Putti nella presentazione del fascicolo del ventennale (1917-1937) della Rivista dell'Istituto Rizzoli, si esprimeva in questi termini: **"...per gustare pienamente le conquiste della scienza, bisogna saperle ricongiungere alla loro origine storica, bi-**



***sogna considerarle cioè alla stregua degli sforzi che esse hanno costato agli uomini che nel corso dei secoli hanno lottato per scoprire un poco del mistero della natura e per dare alla materia ordine e sostanza che bastino a dirigere e promuovere il lavoro dei posteri”.***

Dall'ormai lontano 1937 l'ortopedia e la traumatologia hanno assunto un ulteriore diverso orientamento. L'ortopedia allora era limitata alla diagnosi e cura della tubercolosi osteo-articolare, delle paralisi e delle deformità congenite ed acquisite della colonna, dell'anca e del piede; la traumatologia si riduceva alla cura di un limitato numero di casi di fratture e lussazioni conseguenze del lavoro dei campi, dell'ambiente domestico, delle prime industrie e dei campi di battaglia. Nel frattempo sono sorte grandi cliniche a Roma, Napoli, Firenze, Torino, Padova, Genova e nel dopoguerra si sono inaugurate altre cliniche universitarie; in seguito città di minore rilevanza si sono dotate di reparti ortopedici ed il numero di specialisti è aumentato velocemente. I sanatori che accoglievano i tubercolotici cronici sono diminuiti di numero e hanno cambiato la loro funzione d'uso. Il libro di Luigi Bader: *“Genesi ed evoluzione dell'ortopedia in Italia”*, uscito nel 1962 per i tipi della Editrice Liviana di Padova, ci offre un quadro in decisa evoluzione. Debellata o quasi, la tubercolosi, ridotta ai minimi termini l'incidenza della poliomielite, sono aumentati in proporzione inversa gli incidenti stradali, sportivi, casalinghi, quelli sul lavoro e differenti sono le esigenze dei pazienti: lo sciatalgico non vuole la ferita di 10 cm ed il busto gessato, il fratturato vuole guarire senza che gli sia applicato il gesso, il coxartrosico non si accontenta più di un'osteotomia, il meniscectomizzato pretende di riprendere a correre dopo poche settimane.

Una seconda metamorfosi si è verificata, l'ortopedia è diventata una scienza a più ampio respiro, con orizzonti più vasti, con limiti più sfumati, talvolta tanto sfumati da invadere

altre specialità chirurgiche - il neurochirurgo, il reumatologo, il fisiatra accompagnano sempre più da vicino la nostra opera e spesso collaborano per la diagnosi e la terapia dello stesso paziente.

Oggi sono sempre più rari i chirurghi ortopedici che affrontano indistintamente una frattura della tibia e una correzione del piede torto; la tendenza è quella di specializzare il singolo ortopedico verso un solo particolare tipo di chirurgia. In seno ad una singola équipe vi è chi si dedica esclusivamente all'artroscopia, un altro alla protesizzazione, un altro ancora all'osteosintesi. In effetti, il chirurgo ortopedico che si occupa delle malattie dell'apparato locomotore del bambino non sempre può trattare altrettanto bene la lesione meniscale poiché per quest'ultimo tipo di lesione (come del resto per ogni altro tipo di malattia) occorre un'esperienza e un tempo cui dedicarsi e soprattutto la disponibilità di strumentazione sempre più sofisticata e la presenza di personale altamente specializzato: condizioni di difficile realizzazione nei diversi ospedali e cliniche. D'altro canto non esistono più maestri che trattano differenti argomenti di patologia articolare ed ossea, pubblicano nuove tecniche ortopediche inerenti a differenti distretti anatomici e illustrano nuove malattie, ora vi sono singoli autori o addirittura singole scuole che si interessano soltanto di argomenti estremamente specifici.

In queste nuove condizioni ci vediamo costretti a ridisegnare l'albero di Nicolas Andry dando un nome ad ogni ramo principale, da ognuno dei quali vanno divergendo altri rami con altre destinazioni, tutte figlie o nipoti del tronco principale. Non è facile seguire esattamente l'evoluzione delle diverse correnti di pensiero, delle varie tendenze, del progredire dei singoli capitoli della chirurgia ortopedica; è però assolutamente utile, anzi necessario, rivedere le divergenze dei vari

rami in cui l'albero è andato espandendosi per renderci conto dello stato dell'arte della nostra specialità chirurgica. Il processo che mi sembra più appropriato in questa direzione è quello di riconoscere i meriti di ciascuno dei personaggi che si sono occupati della diagnosi e della terapia delle malattie dell'apparato locomotore nei vari periodi con cui si suole suddividere la storia.

Questo è stato il motivo che mi ha spinto ad affrontare la storia dell'ortopedia, la scienza a cui ho dedicato tanta parte della mia vita, che ho amato, coltivato e che continuo a studiare. Lo farò dando risalto particolare a quanto è stato fatto da medici e ortopedici del nostro Paese senza trascurare il notevole merito degli autori stranieri.

Ma come impostare il mio lavoro? Descrivere le scoperte e le invenzioni fatte nelle varie epoche della storia (egizia, greca, romana, medioevale, rinascimentale, illuministica, ecc.)? Dare risalto alla storia delle varie malattie lungo il decorso dei secoli? Rivedere e descrivere la storia della patologia e terapia di un singolo organo o elemento scheletrico? Raccontare quando e come sono stati introdotti i nuovi metodi chirurgici, le nuove invenzioni, i nuovi strumenti? Descrivere come e quando la biomeccanica, la fisioterapia

e le altre scienze affini hanno contribuito allo sviluppo della nostra specialità? Cercare di coordinare tutti questi criteri è un impegno complesso. Cercherò di farlo nelle pagine seguenti sperando di guadagnarli l'interesse e l'approvazione di chi si sarà dato la pena di seguirmi.

**Giorgio Graziati**, nato a Padova il 22 marzo 1931, si è laureato presso l'Università di Padova nel 1956, assistente e poi aiuto presso la Clinica ortopedica di Padova diretta dal prof. C. Casuccio.

Nel 1977 ha assunto il primariato della divisione ortopedica dell'Ospedale di Gorizia ove rimase fino al 1994, data del suo ritiro dall'attività ospedaliera.

Ha pubblicato 56 lavori scientifici, in modo particolare dedicati alle malattie congenite, alla paleopatologia e alla biomeccanica.

È stato correlatore con L. Vecchini al 59° Congresso della S.I.O.T. a Cagliari nel 1974 sul tema *"Le endoprotesi articolari dell'arto superiore"*. Ha pubblicato le seguenti monografie: *"La cura chirurgica dell'artrosi del ginocchio"* con F. Vigliani e R. Scapinelli, Piccin ed., Padova, 1967, *"Compendio di bioingegneria dell'apparato locomotore"* Ciba ed., 1993, *"Nursing in ortopedia"* Nettuno ed. Verona, 1994 e, nel 2000, *"Il libro dei Segni"* S.B.M., Noceto (Parma).

**Direttore responsabile:**

Dr. Adriano Segatori

**Comitato di redazione:**

Il Consiglio dell'Ordine

**Presidente:**

Dr.ssa Roberta Chersevani

**VicePresidente:**

Dr. Albino Visintin

**Segretario:**

Dr. Fulvio Calucci

**Tesoriere:**

Dr.ssa Liliana Foghin

**Consiglieri:**

Dr.ssa M.Cristina Carloni

Dr. Antonio Colonna

Dr. Dario Franchi

Dr.ssa Monica Massi

Dr.ssa Pierina Revignas

Dr.ssa Claudia Sfiligoi

Dr.ssa Leila Tomasin

**Commissione Albo Odontoiatri:****Presidente:**

Dr.ssa M. Gemma Grusovin

**Componenti:**

Dr. Tassilo Del Franco

Dr. Bruno Grapulin

Dr.ssa Monica Massi

Dr.ssa Claudia Sfiligoi

**Collegio dei Revisori dei Conti:****Presidente:**

Dr. Lucio Medeot

**Componenti effettivi:**

Dr. Paolo Cappelletto

Dr. Pierluigi Ceccarello

**Componente supplente:**

Dr. Giorgio Peratoner

**Proprietario:**

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia

*Per gli iscritti all'Ordine***Consulenza fiscale****Dott. Vittorio Gradenigo**

P.zza Vittoria 41, 34170 Gorizia

Tel. 0481 534787 / Fax 0481 30111

E-mail egoserv@tmedia.it

**Consulenza legale****Avv. Alberto Tofful**

Via Morelli 34, 34170 Gorizia

Tel. 0481 33367 / Fax 0481 34778

E-mail altofful@tin.it

**Avv. Rossanna Gregolet**

Via IX Giugno 103, 34074 Monfalcone

Tel. 0481 412414 / Fax 0481 419490

E-mail rgregolet@tiscalinet.it

**Segreteria: Orari di apertura al pubblico**

lunedì: 10.00-14.00

martedì: 10.00-13.00 16.30-19.00

mercoledì: 10.00-14.00

giovedì: 10.00-14.00 16.30-19.00

venerdì: 10.00-13.00

www.ordinemedici-go.it

e-mail: ordmedgo@libero.it

tel. 0481 531440 fax 0481 534993

Dicembre 2009

copia omaggio

anno 9 n. 2

n. 300 del Registro dei Periodici

iscritto al Tribunale di Gorizia

Periodico quadrimestrale distribuito a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Gorizia e a tutti gli Ordini d'Italia. È organo ufficiale di stampa dell'Ordine e pertanto le notizie pubblicate hanno carattere di ufficialità e di avviso per tutti i colleghi. Le richieste di pubblicazione o di comunicazione di congressi e manifestazioni devono pervenire all'Ordine almeno due mesi prima della data di pubblicazione. I colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli sono pubblicati a giudizio del Comitato di Redazione.

AVVERTENZA: il Bollettino tratta una materia di interesse professionale riportando argomenti e fatti che potrebbero determinare in coloro che sono estranei alla categoria degli apprezzamenti non equilibrati. Il Bollettino è scritto per gli iscritti agli Albi, non è quindi una pubblicazione per sale di attesa. Gli articoli firmati non comprendono la responsabilità degli altri componenti il comitato di redazione.