Bollettino ,

n. 2 /2011

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Gorizia



Editoriali dei presidenti

Studi sporchi, vetusti, che non vedono pittura fresca da decenni.

Armadietti metallici arrugginiti e scrostati.

Orari di ambulatorio non corrispondenti alla presenza del medico.

Difficoltà per le visite a domicilio.

Pazienti ricusati. Pediatri nervosi e piccoli pazienti consequentemente terrorizzati.

Anziani che vagano dal CUP al Centro Prelievi, per poter prenotare ed evitare di doversi presentare in orari antelucani. INR alterato e nessuno che possa correggere la terapia.

Richieste di esami ritenuti importanti prenotate a 2-3 mesi. Spiegazioni sgarbate.

Dimissioni non protette.

Consensi informati che si traducono in mera burocrazia, con richiesta di firma, veloce, su un pezzo di carta non letto.

Sono alcune delle segnalazioni verbali che ho raccolto.

Dove sono la dignità, il decoro, il dialogo, l'alleanza terapeutica, la centralità del paziente, la sensibilità del professionista della salute?

Dice giustamente il prof. Giorgio Cosmacini (in ETICA DEL MESTIERE DI MEDICO: IERI, OGGI DOMANI, Prato, 11 Dicembre 2010): "Gli assistiti di oggi, diversamente dai loro simili di mezzo secolo fa, sanno che la medicina, generale e specialistica, mette a loro disposizione grandi risorse, che essi caricano di legittime attese e anche di giuste pretese, fondate le une sul bisogno, le altre sul diritto. Essi, talora o sovente, ritengono che i bisogni ed i diritti possano e debbano essere esauditi tutti all'interno di una tecnologia di adeguato livello: al contrario, non poche attese e pretese possono e devono trovare soddisfazione all'interno di un'antropologia relazionale di livello altrettanto adeguato, cioè all'interno di un rapporto che l'odierna crisi professionale rischia di impoverire".

Roberta Chersevani

Cari Colleghi,

Ci stiamo avvicinando all'estate e la mia speranza era di poterVi dare risposte chiare a una serie di quesiti le cui interpretazioni non hanno fine. Purtroppo almeno al momento, come per tutte le fiabe, fatta una legge, l'interpretazione (fantasia italica), ha libero sfogo.

Con la Legge Delega per la riforma degli Ordini delle Professioni sanitarie, si dovrebbe dare agli Ordini stessi, maggiori strumenti per l'applicazione del Codice Deontologico e la pubblicità sanitaria rientrerebbe tra i temi che dovranno essere chiariti in maniera inequivocabile.

Al momento desidero richiamare i Colleghi all'attenzione, per quanto concerne le prestazioni gratuite pubblicate nelle più svariate modalità, che non possono essere considerate rispettose del nostro Codice, siamo una professione intellettuale e non commercio-concorrenziale. Cerchiamo di essere onesti con noi stessi: quando riteniamo che per necessità si possa venire incontro al paziente, lo facciamo, ma ciò ha un aspetto umano e non andiamo a pubblicizzarlo su magliette, foglietti o quant'altro. La pubblicità informativa, come nella legge 248/2006, che tradotta nel nostro Codice Deontologico equivale a pubblicità dell'informazione, significa che: l'iscritto all'ordine non può fare pubblicità commerciale (né promozionale - né comparativa). (A tal proposito desidero anticipare che a settembre a Udine, si terrà un Congresso sulla Pubblicità Sanitaria).

Ci si potrebbe spingere a scrivere un trattato sulle situazioni non troppo trasparenti, che riguardano questo campo; pregherei quindi i Colleghi di contattare l'Ordine, prima di attivarsi con iniziative, che potrebbero non essere rispettose della deontologia medica. Vi assicuro che la CAO non ha nessun desiderio di fare l'investigatore per poter sanzionare, anzi, ci si auspica sempre che ognuno nel Suo piccolo o grande desideri il rispetto per il lavoro che conduce e per la Sua professionalità e ciò lo si ottiene con un lavoro generoso legato ai nostri principi morali che coabitano in noi tutti.

Ritengo doveroso aggiungere un chiarimento giuntoci dalla regione in merito alla sostituzione del titolare della struttura semplice (D.G.R. n. 3586/2004), dove si dichiara che il professionista in necessità di sostituzione, per gravidanza, malattia o altro, può"ricorrere alla sostituzione o alla collaborazione occasionale di colleghi"... "senza la necessità di attivare il procedimento per la modifica dell'atto autorizzativo. Un tanto, a condizione che di volta in volta gli stessi comunichino alla competente Azienda per i servizi sanitari i periodi di sostituzione e il nome del sostituto o quello del collaboratore occasionale e dichiarino, altresì, sotto la propria responsabilità, che detti professionisti sono in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente- come previsto dal requisito n. 1 delle tabelle contenute nell'allegato n. 2 della D.G.R. n. 3586/2004 – e sono edotti dell'obbligo di svolgere l'attività professionale in conformità a tutti i requisiti autorizzativi inerenti la struttura."

Tutti i documenti che possono interessare per la professione saranno inseriti nel sito dell'Ordine.

Spero che alla prossima puntata, potrò darVi qualche concretezza in più, per ciò che riguarda le autorizzazioni e non solo.

Buone vacanze a Voi e alle Vostre Famiglie

Aldo Bressanutti, pittore e incisore, nasce a Latisana nel 1923, vive e lavora a Monfalcone. Inizia a dipingere giovanissimo; del tutto autodidatta, riprende definitivamente l'attività pittorica nel 1947, realizzando sia opere di ispirazione narrativa che lo rendono fin dagli inizi molto popolare, sia, subito dopo, lavori di gusto surreale. Nel corso della sua vita ha esposto in numerose rassegne personali e collettive in Italia, Inghilterra, Germania, Canada, Australia, Spagna. Le sue opere si trovano in collezioni private, in musei e in enti e istituzioni in Italia e all'estero.

"Dotato di grande talento e di verve espressiva del tutto personale, Bressanutti ha creato," come u

nel corso della sua lunga attività pittorica, un universo in bilico tra realtà autentica e onirica, mostrandosi capace di coniugare l'indagine del reale con il sogno metafisico e surreale e con la tenerezza del ricordo, celata dietro cenni ludici e ironici.

Ogni sua opera è infatti venata da un'ironia più o meno accentuata, che accompagna soprattutto la produzione surreale ma, nel ritrarre la realtà - in questo caso i memorabili interni - la pennellata si tinge sovente di una sfumatura poetica, non dichiarata ma latente, che si addolcisce in un originale racconto declinato dal pittore come un apparente divertissement. In real-

tà, accanto al colorato e vivace lirismo, si coglie anche una vena malinconica, quasi che il brillante cromatismo e il paradosso a volte grottesco vogliano mascherare il ricordo, per esorcizzare memorie e contesti dolorosi...

Pittore sensibilissimo, Bressanutti traccia, in particolare nei suoi interni, un velo costante di intimismo e di gioco."

Marianna Accerboni

Sito internet ufficiale:

www.bressanutti.com

Aldo Bressanutti, *Autoartrite*, 2002

In copertina:

Aldo Bressanutti, *Sala d'aspetto*, 1994 In 4^a di copertina:

Aldo Bressanutti, *La stanza del bambino*, 1995



Medici europei a confronto per una integrazione formativa e specialistica

di Walter Gatti

"Un incontro significativo perché si inserisce nel vasto lavoro di ricerca di un nuovo paradigma medico": con queste parole Maurizio Benato ha aperto a Brioni il worskhop "La formazione del medico: Croazia, Slovenia e Italia a confronto", un simposio che ha visto il dialogo multiculturale tra medici, accademici e istituzioni delle tre nazioni confinanti dell'Alto Adriatico. Promosso dalla FNOMCeO e dalla Federazione degli Ordini del Friuli (Trieste, Udine, Gorizia e Pordenone), il meeting ha visto tre differenti sessioni, moderate da Roberta Chersevani e Claudio Pandullo, offrire un quadro di affinità e differenze negli accessi universitari, negli esami di stato e nei sistemi di educazione continua, prima di un dibattito finale a cui han preso parte tutti i relatori, tra cui Piero Cappelletti, presidente OMCeO di Pordenone e direttore dell'IRCCS di Aviano e Roberto **Leonardi**, direttore generale delle risorse umane del Ministero della Salute.

Il parterre dei partecipanti e dei relatori ha confermato il prestigio dell'evento, con le presenze di Hrvoje **Minigo**, Presidente della Camera dei Medici della Croazia, Dusan **Suput**, in rappresentanza delle facoltà di medicina della Slovenia, Gordana **Kalan Živec**, Presidente della Camera dei Medici della Slovenia, Tatjana **Jeren**, Presidente della Commissione per l'educazione in medicina della Croazia, Marija **Pederin**, del Ministero della Sanità della Croazia, Sven **Seiwerth**, Direttore della Facoltà di Medicina dell'Università di Zagabria.

Stati confinanti, di differente storie geo-politiche e tradizioni mediche. Certamente i numeri dei tre sistemi professionali sono diversi



come dimostrato dalle cifre offerte dai croati Nada Cikes (nelle quattro università di Zagabria, Osiek, Fiume e Spalato arrivano annualmente 900 richieste di iscrizione) e Hrvoje Minigo che ha indicato in 18.090 i medici attualmente esercitanti la professione in Croazia, guando in Italia, come mostrato da Ezio Casale, presidente OMCeO di Chieti, il numero programmato per il 2010-2011 è stato di 9527. Numeri diversissimi che significa organizzazioni accademico-sanitarie probabilmente non confrontabili, ma sostanziale equivalenza nei piani formativi: i sei anni di formazione sono pressoché standard (con alcune differenze tra formazione clinica e preclinica), e comprendono quasi sempre conoscenze di etica e deontologia, di comunicazione al paziente e in team, di salute pubblica. Estremamente diversi, invece, gli accessi alla professione. Marija Pederin, del ministero della salute della Croazia, ha illustrato ad esempio il sistema del patrocinio, che obbliga i laureati a dodici mesi di tirocinio prima dell'esame di stato obbligatorio. La situazione slovena si è mostrata particolarmen-

te interessante e regolata: Gordana Kalana Zivcec, illustrando i numeri della medicina slovena (5219 medici e 1330 dentisti), ha precisato che i medici di famiglia del paese hanno la necessità di conseguire la specializzazione in medicina generale (e chi era medico di famiglia da prima di questo decreto ha dovuto adequare la sua preparazione con una serie di esami). Il suo collega Matija Horvat ha ripercorso la storia che dal 1992 attribuisce alla Camera dei Medici l'assoluta responsabilità della formazione dei medici sloveni: qui sono necessari 75crediti all'anno per esercitare la professione, ed è una norma stringente a tal punto che "il nostro ministro del lavoro è un medico, ma non lavora in ambulatorio e non si aggiorna ed è ormai risaputo nel nostro Paese che non avrà il rinnovo della licenza professionale". Allo stesso modo nella vicina Croazia il sistema dei crediti professionali è fissato in 120-annui e (come sottolineato da Minigo) recentemente "59 medici che non hanno assommato il numero standard i crediti hanno dovuto rifare un percorso formativo obbligatorio, in quanto rischiavano di vedersi bloccare l'esercizio della professione".

A confronto con sistemi formativi e professionali di dimensioni sensibilmente più leggere, il sistema italiano - così come mostrato da Ezio Casale, Paolo Livrea e Luigi Contemostra alcuni limiti di dimensione e struttura, ma conferma il suo essere in movimento per cercare equilibrio, efficacia ed adequamento ad una realtà che cambia. Così Livrea ha sottolineato le criticità dell'attuale esame di

Stato che giunge dopo un tirocinio inadequato (3 mesi), un'insufficiente tipologia di test, un esame non selezionante, incapace soprattutto di misurare le reali capacità di rapportarsi al malato. Presentando l'educazione continua in Italia, Luigi Conte ha offerto un quadro di cui accreditamento dei provider, dossier formativi individuali e ambiti formativi sono i cardini del sistema Ecm, nel quale si cercherà di giungere a sistemi "premianti" invece che a logiche "punitive". Il workshop, che ha occupato la mattinata di sabato 14 maggio, nel suo fornire elementi di reciproca conoscenza (come già era avvenuto con il simposio transnazionale di **Bolzano**), ha permesso l'inizio di un dialogo tra Ordini, Università e Istituzioni, confermando la necessità di percorrere insieme quelle strade che renderanno più agevole rapportarsi al resto dell'Europa nel momento in cui vanno ad essere eliminate le barriere per la circolazione di medici e pazienti. In questo senso è stato giudicato da tutti i relatori estremamente utile il dialogo





sulle possibilità formali e normative di Croazia, Slovenia ed Italia ad accogliere un interscambio di medici in formazione specialistica, nel rispetto dei reciproci piani formativi. Non a caso, al termine dei lavori, si è tenuta la breve, ma significativa cerimonia della firma dei due protocolli: quello d'intesa, rivolto al riconoscimento reciproco dei crediti Ecm e quel-

lo d'intenti, che punta a favorire l'effettivo scambio di medici specializzandi. Ad apporre le firme, per le rispettive Federazioni, sono stati Gordana **Kalan Zivcec**, Maurizio **Benato**, Hrovje **Minigo** (nella foto: i tre firmatari dei protocolli). Con l'invito, da parte di Luigi **Conte**, a partecipare a **Udine** nel prossimo autunno al convegno internazionale proposto da **FNOMCeO** sulla figura sempre più cangiante dello specialista europeo.







TINVATSKA SLOV

Formazione del medico - Croazia, Slovenia e Italia a confronto

BRIONI -14 maggio 2011 PROTOCOLLO DI INTESA su

Reciproco riconoscimento di crediti ECM

tra **CROAZIA** - Hrvatska Liječnička Komora **SLOVENIA** - Zdravniška Zbornica Slovenije

ITALIA - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO)

PREMESSA

L'accordo stipulato in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 5 novembre 2009 Rep. atti n. 192, approva il documento recante "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina" che definisce le norme regolamentari per attivita realizzate all'estero e per le attività cosiddette transfrontaliere;

Premesso che con Decreto legislativo 229/'99 l'Italia ha reso obbligatoria per i professionisti della salute la formazione continua ai fini dell'esercizio dell'attivita professionale e che

gli ordinamenti di Croazia e Slovenia prevedono per i loro professionisti l'acquisizione di crediti quale strumento di valutazione per l'avvenuta partecipazione ad attivita formative e di aggiornamento professionale;

Considerato che la FNOMCeO e gli organismi rappresentativi della professione medica di Croazia e Slovenia si impegnano a vigilare sulla qualità degli eventi al fine di garantire l'appropriatezza dei percorsi formativi;

Considerato che per quanto riguarda in particolare l'Italia, sono ammesse le seguenti tipologie di attivita formativa realizzate all'estero:

- Formazione residenziale;
- · Formazione residenziale interattiva:
- Stage presso strutture ospedaliere, università, strutture di ricerca (istituzioni riconosciute);
- attività di ricerca:

- Docenza in ECM;
- · Tutoring.

Sentita per la **Croazia** la **Hrvatska Liječnička Komora**

Sentita per la Slovenia la Zdravniška Zbornica Slovenije

Sentita da parte della FNOMCEO -Italia la Segreteria nazionale ECM

Si conviene e si stipula il seguente protocollo per il reciproco riconoscimento dei crediti per l'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA:

- 1.I crediti erogati dal sistema ECM Nazionale in Italia vengono riconosciuti ai professionisti medici di Croazia e Slovenia attraverso la registrazione da parte dei rispettivi Ordini professionali.
- 2. I crediti formativi acquisiti dai professionisti medici italiani presso gli Stati di Croazia e Slovenia sono riconosciuti dai rispettivi Ordini provinciali di appartenenza sulla base di quanto stabilito dall' accordo Stato-Regioni del 1.07.2007 Cap. "Tipologia dei crediti da acquisire" e "Registrazione dei crediti formativi", richiamato in premessa e successive determinazioni della Commissione nazionale per la formazione continua.
- 3. Le modalità in base alle quali viene realizzato il processo di riconoscimento sono riportate nell'Allegato 1 che f parte integrante del presente documento.

la Hrvatska Liječnička Komora rappresentata dal Dott. Hrvoje Minigo, nominato

F

La Zdravniška Zbornica Slovenije rappresentata dal Dott; Gordana Kalan Živčec, nominato

E

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO-Codice fiscale 02340010982) rappresentata dal dott. Amedeo Bianco, nominato

Allegato 1

Le strutture organizzatrici di eventi (per l'Italia provider accreditati presso la CNFC o da

Regioni /Province autonome) rilasciano ai partecipanti l'attestazione della partecipazione con esito positivo all'evento contenente il relativo numero dei crediti.

L'attestazione dovra contenere:

- i dati anagrafici del partecipante e l'Ordine provinciale/nazionale di iscrizione.
- gli estremi dell'organizzatore dell'evento;
- se accreditato, da un organismo nazionale/regionale, il numero dell'evento; Sarà cura del professionista depositare l'attestato presso il proprio Ordine provinciale/nazionale.

L'organizzatore dell'evento (provider) dovra:

- A) garantire il controllo della effettiva partecipazione degli operatori alle attività ECM attraverso modalità varie (firma di frequenza, verifiche elettroniche di ingresso/uscita dalla sede di formazione, scheda di valutazione dell'apprendimento firmato dal partecipante, etc;);
- B) valutare la qualità percepita dai partecipanti relativamente a ogni evento o programma mediante una scheda standard anonima che includa, tra l'altro, specifiche domande su:
 - la rilevanza del programma rispetto ai bisogni formativi e al ruolo professionale;
 - la qualità formativa del programma e dei singoli docenti;
 - l'efficacia della formazione ricevuta rispetto agli obiettivi formativi;
 - la qualita dell'organizzazione e i tempi
 - la percezione di interessi commerciali nell'evento o nel programma
- C) valutare l'apprendimento dei singoli partecipanti nelle diverse forme possibili, in itinere e alla fine dei programmi (quesiti a scelta multipla o a risposta aperta, esame orale, esame pratico, produzione di un documento, realizzazione di un progetto, etc.).





FNOMCeO Approvati a Kos i principi europei di etica medica

Redazione FNOMCeO Web - 13 maggio 2011

Tutto a Kos ricorda il suo figlio più celebre, Ippocrate, padre della medicina scientifica, iniziatore di quell'atteqgiamento etico che i medici di tutto il mondo gli riconoscono. Che il Consiglio degli ordini europei dei Medici, la Ceom, abbia scelto proprio Kos per approvare la propria carta dei principi etici, non è cosa di poco conto. C'è il simbolismo, c'è l'aurea del leggendario padre ispiratore, c'è una disponibilità particolare da parte di tutti i delegati, nelle giornate appena vissute. Giornate che hanno una piccola radice, italiana, se è vero che la proposta che le delegazioni dei medici europei potessero ritrovarsi in guesta piccola isola dell'Egeo, è venuta proprio da Amedeo Bianco, presidente della FNOMCeO, al termine del simposio di Sanremo 2010.

IL VOTO UNANIME ALLA "CARTA EUROPEA"

Quattordici delegazioni in rappresentanza di altrettanti paesi, a cui si sono aggiunti in qualità di ospiti osservatori, le delegazioni di tre rappresentanze mediche internazionali: questi i numeri della folta componente professionale che si è ritrovata per dialogare sull'etica medica. I lavori sono stati scanditi da una serie di relazioni programmate - tra cui quella di Francis **Montané** sull'osservatorio demografico in medicina, quella di Francesco **Alberti**, per la creazione di un gruppo di lavoro sulle raccomandazioni in deontologia, e quello di Zordana **Kalan Zivcec**, che ha presentato il sito web della Ceom - ma il

cuore del workshop è sicuramente stato la riflessione sulla Carta europea dei principi di Etica medica, presentata dal francese Pierre Hecquard, giunta a guesta presentazione di Kos seguendo un percorso che ha avuto tappe di dialogo e confronto congiunto a Sanremo, Lisbona, Parigi. Nella distinzione, condivisa tra tutte le varie delegazioni, tra "etica" e "deontologia medica" e nel riferimento a documenti già acquisiti dalla comunità scientifica internazionale (tra cui la Dichiarazione di Ginevra sull'esercizio della Professione medica e la Convenzione di Oviedo, del 1997), la Carta Europea dei principi di Etica Medica presentata a Kos si compone di sedici principi che risottolineano quanto il medico sia chiamato ad agire in scienza e coscienza per il bene del paziente senza disciminazione alcuna (art. 1 e 2), sempre nel rispetto della libertà di scelta e dell'autonomia morale e decisionale del paziente stesso (art. 9 e 13). L'excursus dei sedici principi, dopo aver ribadito la centralità del consenso informato e dell'esercizio della professione che deve avvenire in assoluta "coscienza, dignità e indipendenza" (art. 16), ha raccolto l'assoluta unanimità nel voto delle delegazioni presenti a Kos, che comprendono tutti i più importanti e vasti ordini dei medici europei (tra i quali Germania, Francia, Gran Bretagna, Spagna, Portogallo, Grecia, Belgio, Svizzera, Romania). I principi raccolgono il corpus attuale dell'etica condivisa, non entrando nel merito della "deontologia", terreno su cui la Ceom ha preso l'impegno di entrare nell'immediato futuro.

IL NUOVO BOARD

Al termine dei lavori, la Ceom ha eletto il nuovo board, che vede la presidenza del belga Roland Kerzmann, la vicepresidenza vicaria di Nicola **D'Autilia** - Presidente dell'**Or**dine di Modena - e la vicepresidenza della slovena Zordana Kalan Zivcec. "L'elezione di D'Autilia è per noi un evento di grande importanza", ha commentato a caldo Amedeo Bianco, "Perché riconosce il grande lavoro svolto dalla delegazione italiana in tutti questi anni, che proprio sui temi dell'etica e della deontologia ha assunto un ruolo centrale, riconosciuto dagli altri partner europei. Siamo certi del ruolo strategico della Ceom a livello di rappresentanza e istituzioni europee, che ci siamo permessi di invitare tutti i partner

Ceom a Torino, quando, nel prossimo autunno, terremo la nostra grande manifestazione professionale e istituzionale per celebrare i 150 anni dell'unità del nostro paese: saremo orgogliosi di farlo avendo come ospiti i rappresentanti degli Ordini di tutti i Paesi europei".

ASKLEPION ED ETICA EUROPEA

Le giornate dei principi di etica medica, si sono concluse in un luogo di grande fascino storico: arroccato sulla collina che abbraccia la cittadina di Kos, l'Asclepion è oggi uno dei tanti luoghi archeologici della memoria della civiltà greca. Come Delphi, come Epidauro, come l'Acropoli, anche questo è uno dei siti di forte carica visivo-emotiva che offre la Grecia ai suoi visitatori. Proprio tra i resti dell'Asklepion si è tenuto nella serata di sabato 11 giugno, l'atto finale di questa due giorni degli ordini dei medici europei, che hanno scelto l'altare di Ippocrate per alternarsi nella lettura dei sedici articoli dei principi di etica medica appena votati ed assunti come carta di riferimento. Ognuno nella propria lingua, a cominciare dal padrone di casa, il greco Emanuel Kalokerinos, tutti i rappresentanti hanno dato voce ad uno degli articoli, prendendosi simbolicamente l'impegno - proprio nei luoghi di ippocrate – di interpretare e diffondere nei propri Paesi di origine, la Carta appena condivisa. Una Carta che è poi stata consegnata alla Fondazione Ippocrate, luogo conclusivo della due giorni, centro per la diffusione degli studi sul padre della medicina.



Da sinistra: la Dr.ssa Frullini, il Dr. Bianco, il Dr. Conte, la Dr.ssa Chersevani sull'altare di Ippocrate, nell'Asklepion di Kos.



FNOMCeO Patenti di guida

9 maggio 2011

FNOMCeO Lavoro usurante

Comunicazione N. 35 d.d. 12maggio 2011

Patente: medici di fiducia esclusi dall'obbligo di comunicare i nominativi dei pazienti con patologie pregiudizievoli per la guida D. Lgs. 67/11 - LAVORO USURANTE Medici dipendenti – accesso al pensionamento anticipato per coloro che abbiano maturato o matureranno i requisiti

Nella Gazzetta Ufficiale n. 99 del 30 aprile 2011 è stato pubblicato il decreto legislativo 18 aprile 2011, n. 59 recante "Attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida".

Dall'esame del provvedimento, approvato in via definitiva nella riunione del Consiglio dei Ministri del 7 aprile 2011, si rileva che il Governo ha accolto le istanze della **FNOMCeO** che era intervenuta presso le sedi istituzionali, al fine di chiedere la **modifica dell'art. 14 del decreto**, così come approvato in esame preliminare dal Consiglio dei Ministri nella riunione dell'11 gennaio

2011, nel senso di prevedere l'esclusione dei medici di fiducia di cui all'art. 119 del Codice della Strada dall'obbligo di comunica-



re al Dipartimento per i trasporti eventuali patologie accertate che compromettano l'idoneità alla guida di soggetti già titolari di patente.

Si esprime, pertanto, la soddisfazione di questa Federazione per l'approvazione da parte del Governo delle modifiche richieste che sono volte a salvaguardare il rapporto di fiducia medico-paziente. Anche il lavoro notturno dei medici viene riconosciuto usurante. determinate condizioni, con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del decreto legislativo 67/2011 per l'accesso anticipato al pensionamento. Lo rende noto l'Fp-Cgil Medici precisando che per ottenere i benefici pensionistici fino al 31 dicembredel 2017 i medici con almeno 35 anni di contribuzione dovranno aver effettuato almeno 7 anni di lavoro notturno negli ultimi 10 di attività, compreso l'anno di maturazione dei requisiti. Dal 2018, ferma restando la quota dei 35 anni di contributi, la soglia si innalzerà alla metà della vita lavorativa. In



particolare matura un anno di anticipo della pensione il medico che ha svolto da 64 a 71 nottil'anno, due anni di anticipo da

72 a 77 l'anno, tre anni oltre le 78 notti.
"Per la prima volta - dichiara Massimo Cozza, segretario nazionale della Fp-Cgil Medici - per i medici ospedalieri c'è il riconoscimento di lavoro particolarmente usurante, se svolto anche di notte per circa 6 turni al mese, ferie escluse". Cozza sottolinea che oggi i benefici pensionistici, oltre a medici e chirurghi d'urgenza,

anestesisti e rianimatori (già inclusi nei benefici in un decreto del '93 mai attuato) "possono riguardare tutti i medici dipendenti che effettuano lavoro notturno con una elevata frequenza, dai chirurghi generali agli internisti, dai cardiologi ai ginecologi, dagli ortopedici ai nefrologi".

Medici dipendenti - Lavoro Usurante: accesso al beneficio:

conriferimento alle modalità di presentazione della domanda per l'accesso al beneficio,

il lavoratore interessato deve trasmettere la relativa domanda e la necessaria documentazione:

- a) entro il 30 settembre 2011 quaolora abbia già maturato o maturi i requisiti agevolati di cui all'articolo 1 entro il 31 dicembre 2011;
- b) entro il 1° marzo dell'anno di maturazione dei requisiti agevolati qualora tali requisiti siano maturati a decorrere dal 1° gennaio 2012.

110

FNOMCeO Certificazioni online

certificati medici rilasciati dai sostituti dei medici di medicina generale

Comunicazione N. 26 d.d. 19 aprile 2011

Cari Presidenti, si ritiene opportuno segnalare che questa Federazione con nota del 25 marzo 201 1 (All. n. 1), trasmessa al Dipartimento Digitalizzazione e Innovazione Tecnologica -Presidenza del Consiglio dei Ministri -, ha espresso la propria posizione in ordine alla valenza probatoria e alle problematiche inerenti ai certificati medici rilasciati dai sostituti dei medici di medicina generale. A seguito di tale nota i Rappresentanti di questa Federazione sono stati invitati a partecipare ad un incontro tenutosi presso il Dipartimento della Digitalizzazione il 12 aprile 2011, dove i rappresentanti dello stesso hanno mostrato particolare sensibilità in ordine alla posizione espressa da guesta Federazione. Sono stati discussi i temi inerenti alla modifica del form di certificazione, modifica che, come è noto, richiede un decreto interministeriale. Prima della predisposizione del decreto il form verrà anche valutato in una riunione del gruppo tecnico, prevista nelle prossime settimane presso il Ministero della Salute. Al momento, comunque, si sono evidenziate le seguenti

esigenze: 1) Mostrare il nome e cognome del medico certificatore solo sul documento che viene inviato all'INPS. Sull'attestato che viene inviato al datore di lavoro deve apparire solo un codice identificativo del medico o il codice fiscale. 2) Inserire un flag "SSN" o in alternativa "libera professione", per ident. ificare il medico

nella funzione. Si è ritenuto troppo complesso inserire una lunga e, comunque, sempre incompleta serie di alternative sulla diversa tipologia dei medici certificatori. E' evidente che il tutto dovrà essere accompagnato da una circolare che dovrà identificare correttamente le funzioni dei medici, specificando, in particolare, che i sostituti dei MMG svolgono a tutti gli effetti la funzione di pubblico ufficiale, fatto che, comunque, viene dato per scontato. La circolare dovrebbe risolvere anche eventuali dubbi sulla funzione di medico pubblico dei medici delle case di cura private accreditate e definire gli ambiti in cui invece il medico dipendente (o convenzionato) opera come libero professionista. 3)

Le dichiarazioni del lavoratore sulla data di inizio malattia, sul domicilio, sulla residenza ecc ... devono sempre essere specificate come seque: "il lavoratore dichiara che ... " 4) Andrà aggiunta una spunta per a) evento traumatico b) attività lavorativa completata nel giorno del rilascio 5) Verrà distinta la data di invio dalla data di rilascio. 6) Saranno aggiunti due ulteriori campi note a testo libero sia nella diagnosi che nella prognosi, per eventuali precisazioni, richieste in particolare per normative attuali o future inerenti specifiche situazioni patologiche. Si è inoltre discusso di altri aspetti di dettaglio. Informeremo tempestivamente sugli ulteriori sviluppi.

Allegato n. 1

AL DOTT. RENZO TURATTO CAPO DEL DIPARTIMENTO DIGITALIZZAZIONE E IN-NOVAZIONE TECNOLOGICA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Si ritiene necessario acqUislre l'autorevole parere di codesto Dipartimento in ordine ad una corretta interpretazione inerente alla fattispecie indicata in oggetto. Come è noto l'art. 55-septies del D.Lgs. 165/01 introdotto dall'art. 69 del D.Lgs. 150/09 recante "Controlli sulle assenze" dispone che nell'ipotesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da un~ struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. In tutti i casi di assenza per malattia la certificazione medica è inviata per via telematica direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria all'Istituto nazionale della previdenza sociale, secondo le modalità stabilite per la trasmissione telematica dei certificati medici nel settore privato dalla normativa vigente. L'inosservanza deali obblighi di trasmissione per via telematica della certificazione medica concernente assenze di lavoratori per malattia costituisce illecito disciplinare e, in caso di reiterazione, comporta l'applicazione della sanzione del licenziamento ovvero, per i medici in rapporto convenzionale con le aziende sanitarie locali, della decadenza dalla convenzione in modo inderogabile dai contratti o accordi collettivi. Orbene, stante la normativa sopraccitata, pervengono alla scrivente Ferierazione quesiti in merito alla possibilità di identificare, come medico di struttura pubblica o convenzionato con il SSN, il professionista che prowede al rilascio del certificato di malattia nel caso di assenza del lavoratore per oltre dieci giorni o per gli episodi successivi al primo nell'anno solare. Si rileva in merito che le credenziali di accesso al sistema. infatti, identificano il medico, ma non la sua funzione, che può anche essere diversa in diversi momenti dell'attività professionale, in particolare nel caso di esercizio della libera professione in costanza di rapporto di dipendenza o di convenzione.

La problematica andrebbe affrontata nel gruppo di lavoro tecnico per il monitoraggio del sistema di certificazione on line e probabilmente andrebbe introdotto un apposito campo nel modello di certificazione per consentire al medico di autocertificarsi nella funzione. Tale modifica, a quanto risulta, può essere realizzata solo con lo strumento di un Decreto Interministeriale. Nelle more di una più ampia valutazione della materia, tuttavia, è necessario prowedere al problema contingente dei sostituti del medico di medicina generale liberi professionisti non sussistendo evidentemente il problema nell'ipotesi di sostituzione operata da altro medico di medicina generale convenzionato. Si ritiene che il medico libero professionista, quando opera come sostituto del MMG, acquisisce lo status di pubblico ufficiale e di persona inca-

ricata di un pubblico servizio, avendo quindi la piena potestà certificativa. In tal senso sarebbe opportuno un esplicito chiarimento, onde evitare ogni dubbio sulla materia con le evidenti possibili ricadute a danno del cittadino. Per quanto attiene all'identificazione del libero professionista come sostituto del medico convenzionato, nelle more di una modifica del form di certificazione, tale qualifica potrebbe essere esplicitata dal medico nel campo "note" dell'attuale modello insie-

me alle specificazioni relative alla diagnosi, allo scopo di fornire il dato quanto meno all'INPS. Tale campo non è visibile al datore di lavoro, il quale, tuttavia, potrebbe, in via transitoria, in caso di dubbi, rivolgersi all'INPS per ottenere conferma. Nel caso invece di residuale certificazione cartacea potrebbe essere apposto sia il timbro del medico sostituto che di quello sostituito.

FNOMCeO Certificati, in Gazzetta la terza circolare Brunetta sulle sanzioni

Da Doctonews dell'8 giugno 2011

Ha completato anche la tappa della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale la terza circolare Brunetta sulla certificazione on line. Come si ricorderà il documento, diffuso a febbraio dal ministro della Funzione pubblica, detta a Regioni e Inps le regole per l'applicazione delle sanzioni in caso di inadempienze da parte dei medici. Le indicazioni fanno proprie le richieste che i sindacati dei medici avevano avanzato a più riprese nel corso dei mesi precedenti. Innanzitutto è confermata l'imperseguibilità del proscrittore nel caso in cui il mancato invio è dovuto a quasti o malfunzionamenti del sistema: «affinché si configuri un'ipotesi di illecito disciplinare» recita la circolare pubblicata nella Gazzetta dell'altro ieri «devono ricorrere sia l'elemento oggettivo dell'inosservanza dell'obbligo di trasmissione per via telematica, sia l'elemento soggettivo del dolo o della colpa». In secondo luogo le sanzioni vanno applicate con la gradualità e proporzionalità previste dagli «accordi e contratti collettivi di riferimento, anche nei casi di reiterazione della condotta illecita, per i quali l'articolo 55 septies, comma 4, del d.lgs. 165/2001 prevede la sanzione del licenziamento per il dipendente pub-

blico e della decadenza dalla convenzione per il medico convenzionato». Infine, viene delegata alle Regioni l'eventuale adozione di provvedimenti diretti a escludere provvisoriamente dal procedimento disciplinare le strutture sanitarie o i servizi che, per motivi tecnici o od organizzativi, non sono in grado di accedere alla certificazione telematica.

Con il 5 x 1000 puoi aiutarci anche Tu



Il Tuo contributo servirà a migliorare le prestazioni assistenziali ai medici ed odontoiatri italiani. Nella prossima dichiarazione dei red-

diti basta firmare e scrivere nel riquadro "Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale" il Codice Fiscale della

FONDAZIONE ENPAM: 80015110580

GRAZIE!



Statistiche degli iscritti all'ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia

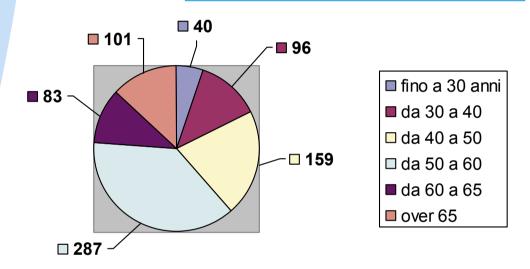
a cura della segreteria dell'Ordine



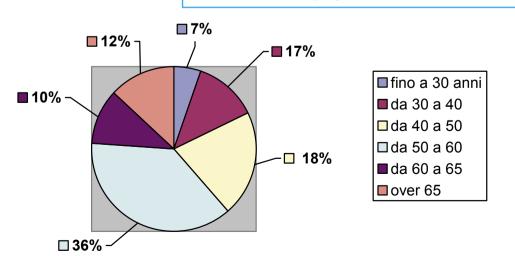
TOTALE ISCRITTI: 820

766 ALBO MEDICI

154 ALBO ODONTOIATRI (di cui 100) DOPPI ISCRITTI

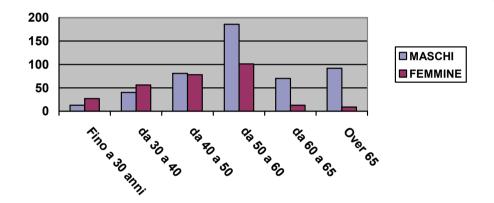


MEDICI PER ETÀ

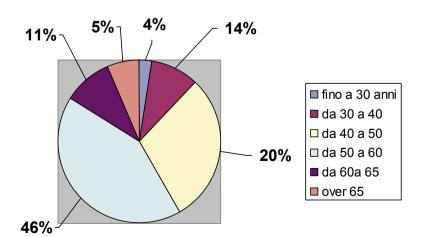


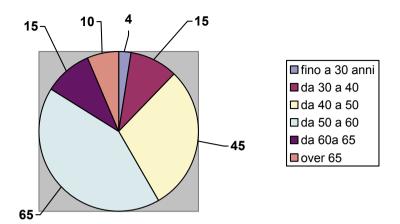
MEDICI

ETA'	MASCHI	FEMMINE
Fino a 30 anni	13	27
Da 30 a 40	40	56
Da 40 a 50	81	78
Da 50 a 60	186	101
Da 60 a 65	70	13
Over 65	92	09



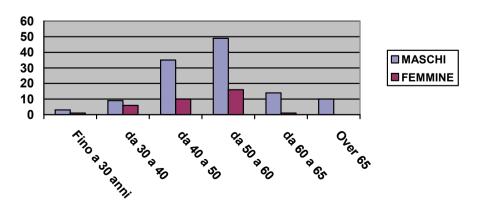
ODONTOIATRI PER ETÀ



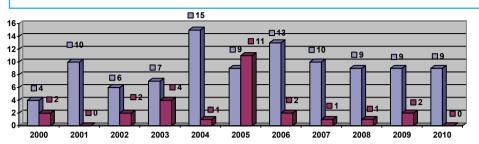


ODONTOIATRI

ETA'	MASCHI	FEMMINE
Fino a 30 anni	3	1
Da 30 a 40	9	6
Da 40 a 50	35	10
Da 50 a 60	49	16
Da 60 a 65	14	1
Over 65	10	0



PRIME ISCRIZIONI MEDICI/ODONTOIATRI PER ANNO

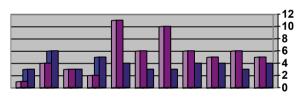


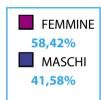
PRIME ISCRIZIONI: MEDIA DECENNIO 2000/2010

MEDICI: 9 iscrizioni/anno ODONTOIATRI: 2 iscrizioni/anno

■ MEDICI ■ ODONTOIATRI

PRIMA ISCRIZIONE: MEDICI MASCHI/FEMMINE



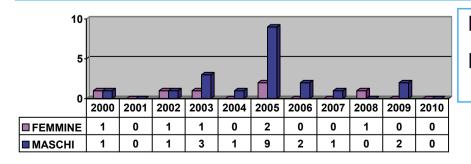


FEMMINE 23%

MASCHI

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
FEMMINE	1	4	3	2	11	6	10	6	5	6	5
■ MASCHI	3	6	3	5	4	3	3	4	4	3	4

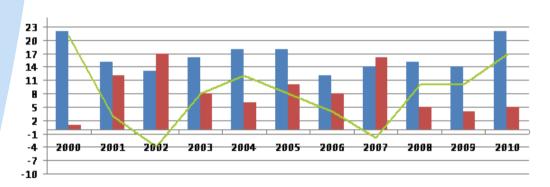
PRIMA ISCRIZIONE: ODONTOIATRI MASCHI/FEMMINE



STATISTICHE GENERALI ISCRIZIONI/CANCELLAZIONI DECENNIO 2000-2010

ALBO MEDICI

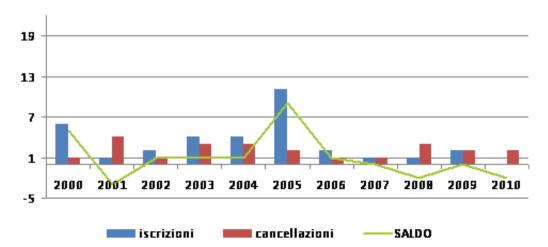
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
iscrizioni	22	15	13	16	18	18	12	14	15	14	22
cancellazioni	1	12	17	8	6	10	8	16	5	4	5
SALDO	21	3	-4	8	12	8	4	-2	10	10	17



iscrizioni cancellazioni ——SALDO

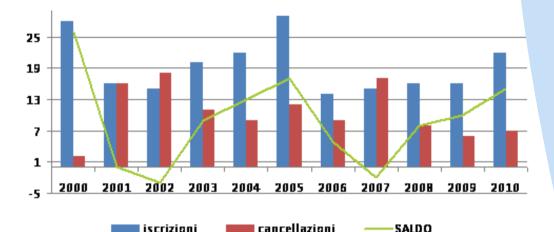
ALBO ODONTOIATRI

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
iscrizioni	6	1	2	4	4	11	2	1	1	2	0
cancellazioni	1	4	1	3	3	2	1	1	3	2	2
SALDO	5	-3	1	1	1	9	1	0	-2	0	-2



STATISTICHE GENERALI ISCRITTI

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
iscrizioni	28	16	15	20	22	29	14	15	16	16	22
cancellazioni	2	16	18	11	9	12	9	17	8	6	7
SALDO	26	0	-3	9	13	17	5	-2	8	10	15



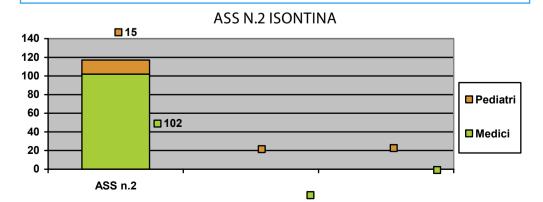
 SALDO MEDICI
 2000 - 2010:
 179 NUOVI ISCRITTI - 92 CANCELLATI = + 87

 SALDO ODONTOIATRI
 2000 - 2010:
 34 NUOVI ISCRITTI - 23 CANCELLATI = + 11

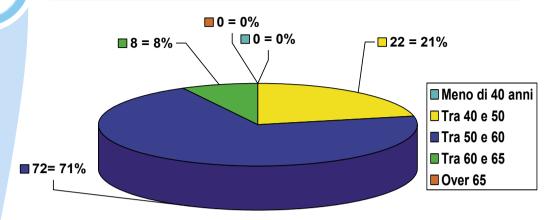
 SALDO TOTALE ORDINE 2000 - 2010: + 98

DATI RELATIVI ALLA MEDICINA DI BASE E PEDIATRIA IN PROVINCIA DI GORIZIA

Popolazione residente in Provincia di Gorizia 142.627 (Rif. anno 2009)
Totale MMG/PLS 117
Rapporto medico/abitanti 1:1219

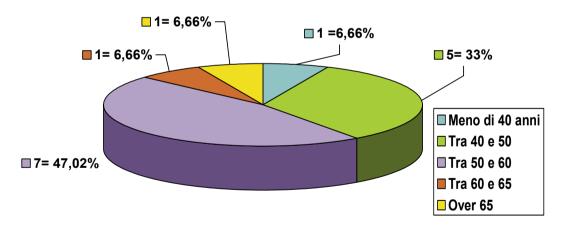


ETÀ MEDICI CONVENZIONATI



N.B. i MMG con doppia iscrizione sono 21 su 102, pari al 20% del totale.

ETÀ PEDIATRI CONVENZIONATI



Il dato rilevante per i Pediatri di Libera scelta è quello invece relativo alle iscrizioni agli Albi.

Su 15 PLS operanti nell'ASS n.2 Isontina 3 non sono iscritti all'Albo della Provincia di Gorizia. Numero che corrisponde al 20% del totale nonostante l'art. 19 ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIA-LISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, preveda l'obbligo di iscriversi all'Albo Professionale della provincia in cui gravita l'ambito carente assegnatogli, se è iscritto in altra provincia. In tal caso è sufficiente documentare la presentazione della domanda di trasferimento dal-l'Ordine di provenienza.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GORIZIA

via Brigata Casale 19/B - tel. +39 0451 531440 fax +39 0481 534993 ordmedgo@libero.it - info@erdinemedici-go.it - www.ordinemedici-go.it

VERBALE dell'incontro con CITTADINANZATTIVA

tenutosi presso la sede dell'Ordine in data 7 aprile 2011 alle ore 17.00

Erano presenti il Presidente dell'Ordine, Dr.ssa Roberta Chersevani, e i rappresentanti di CITTADINANZATTIVA sez. prov. di Gorizia, nelle persone del Presidente Sig. Sergio Trani, la Prof. Rossi Manera e la Dott.ssa Delneri.

L'incontro è stato caratterizzato da grande cordialità e condivisione di obiettivi.

Si è riconosciuto che l'azione che lo sportello di Cittadinanzattiva svolge nei confronti della popolazione è molto valida visto che la maggior parte delle segnalazioni si risolve con il solo colloquio e con la spicgazione. Il "malcontento" del paziente-utente è perlopiù legato a scarso dialogo, spiegazioni frammentarie e purtroppo anche maleducazione del medico e critiche tra un medico e l'altro riferite al paziente

E' emerso invece che l'utenza esprime per lo più soddisfazione nei confronti del personale sanitario non medico. Questa considerazione collima con il rapporto EURISPES di recente pubblicazione (che si allega al presente verbale).

Si è poi discusso del disagio che grava su molti medici sempre più oberati da prestazioni burocratiche che rischiano di ulteriormente inficiare l'alleanza medico-paziente.

Si è pensato di rivalutare il Decalogo dei Diritti e Doveri del Paziente e del Medico redatto in collaborazione Ordine-TDM nel settembre 2008 per vedere se recenti modifiche in ambito sanitario possano richiederne un aggiornamento.

E' stato fatto un rilievo sull'imprecisione di molte notizie pubblicate sulla stampa locale e si è convenuto sull'importanza di fare soltanto comunicati scritti.

I rappresentanti di Cittadinanzattiva hanno poi consegnato il progetto locale e il verbale dell'Audit Civico del 2009 che è stato recentemente presentato alla Direzione Generale dell'Azienda. Si resta in attesa della carta dei servizi aziendale.

Il Presidente dell'Ordine ha riconosciuto l'importanza del lavoro svolto da Cittadinanazattiva a tutela dei pazienti ma anche come supporto dell'attività medica.

Resta da capire quale prezioso ruolo potrà svolgere Cittadinanzattiva all'interno dei nuovi istituendi organismi di conciliazione.

L'incontro si conclude alle ore 19.00

Per Cittadinanzattiva Il Presidente Sig. Sergio Trani

Dr.ssa Roberta Chersevani

Per l'Ordine dei Medici

Il Presidente

GORIZIAIS



Notizie flash dall'ENPAM



Terremoto Abruzzo – sospensione riscossione contributi

Il decreto legge del 29 dicembre 2010, n. 225 (c.d. "milleproroghe"), convertito con modificazioni dall'art. 1, comma 1, L. 26 febbraio 2011, n. 10, ha procrastinato la riscossione delle rate, in scadenza tra il mese di gennaio 2011 ed il mese di ottobre 2011 (art. 39, c. 3-bis, 3-ter e 3-quater, D.L. 78/2010, convertito, con modificazioni, dalla L. 122/2010), relative al recupero dei contributi sospesi a seguito del terremoto del 6 aprile 2009. La ripresa della riscossione delle rate non versate, successivamente alla conversione in legge del suddetto decreto, sarà disciplinata con successivo provvedimento del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Quota A: riscossione contributo 2011

Il 30 giugno scade la seconda rata del contributo Ouota A. In caso di smarrimento o mancato ricevimento dell'avviso di pagamento deve essere inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A., tramite fax al numero 02.6416.6617 ovvero all'indirizzo e-mail taxtel@equitaliaetr.it, un'apposita richiesta completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo e recapito telefonico dell'iscritto, accompagnata da copia di un documento di identità in corso di validità. Anche quest'anno gli utenti registrati nell'area riservata del sito www.enpam.it potranno reperire direttamente un duplicato dei bollettini RAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato presso ali Istituti di Credito oppure con carta di credito mediante il servizio TAXTEL: -via telefono al n. 800.191.191

-via internet al sito www.taxtel.it.

L'importo massimo per operazione di pagamento con servizio TAXTEL è di euro 1.000,00 ed il costo del servizio è pari al 1% dell'importo pagato.

Ulteriori modalità di pagamento

Il pagamento dei bollettini RAV può essere effettuato anche:

- tramite Internet Banking di Intesa Sanpaolo, Banca Mediolanum e IWBank (per i loro correntisti) e di tutte le banche che offrono tale servizio;
- presso le agenzie postali e gli istituti di credito, presso gli sportelli Bancomat abilitati (funzione Bonifici/Pagamenti);
- presso le ricevitorie SISAL abilitate ai servizi di riscossione al costo di euro 1,55 (importo massimo per operazione euro 1.500,00), presso le tabaccherie aderenti alla F.I.T. al costo di euro 1,80 (importo massimo per operazione euro 1.500,00);
- presso gli sportelli dell'Agente della Riscossione Equitalia Esatri S.p.A. nella provincia di Milano, senza alcun costo aggiuntivo.

Domiciliazione bancaria - RID

Il **31 maggio u.s.** è scaduto il termine per poter usufruire dell'addebito permanente in conto corrente (procedura RID).

Coloro che già usufruiscono dell'addebito permanente in conto corrente dovranno segnalare eventuali variazioni riguardanti il codice Iban ad Equitalia Esatri S.p.A. – Ufficio RID a mezzo fax al n. 02.6416.6619 oppure tramite e-mail a rid@equitaliaesatri. it, indicando il codice fiscale dell'intestatario dell'avviso.

Iscritti nati nel 1946

Anche gli iscritti nati nel 1946 che compiono 65 anni nel corso dell'anno 2011 possono effettuare il pagamento in unica soluzione o in 4 rate. Il pagamento è dovuto fino al mese di compimento del 65° anno ed è calcolato sui mesi effettivi.

Neo-iscritti

Coloro che si sono iscritti nel corso dell'anno 2010 agli Albi Professionali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri riceveranno un avviso di pagamento da parte di Equitalia Esatri S.p.A. di Milano con l'indicazione dell'importo complessivamente dovuto alla Quota A del Fondo di Previdenza Generale per il 2010 e per il 2011. Il pagamento potrà essere eseguito in forma rateale o in unica soluzione secondo le modalità indicate nell'avviso medesimo.

Mancato pagamento contributo Quota A 2010 del Fondo di Previdenza Generale

In caso di mancato pagamento anche parziale del contributo di Quota A, il Concessionario provinciale della riscossione dei tributi territorialmente competente provvede, per l'intero importo o per l'importo residuo, alla notifica della relativa cartella. Il versamento del contributo deve essere effettuato in unica soluzione entro 60 giorni dalla notifica di pagamento. In caso di mancato versamento entro tale termine (60 giorni) l'Agente della riscossione provvederà all'avvio delle procedure esecutive.

In ogni caso, è necessario attendere tale avviso e non provvedere al pagamento anche se in possesso dei bollettini RAV.

Contributi di riscatto

Entro il mese di giugno la Banca Popolare di Sondrio recapita all'indirizzo degli iscritti risultante negli archivi anagrafici la rata semestrale con scadenza 30 giugno 2011. In caso di mancato ricevimento o smarrimento è necessario contattare la Banca Popolare di Sondrio al n. 800.24.84.64. Gli utenti registrati nell'area riservata possono provvedere direttamente alla ristampa del bollettino Mav. Attestazioni fiscali contributi a titolo di riscatto: tutti coloro che hanno effettuato nell'anno 2010 versamenti a tale titolo hanno ricevuto all'indirizzo risultante negli archivi anagrafici l'attestazione di avvenuto pagamento. In caso di mancato ricevimento o smarrimento è possibile inoltrare richiesta al Servizio Riscatti tramite fax al n. 06.48.294.725. Gli utenti registrati nell'area riservata possono stampare direttamente l'attestazione.

Quota B: reddito libero-professionale 2010

Obbligo contributivo e termini di presentazione

I professionisti iscritti all'E.N.P.A.M. sono tenuti a comunicare il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2010 entro il 31 luglio 2011. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando il modello D 2011 recapitato al domicilio degli iscritti entro il mese di giugno 2011.

Mancato ricevimento modello D personalizzato

Coloro che non sono in possesso del modello D personalizzato possono utilizzare il "modello D generico" disponibile sul sito www.enpam.it, presso la sede dell'E.N.P.A.M. in Roma o presso l'Ordine provinciale di appartenenza.

Invio modello D cartaceo

La dichiarazione deve essere spedita **esclusivamente** a mezzo raccomandata semplice alla Fondazione E.N.P.A.M., Casella postale n. 13100, 00185 Roma.



Ritardata presentazione modello D In caso di invio del modello D oltre il termine del 31 luglio 2011 è prevista l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a euro 120,00.

Contribuzione ridotta

La richiesta di contribuzione ridotta presso il Fondo della Libera Professione Quota B può essere presentata entro il **31 luglio 2011** dagli iscritti in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di un trattamento pensionistico obbligatorio.

Opzione contribuzione intera:

Entro tale data, gli iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta possono optare per il versamento del contributo nella misura intera del 12,50%. Tale opzione **non è revocabile**.

Pensionati del Fondo Generale

I pensionati del Fondo Generale, se titolari di reddito liberoprofessionale, possono chiedere entro il **31 luglio 2011**, nell'apposito riquadro del modello D o con domanda semplice, di essere ammessi al versamento del contributo nella misura intera del 12,50% o ridotta del 2%. Le modalità di versamento del contributo e di invio del modello D sono identiche a quelle previste per gli iscritti non pensionati.

Si rappresenta, peraltro, che il Consiglio di Amministrazione dell'E.N.P.A.M., con delibera n. 53/2009, visto il quadro giuridico di riferimento ed al fine di evitare possibili contenziosi con la Gestione Separata dell'INPS, ha proceduto all'abolizione dell'esonero contributivo per i pensionati del Fondo che proseguono nell'esercizio dell'attività. Tale provvedimento è tuttora al vaglio dei Ministeri vigilanti per la prescritta approvazione ed esplicherà i propri effetti successivamente alla relativa approvazione.

Duplicato CUD

Per ricevere il duplicato del CUD all'indirizzo di residenza risultante negli archivi dell'Enpam

è sufficiente una semplice richiesta telefonica al numero 06.4829.4829.

Per ricevere il duplicato CUD ad un indirizzo diverso da quello risultante negli archivi dell'Enpam come luogo di residenza, ovvero per riceverlo a mezzo fax, occorre allegare alla richiesta copia di un valido documento di identità del pensionato. L'istanza deve essere inoltrata al Servizio Prestazioni del Fondo Generale, anche tramite fax al numero 06.48.294.923, completa di dati anagrafici, indirizzo e recapito telefonico. Attenzione! Qualora la richiesta non fosse presentata dai pensionati ma da loro incaricati, è necessario allegare all'istanza la delega sottoscritta e copie dei documenti di identità di delegante e delegato, indicando il numero di fax o l'indirizzo di posta elettronica per la ricezione.

Stampa automatica del duplicato CUD – La stampa automatica del CUD è consentita a tutti i pensionati Enpam registrati all'Area riservata del sito www.enpam.it, utilizzando nome utente e password.

Trattamento ordinario del Fondo di Previdenza Generale

Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1946 potranno presentare la domanda di pensione ordinaria, nel corso dell'anno 2011, dal compimento del 65° anno di età. Il modulo verrà recapitato agli iscritti unitamente alla dichiarazione concernente il diritto alle detrazioni d'imposta, da allegare obbligatoriamente compilata in ogni parte.

Mancato ricevimento del modulo

In caso di mancato ricevimento, il modulo è reperibile presso gli uffici della Fondazione o presso gli Ordini provinciali di appartenenza o sul sito www.enpam.it.

Area riservata e servizi disponibili agli utenti registrati

Per accedere all'area riservata ed usufruire dei servizi on-line è necessario essere registrati al sito www.enpam.it. Per informazioni riguardanti la registrazione contattare il SAT al n. 06.4829.4829, ovvero scrivere a sat@enpam. it, indicando nome, cognome e recapito telefonico. Gli utenti registrati possono modificare nel profilo utente i seguenti campi: numero di telefono fisso, numero di telefono cellulare e indirizzo di posta elettronica. Servizi disponibili per gli utenti registrati:

- visualizzazione dei dati anagrafici;
- visualizzazione dei dati contributivi e dei riscatti;
- dati pensionistici; -duplicati dei bollettini RAV e MAV smarriti o non ricevuti;
- certificazione fiscale dei contributi versati a titolo di riscatto;
- certificazione fiscale del contributo di Quota A (per gli iscritti che usufruiscono dell'addebito permanente in conto corrente);
- certificazione fiscale del contributo Quota R·
- visualizzazione e stampa dei cedolini di pensione e del CUD;
- stato di avanzamento delle pratiche relative alle indennità di maternità ed acquisizione delle certificazioni fiscali relative agli importi erogati a tale titolo;
- attivazione della Carta di credito Fondazione E.N.P.A.M. emessa in collaborazione con la Banca Popolare di Sondrio e la società CartaSì (per richiederla accedere all'Area Riservata, selezionare la voce "Carta di credito richiesta e servizi connessi" e compilare il modulo di richiesta).

Versamenti previdenziali on-line

Tramite la Carta di credito Fondazione E.N.P.A.M. è possibile effettuare il versamento on-line (previa registrazione al portale) di tutti i contributi previdenziali dovuti all'Enpam e di tutti i bollettini inviati dall'Ente. L'emissione della carta è soggetta ai tempi richiesti dalle procedure bancarie. Per informazioni è disponibile il Servizio Clienti della Banca Popolare di Sondrio al n. 800.190.661, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 e dalle ore 14.15 alle ore 17.00 o all'indirizzo e-mail: carta. enpam@popso.it.

Variazione dell'indirizzo

1. Medici pensionati ancora iscritti all'Albo

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata al Servizio Prestazioni Fondo Generale esclusivamente tramite l'Ordine provinciale di appartenenza. L'indirizzo di domicilio può, invece, essere comunicato direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam. it (MOD.DOMICILIO PENSIONATI) a mezzo posta ordinaria alla Fondazione E.N.P.A.M., via Torino 38, 00184 Roma, oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

2. Medici pensionati non più iscritti al-

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito www. enpam.it (MOD.RESID.PENS. NON ISCRITTI ALL'ORDINE E SUP.) per posta ordinaria alla Fondazione E.N.P.A.M., Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

3. Superstiti (vedove, orfani, genitori, fratelli e sorelle dell'iscritto deceduto)

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it (MOD.RESID.PENS. NON ISCRITTI ALL'ORDINE E SUP.) per posta ordinaria alla Fondazione E.N.P.A.M., Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

4. Iscritti attivi

La variazione di residenza deve essere inoltrata all'Ente esclusivamente tramite l'Ordine provinciale di appartenenza. L'eventuale elezione di domicilio può, invece, essere comunicata anche alla Fondazione E.N.P.A.M. mediante l'apposito modulo (MOD.DOM) disponibile sul sito www.enpam.it. La dichiarazione deve essere trasmessa a mezzo raccomandata o tramite fax al numero 06.48.294.913, corredata della copia di un documento d'identità in corso di validità. Per ulteriori informazioni può essere contattato il SAT al numero tel. 06.4829.4829.

Comunicazione di decesso

1. Iscritti attivi

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata all'Ente per il tramite dell'Ordine provinciale di appartenenza. Analoga comunicazione, dopo aver informato l'Ordine di appartenenza, può essere inoltrata a mezzo posta ordinaria alla Fondazione E.N.P.A.M., Servizio Contributi, via Torino 38, 00184 Roma, oppure tramite fax al numero 06.48.294.913.

2. Medico pensionato iscritto all'Ordine Provinciale

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata all'Ente per il tramite dell'Ordine di appartenenza. Per consentire al Servizio competente di interrompere l'erogazione della pensione, analoga comunicazione deve essere inoltrata a mezzo posta ordinaria alla Fondazione E.N.P.A.M., Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

3. Medico pensionato cancellato dall'Ordine Provinciale

Se al momento del decesso il medico pensionato risulta già cancellato dall'Ordine, la relativa comunicazione deve essere inviata direttamente a mezzo posta ordinaria alla Fondazione E.N.P.A.M., Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità, al fine di consentire al Servizio di interrompere l'erogazione della pensione.

4. Superstiti pensionati

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata per posta ordinaria direttamente alla Fondazione E.N.P.A.M., Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.

Variazione delle modalità di pagamento della pensione

I pensionati possono comunicare la variazione dei dati bancari per il pagamento della pensione, utilizzando il modulo reperibile sul sito www.enpam.it (cliccare su Modulistica e poi Altre). Tale variazione, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità, può essere inviata:

- a mezzo posta ordinaria direttamente alla Fondazione E.N.P.A.M., Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma
 - oppure
- ramite fax al numero 06.48.294.648.

Mancato accredito della pensione

I pensionati che non hanno ricevuto una o più mensilità di pensione devono darne comunicazione scritta, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità, alla Fondazione E.N.P.A.M., Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, ovvero tramite fax al numero 06.48.294.648.

Orfani pensionati

Il diritto alle prestazioni pensionistiche agli orfani superstiti spetta sino al raggiungimento del 21° anno di età ovvero sino al 26° anno di età, se studenti. Al tal fine al compimento del 21° anno di età è necessario inviare un certificato di iscrizione attestante il proseguimento agli studi, ovvero una dichiarazione di responsabilità corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

Modalità di invio

A mezzo posta ordinaria alla Fondazione E.N.P.A.M., Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, ovvero tramite fax al numero 06.48.294.648.

Deducibilità

I contributi previdenziali versati al-l'Enpam sono, ai fini IRPEF, interamente deducibili dall'imponibile fiscale ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi, approvato con D.P.R. n. 917 del 22/12/1986 e modificato dal D. Lgs. 18/2/2000 n. 47 (a titolo esemplificativo: contributi gestioni Quota A e Quota B, importi versati a titolo di riscatto, somme corrisposte a titolo di ricongiunzione).

Protossido d'azoto

Nel corso dei lavori dell'1 e 2 febbraio 2011, la **Commissione Consultiva Tecnico Scientifica per la valutazione dei farmaci** (CTS) ha approvato il seguente *DDL sull'uso extraospedaliero del protossido d'azoto* dando indicazione, nel contempo, di pubblicazione sul sito dell'Agenzia.

Per completezza di informazione, si precisa che nella seduta del 21 e 22 dicembre 2010 la CTS ha deciso di riclassificare le confezioni di protossido d'azoto 20 chilogrammi in C-USPL.

Problematiche di sicurezza e precauzioni di utilizzo extra-ospedaliero del farmaco protossido d'azoto (N2O)

Caro Dottore, gentile dottoressa,

l'utilizzo di protossido di azoto (N2O) è permesso solo attraverso specifiche apparecchiature che impediscono l'erogazione di miscele ipossiche e solo in specifici ambienti con adequato ricircolo d'aria.

Il farmaco, in ambiente extraospedaliero, è da utilizzarsi alla concentrazione massima del 50% in ossigeno (cioè non più del 50% di protossido di azoto e almeno 50% di ossigeno).

L'unica eccezione è rappresentata dalla sedazione cosciente praticata da esperti odontoiatri sedazionisti che, con il paziente sicuramente cosciente (come documentato dalla apertura della bocca), possono impostare, per brevi periodi di tempo, una erogazione a concentrazioni fino al 70%.

Il protossido di azoto è da decenni ampiamente utilizzato in ambito extraospedaliero, soprattutto in campo odontoiatrico, come analgesico ansiolitico. Non sono ad oggi state descritte gravi complicanze secondarie al suo utilizzo come analgesico ansiolitico in ambito extraospedaliero.



Il protossido di azoto deve essere utilizzato solo in presenza di personale medico o odontoiatra con adeguato training in rianimazione cardiopolmonare (BLS-D) e consapevole di come A) in caso di perdita di coscienza si debba immediatamente interrompere la somministrazione del protossido di azoto e di come B) in caso di apnea si debba immediatamente procedere a rendere pervie le vie aeree del paziente (per esempio con la triplice manovra di estensione del capo, sublussazione della mandibola e apertura della bocca) e eventualmente supportare la ventilazione del paziente (per esempio con il pallone auto espansibile e una mascherina facciale).

L'utilizzo del protossido di azoto (N2O) in ambiente extraospedaliero, non deve essere associato all'utilizzo di altri farmaci anestetici, ipnotici, sedativi o antidolorifici maggiori se non in presenza di un anestesista rianimatore. L'utilizzo di protossido di azoto può invece precedere o seguire l'infiltrazione di anestetici locali, come per esempio in odontoiatria.

Novità C.G. Edizioni Medico Scientifiche Pubblicate il 25/02/2011 e il 06/06/2011da Sergio Fucci

Corte di Cassazione: recenti sentenze in ambito medico e/o odontoiatrico

Compenso negato al medico convenzionato per gli iscritti ultra massimale

La Corte di Cassazione, sezione lavoro, con la sentenza n. 188/2011, depositata il 5/1/11, ha respinto il ricorso di un medico di medicina generale che aveva impugnato la sentenza della Corte d'Appello di Roma che, in riforma della sentenza di primo grado, non aveva accolto la sua domanda, avanzata nei confronti dell'ASL, di pagamento della quota forfettaria per gli iscritti oltre il massimale di 1.500 persone previsto dalla relativa convenzione.

Il giudice d'appello aveva, infatti, ritenuto che era pacifico il fatto che il numero degli iscritti tra gli assistiti del sanitario era pari a 1.800 unità, che non vi era stata alcuna espressa autorizzazione dell'ASL (o della Regione) per superare il massimale di 1.500 persone previsto dalla relativa normativa e che, quindi, il sanitario non aveva diritto al pagamento della quota forfettaria richiesta.

La Corte d'Appello aveva, inoltre, precisato che non poteva trovare applicazione nel caso di specie l'istituto giuridico "dell'arricchimento senza causa" di cui all'art. 2041 del codice civile perché "mancava la prova della perdita patrimoniale richiesta dalla norma".

La Corte di Cassazione, nel confermare la decisione del giudice di secondo grado, ha osservato, tra l'altro, che non vi era alcuna prova certa dell'asserita autorizzazione al superamento del massimale e che correttamente la sentenza della Corte d'Appello si era fondata sulla circostanza che "in base alla contrattazione collettiva" non spettava al medico una remunerazione per gli assistiti oltre il massimale sopra indicato.

Responsabilità penale del medico nel lavoro in équipe

Su questo tema (...) è intervenuta di recente la quarta sezione penale della Corte di Cassazione, con la sentenza n. 44865/2010, depositata il 21/12/10, relativa all'abbandono, durante un intervento chirurgico, di una forbice nell'addome del paziente che, in conseguenza di questa dimenticanza, aveva su-

bito lesioni colpose personali gravi (art. 590 del codice penale). Per questo reato erano stati condannati, in primo e in secondo grado, sia il chirurgo primo operatore che l'aiuto, a carico dei quali era stato anche posto il risarcimento dei danni patiti dal paziente.

L'aiuto aveva impugnato la decisione della Corte d'Appello sostenendo che era compito del capo dell'équipe chirurgica vigilare su gli altri componenti dell'équipe e che non si poteva pretendere da lui una conta dei ferri, ulteriore rispetto a quella già effettuata dall'infermiera ferrista.

La Suprema Corte, nel rigettare il ricorso, ha affermato che compete all'intera équipe

fronteggiare il rischio, tipico e ricorrente, di abbandono di oggetti estranei nel corpo del paziente perché solo in questo modo si può cercare di proteggere efficacemente la salute dell'interessato.

Tutti i sanitari che intervengono dell'atto operatorio, quindi, devono attivamente contribuire ad evitare queste dimenticanze attraverso la puntua-

le verifica dell'esattezza della conta degli strumenti utilizzati al fine di controllare poi che siano stati tutti estratti dal corpo del malato.

Non è ammessa una delega completa ad altri di questa personale incombenza "perché ciò vulnererebbe il carattere plurale, integrato del controllo che ne accresce l'affidabilità".

L'aiuto chirurgo, quindi, avendo tenuto un comportamento colposo - consistito nel-l'omesso personale controllo sopra indicato - è stato ritenuto corresponsabile delle lesioni cagionate al paziente in seguito all'abbandono delle forbici.

Studio medico associato e IRAP
La Corte di Cassazione, sezione tributaria, con sentenza n.
25919/2010, depositata il 21/12/10, ha accolto il ricorso presentato dall'Agenzia delle Entrate, avverso la sentenza n. 42/05/07 della Commissione Regionale Tributaria dell'Emilia Romagna che aveva riconosciuto ad uno Studio Medico Associato, costituito tra due sanitari, il diritto al rimborso dell'IRAP versata per gli anni 1998/2000.

La Suprema Corte ha ritenuto fondata la tesi dell'Agenzia secondo la quale "l'esercizio in forma associata di una professione

liberale costituisce circostanza idonea a far presumere l'esistenza di autonoma organizzazione".

Ha osservato, in particolare, la Corte che, ai sensi dell'art. 5, comma terzo, lett. c), del DPR n. 917 del 1986, le "associazioni senza personalità giuridica costituite fra persone fisiche per l'esercizio in forma associata di arti e professioni" sono "equipa-

rate alle società semplici" e che sono soggetti all'IRAP, fra l'altro, le società semplici e quelle ad essa "equiparate", come previsto dall'art. 3 del Decreto Legislativo n. 446/97.

È opportuno ricordare che, con la precedente sentenza n. 24058/09, la sezione tributaria della Corte di Cassazione, con riferimento ad uno studio tecnico associato, aveva stabilito che "l'esercizio in forma associata di una professione liberale è circostanza di per sé idonea a far presumere l'esistenza di un'autonoma organizzazione di strutture e mezzi", nonché "dell'intento di avvalersi della reciproca collaborazione e competenza, ovvero della



sostituibilità nell'espletamento di alcune incombenze, sì da potersi ritenere che il reddito prodotto non sia frutto esclusivamente della professionalità di ciascun componente" con la conseguenza che "legittimamente il reddito dello studio associato viene assoggettato all'IRAP, a meno che il contribuente non dimostri che il reddito suddetto sia derivato dal solo lavoro professionale dei singoli associati".

Guardia medica e decesso già avvenuto del paziente

La Corte di Cassazione, sesta sezione penale, con sentenza n. 15096/2011, depositata il 13/4/11, ha confermato la decisione del Giudice dell'udienza preliminare (GUP) del Tribunale di Massa che aveva dichiarato non luogo a procedere a carico di un sanitario di turno della guardia medica in ordine al reato di rifiuto di atti d'ufficio (art. 328 del codice penale), contestatogli per non essere prontamente intervenuto, su richiesta di un parente, al fine di constatare il decesso di un paziente.

Secondo il GUP, dalla registrazione della telefonata intercorsa tra il sanitario e il figlio del paziente, emergeva credibilmente che il malato era già deceduto nel momento in cui veniva richiesto l'intervento della guardia medica e che, quindi,"non sussisteva un'assoluta urgenza di intervento".

Il GUP riteneva che, comunque, non sussisteva l'elemento soggettivo del reato ascritto al sanitario – l'indebito rifiuto – in quanto tutte le circostanze obiettive del caso erano tali da indurre nel medico il fondato convincimento che, stante l'intervenuto decesso, non vi era una particolare urgenza di intervenire.

La Suprema Corte, nel confermare la decisione del GUP, ha sottolineato che il figlio del paziente, rispondendo ad una precisa domanda del medico di guardia, aveva confermato che il padre, gravemente malato di

Alzheimer, era deceduto da pochi minuti, tant'è che, nell'attesa dell'arrivo del sanitario, egli avrebbe provveduto "a lavare e vestire il corpo del congiunto".

È stata, quindi, ritenuta infondata la personale interpretazione dei fatti posta alla base del ricorso in cassazione presentato dal figlio del paziente deceduto, costituitosi parte civile nel processo penale, a carico del quale sono state poste le spese processuali.

Medico e false fatturazioni odontoiatriche

Il reato di emissione di fatture o altri documenti per operazioni inesistenti, previsto e punito dall'art. 8 del Decreto Legislativo n. 74/2000 è configurabile anche nel caso in cui la fatturazione sia solo "soggettivamente falsa", perché anche in questo caso è possibile conseguire il fine illecito indicato dalla norma in oggetto e cioè consentire a terzi l'evasione delle imposte sui redditi e sul valore aggiunto.

L'art. 8 del citato Decreto, peraltro, si riferisce genericamente ad "operazioni inesistenti" e, quindi, nel suo ambito devono ricadere anche le operazioni economiche inesistenti sul piano meramente soggettivo in quanto non realizzate da chi ha emesso la fattura o il documento incriminato.

Questi principi sono stati affermati dalla **Corte di Cassazione**, **sesta sezione penale**, che, con **sentenza n. 12836/11**, depositata il 29/3/11, ha respinto il ricorso avanzato da un medico contro la decisione della Corte d'Appello di Trento che aveva confermato la condanna già inflitta dal giudice di primo grado al sanitario in questione, imputato del reato sopra menzionato ed anche di quello di esercizio abusivo della professione odontoiatrica, in concorso con un odontotecnico, previsto dall'art. 348 codice penale.

La Suprema Corte ha ritenuto non ammissibili le doglianze avanzate dal predetto medico perché tendenti ad un riesame dei fatti non consentito in presenza di una decisione di

merito frutto di un concreto apprezzamento delle risultanze processuali e convenientemente motivata sul piano logico e giuridico. La sentenza della Corte d'Appello, in particolare, aveva rilevato che diciannove clienti dello studio dentistico, di proprietà dell'odontotecnico, avevano dichiarato di essere stati curati da quest'ultimo, ricevendo fatture rilasciate invece dal medico.

Durante una perquisizione, inoltre, era stata trovata una scrittura privata intercorsa tra l'odontotecnico e il medico che obbligava il primo a corrispondere al secondo una determinata somma di denaro per le sue prestazioni e a tenere indenne il medico del maggior carico tributario che avrebbe sopportato per l'attività odontoiatrica svolta dall'odontotecnico, ma fittiziamente imputata al sanitario. É opportuno evidenziare che il reato di cui all'art. 8 D. Lgs. n. 74 del 2000 è punito con la reclusione da un anno e sei mesi sino a sei anni ed è, quindi, una ipotesi delittuosa ritenuta di particolare gravità dal legislatore.

Falsa attestazione del medico convenzionato

Il medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale assume la qualifica di pubblico ufficiale quando attesta l'esistenza di turbe comportamentali e psichiche tali da richiedere un trattamento sanitario obbligatorio. In tale veste, infatti, il medico convenzionato concorre a formare la volontà della pubblica amministrazione in materia sanitaria esercitando per conto della stessa poteri certificativi.

Integra il delitto di falso ideologico in atto pubblico, previsto e punito dall'art. 479 del codice penale, la falsa attestazione compiuta dal medico convenzionato dell'esistenza dei presupposti clinici per i quali è necessario richiedere un trattamento sanitario obbligatorio.

Questi principi sono stati affermati dalla Corte di Cassazione, quinta sezione pe-

nale, nella recente sentenza n. 16368/2011, depositata il 26 aprile 2011, con la quale è stato respinto il ricorso di un medico convenzionato avverso la decisione della Corte d'Appello di Palermo che aveva confermato la sentenza di primo grado che lo aveva condannato alla pena di un anno di reclusione per avere attestato falsamente, su istigazione di un marito, che la moglie era affetta da patologie che richiedevano un trattamento sanitario obbligatorio.

La Suprema Corte, tra l'altro, ha rilevato che giustamente era stata ritenuta inattendibile dai giudici di merito la tesi difensiva dell'imputato fondata sul presupposto di avere agito in buona fede e di essere stato tratto in inganno dal comportamento tenuto nell'occasione dal marito che lo aveva invitato ad attivarsi per il ricovero della moglie, mostrandogli un certificato in tal senso apparentemente rilasciato da uno psichiatra.

I giudici della Cassazione hanno, inoltre, sottolineato che l'esistenza del comportamento doloso idoneo a configurare il delitto ascritto emergeva, comunque, dal fatto che l'imputato aveva redatto il certificato in oggetto senza visitare direttamente la paziente interessata.

La Suprema Corte, infine, nel disattendere il motivo del ricorso attinente l'entità della pena inflitta, ha osservato che giustamente i giudici di merito avevano rilevato che la gravità del fatto, commesso da un pubblico ufficiale nell'esercizio delle sue funzioni, evidenziava elevata capacità a delinquere e che la pena era congrua rispetto al comportamento tenuto dal medico che aveva agito al fine di cagionare un danno ad una propria paziente, in spregio ad elementari regole deontologiche.

Africa
Dott. Emilio Alari

Sapere in astratto che molti vivono con meno di un dollaro al giorno è altra cosa dal sentirsi rispondere da una paziente cui si è consigliato un normale FANS che

non può comprarlo perché con quei soldi deve provvedere al cibo per i figli. Bene, questa è la norma nel Sud Kivu, provincia della Repubblica Democratica del Congo. Chi va lì si scordi le romanticherie sull'Africa, comprese le strane e misteriose patologie da sindrome di Salgari. Le malattie sono le stesse di qua ma portate, per trascuratezza da miseria, all'estremo: gozzi mostruosi, tumori mammari affioranti sulla cute, mielopatie traumatiche abbandonate a se stesse.

Un bagno di realtà fatto di impossibilità economiche, strutture fatiscenti, nessuna diagnostica disponibile, estreme difficoltà anche nel semplice raggiungere gli ospedali.

Somministrate ad un Paese già povero e fragile 20 anni di guerra (che peraltro, in forma attenuata, persiste tuttora) e avrete il quadro di una popolazione che non ha, fra le altre mancanze, alcuna forma di copertura sanitaria pubblica, se non quella minimale che le organizzazioni cattoliche riesco-

no, con sacrificio, ad assicurare. In ospedale, tutto, salvo la pura disponibilità del letto, è a carico del paziente, compreso il cibo: se la famiglia provvede bene altrimenti chi è ricoverato non mangia. Poi, certo, non ci sono strade, non c'è acqua, l'elettricità va e viene, la sicurezza (malgrado le molte pattuglie di poliziotti con kalashnikov) è scarsa, l'istruzione è a pagamento e di cattiva qualità...

E ancora vi meravigliate di Lampedusa?





1

Tesi dei neolaureati

Effetti del bypass gastrico sul metabolismo glucidico e lipidico e sui profili

circolanti di ormoni adiposi e ghrelina Dr.ssa Elisa Brozic

Introduzione

Questo lavoro tratta degli effetti del bypass gastrico sul metabolismo glucidico, lipidico e sul profilo di ormoni adiposi e ghrelina. L'eccesso di adipe porta a numerose alterazioni metaboliche, tra le quali spicca un aumento dell'insulino-resistenza e dell'infiammazione sistemica. associate a loro volta con una disregolazione della secrezione di adipochine, fra cui le più importanti sono la leptina e l'adiponectina; la prima, proinfiammatoria, aumenta nell'obeso, mentre la seconda che ha una funzione positiva sul metabolismo glucidico e lipidico risulta ridotta in queste condizioni. La ghrelina, peptide secreto dallo stomaco, inizialmente considerata semplicemente un ormone induttore di obesità, attualmente è considerata far parte di un network ormonale assieme a insulina e leptina; queste ultime sono in grado di inibire la secrezione di ghrelina da parte dello stomaco; infatti quest'ormone è paradossalmente ridotto negli obesi. Occorre ricordare che esistono due forme di ghrelina, desacilata e acilata; quest'ultima pur rappresentando soltanto il 5% del totale sembra essere responsabile dell'aumento dell'insulino-resistenza.

Nei soggetti con obesità grave spesso l'ultimo e l'unico approccio terapeutico possibile è la chirurgia bariatrica. Tra gli interventi più utilizzati vi è il by-pass gastrico che consiste nel ridurre lo stomaco a una piccola tasca alimentare di 25-30 ml che si collega ad un'ansa digiunale, mentre la maggior parte dello stomaco e il duodeno, escluso dal transito alimentare, formano il tratto bilio-pancreatico che viene anastomizzato a 1-1,5 metri a valle dell'anastomosi gastro-digiunale, permettendo un moderato malassorbimento.

Scopo dello studio

Lo scopo di questo lavoro è quello di periodo post-operatorio precoce in pazienti sottoposti a by-pass gastrico le modificazioni di glicemia, insulina e HOMA (indice di insulino-resistenza) in relazione alle variazioni di:

- · profilo lipidico
- transaminasi
- marcatori di stress ossidativo (Tbars e PCR)
- Leptina e adiponectina totale e ad alto peso molecolare
- · Ghrelina acilata e desacilata

Metodi

Sono stati selezionati 34 pazienti tra marzo 2009 e giugno 2010 con BMI> 40 Kg/m2 per essere sottoposti a bypass gastrico. Circa un mese prima dell'intervento veniva eseguita una visita completa di raccolta dei dati antropometrici e di campioni di sangue. La stessa visita veniva ripetuta a quattro e a dodici settimane.

I 34 pazienti erano di età compresa tra i 23 e i 60 anni e presentavano un BMI medio di 48 Kg/m2, una glicemia e un'insulinemia di poco superiore ai soggetti magri.

Risultati

I risultati di questo studio evidenziano un significativo e precoce calo di BMI, di glicemia e di insulina, tanto che nessuno dei 7 pazienti che presentavano iperglicemia prima dell'intervento risulta in tali condizioni dopo tre mesi.

A differenza del profilo glucidico, quello lipidico rimane sostanzialmente invariato; per il profilo ormonale adiposo si verifica una rapida e positiva modificazione con riduzione significativa della leptina e con l'aumento dell'adiponectina.

Per quanto riguarda la ghrelina i risultati indicano che nonostante l'intervento non abbia effetti precoci sulla ghrelinemia totale, esso induce un netto e marcato aumento della forma acilata.

Conclusioni

In conclusione, i dati di guesto studio suggeriscono che il miglioramento dell'insulino-resistenza dopo intervento di bypass gastrico sia almeno in parte legato al calo ponderale e al consequente miglioramento del profilo di adipochine circolanti e che la sostanziale stabilità della ghrelinemia totale nel periodo post-operatorio precoce indichi una conservata capacità di produzione di ghrelina da parte dello stomaco anatomicamente isolato. Sulla base delle conoscenze disponibili, l'alterato profilo ghrelinico e l'aumento selettivo della ghrelina acilata non sembra essere un plausibile mediatore del migliorato metabolismo glucidico nelle presenti condizioni clinico-sperimentali.

Velocimetria doppler delle arterie uterine e PAPP-A come test predittivi per outcome ostetrici patologici

Dr Matteo Ceccarello

Obiettivi

Valutare se esiste una correlazione tra outcome ostetrici sfavorevoli (Intra-uterine growth restriction, Small for gestational age e disturbi ipertensivi in gravidanza) e alterazioni a carico della velocimetria Doppler delle arterie uterine, screening biochimico e storia clinica materna pregressa. Al fine di individuare un test di screening capace di identificare precocemente le gravidanze a rischio per queste complicanze.

Materiali e metodi

studio prospettico osservazionale su una coorte di 2138 donne che si recavano nella S.S.D. Diagnostica Ecografica Prenatale e Ginecologica dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, nel periodo compreso tra ottobre 2007 e aprile 2009, per l'esecuzione dell'ecografia del primo trimestre. A tutte le gestanti con gravidanza singola che si recavano presso la nostra struttura, veniva offerta la possibilità di eseguire il test combinato per la sindrome di Down e la valutazione della flussimetria Doppler delle ar-

terie uterine nei tre trimestri di gravidanza, in concomitanza con l'ecografia morfologica (nel II trimestre) e la biometria (nel III trimestre). I markers biochimici, in particolare la PAPP-A (pregnancy-associated plasma protein a), sono stati dosati nel siero materno quando le donne si sono sottoposte al test combinato per le anomalie cromosomiche.

Sono stati valutati come esiti dello studio rispetto ai markers sierologici in esame e alla velocimetria Doppler i seguenti outcome ostetrici: ipertensione gestazionale, preeclampsia, restrizione di crescita intrauterina (IUGR) e "small for gestational age" (SGA).

I dati sono stati estratti dal programma View Point e ne è stata eseguita l'analisi statistica in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia e Biostatistica dell'IRCCS.

Risultati

abbiamo creato dei modelli statistici dedicati ai singoli outcome (ipertensione gestazionale, preeclampsia, IUGR, SGA), provando a verificare la significatività statistica della flussimetria Doppler delle arterie uterine e della PAPP-A, proteina prodotta dal trofoblasto, con le caratteristiche anamnestiche materne, al fine di proporre un test di screening.

Nei confronti dell'ipertensione gestazionale, della preeclampsia e dello "Small for gestational age", abbiamo visto come un'aumentata impedenza a carico della flussimetria Doppler (aumento del Pulsatility Index e del Resistance Index), una diminuzione sierica di PAPP-A e caratteristiche materne quali nulliparità, fumo, BMI elevato, ipertensione cronica e malattie autoimmuni materne, risultano statisticamente significative (p<0.05) al fine di creare un test di screening, che nel nostro caso raggiunge una sensibilità del 68%, una specificità dell'85% e un VPN del 98%. Nei confronti dello IUGR (Intra-uterine growth restriction) i nostri modelli non sono soddisfacenti.

Conclusioni

I disordini ipertensivi e le restrizioni di crescita fetale sono due tra i maggiori outcome che complicano una gravidanza in una popolazione a basso rischio, per le quali attualmente non

esiste uno screening valido ed efficace, come ad esempio si ha nel primo trimestre di gravidanza nei confronti delle aneuploidie. Le armi principali in mano al clinico sono un'attenta valutazione del rischio materno a priori, da combinare in un secondo tempo con la velocimetria Doppler delle arterie uterine e lo screening biochimico, al fine di aumentare la predittività diagnostica e ridurre il numero di falsi positivi. Questa integrazione appare attualmente la strada più promettente da seguire, al fine di creare un test di screening accurato che riesca a coprire il più possibile le diverse vie eziopatogenetiche di queste patologie.

L'uso della seta -Dermasilk- nel trattamento di fondo della dermatite atopica infantile Dr. ssa Cristina Fontanini

Diissa Cristina i oritaini.

Premessa

Dermasilk è stato proposto come possibile arma nel trattamento della DA, in particolare

attraverso la riduzione del prurito e l'azione antibatterica.

Diversi studi sono stati condotti per dimostrare la sua efficacia nella fase acuta, dove è stato confrontato con un placebo e in alcuni lavori contro cortisone topico.

Noi invece riteniamo che Dermasilk non possa sostituirsi alla terapia farmacologica della DA ed abbiamo pertanto voluto considerare la sua efficacia nel ridurre le ricadute una volta ottenuta la remissione con la terapia correntemente accettata. Il nostro studio ha quindi voluto verificare se esiste un ruolo nel trattamento della DA in fase di mantenimento per questo tessuto.

Metodi

Abbiamo reclutato 19 bambini-13 maschi e 6 femmine- di età compresa tra i 4 e i 18 mesi, in occasione di una visista dermatologica o allergologica in cui è stata diagnosticata e trattata la loro DA. Si tratta di uno studio a doppio cieco, in cui né le famiglie né gli operatori coinvolti conoscevano la suddivisione dei due gruppi. Abbiamo infatti diviso i bambini in 2 gruppi, A a cui abbimo dato il set di body e calzamaglia

in Dermasilk e B in cotone. Abbiamo fatto compilare alle famiglie un diario per annotare l'utilizzo di corticosteroide topico, la quantità e la zona su cui è stato applicato.ll farmaco scelto è stato il Mometasone Furoato, cortisonico di media potenza, largamente impiegato nel trattamento topico dell'eczema. Lo studio ha la durata di un anno: è iniziato nel Marzo del 2009 e il reclutamento si è concluso nel Marzo del 2010, quindi alcuni bambini completeranno lo studio nei prossimi mesi.

Risultati

A settembre 2010 abbiamo "aperto le buste" e siamo venuti a conoscenza del fatto che il gruppo A aveva utilizzato Dermasilk mentre il gruppo B era il gruppo controllo (cotone). Raccolti i diari, abbiamo rilevato un utilizzo di cortisone medio di 1,5 tubetti per il guppo A contro i 2,5 del gruppo B, dato che però non è risultato statisticamente significativo vista la casistica ridotta. Statisticamente significativa è risultata però la valutazione soggettiva espressa dalle famiglie in termini di soddisfazione verso il prodotto (100% gruppo A, 50% per il gruppo B).

Conclusioni

Questi risultati favorevoli necessitano di una conferma su larga casistica.

Il Tumore a Cellule Giganti: Revisione della Casistica

Dr Maurizio Scorianz

Il tumore a cellule giganti (TCG) è un tumore osseo benigno, localmente aggressivo, ad istogenesi sconosciuta che colpisce generalmente la metaepifisi delle ossa lunghe. La neoplasia colpisce più frequentemente i giovani adulti tra i 20 e i 40 anni di età.

La localizzazione più frequente (50% dei casi) è l'articolazione del ginocchio.

Il sintomo principale del TCG è il dolore. Ad esso si associano limitazione funzionale e fratture patologiche (presenti nel 12% dei pazienti

al momento della diagnosi).

Il TCG si estende dalla metafisi fino al limite della cartilagine articolare, ma raramente invade l'articolazione. Eccezionalmente può infiltrare i legamenti, per esempio i crociati, ed entrare nell'articolazione.

Pur essendo il TCG un tumore benigno, la letteratura riporta il verificarsi di metastasi polmonari nel 3% dei casi.

Le metastasi polmonari sono istologicamente identiche al TCG primario e si possono considerare più come impianto di cellule a distanza che come vera e propria disseminazione metastatica.

La diagnosi differenziale e la stadiazione vengono eseguite con radiografie standard, RMN e TC con mdc; queste ultime determinano la qualità del tessuto neoplastico e la sua estensione nell'osso e nelle parti molli.

La scintigrafia permette la ricerca di eventuali ulteriori lesioni ossee, mentre una radiografia del torace permette di escludere il coinvolgimento polmonare. Per una corretta diagnosi è sempre necessaria la biopsia. Dal 1999 al 2009 presso la SOC di Ortopedia dell'Ospedale di Gorizia sono stati trattati 32 pazienti con TCG. In tutti i casi la diagnosi istologica è stata confermata da una biopsia al congelatore o per inclusione tradizionale. Si tratta di 22 maschi e 10 femmine di età media di 39 anni (da 17 a 80 anni). La localizzazione del tumore maggiormente presente è stata la metaepifisi prossimale di tibia. 30 pazienti sono stati trattati per la prima volta a Gorizia, mentre 2 pazienti sono stati trattati a Gorizia per una recidiva del tumore operato precedentemente in altre sedi. 2 pazienti presentavano una frattura patologica (1 metaepifisi distale del femore, 1 epifisi distale dell'omero).

La terapia è consistita in curettage con aggiunta di adiuvante locale (fenolo al 95%) in 27 pazienti, resezione e protesi per ricostruzione tumorale in 4 pazienti e resezione e ricostruzione con innesto massivo in 1 paziente. 23 pazienti (72 %) risultano senza segni di malattia ad un follow-up medio di 63 mesi (12-131); 4 pazienti (12 %) hanno presentato una o più recidive locali e 1 paziente (3%) ha presentato metastasi

polmonari; tutti e 5 questi pazienti sono stati trattati per la ricaduta ed attualmente non presentano segni di malattia. Un paziente (3%) è deceduto per cause non correlate al TCG. 3 pazienti (10%) sono stati persi al follow-up.

I risultati si rivelano in linea con quanto riportato nella letteratura internazionale.

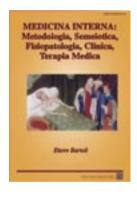
Recensioni

Ettore Bartoli

MEDICINA INTERNA: METODOLOGIA, SEMEIOTICA, FISIOPATOLOGIA, CLINICA, TERAPIA MEDICA

Editore: Restless Architect of Human Possibilities sas. Pagine 830, Ottobre 2010.

Questo mio testo costituisce essenzialmente un testo di studio: è contenuto nelle dimensioni, risultando meno della metà del testo più breve in auge, e sviluppa su ogni argomento una impostazione squisitamente clinica, volta alla valutazione al



letto del malato, basata sui sintomi, la cui genesi viene ricostruita in senso fisiopatologico. Affronta le malattie tramite i meccanismi patogenetici, dai quali ricava il quadro clinico, e si focalizza schematicamente sulle scelte diagnostiche, e, ove possibile, su diagnosi differenziali estese a quadri clinici ampli, nei quali aiuta a discernere le diverse entità nosologiche con le armi del medico e di pochi esami di laboratorio e tecnologici, quelli oggi alla portata di molti o tutti. É dimensionato sul carico orario che grava sullo studente nelle diverse discipline. Lo studente sarà agevolato da un testo completo, ma sintetico, scritto da una sola mano e, quindi, coerente nelle varie parti, nel quale ritrova Metodologia, Fisiopatologia, descrizione clinica, Diagnosi e Terapia. Le singole discipline spe-

cialistiche d'organo trattate sono Nefrologia, Pneumologia, Cardiologia (inclusa la ECG-fia), Immuno-Reumatologia. Ematologia, Oncologia, Coagulazione e Trombosi, Gastroenterologia, Endocrinologia, Metabolismo, Infettive, con cenni di

attinenza internistica di Dermatologia, Neurologia, Geriatria, Psichiatria.

Luciano Sterpellone MEDICI NELLA STORIA DA ALCMEONE DI CROTONE A RITA LEVI MONTALCINI Redazione editore

"Ci sono momenti nella vita in cui un uomo sente la necessità di fare il punto sulla sua esistenza. Non è facile. Spesso ti assale un senso di solitudine che fa paura perché si pensa di non essere più in grado di affrontare il futuro. È allora che chia-



miamo in soccorso la memoria per ricordare le cose belle che abbiamo vissute, le cose meravigliose che abbiamo lette. Questo momento per me, ancora una volta, è arrivato sfogliando un libro che racconta vita, morte e miracoli di miei insigni colleghi, di medici che con il loro operare hanno nei secoli contribuito, entrandoci a porte spalancate, a fare la storia della medicina. Quando l'editore mi ha presentato le bozze di quest'opera ho subito pensato a un gentile regalo. Leggendo la nuova testimonianza di Luciano Sterpellone, amico e collega, mi sono invece immedesimato trasferendomi, più di una volta, nei panni delle decine di personaggi che l'autore con la penna garbata che gli riconosciamo, descrive. A scorrere queste pagine ti prende una specie di frenesia, al punto che vorresti arrivare il più velocemente possibile alla fine dei singoli ritratti perché le storie possano essere incasellate nella tua memoria e diventare cultura" (dalla prefazione di Eolo Parodi).

Sterpellone ricostruisce, con le loro biografie, i momenti "magici" della vita di grandi scienziati o di oscuri medici che, grazie all'impegno, alla ricerca, all'intuizione, hanno compreso, interpretato e spesso debellato i mali che colpiscono l'umanità. Storie a volte incredibili, a volte entusiasmanti, a volte quasi "normali" nella loro eccezionalità. raccontate sempre con una prosa avvincente da grande narratore e con ineccepibile rigore dal punto di vista scientifico e storico, ma con un linguaggio chiaro, comprensibile anche al grande pubblico. Luciano Sterpellone, patologo clinico di Roma, si è sempre occupato di divulgazione medica e giornalismo scientifico. È nell'Albo degli scrittori europei ed è stato per 28 anni collaboratore, ideatore, conduttore e consulente della Rai con trasmissioni come "Dottore Buonasera", "S. come salute", "Check up". Ha vinto il Premio Saint Vincent 2001" per la divulgazione medica. È redattore scientifico del "Corriere Salute" (supplemento del Corriere della Sera) e di "A-Z Salute" (del Giornale di Sicilia) e collabora a varie riviste ("Kos", "Salve", "Le Scienze", "Medical Biography") e portali internet. Ha scritto oltre cento libri di cultura medica, alcuni dei quali tradotti in sette lingue.

Paolo Rumiz IL BENE OSTINATO I Narratori / Feltrinelli

"È la storia dei "profeti" di oggi, i punti emergenti di un volontariato italiano di cui non si scrive, il nucleo di un altruismo che alberga negli stessi territori dell'egoismo antistranieri. E' la storia di una pattuglia di medici italiani, inquadrati nella più brillante e meno nota –mai



discussa- delle nostre Organizzazioni non governative, Medici con l'Africa Cuamm".



Bollettino periodico

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

Per gli iscritti all'Ordine

Consulenza fiscale

Dott. Vittorio GradenigoP.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

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

Luglio 2011 copia omaggio anno 11 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.



