

Editoriali dei presidenti



Cari Colleghi,

desidero portare alla vostra conoscenza due novità del nostro Ordine.

La prima riguarda l'istituzione di una Newsletter, che è già arrivata alla seconda edizione. È una formula di comunicazione con ritmo quindicinale. Ha l'intento di essere più veloce nel dare comunicazioni importanti che devono essere portate a conoscenza in tempi brevi. Per il momento presenta tre spazi: In primo piano, Diritto Sanitario e Area Formativa. Nei precedenti invii, la Newsletter è stata spedita a 242 iscritti, in base agli indirizzi mail comunicati alla segreteria dell'Ordine.

Chiedo a tutti di verificare che l'Ordine (ordmedgo@libero.it) conosca la vostra mail (in questo caso non c'entra la PEC), per potervi inserire nell'indirizzario.

A breve vi sarà poi possibile iscrivervi al servizio direttamente dal sito dell'Ordine, inserendo il vostro indirizzo mail. Chiedo inoltre commenti e suggerimenti per migliorare assieme il prodotto.

Il sito dell'Ordine continua ad esistere (www.ordinemedici-go.it). Nell'ultimo anno le statistiche ci dicono che ci sono circa 150 visitatori diversi al giorno e circa 3600/3700 visitatori diversi al mese.

Continua anche la pubblicazione periodica del Bollettino per le notizie ed informazioni che necessitano di un approfondimento maggiore rispetto alla Newsletter.

La seconda novità è che abbiamo creato un nuovo logo, che possa rappresentare la natura provinciale dell'Ordine. Resta il serpente, resta il bastone di Esculapio, arrivano sottili linee ondulate, che possono rappresentare il fiume Isonzo, ideale legame tra alto e basso Isonzino.

I colori mi paiono rasserenanti: spero lo siano anche per voi.

Roberta Chersevani

L'opera in copertina è del dott. Giuseppe Latella



Cari Colleghi,

ho sentito dire, di questi giorni, che abbiamo perso, in quanto la Camera dei Deputati con un emendamento abrogativo ha bloccato la disposizione che riguardava l'istituzione dell'Ordine separato degli Odontoiatri. Forse non si era compreso bene che ciò che si voleva, era più che la separazione degli Ordini, l'autonomia degli Albi, come è stato approvato in aula alla Camera, laddove nel testo si legge: "il riconoscimento della piena autonomia delle funzioni di rappresentanza, di gestione e disciplinari degli Albi ricompresi in un medesimo Ordine".

Rimanendo in tema di DDL per la Riforma degli Ordini delle Professioni Sanitarie, è stata recepita la necessità di norme più incisive per ciò che concerne la lotta all'abusivismo in campo odontoiatrico; inoltre con l'art.11 si sancisce il diritto di accedere ai livelli dirigenziali del SSN, da parte del laureato in odontoiatria.

Dobbiamo continuare a credere a questo percorso, che non si può arrestare, ma deve chiudersi quanto prima, con il riconoscimento pieno di quest'autonomia, resa necessaria dalla peculiarità della professione che svolgiamo.

Permettetemi di riprendere il tema, che ritengo fondamento dei nostri Ordini, ovvero la questione etico - deontologica. Appartenere a una Professione e non avere un credo in questa, è come appartenere ad una religione e non professarla. Il nostro codice è la nostra fede ed è il credo che deve condizionarci nei nostri atteggiamenti e ciò che fa da corollario al nostro lavoro ci fa sentire "professionisti", ci dà lo stimolo a continuare anche quando siamo stanchi e delusi... e ciò che ci porta a dare una prestazione sempre al meglio delle nostre possibilità, per la soddisfazione personale e per il piacere di dare qualcosa di onesto e di qualità, ai nostri pazienti.

Con ciò vi lascio a migliori letture e vi saluto con l'augurio di continuare a crederci a questa nostra Odontoiatria.

Maria Gemma Grusovin

Il simbolo dei medici e della medicina*

Il caduceo di Mercurio ed il bastone serpen-
tario di Esculapio sono spesso indifferentemente
adoperati come emblemi della medicina e dell'arte
sanitaria in genere. Boigey (Presse Medicale, 1924,
n.12) rileva come ciò costituisca un errore mitologico
in quanto il caduceo non è l'attributo di Esculapio,
ma quello di Mercurio, messaggero alato degli
Dei. Nell'iconografia mitologica il caduceo è
il segno inseparabile ed assolutamente personale
di Mercurio, ed in pratica è adoperato per
significare i vari attributi del dio.

Il caduceo è formato da un bastoncino sor-
montato da due piccole ali ed intorno al
quale sono avvolti simmetricamente due
serpenti.

La tradizione vuole che Mercurio, mentre si
trovava in Arcadia incontrò due serpenti in
lotta; gettò su di essi il suo bastone e vide
che i due serpenti cessando dalla lotta vi si
attorcigliarono attorno. Così si spiegherebbe
come il caduceo rappresenti il simbolo della
pace, della concordia e conseguentemente
del commercio e costituisca il distintivo degli
araldi e degli ambasciatori. Non va tuttavia
dimenticato che Mercurio, per la sua agilità e
destrezza, è da sempre considerato anche la
divinità dei ladri...

Nessun elemento storico o etimologico ne
giustifica l'uso come l'emblema della medicina.

Il simbolo della medicina è il bastone serpen-
tario di Esculapio, che, quantunque abbia
una certa rassomiglianza con il caduceo, se
ne distingue per la mancanza di ali all'estre-
mità e perché ha un solo serpente.

Il serpente del bastone di Esculapio è il Co-
lubro detto appunto di Esculapio, appartenente
all'ordine degli Squamati, al sottordine
degli Ofidi e alla famiglia dei Colubridi,
innocuo, presenta le più varie dimensioni,
da pochi centimetri sino a tre metri; la sua

innocuità, evidentemente, lo ha fatto
scegliere a quasi amico dell'uomo
visto che porta la guarigione, e può
tranquillamente avvolgersi al braccio
o al bastone retto da una mano.



Caduceo di Mercurio



Bastone di Esculapio

Per molti anni tuttavia i due simboli sono
stati usati indifferentemente e con una
certa confusione quali simbolo dell'arte
medica.

Il logo dell'Ordine è stato realizzato da Marie Hélène Bonasso

Nata a Parigi, il 23 marzo '58

Dopo il liceo scientifico ha terminato i propri
studi presso l'E.S.A.G Scuola Superiore di
Arte Grafica di Parigi, diplomandosi nell'82.
Terminati gli studi ha iniziato a lavorare
come grafica ed illustratrice a Parigi e a Mi-
lano.

Alle illustrazioni per l'editoria, copertine di
libri, collaborazioni con periodici, in parti-
colare riviste di moda, si sono aggiunte illu-
strazioni per la pubblicità, manifesti, cartel-
loni (Bacardi Breezeer, Giubileo 2000...), vi-
deo clip (Mister Fantasy...), murali (Museo
La Vilette Parigi...), disegni per tessuti (Naj
Oleari, Fiorucci, Ungaro Armani...) ed alcune
mostre personali.

Vive attualmente a Gorizia.

mariehelene@tiscali.it

È interessante, a riguardo, ricordare l'articolo apparso sul "Messaggero" del 27 agosto 1997 dal titolo "Esculapio sostituirà Mercurio. Medici, non ladri e l'Ordine decide di cambiare simbolo" nel quale Sara Ippolito scrive: "Così da settembre si cambia: i due serpenti del logo, emblema di Mercurio, verranno sostituiti con un solo serpente, il corretto simbolo di Esculapio, dio della medicina. A darne l'annuncio è Aldo Pagni, presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. A far aprire gli occhi ai medici, sottolineando con un pizzico di ironia l'imperdonabile gaffe, è stata la lettera inviata da un dottore (il Dr Luca Ventura N.D.R.) appassionato di mitologia, alla rivista ufficiale della società italiana di igiene e medicina preventiva, in cui viene

evidenziato l'errore commesso e l'ambiguità che ne deriva per l'intera categoria. "È vero – ammette Pagni- il nostro logo non era il simbolo di Esculapio, ma del messaggero degli dei, la divinità dei ladri. Tre mesi fa abbiamo dato a un istituto di storia della medicina l'incarico di valutare il significato del nostro logo. È vero, era il simbolo sbagliato". Per sgombrare il campo dalla possibile confusione fra categorie con lo stesso logo, la federazione ha quindi deciso di cambiarlo. "A settembre avremo un solo serpente –conclude Pagni- più adatto alla nostra categoria che con i protetti di Mercurio a poco in comune".

**Tratto, con sintesi, da "Ancora sul simbolo dei medici e della Medicina" del Prof. Francesco Aulizio, Libero Docente di Storia della Medicina. Articolo pubblicato da "Il Bollettino degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri della Romagna" n. 4/1998.*

FNOMCeO

Salute last minute on line

No al discount di una falsa sanità

Dal sito FNOMCeO 19/09/2011 - di Walter Gatti

In più di una occasione nelle scorse settimane la **FNOMCeO**, attraverso le parole del suo presidente, è intervenuta per sottolineare lo sconcerto nei confronti delle attività di società e siti come Groupon, Groupalia e Obiettivo risarcimento. Ci si è chiesti in più di una occasione: cosa nascondono i prezzi stracciati di certe prestazioni medico-odontoiatriche in Italia come all'estero? E inoltre: sono davvero trasparenti e piene di "senso civico" le campagne mediatiche volte a trasformare in un pro-



cedimento penale o comunque risarcitorio ogni rapporto con il mondo medico? Le interviste recentemente uscite su **Quotidiano Sanità**, **Repubblica**, **AdnKronos** e **DoctorNews** e raccolte dall'**Ufficio stampa** della **FNOMCeO** in una recente uscita di **Quando la sanità fa notizia** hanno offerto una visione sufficientemente preoccupata del fenomeno, che fa leva sulla voglia di risparmiare (o di incassare...) per portare l'assistenza sanitaria italiana in un terreno di hard discount della salute.

Di fronte a tanti segnali preoccupanti, diceva Amedeo **Bianco** nell'intervista pubblicata su Repubblica, *" presenteremo come FNOMCeO una denuncia all' **Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato**".* Oggi la FNOMCeO ha fatto partire quella denuncia, ma non solo: oggi la Federazione avvia un'azione globale nei confronti di tutte quelle attività e messaggi che presentano l'attività medico-assistenziale sotto luci non chiare o trasparenti. Si tratta di un'insieme di lettere ed esposti pubblicate a beneficio di tutti i lettori del portale FNOMCeO, siano essi medici o cittadini, indirizzate al **Ministero di Grazia e Giustizia**, al **CSM**, all'**Antitrust**, ai **Nas** e anche a Paolo **Garimberti**, presidente della **Rai**.

Eccone l'indice:

- **Lettera-Denuncia all'Autorità garante della concorrenza e del mercato:** il presidente Bianco richiede l'intervento dell'Antitrust al fine di ottenere l'inibizione degli atti di pubblicità ingannevole posti in essere dalla società Obiettivo Risarcimento.
- **Lettera-Denuncia all'Autorità garante della concorrenza e del mercato:** si denuncia all'Antitrust la pratica ingannevole della Società Groupon e si chiede "l'apertura di una formale indagine volta a verificare la scorrettezza della pratica commerciale denunciata, adottando altresì con provvedimento cautelare ogni misura ritenuta idonea a impedire il procrastinarsi del danno che deriva ai consumatori".
- **Lettera al Ministero di Grazia e Giustizia e al Consiglio Superiore della Magistratura:** si sottolinea la "proliferazione di iniziative, anche mediatiche, che hanno il chiaro scopo di incrementare a dismisura il contenzioso verso i medici, inducendo l'opinione pubblica a credere che sempre e comunque il medico commetta degli errori", creando addirittura una presun-

zione di colpevolezza.

- **Lettera ai Nas – Comando Carabinieri per la tutela della salute:** segnalazione della non-chiarità nei messaggi della Società Obiettivo Risarcimento. "Ad avviso di questa Federazione, non è assolutamente chiaro se l'attività di questa società sia a titolo gratuito od oneroso e se le attività di perizia medico-legale offerta ai possibili clienti siano svolte direttamente da medici dipendenti e/o convenzionati con la società stessa".
- **Lettera ai Nas – Comando Carabinieri per la tutela della salute:** segnalazione dei messaggi promossi da Groupon che promuove "la possibilità di acquisto di prestazioni mediche e odontoiatriche a tariffe irrisorie, indiscutibilmente inferiori ai costi i produzione", con la richiesta di una verifica

Quando nasce un'idea

Chi di noi non ha detto almeno una volta "mi è venuta un'idea". Che fine ha fatto poi quell'idea?

Tutto ciò che ci circonda ha un'influenza sulla nostra mente. Sta alla sensibilità di ciascuno lasciarsi trasportare nell'elaborazione delle idee ed al coraggio di metterle in mostra.

Il mondo esterno, le cose che osserviamo, ci stimolano alla formazione dell'idea che attraverso la conoscenza siamo in grado di realizzare. L'opera che ne deriva è concettuale, fondata sul pensiero, ma ciò non impedisce a ricercarne la forma per il piacere dell'estetica.

Il quadro in copertina è la rappresentazione di quell'idea.

Giuseppe Latella

Le opere del dott. Latella sono in mostra presso la Galleria "La Fortezza" di Gradisca d'Isonzo

che "le prestazioni siano rese da personale specializzato, nel rispetto dei limiti di sicurezza e siano erogate in strutture a norma".

→ **Lettera al Presidente della Rai, Paolo Garimberti:** si sottopongono al Presidente alcune riflessioni in seguito alla visione dello spot della società Obiettivo Risarcimento. "Quello che preoccupa è il rischio concreto di sollecitare nell'opinione pubblica l'idea

che l'esito indesiderato di un intervento sanitario sia o possa essere, sempre e comunque, la conseguenza di una malpractice professionale o di cattive organizzazioni dei sistemi sanitari". La lettera contiene l'appello che le problematiche dell'assistenza sanitaria siano presentate con diversa attenzione e termina auspicando un incontro in cui il senso dell'appello alla Rai possa venir approfondito ed illustrato al meglio.

Contenzioso specializzandi: La Cassazione ha accolto il ricorso

Tratto da: fcaprio (sito SNAMI Ascoli Piceno) 06/09/2011

Sarà una batosta per lo Stato da oltre 12 miliardi: la Cassazione ha accolto il ricorso presentato da oltre 800 medici rappresentati dall'Associazione Consulcesi Health e Ricerca e ha stabilito che il diritto di questi medici non è ancora prescritto. Ma in totale sono oltre 120mila i medici di tutta Italia, che hanno frequentato la scuola di specialità fra il 1983 e il 1991 e che quindi vedono avvicinarsi la possibilità di ricevere più di 100 mila di euro ciascuno per borse di studio non erogate.

La conseguenza è che potranno richiedere quanto è loro dovuto alla Presidenza del Consiglio, al Ministero della Salute e a quello dell'Università e della Ricerca. E così dal senatore Stefano De Lillo (PdL) una proposta: riconoscere a chi ne abbia diritto un compenso forfettario di 20 mila euro per ogni anno di specializzazione. In questo modo la spesa per le casse pubbliche scenderebbe intorno agli 800 milioni di euro. Come viene ricordato nella nota congiunta che l'Associazione ha emesso insieme al senatore Stefano De Lillo (PdL), si tratterebbe di un costo "insostenibile" tale da "mettere in ginocchio le casse dello Stato". Il senatore ha avanzato una proposta, riprendendo i contenuti del ddl n. 2786/2011,



da lui stesso presentato prima dell'estate, "per giungere alla soluzione definitiva di questa annosa questione", magari anche attraverso un inserimento delle nuove disposizioni nella Finanziaria 2011-2014. La proposta prevede una sorta di compromesso tra il Governo e l'esercito dei ricorrenti, assegnando un importo forfettario di 20.000 euro ciascuno, per ogni anno di corso, in favore dei medici che si sono rivolti alla legge per ottenere un diritto loro dovuto secondo le norme dell'Unione Europea (75/362/CEE, 75/363/CEE e 82/76/CEE, in seguito coordinate dalla direttiva 93/16/CEE). L'accoglimento della proposta e il suo eventuale inserimento nella manovra all'esame dell'Aula del Senato, si sottolinea nella nota, "Potrebbe chiudere il decennale contenzioso tra lo Stato e i medici". I giudici di ultima istanza, del tutto in linea con le de-

cisioni più recenti hanno così ribadito che la prescrizione per questo tipo di rapporti è decennale, e che decorre dal definitivo recepimento delle direttive comunitarie (per l'Italia, dal 27 ottobre 1999) per troppo tempo invece – oltre 20 anni – ignorate dal legislatore nazionale. La sentenza 17350, oltre a rimettere ordine cronologico e logico alle direttive Ue, alle sentenze della Corte continentale e della Cassazione stessa, in aggiunta agli interventi legislativi nazionali, risolve una serie di zone d'ombra che ancora gravavano sui diritti degli ex specializzandi. In particolare, i giudici della Terza hanno statuito che in caso di una direttiva comunitaria «chiara» ma non self-executing (e che quindi necessita di una legge di recepimento), l'inerzia dello Stato fa sorgere il diritto al risarcimento, che è permanente e la cui prescrizione inizia a decorrere solo dal giorno in cui viene promulgata la legge "riparatoria". Non solo, se la legge "riparatoria" è "parziale sotto il profilo soggettivo" – nel senso che provvede solo per il futuro o solo per alcune categorie ma non per altre – il calcolo della prescrizione non parte per i soggetti esclusi "perché la residua condotta di inadempimento sul piano soggettivo continua a cagionare in modo permanente il danno e, quindi, a giustificare l'obbligo risarcitorio". Secondo la Terza civile, il diritto al risarcimento del danno da inadempimento della direttiva 82/76/Cee, riassuntiva delle direttive 75/362/Cee e 75/363/Cee, a beneficio dei medici che avevano seguito corsi di specializzazione dal 1° gennaio 1983 all'anno accademico 1990-1991 «si prescrive nel termine di dieci anni, decorrente dal 27 ottobre 1999, data di entrata in vigore della Legge 370 del 1999». La vicenda degli specializzandi si trascina da 29 anni. L'Italia infatti non ha mai dato "integrale applicazione" alle direttive degli anni '70, che sarebbero dovute diventare parte del corpus legislativo al più tardi il 31 dicembre 1982 (articolo 16 della direttiva 82/76/Cee).

La Corte di Giustizia il 7 luglio 1987 (senten-

za della causa C-49-86) dichiarò la "inadempienza" di Roma, che non dispensava comunque l'Italia dal recepire al più presto le regole comunitarie. "Tale obbligo – scrivono i giudici di Cassazione – avrebbe potuto essere adempiuto integralmente soltanto se lo Stato Italiano, nell'introdurre una disciplina attuativa della direttiva e conforme ad essa, avesse disposto non solo per l'avvenire, cioè in relazione alle situazioni dei singoli riconducibili ad essa dopo la sua entrata in vigore, ma anche prevedendo la retroattività di detta disciplina. Poco rileva che nel frattempo la direttiva 2005/36/Ce, dettando una nuova disciplina dei medici specializzati, ha previsto l'abrogazione a partire dal 20 ottobre 2007 delle direttive precedenti. Se è vero che a quella data è cessato l'obbligo dello Stato Italiano di adempiere, sia pure tardivamente, le direttive 75/362/Cee, 75/363/Cee e 82/76/Cee, non è immaginabile che l'ultima direttiva abbia inteso sacrificare i diritti risarcitori dei singoli ove già insorti e ancora esistenti, non è possibile ritenere che l'abrogazione li abbia fatti venire meno.

Vediamo che cosa accadrebbe con l'accettazione della proposta di Di Lillo: lo Stato risparmierebbe da 12 miliardi a 800 milioni di euro, risultanti dal solo rimborso dell'ammontare della borsa di studio (circa 11 mila euro per ogni anno di specializzazione), senza gli interessi e la rivalutazione delle somme che sono dovuti in base agli orientamenti più recenti della Corte di Cassazione e di quella di Appello. Inoltre dilazionerebbe la spesa prevista in tre anni, tra il 2011 e il 2014, di cui il 50% da rimborsare sotto forma di sconti sulle ritenute d'acconto.

Il vantaggio per il medico sarebbe quello di non dover più attendere anni e anni di giudizio necessari per veder riconosciuto il suo diritto al rimborso, dato che lo potrebbe ricevere subito.

La natura giuridica delle norme deontologiche e loro collocazione nella gerarchia delle fonti

a cura di Erica Cettul

Il Codice di Deontologia Medica ha la funzione di contribuire alla costruzione di un'identità professionale comune, identità basata anche sulla individuazione di modalità di comportamento corretto, innanzitutto dal punto di vista strettamente professionale, idonee a dare certezze al professionista ed a tutelare il destinatario dell'intervento.

Vista da questa angolazione, l'inosservanza del Codice Deontologico è da considerare, prima che violazione di norme che la categoria si è data, evidenza di carenza di competenza professionale.

Premesso un tanto, le Sezioni Unite della Cassazione, con un'importante sentenza (n. 26810/2007), diversamente dall'orientamento secondo il quale le norme deontologiche vanno interpretate seguendo le regole dettate per i contratti in genere (articoli 1362 e seguenti del Codice Civile), le hanno collocate gerarchicamente tra le fonti integrative della legge.

Questa sentenza stabilisce che le norme deontologiche, lungi dall'assumere rilevanza solo sul piano etico, sono inglobate nel nostro sistema giuridico occupando un preciso posto nella gerarchia delle fonti.

Le norme dei Codici deontologici sono pertanto riconosciute dalla Suprema Corte come vere e proprie norme giuridiche che nell'ambito del principio di "gerarchia" delle fonti risultano rafforzate dagli ulteriori fondamentali principi di "competenza", e del rapporto tra norma "speciale" e norma "generale".

Questa collocazione delle norme deontologiche risulta di grande rilevanza nel caso di antinomia normativa.

Semplificando e senza la pretesa di essere esaustivi, siamo in presenza di una antinomia normativa quando due norme contrastano tra loro.

I criteri risolutivi delle antinomie normative sono 4:

- criterio gerarchico;
- cronologico;
- di specialità;
- di competenza.

La legge stabilisce, in generale, che quando l'antinomia normativa riguarda norme di pari grado, prevale e si applica quella più recente.

Tuttavia il criterio cronologico soccombe quando trovano applicazione il criterio di competenza e/o quello di specialità.

Secondo il criterio di specialità, la norma speciale prevale anche se quella generale è successiva.

La sentenza delle Sezioni Unite in commento definisce le norme del Codice Deontologico quali **fonti normative integrative del pre-cetto legislativo**, che attribuisce al Consiglio dell'Ordine il potere disciplinare, **con funzione di giurisdizione speciale**; considera poi il potere di autorganizzazione e quello disciplinare degli Ordini espressione di una **giurisdizione speciale integrata all'inter-no dell'ordinamento statale. Pertanto in base a tale sentenza ed in applicazione dei criteri di risoluzione delle antinomie normative, le norme speciali contenute nel Codice Deontologico prevalgono sulla legislazione statale ordinaria di pari grado, anche se successiva.**

Diritto sanitario

Guardia medica e omissione di soccorso

Con **sentenza n. 28005/11**, depositata il 15/07/11, la **sesta sezione penale** della **Corte di Cassazione**, ha respinto il ricorso proposto dal Pubblico Ministero (P.M.) avverso la sentenza del Giudice delle Indagini Preliminari (G.I.P.) del Tribunale di Campobasso che, in data 14/10/10, aveva dichiarato non luogo a procedersi nei confronti di un medico, incaricato del servizio della guardia medica presso un ambulatorio, cui era stata contestata la violazione degli artt. 593 e 328, primo comma, del codice penale per avere ommesso di prestare l'assistenza occorrente e le cure del caso (disinfettazione e sutura) ad un paziente che si era presentato con ferita lacera in sede frontale, esito di una caduta occorsagli.



I giudici della Suprema Corte, nella motivazione della sentenza, hanno preliminarmente osservato che l'art. 593 del codice penale delinea una fattispecie omissiva riferita a "chiunque", trovando un corpo umano "che sia o sembri inanimato ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo", ometta di prestare l'assistenza occorrente ovvero di darne immediato avviso all'Autorità.

Pertanto tale norma, che sanziona la violazione di un dovere generale di soccorso, non viene in rilievo, in base al principio di specialità di cui all'art. 15 del codice penale, quando è astrattamente configurabile il delitto di omissione di atti d'ufficio (art. 328, primo comma, del codice penale), che sanziona la violazione del dovere specifico del medico, pubblico ufficiale o incaricato di un pubblico servizio, che rifiuta indebitamente un atto del proprio ufficio che, per ragioni di sanità, deve essere compiuto senza ritardo.

La Cassazione, infine, ha ritenuto inammissibili le censure della pubblica accusa in merito

al proscioglimento operato dal GIP del Tribunale in relazione anche all'ipotesi di cui all'art. 328 del codice penale la cui sussistenza era stata esclusa dal giudice di merito avendo il sanitario della guardia medica provveduto, con il consenso dell'interessato, a chiamare il 118 e a far ricoverare il paziente in ospedale dove poi si era provveduto alla sutura della ferita.

Sergio Fucci - C. G. Edizioni Medico Scientifiche - Cultura e formazione per i professionisti della sanità

L'ostetrica può assorbire le mansioni dell'infermiere

Il fatto

Alcune ostetriche dipendenti Asl, essendo utilizzate come infermiere e come ferriste nella sala operatoria, chiedevano di essere escluse dal novero del personale infermieristico adibito al blocco operatorio, ottenendone, tuttavia, riscontro negativo. Ne seguiva un contenzioso giurisdizionale a seguito del quale il Tar Molise, pur respingendo il ricorso, fissava alcuni punti fermi sul rispetto dei compiti e delle mansioni dell'ostetrica.

Il diritto

Le ostetriche sono abilitate a svolgere tutti i compiti infermieristici professionali, anche nel blocco operatorio, allorché sia adibito a interventi chirurgici di ostetricia e ginecologia. Pertanto, l'attività di ostetrica, in qualche modo, può occasionalmente assorbire le mansioni dell'infermiere professionale, senza che ne derivi un demansionamento.

Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net

Alcuni strumenti per tutelare il patrimonio immobiliare del giocatore d'azzardo patologico e dei suoi familiari

avv. Laura Ferrari - da Newsletter FeDerSerD del 13 ottobre 2011.



Uno dei principali problemi connessi e conseguenti al fenomeno della ludopatia attiene al rischio che corrono i beni facenti parte del patrimonio del giocatore d'azzardo patologico, passibili di atti di aggressione ed esecuzione forzata da parte dei creditori.

La situazione tipo cui ci si trova spesso di fronte è la seguente.

Immaginiamo una famiglia composta da marito, moglie e due figli (adulti ma non economicamente indipendenti).

I coniugi, sposati in regime di comunione di beni, sono comproprietari dell'abitazione dove vivono e di un conto corrente cointestato ove confluiscono le entrate derivanti dal lavoro del capofamiglia, unico percettore di reddito.

Il soggetto, che ha sempre destinato lo stipendio a sopperire alle esigenze familiari, a un certo punto entra nella spirale del gioco d'azzardo. Inizia quindi a giocare, all'insaputa della famiglia, dapprima piccole somme attinte dallo stipendio, e poi importi sempre maggiori reperiti facendo ricorso all'indebitamento con finanziarie o banche.

E' a questo punto che sorge il rischio concreto di aggressione ai beni immobili di proprietà del debitore, che si può concretizzare nei seguenti casi:

- iscrizione di ipoteca volontaria sul bene immobile, nel caso in cui il giocatore conceda il bene a garanzia di un mutuo concesso da un istituto di credito: a fronte dell'erogazione del denaro, la banca iscrive ipoteca sul bene immobile, quale garanzia in caso di mancato pagamento del debito;
- rischio di pignoramento immobiliare,

che sorge nel momento in cui il giocatore non riesce più ad onorare gli impegni assunti con i creditori, che conseguentemente cercano di ottenere la tutela del proprio credito aggredendo i beni immobili del loro debitore.

Passando ad analizzare in modo più specifico la seconda ipotesi tratteggiata, è necessario prendere le mosse dal principio generale di garanzia patrimoniale sancito dall'art. 2740 c.c., in forza del quale il debitore risponde delle obbligazioni contratte con tutti i suoi beni, presenti e futuri. Ciò significa che, in caso di inadempimento, i creditori possono aggredire con atti di esecuzione forzata tutti i beni di proprietà del debitore al fine di vedere riconosciuto il proprio diritto di credito. Concretamente, in presenza di beni immobili, il principio di cui sopra si traduce in possibili atti di pignoramento e successiva vendita dei beni. Il rischio descritto comporta conseguenze ancora maggiori laddove si consideri che, come ipotizzato nel caso oggetto della presente analisi, spesso l'unico bene

utilmente aggredibile è rappresentato dalla casa familiare.

Al fine di tutelare – per quanto possibile – gli immobili dal rischio di cui sopra, è possibile ricorrere ad istituti giuridici finalizzati a spogliare il debitore della proprietà dei cespiti, conseguentemente sottratti dalla garanzia patrimoniale prevista dall'art. 2740 c.c.

La necessità di cui sopra va tuttavia conciliata con l'esigenza del proprietario di mantenere la disponibilità del bene, soprattutto se si tratta della casa in cui vive. Le esigenze di cui sopra possono essere conciliate con il ricorso agli istituti del fondo patrimoniale e della donazione. Entrambe le fattispecie prevedono che il proprietario si spoglia della proprietà del bene che viene trasferita, nel primo caso in un fondo all'interno del quale vengono fatti confluire tutti i beni immobili destinati al sostentamento della famiglia, e nel secondo caso a un soggetto terzo.

In tale ultima ipotesi, i soggetti beneficiari della donazione potrebbero essere i figli del donante, destinati comunque in futuro a diventare proprietari del bene in seguito a successione ereditaria, con l'accorgimento che il donante potrebbe – ed è bene che lo faccia – conservare per sé il diritto di usufrutto vitalizio sul bene. Fin qui, apparentemente, nessun problema.

Il nostro ordinamento giuridico, tuttavia, se da un lato con l'istituto del fondo patrimoniale mira a tutelare i beni necessari al sostentamento della famiglia da possibili aggressioni esterne mentre con l'istituto della donazione disciplina il diritto del donante di compiere atti di liberalità in favore di terzi, dall'altro si preoccupa di garantire altresì il diritto dei creditori di poter contare sulla garanzia patrimoniale sancita dall'art. 2740 c.c. al fine di veder riconosciuto il proprio diritto di credito.

Il contemperamento delle due esigenze descritte – spesso tra loro antitetiche – è realizzato dall'istituto dell'azione revocatoria

ordinaria, prevista dall'art. 2901 c.c., in base al quale, in presenza di determinate condizioni, il creditore può agire in giudizio per far dichiarare inefficaci nei suoi confronti gli atti di disposizione patrimoniale con i quali il debitore abbia arrecato pregiudizio alle sue ragioni. Vediamo allora quali sono i presupposti dell'azione. Dal punto di vista oggettivo è necessario, oltre ovviamente all'esistenza del credito da tutelare, che l'atto di disposizione oggetto di revocatoria arrechi un effettivo pregiudizio al creditore. Deve trattarsi quindi di un'operazione di entità e rilevanza tali da compromettere irreversibilmente la capacità patrimoniale del debitore. Dal punto di vista soggettivo, è necessaria innanzitutto la conoscenza, da parte del debitore, del pregiudizio causato alle ragioni del creditore con l'atto di disposizione. Se poi l'atto di disposizione è titolo oneroso, ai fini della revocatoria è necessario che il pregiudizio sia conosciuto anche dal terzo, e non solo dal debitore. Se invece l'atto è a

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 redditi 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!

titolo gratuito – come in caso di donazione e costituzione di fondo patrimoniale – la situazione psicologica del terzo è ininfluente. E' evidente che l'atto di disposizione compiuto a titolo gratuito dal giocatore quando la sua situazione debitoria è già compromessa di per sé implica la conoscenza da parte sua che l'atto è finalizzato a ledere le ragioni creditorie del revocante. Anche solo per tale motivo, quindi, è necessario che gli atti di disposizione del patrimonio vengano utilizzati quale misura preventiva ed eseguiti in periodi non sospetti.

Inoltre, se l'atto è stato compiuto prima che sorgesse il diritto di credito, ai fini della revocatoria è necessario dimostrare che l'atto di disposizione fosse dolosamente preordinato al fine di danneggiare il futuro creditore. Tale prova, il cui onere incombe sul revocante, non è certo di immediata percezione, e conseguentemente rappresenta un forte deterrente per i creditori che deci-

dessero di tentare la via della revocatoria. Infine, è importante ricordare che l'azione revocatoria si prescrive nel termine di cinque anni dal compimento dell'atto pregiudizievole; decorso tale termine, gli atti non sono più revocabili e i beni, di conseguenza, sottratti definitivamente dal rischio di aggressioni.

Per i motivi esposti, gli istituti della donazione e del fondo patrimoniale rappresentano utili strumenti per preservare il patrimonio immobiliare del giocatore e della di lui famiglia, a condizione che vengano utilizzati quali misure preventive o comunque in un momento in cui la situazione debitoria del giocatore non sia ancora irreversibilmente compromessa.

Infine, è importante considerare l'ulteriore vantaggio derivante dallo spoglio della disponibilità dei beni in capo al giocatore, che si vedrebbe privato degli strumenti idonei ad aumentare il dissesto, considerando che la mancanza di beni immobili da concedere in garanzia a banche e finanziarie impedirebbe l'erogazione dei relativi finanziamenti e/o mutui.

Avviso

Cari Colleghi,
di seguito pubblichiamo gli avvisi di convocazione Assemblee Elettorali, in prima convocazione, per il rinnovo dei Componenti il Consiglio Direttivo, il Collegio dei Revisori dei Conti e la Commissione per gli Iscritti all'Albo Odontoiatri per il Triennio 2012-2014 che a breve riceverete tutti a mezzo posta ordinaria.

È doveroso ricordare che le Elezioni saranno valide se voteranno 1/3 degli iscritti: in caso contrario, occorrerà procedere ad una seconda votazione.

Vi invitiamo a partecipare attivamente a questa scadenza, per almeno due motivi fondamentali:

- innanzitutto una scarsa partecipazione all'attività dell'Ordine apparirebbe, ancora una volta, come un segnale di disinteresse nei confronti dei problemi della sanità e di divisione all'interno della categoria.
- Vi è poi un motivo di natura economica: in questi tempi di difficile congiuntura economica non sarebbe davvero etico "sprecare" una notevole quantità di denaro per ripetere la tornata elettorale in caso di affluenza insufficiente.

**PERTANTO SIETE CALDAMENTE
INVITATI A PARTECIPARE ALLE
ELEZIONI**

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA

via Brigata Casale 19/B - tel. +39 0481 531440 fax +39 0481 534993
ordimedcgo@libero.it - info@ordimedcgo.it - www.ordimedcgo.it

Prot. n. 1380/2011

Gorizia, 3 ottobre 2011

POSTA PRIORITARIA

AGLI ISCRITTI ALL'ALBO
DEI MEDICI CHIRURGHI
DI GORIZIA
LORO SEDI

AVVISO DI CONVOCAZIONE ASSEMBLEE ELETTORALI

- 1) CONSIGLIO DIRETTIVO: COMPONENTI ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI
- 2) COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

TRIENNIO 2012 – 2014

CONSIGLIO DIRETTIVO: Componenti iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi

L'Assemblea elettorale degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi è convocata, in prima convocazione, ai sensi dell'art. 2 del D.L.c.P.S. 13 settembre 1946, n.233, modificato dall'art.2 , comma 4 sexies, del D.L. del 14 marzo 2005 n. 35, convertito con modificazioni nella L. del 14 maggio 2005, n. 80 e dell'art. 14 del D.P.R. 5 aprile 1950 n.221,

nei giorni:	sabato	26 novembre 2011	dalle ore 10.00 alle ore 18.00
	domenica	27 novembre 2011	dalle ore 10.00 alle ore 18.00
	lunedì	28 novembre 2011	dalle ore 10.00 alle ore 18.00

nella sede dell'Ordine – via Brigata Casale 19/B Gorizia

per l'elezione dei **9** componenti del Consiglio Direttivo iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi ivi compresi i componenti uscenti del Consiglio Direttivo.

Componenti uscenti:

- | | |
|--------------------|-------------------------------|
| 1) Presidente | Dr.ssa Roberta Chersevani |
| 2) Vice Presidente | Dr Albino Visintin |
| 3) Segretario | Dr Fulvio Calucci |
| 4) Tesoriere | Dr.ssa Liliana Foghin |
| 5) Consigliere | Dr.ssa M. Cristina Carloni |
| 6) Consigliere | Dr Antonio Colonna |
| 7) Consigliere | Dr Dario Franchi |
| 8) Consigliere | Dr.ssa Pierina Maria Revignas |
| 9) Consigliere | Dr.ssa Leila Tomasin |



Non sussiste alcuna causa di ineleggibilità e di incompatibilità per l'elezione alle cariche ordinarie.

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

Egli ha facoltà di esprimere le proprie preferenze scrivendo sulla scheda nome e cognome degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi.

Si evidenzia l'opportunità di indicare comunque un numero di candidati uguale a quello dei componenti da eleggere, al fine di garantire che gli Organi istituzionali possano essere eletti nella loro completezza, fermo restando la validità della scheda anche nel caso in cui contenga un numero di nomi inferiore a quello dei componenti da eleggere (sent. C. Cass. n. 18047/2010).

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

L'Assemblea è valida se votano 1/3 degli iscritti, pari a 254, essendo il numero degli iscritti 764.

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Ai sensi dell'art. 27 del DPR 5 aprile 1950, n. 221 è convocata in prima convocazione, l'Assemblea degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e l'Assemblea degli Odontoiatri su citati nei giorni e con lo stesso orario, nella sede dell'Ordine per la votazione dei tre componenti effettivi e del componente supplente del Collegio dei Revisori dei Conti.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri ivi compresi i Revisori uscenti.

Per la votazione si applicano le stesse procedure e modalità valide per l'elezione dei componenti Medici del Consiglio Direttivo.

Componenti effettivi uscenti: 1) Presidente Dr Lucio Medeot
2) Dr Paolo Cappelletto
3) Dr Pierluigi Ceccarello

Componente supplente: 1) Dr Giorgio Peratoner

L'Assemblea è valida se votano 1/3 degli iscritti ai due Albi, pari a 306, essendo il numero complessivo degli iscritti aventi diritti al voto pari a 920.

IL PRESIDENTE DELL'ORDINE
Dr.ssa Roberta Chersevani




ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA

via Brigata Casale 19/B - tel. +39 0481 531440 fax +39 0481 534991
ordmedg@libero.it - info@ordinemedici-go.it - www.ordinemedici-go.it

Prot. n. 1381/2011

Gorizia, 3 ottobre 2011

POSTA PRIORITARIA

**AGLI ISCRITTI ALL'ALBO
DEGLI ODONTOIATRI
DI GORIZIA
LORO SEDI**

AVVISO DI CONVOCAZIONE ASSEMBLEE ELETTORALI

- 1) CONSIGLIO DIRETTIVO: COMPONENTI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI
- 2) COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

TRIENNIO 2012 – 2014

CONSIGLIO DIRETTIVO: Componenti iscritti all'Albo degli Odontoiatri

L'Assemblea elettorale degli iscritti all'Albo degli Odontoiatri è convocata, in prima convocazione, ai sensi dell'art. 2 del D.L. c.P.S. 13 settembre 1946, n.233, modificato dall'art.2 , comma 4 sexies, del D.L. del 14 marzo 2005 n. 35, convertito con modificazioni nella L. del 14 maggio 2005, n. 80 e dell'art. 14 del D.P.R. 5 aprile 1950 n.221,

nei giorni:	sabato	26 novembre 2011	dalle ore 10.00 alle ore 18.00
	domenica	27 novembre 2011	dalle ore 10.00 alle ore 18.00
	lunedì	28 novembre 2011	dalle ore 10.00 alle ore 18.00

nella sede dell'Ordine – via Brigata Casale 19/B Gorizia

per l'elezione dei cinque componenti iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

I due eletti che conseguono il maggior numero delle preferenze fanno parte del Consiglio Direttivo, ai sensi del comma 2 e dell'ultimo comma dell'art. 6 della citata legge 24 luglio 1985, n.409.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri ivi compresi i componenti uscenti della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Componenti uscenti:

- | | |
|----------------|------------------------------|
| 1) Presidente | Dr. ssa Maria Gemma Grusovin |
| 2) Consigliere | Dr. Tassilo Del Franco |
| 3) Consigliere | Dr. Bruno Grapulin |
| 4) Consigliere | Dr. ssa Monica Massi |
| 5) Consigliere | Dr. ssa Claudia Sfiligoi |

Non esiste alcuna causa di ineleggibilità e di incompatibilità per l'elezione alle cariche ordinistiche.



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

Egli ha facoltà di esprimere le proprie preferenze scrivendo sulla scheda nome e cognome e non più di 5 iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Si evidenzia l'opportunità di indicare comunque un numero di candidati uguale a quello dei componenti da eleggere, al fine di garantire che gli Organi istituzionali possano essere eletti nella loro completezza, fermo restando la validità della scheda anche nel caso in cui contenga un numero di nomi inferiore a quello dei componenti da eleggere (sent. C. Cass. n. 18047/2010).

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

L'Assemblea è valida se votano 1/3 degli iscritti pari a 52 essendo il numero degli iscritti 156.

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Ai sensi dell'art. 27 del DPR 5 aprile 1950, n. 221 è convocata in prima convocazione, l'Assemblea degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e l'Assemblea degli Odontoiatri su citati nei giorni e con lo stesso orario, nella sede dell'Ordine per la votazione dei tre componenti effettivi e del componente supplente del Collegio dei Revisori dei Conti.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri ivi compresi i Revisori uscenti.

Per la votazione si applicano le stesse procedure e modalità valevoli per l'elezione dei componenti Medici del Consiglio Direttivo.

Componenti effettivi uscenti: 1) Presidente Dr Lucio Medeot
2) Dr Paolo Cappelletto
3) Dr Pierluigi Ceccarello

Componente supplente: 1) Dr Giorgio Peratoner

L'Assemblea è valida se votano 1/3 degli iscritti ai due Albi, pari a 306, essendo il numero complessivo degli iscritti aventi diritti al voto pari a 920.

IL PRESIDENTE DELL'ORDINE
Dr.ssa Roberta Chersevani





ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE 2011

A norma dell'art. 23 e seguenti del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 in prima convocazione
venerdì 2 dicembre 2011 alle ore 23.00
presso la sede dell'Ordine in via Brigata Casale 19/b, Gorizia

e in seconda convocazione

Sabato 3 DICEMBRE 2011 alle ore 11.00
presso l'Auditorium del P.O. S. Polo di Monfalcone
via Galvani, 1

Ordine del giorno:

1. Relazione del Tesoriere e del Revisori dei Conti
2. Esame ed approvazione del Bilancio Consuntivo 2010
3. Esame ed approvazione del Bilancio Preventivo 2012

Al termine verranno festeggiati i nostri Colleghi che hanno compiuto 50 anni di Laurea e i giovani Medici che faranno il Giuramento d'Ippocrate.

Ai sensi dell'art. 24 del DPR 5 aprile 1950 n. 221, chi fosse impedito ad intervenire all'Assemblea potrà farsi rappresentare da un collega consegnandogli la delega sotto riportata. Il Bilancio Preventivo 2012 è a disposizione dei Colleghi presso gli Uffici dell'Ordine.

Il Presidente
Dott.ssa Roberta Chersevani



***** **DELEGA** *****

Il sottoscritto Dr..... nato a il delega a rappresentarlo in sede di discussione e di voto all'Assemblea Ordinaria Annuale del 02/12/2011 (prima convocazione) e del 03/12/2011 (seconda convocazione) il Dr

Data.....

Firma.....

Ai sensi del 3° comma dell'Art. 24 del D.P.R. 221/50 "Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe." La delega deve essere apposta in calce all'avviso di convocazione rimesso al delegato.

Regole per le sostituzioni dei MMG e PDS



Si ricorda che all'atto dell'affidamento/accettazione dell'incarico di sostituzione devono essere sottoscritti i seguenti punti:

- il medico sostituto deve garantire il pieno rispetto degli orari di ambulatorio e può modificarli solo previo accordo col medico titolare, tenuto conto dei disagi dell'utenza;
- il medico sostituto deve garantire lo stesso periodo di reperibilità telefonica attiva che viene garantita dal medico titolare (in genere ore 8.00-10.00 con risposta diretta del titolare o di altra persona)



SPECIALIZZANDI ED INDENNITÀ DI RISCHIO RADIOLOGICO

La sentenza del Tribunale di Palermo,

che accoglieva la domanda dei medici in formazione specialistica del riconoscimento dell'indennità mensile di rischio radiologico e del congedo biologico, previsto per il personale esposto a rischio di radiazioni ionizzanti, era stata poi ribaltata in sede di appello.

La Corte di cassazione, con recente decisione, ha accolto il ricorso dell'Università di Palermo che sostiene che la posizione del personale, per obblighi professionali esposto a radiazioni ionizzanti, non è assimilabile a coloro i quali, nello svolgimento del tirocinio pratico, possono in qualche misura essere chiamati a prestare la propria attività in ambienti a rischio. Per gli specializzandi, quindi, niente indennità.

- nelle giornate di sabato e nei giorni festivi il medico sostituto deve rispettare gli impegni del medico titolare, deve effettuare la reperibilità telefonica e/o l'ambulatorio qualora fosse prevista attività ambulatoriale e deve effettuare le visite richieste anche se dovesse comportare un prolungamento dell'orario oltre le ore 10.00 del mattino.
- Il medico sostituto si impegna a sostituire un solo medico per volta, salvo casi particolari –dichiarati- nello stesso ambito di scelta, per garantire agli utenti una presenza effettiva nella sede d'attività del tutto simile a quella del titolare.
- Eventuali accordi tra medico titolare e medico sostituto al di fuori di questo regolamento devono comunque tenere presente che interesse principale è anche evitare disagi e servizi di scarsa qualità agli assistibili. Come calcolare il compenso dovuto al sostituto:

il compenso va corrisposto per intero se la sostituzione si effettua nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; va aumento del 20% se la sostituzione avviene nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo; va diminuito del 20% se la sostituzione avviene nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

In pratica quindi la formula del calcolo è la seguente. Dal cedolino mensile.

Compenso forfetario x 70% : 30 = x
(somma dovuta per ogni giorno di sostituzione)

X va aumentato del 20% nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo

X va diminuito del 20% nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre



Tesi di laurea dei medici e odontoiatri neoiscritti

Diagnosi iniziale di ipertensione essenziale: studio osservazionale retrospettivo in Medicina Generale

Dr Francesco Coronica

“Diagnosi iniziale di ipertensione essenziale: studio osservazionale retrospettivo in medicina generale” - *Italian Journal of Primary Care Vol. 1 No.1, March 2009*

Scopo

Obiettivo dello studio è indagare, attraverso l'analisi dei database delle cartelle cliniche informatizzate di un campione di medici di famiglia, le modalità di esordio della malattia ipertensiva all'inizio della sua storia naturale e la sua gestione in Medicina Generale, e confrontarle con le stime USA NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) 1999-2000 e ITALIA OEC (Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare) 1998-2000.

Materiali e metodi

Sono stati analizzati 13.449 pazienti afferenti dall'archivio informatico di sette medici di Medicina Generale dell'area nord-est d'Italia, nel decennio compreso tra il 31 dicembre 1997 e 31 dicembre 2007, e da questi sono stati estrapolati 4.037 pazienti nei quali era stata posta diagnosi di Ipertensione Arteriosa secondo i criteri descritti nelle Linee Guida internazionali (ESC and ESH Guidelines, European Heart Journal (2007) 28, 1462-1536; The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) - JAMA. 2003;289:2560-2571;).

È stata calcolata la prevalenza di ipertensione arteriosa ed è stata effettuata la stima sia dei pazienti trattati farmacologicamente che quelli con un successivo riscontro di target terapeutico raggiunto.

È stata inoltre realizzata l'analisi cronologica, per ogni singolo paziente prima e per valori medi di gruppo poi, del tempo intercorso tra

- a) primo rilievo di pressione arteriosa elevata e diagnosi e di ipertensione arteriosa;
- b) diagnosi ed inizio della terapia farmacologica.

Per l'analisi cronologica, sono stati arbitrariamente individuati due differenti periodi di osservazione (fino a 6 mesi - oltre 6 mesi).

Risultati

Dei 4037 pazienti ipertesi individuati, 1359 pazienti non hanno soddisfatto i criteri di inclusione o hanno presentato dati insufficienti. Sono stati quindi arruolati e studiati 2678 pazienti ipertesi.

La prevalenza osservata (30%) è in linea con le stime epidemiologiche statunitensi-NHANES (29%), mentre si è rivelata inferiore ai valori italiani-OEC (31%), in particolare nella corrispondente area del Nord Est Italia (37%), che peraltro tengono conto di valori pressori diagnostici più elevati (PS>160mmHg PD>95mmHg) rispetto ai limiti imposti per la diagnosi di Ipertensione Arteriosa secondo le Linee Guida ufficiali (PS>140mmHg PD>90mmHg).

L'età media di diagnosi osservata (58 anni maschi - 61 anni femmine) è sovrapponibile con i valori medi nazionali (59 anni maschi - 63 anni femmine).

Il tempo intercorso tra prima misurazione patologica e registrazione del problema ipertensione è nel 64% inferiore a 6 mesi.

La terapia farmacologica è stata instaurata nella maggioranza dei casi entro 6 mesi dalla diagnosi, in percentuali maggiori (66%) rispetto agli studi di riferimento (USA NHANES 58%, ITALIA OEC 54%, NE ITALIA OEC 51%), con una risposta terapeutica sensibilmente migliore (38% versus USA NHANES 31%, ITALIA OEC 34%, NE ITALIA OEC 32%).

considerato che nel solo Nord Est Italia vi è una popolazione di 7.212.386 abitanti (ISTAT 02/2011).

Lo studio ha evidenziato inoltre una buona efficacia della Medicina Generale nella gestione dell'Ipertensione Arteriosa essenziale: in tempi brevi il problema è stato codificato così come la terapia farmacologica è stata intrapresa, con una risposta terapeutica migliore rispetto alle stime di riferimento.

Il fatto, comunque, che una certa percentuale di soggetti sia stata trattata in ritardo, o non sia stata trattata affatto, dimostra ul-

	USA NHANES* 1999-2000 PS>140 PD>90	ITALIA OEC** 1998-2000 PS>160 PD>95	NE ITALIA OEC** 1998-2000 PS>160 PD>95	NE ITALIA Nostro Studio 1997-2007 PS>140 PD>90
Prevalenza	29%	31%	37%	30%
Consapevolezza	69%	73%	68%	NC
Trattamento	58%	54%	51%	66%
Target terapeutico raggiunto	31%	34%	32%	38%
* NHANES - National Health and Nutrition Examination Survey ** OEC - Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, Istituto Superiore di Sanità				

Conclusioni

Con il contributo di soli sette medici di Medicina Generale è stato possibile analizzare una popolazione di oltre duemila pazienti affetti da ipertensione essenziale, evidenziando l'elevato potenziale di ricerca di questa disciplina in campo epidemiologico.

La prevalenza riscontrata non è risultata allineata con gli studi di riferimento, in particolare con uno scarto di ben sette punti percentuale nella corrispondente area Nord Est Italia: tenendo conto che le stime OEC si basano su valori pressori diagnostici più elevati rispetto alle Linee Guida internazionali a cui si attiene questo studio, ci si sarebbe aspettato una prevalenza maggiore. Un divario così elevato meriterebbe ulteriori indagini,

teriormente come sia necessaria una continua opera di sensibilizzazione dei medici e pazienti.

La zirconia in odontoiatria restaurativa: indicazioni e limiti

Dott. Andrea Baucer

La riabilitazione restaurativa o protesica di elementi gravemente compromessi o mancanti implica spesso l'introduzione di un manufatto artificiale in un sistema altamente dinamico quale l'apparato stomatognatico, divenendone parte integrante o sostitutiva sia anatomicamente che funzionalmente. I moderni restauri indiretti e la protesi parzia-

le fissa sono in grado di ripristinare con successo la salute dei tessuti orali, con estetica e funzionalità stabili nel tempo.

Tra i materiali più innovativi introdotti in clinica protesica spicca la zirconia, un materiale ceramico ad altissima resistenza da tempo impiegato in ambito industriale, accompagnato dalla diffusione di tecnologie di progettazione virtuale e lavorazione automatizzata CAD/CAM che rappresentano una decisa evoluzione nel campo della costruzione di protesi odontoiatriche, tradizionalmente eseguite con metodiche artigianali. La grande resistenza meccanica della zirconia, definita per questo "acciaio ceramico", le ha permesso di trovare applicazione in campi sinora preclusi ai ceramici, come supporto alternativo alle leghe metalliche per il rivestimento vetro-ceramico in restauri destinati a tutti i settori del cavo orale, rendendola idonea ad essere anche proposta per la realizzazione di impianti osteointegrati e pilastri implantari.

Inserendo la parola chiave "zirconia dentale" all'interno dei più diffusi motori di ricerca in rete, accanto a numerose proposte commerciali, balzano agli occhi ripetuti allarmi sulla presunta tossicità della zirconia, sia riguardo agli effetti nocivi derivati dal rilascio di particelle in seguito a corrosione biologica, sia riguardo alla possibile radioattività del materiale, notoriamente impiegato quale rivestimento delle barre di combustibile nucleare nelle centrali elettriche, avanzando in qualche caso anche gravi dubbi sulle procedure di validazione dei materiali utilizzati a fini protesici.

Scopo di questa tesi di laurea è stato dimostrare l'idoneità della zirconia quale materiale per la realizzazione di strutture protesiche, sulla base della letteratura scientifica esistente e dei risultati ottenuti a dieci anni dalla sua introduzione in odontoiatria, analizzandone lo sviluppo nell'ottica più ampia di biomateriale ceramico, cioè di comprovata sicurezza biologica e funzionalità, valutandone i limiti

evidenziati da test in vitro e dalla pratica clinica e traendo quindi indicazioni per un suo razionale utilizzo. Le varie forme di zirconia impiegate in campo biomedico si sono dimostrate materiali ad alta biocompatibilità, contaddistinte da un comportamento inerte nei confronti dei tessuti biologici, da assenza di citossicità e di potenziale oncogenico. La tossicità locale e sistemica è risultata assente ed il rilascio di particelle o polveri sinterizzate non ha dimostrato di creare problemi di accumulo nei tessuti, come pure non si sono mai registrate reazioni di tipo avverso o di ipersensibilità. L'adesione batterica alle superfici in zirconia è risultata minore rispetto ad altri materiali utilizzati in clinica protesica, paragonabile a quella dei tessuti dentari. I dubbi sollevati circa la radioattività del materiale, seppur inizialmente fondati, sono stati superati migliorando le tecniche di selezione e sintesi dei precursori, grazie alle quali i materiali attuali presentano radioattività propria minore del fondo naturale dovuto ai raggi cosmici ed a quella specifica del corpo umano, permettendo quindi di escludere rischi biologici dovuti al loro utilizzo.

La biofunzionalità della zirconia in applicazioni odontoiatriche restaurative ed implantari è emersa dai risultati di numerosi studi in vitro eseguiti ed è confermata dai risultati clinici, che ne rilevano le ottime doti meccaniche, con percentuali di sopravvivenza paragonabili a quelle delle leghe metalliche tradizionalmente utilizzate per questi scopi e superiori a quelle di altri materiali ceramici. La maggior quota di complicanze rispetto ai corrispondenti restauri metallici è in gran parte attribuibile alla frattura del rivestimento estetico vetroso, riconducibile all'eccessiva fragilità di quest'ultimo più che a problemi di accoppiamento tra i materiali. Altre complicanze relativamente frequenti sono la perdita di ritenzione del manufatto e lo sviluppo

di carie secondarie, prevenibili mediante un incremento della precisione realizzativa e l'utilizzo di tecniche di cementazione adesiva, capaci di garantire un adeguato sigillo protetico. Allo stato attuale la tecnica di cementazione maggiormente indicata prevede il trattamento superficiale della zirconia mediante sabbiatura o silicizzazione, seguito dall'applicazione di un cemento resinoso o di un condizionatore superficiale contenenti speciali monomeri reattivi. La parte sperimentale è stata quindi dedicata allo studio della cementazione autoadesiva come protocollo di fissazione permanente, in particolare riguardo all'efficacia del trattamento delle superfici in zirconia con un primer specifico sulla resistenza del legame verso cementi resinosi autoadesivi. In conclusione la zirconia si è dimostrata una valida alternativa ai metalli per l'impiego in ricostruzioni protesiche fisse interamente ceramiche di alto valore estetico e biocompatibili, come pure per la realizzazione di strutture e componenti per protesi implantari. Le buone proprietà ottiche, la grande resistenza meccanica e la bassa conducibilità termica permettono di limitare la comparsa di sensibilità posttrattamento, con una minore riduzione degli elementi pilastro rispetto a quella necessaria nelle protesi in metal-ceramica, in linea con gli odierni orientamenti verso restauri minimamente invasivi. Di fondamentale importanza risulta la scelta di materiali adeguatamente certificati per tale utilizzo secondo le normative vigenti, lavorati da personale qualificato secondo precisi protocolli di produzione che tengano conto delle specifiche caratteristiche tecniche del materiale stesso. Ulteriori ricerche cliniche sono comunque necessarie per la valutazione a medio e lungo termine dei restauri, di cui si avverte la necessità in particolar modo per ricostruzioni

di estensione maggiore a cinque sei elementi, sino ad ora non studiate. Ciò potrà inoltre aiutare a quantificare con maggiore precisione il ruolo del degrado idrotermico sull'affidabilità del materiale, colmando i dubbi che ancora permangono sull'argomento in attesa di dati clinici oggettivi.

La trattografia nella chirurgia dell'area centrale: la nostra esperienza con 85 pazienti

Dr Angelo Tortora

L'approccio chirurgico ai gliomi dell'area centrale similmente a quelli localizzati in altre aree funzionalmente critiche è volto ad estendere al massimo la resezione, minimizzando allo stesso tempo il consistente rischio di insultare le delicate aree eloquenti che si trovano in questa sede. Il trattamento citoriduttivo chirurgico permette di effettuare la diagnosi istologica, allevia i sintomi focali del paziente, quelli legati all'ipertensione endocranica e contribuisce alla maggior efficacia dei trattamenti oncologici. Sebbene il peso prognostico della chirurgia ed in particolare della sua estensione sia stato a lungo oggetto di dibattito in 53 studi dal 1990 al 2009, le recenti evidenze hanno dimostrato come essa rivesta un importante significato nella storia naturale della malattia, in particolar modo nelle varianti a basso grado ma anche in quelle di grado alto. Per rendere possibile questo approccio è fondamentale il brain mapping, ovvero conoscere in maniera quanto più dettagliata possibile il rapporto della lesione con le strutture funzionalmente critiche tanto a livello corticale, quanto all'interno della sostanza bianca. Il mappaggio preoperatorio e l'impiego di queste informazioni in sala operatoria sono oggetto di discussione in letteratura. Idealmente il neurochirurgo dovrebbe poter identificare e localizzare l'esatta posizione delle funzioni cerebrali prima di eseguire la resezione in

un'area eloquente, permettendo così di operare per la chirurgia solamente nei pazienti in cui è possibile prospettare una resezione subtotale o totale. Inoltre il supporto tecnologico del mappaggio dovrebbe servire come guida durante la chirurgia per risparmiare le aree critiche. Una tecnologia così completa ed affidabile oggi non è disponibile, ma sono stati compiuti notevoli passi avanti rispetto ai giorni in cui il neurochirurgo operava solamente attraverso i tradizionali punti di riferimento anatomici. La fMRI e la stimolazione corticale diretta, metodiche di impiego routinario già da diversi anni limitano il campo di indagine alla sola corteccia, lasciando un'incertezza sulla natura funzionale della sostanza bianca perilesionale. Per questa ragione in tempi più recenti sono state sviluppate tecniche innovative come lo studio trattografico e la stimolazione sottocorticale. La trattografia, l'ultima nata tra le tecniche di mappaggio anatomico è stata definita "una delle più eccitanti innovazioni nella radiologia degli ultimi decenni". Il principio su cui poggia è quello di riuscire ad apprezzare con un particolare studio RM chiamato DTI, la diffusione delle molecole d'acqua. All'interno della sostanza bianca questo fenomeno non è uniformemente distribuito in tutte le direzioni di una sfera; per la presenza infatti delle guaine mieliniche del citoscheletro e delle membrane dei neuroni, questa dispersione diviene anisotropica, ovvero avviene lungo una direzione preferenziale, quella degli assoni. Il vettore che così si ottiene rappresenta l'asse secondo cui sono orientate le fibre inglobate all'interno del voxel analizzato. Dall'unione dei singoli vettori di ogni voxel contiguo al primo, attraverso alcuni algoritmi, si ottiene una rappresentazione grafica del fascio di interesse. In ciò consiste lo studio trattografico, la più raffinata applicazione della DTI. Esso viene oggi caricato prima dell'intervento sul neuronavigatore mostrando così in sala, la relazione anatomica presente tra la neoplasia ed i fasci critici. L'applicazione

clinica di questa metodica presenta tuttavia dei limiti da tenere presente e durante l'intervento deve esserle affiancata la stimolazione sottocorticale, oggi riconosciuta come metodica gold standart in questo ambito. La DES sottocorticale opportunamente applicata permette di individuare la presenza nelle immediate vicinanze di un tratto funzionalmente critico, senza però fornire al chirurgo una chiara rappresentazione tridimensionale del fascio. L'esperienza maturata nel nostro centro, in accordo con la letteratura internazionale, dimostra perciò che l'approccio moderno al mappaggio sottocorticale attraverso l'uso della DTI e della sCS è sicuro, applicabile routinariamente alla chirurgia dei gliomi dell'area centrale. Lo studio DTI caricato nel neuronavigatore aiuta a ridurre i tempi chirurgici, permettendo di pianificare al meglio l'approccio operatorio, influenza la sede della corticectomia, consente di accorciare i tempi dello studio DES corticale e permette di suggerire i punti dove cominciare la stimolazione sottocorticale. Viene perciò ridotto il numero di stimolazioni necessarie ad un'identificazione sicura del tratto e diminuisce l'incidenza di crisi intraoperatorie. Nella patologia tumorale in area centrale preferiamo condurre l'intervento in anestesia locale. Ciò secondo il nostro punto di vista, in accordo con la letteratura, permette al chirurgo di ottenere molte più informazioni di tipo funzionale monitorando "online" eventuali deficit. Spina et, al. definiscono la "awake surgery" una procedura sicura, di impatto prognostico, applicabile anche in pazienti molto giovani (12 e 13 anni) e con una curva di apprendimento rapida. Gli stessi autori aggiungono che la "awake surgery" e la DES permettono di estendere l'indicazione chirurgica in casi altrimenti considerati inoperabili. Lo studio DTI richiede il calcolo di un numero enorme di matrici e da ciò deriva una possibile fonte di errore. Inoltre la metodica

utilizzata per ottenere la direzione dell'autovettore a partire dal tensore soffre di una certa variabilità operatore dipendente che rende i diversi studi eseguiti in centri diversi difficilmente confrontabili. In aggiunta il numero di fibre che vengono incluse nel fascio da rappresentare dipendono dalla scelta delle ROI, dal valore di FA impiegato e dall'algoritmo utilizzato per la trattografia. Tutto ciò è fonte di variabilità, errore nella stima della reale anatomia del fascio. È importante poi notare che lo studio DTI fornisce informazioni di tipo anatomico, mentre il mappaggio sottocorticale effettuato con la DES è un'indagine funzionale. Questa differenza è rilevante soprattutto per lesioni che coinvolgono le vie del linguaggio mentre per lesioni in area centrale in cui tutte le fibre sono funzionalmente importanti ciò possiede un minor rilievo. Il tracking delle fibre localizzate in vicinanza o all'interno della lesione risulta spesso ostacolato e influenzato dalla presenza di edema, compressioni e degenerazione. L'infiltrazione tumorale delle fibre portando una diminuzione della FA conduce ad una sottostima dell'anatomia dei fasci. Questi elementi inoltre tendono a deformare l'architettura della materia bianca ed in alcuni casi impediscono la scelta delle ROIs. Per superare quest'ultimo problema alcuni autori hanno suggerito di applicare alla scelta delle ROIs l'uso della fMRI. La procedura consiste nel cominciare la ricostruzione, in questo caso del fascio corticospinale, nel punto di massima attivazione identificato dal segnale BOLD nella corteccia precentrale. La ricostruzione terminerà poi con una ROI sita nel peduncolo cerebrale.

Un problema che merita particolare rilievo in sala è la perdita di affidabilità della metodica durante il procedere dell'intervento. L'accuratezza del neuronavigatore e quindi della trattografia che in esso viene caricata,

si riduce man mano che la resezione procede a causa dallo shift che subisce il cervello per i cambiamenti di pressione sistemica, per la deliquorazione e per la resezione della massa tumorale e per l'effetto della gravità. Una volta resecata la lesione, la materia bianca circostante si sposterà verso il centro della cavità prima occupata dalla neoplasia, avvicinando così i tratti verso il suo centro. Alcuni autori suggeriscono di ridurre al minimo l'ampiezza della craniotomia in modo da esporre solamente il tumore e le aree attigue che si intende stimolare, aggiungono poi che sarebbe conveniente iniziare la resezione della lesione nel margine confinante con i fasci critici.

In ogni caso e soprattutto in presenza di lesioni di grandi dimensioni anche con l'adozione di questi accorgimenti l'informazione anatomica fornita del neuronavigatore diventa inevitabilmente poco accurata. L'uso della iMRI e della trattografia intraoperatoria permette di superare i limiti del brain shift ed inoltre consente di monitorare l'estensione della resezione. In uno studio di Hatiboglu *et al.* si è evinto che la metodica incrementa l'estensione della resezione e possiede un impatto sulla sopravvivenza. In un paziente operato in anestesia locale bisogna però tener presente che la collaborazione in molti casi diviene subottimale al termine dell'intervento tradizionale in awake. La iMRI oltre alle innumerevoli problematiche tecnico-logistiche allunga notevolmente i tempi della chirurgia rendendo la sua integrazione non elementare. Alcuni autori, suggeriscono che alternativamente all'uso di queste metodiche, l'utilizzo dell'approccio combinato trattografia e stimolazione sottocorticale può essere considerato affidabile introducendo alla prima un opportuno fattore di correzione. Nimsky *et al.* propongono appunto di aggiungere un margine di sicurezza che oscilla da 5 a 7mm al volume generato per ogni tratto. Ciò si può effettuare al momento della scansione settando il valore della FA

a valori minori di 0,2 o più semplicemente aggiungendo dei volumi artificiali a quelli calcolati. Secondo la nostra opinione ed in accordo con Gil-Robles e Duffau, ciò ostacola la radicalità della resezione e secondo i risultati degli stessi autori l'uso della DTI senza margini di sicurezza in combinazione con la sCS permette di ottimizzare l'estensione della resezione senza un aumento del numero di deficit.

Alcuni lavori in letteratura propongono di ovviare ai limiti dettati dal brain shift attraverso l'uso in diverse modalità dell'eco3d intraoperatorio le cui immagini possono correggere automaticamente le acquisizioni DTI e la MRI preoperatorie caricate sul navigatore e permettono di monitorare l'estensione della resezione.

Indipendentemente dalla sede della neoplasia, nella porzione del fascio più prossima alla corteccia sono state osservate alcune discrepanze tra le due tecniche di mappaggio delle fibre. In questi casi spesso lo studio DTI fallisce nella ricostruzione delle fibre mentre la DES mostra delle risposte; come sostengono anche Bello *et al.* nemmeno l'uso di ROIs aggiuntive in questa regione migliora la ricostruzione delle fibre. Per ovviare a questo ben noto limite, anche nella nostra struttura si stanno sperimentando acquisizioni a 3T e nuovi algoritmi di ricostruzione. Anche nel caso in cui una lesione dimostri un pattern intensamente infiltrante, risulta difficile ottenere risposte positive alla stimolazione intraoperatoria che confermino la localizzazione dei fasci forniti dalla DTI. Quando l'intensità della corrente viene progressivamente aumentata in cerca di una risposta soprattutto, in pazienti con anamnesi positiva per epilessia, può verificarsi un episodio critico in assenza di risposta. In questi casi l'identificazione dei fasci risulta complicata e richiede, se sufficiente, l'uso di diversi tipi di stimolatore e di diverse modalità di erogazione dell'impulso.

Ciò che abbiamo ampiamente evidenziato

in questo lavoro è che i fasci ricostruiti dalla trattografia, non sono rappresentazioni sufficientemente precise e accurate. Il clinico non deve perciò limitarsi ad osservarle, ma deve saperle interpretarle con un occhio critico, in particolar modo sia per questioni prognostiche sia per motivazioni tecniche quando i fasci critici si trovano in rapporto con un tumore. Per citare un esempio, Stadlbauer *et al.* riportano, come detto, che l'uso di valori di FA superiori a 0,25, 0,3 portano ad una sottostima del cortico-spinale sulla base dei loro dati basati su biopsie. Valori viceversa inferiori a 0,1 porterebbero alla rappresentazioni di fibre inesistenti. Nel caso esista un'infiltrazione tumorale pari al 25% -30% il valore di anisotropia delle fibre decresce e i fasci sono rappresentabili solo se si setta la FA a 0,1. Gli stessi autori tuttavia suggeriscono che con una simile infiltrazione i fasci risultano più funzionanti.

Una delle sfide che presenta il brain mapping sarà proprio rendere la trattografia una tecnica di imaging anatomico ideale. Il primo punto critico da superare sarà la standardizzazione della tecnica di ricostruzione per poter così rendere gli esami confrontabili tra i vari centri ed indipendenti dalla variabilità individuale. Per ottenere ciò bisognerà però determinare quali siano i valori più appropriati per ottenere un fascio che rappresenti il più possibile quello reale. In secondo luogo come abbiamo visto, l'interpretazione delle immagini pesate sulla diffusione in presenza di un tumore presenta diverse problematiche e i vari pattern che può presentare il fascio dovranno trovare una base numerica attraverso l'analisi dei parametri DTI scelti mediante ROIs sulla base delle immagini trattografiche. Ciò, validato da un'analisi istologica, servirà ad evitare libertà di interpretazione ed aprirà la porta ad applicazioni prognostiche dello studio.

Registro Italiano dei Medici Decisione antitrust n. 22510/2011

In riferimento alla questione concernente il Registro Italiano dei Medici comunichiamo che l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato con provvedimento n. 22510 pubblicato sul bollettino n. 24 del 4 luglio 2011 disponibile sul sito dell'Autorità stessa ha stabilito che il messaggio pubblicitario diffuso dalla società denominata United Directories Lda, costituisce pubblicità ingannevole, illecita ai sensi dell'art. 1, 2 e 3 del DGIs 2 agosto 2007 n. 145, vietandone l'ulteriore diffusione ed irrogando alla stessa la sanzione



amministrativa pecuniaria di euro 100.000. La decisione dell'Antitrust conferma la posizione assunta sin dall'inizio dalla Federazione in merito all'ingannevolezza di tale iniziativa pubblicitaria.

Alla luce di quanto detto e in considerazione del fatto che continuano a pervenire giornalmente segnalazioni da parte dei singoli medici che continuano a ricevere richieste sempre più esose di pagamento, invitiamo tutti gli Ordini a pubblicare la notizia e a dare tempestiva informazione ai propri iscritti.

*Il Presidente FNOMCeO
Amedeo Bianco*

Recensioni

Francesco Geraci
NON RICORDO PIÙ IL TUO VOLTO
Medinova Editore. 2008

Francesco Geraci è nato in un paese di zolfo dell'entroterra agrigentino nella prima metà del secolo scorso, per come nelle carte della sua parrocchia si legge.

Medico di famiglia per 45 anni; socio fondatore della FIMMG (1953) e suo responsabile con cariche prestigiose a tutti i livelli; docente universitario in Medicina Legale; Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Agrigento per quasi 50 anni; Medaglia d'Oro al merito della Sanità pubblica; socio fondatore del CISO (Centro Italiano di Storia Sanitaria ed Ospedaliera)... Ha scritto e pubblicato:



"e disse prendete e mangiatene tutti" 1986
"Medici, malattie e società" 1990
"Il medico dinnanzi alle leggi" 1991
"C'erano una volta i medici" 1995
"Sermoni inutili" 1996
"Una terra feudale e proletaria: Aragona" 2000
"Quando si dice la vita" 2004
"Non ricordo più il tuo volto" 2008

Carlo e Rita Brutti
SCRUTATORI D'ANIME.
LA PSICOANALISI CHE VIENE
Edizioni dell'Asino - Roma

Il mestiere degli "scrutatori d'anime" viene da lontano: non si limita a un'unica professione ma rimanda a quella di psichiatra, psicologo, neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta, psicoanalista e a tutti coloro che si interessano della cura degli altri (medici, educatori, sacerdoti), negli infiniti modi in cui questo è possibile e doveroso. Ma a quale "anima" si rivolgono queste professioni? Di essa vi è un'idea

condivisa nella nostra cultura che ne ha, addirittura, decretato la morte. Questo libro vuole testimoniare la sopravvivenza, indicando i percorsi di una scienza dell'anima volta a esplorarne il patire in vista della guarigione.

Carlo e Rita Brutti, rispettivamente medico e psicologa, entrambi psicoanalisti, hanno operato nei Servizi Psichiatri della Regione Umbria. Hanno fondato e dirigono l'istituto di Ricerca Clinica in Psicosomatica Psicoanalitica Aberastury al cui interno è attiva la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica secondo lo Sviluppo di Luis Chiozza. Hanno fondato e curato la pubblicazione dei "Quaderni di Psicoterapia Infantile". Attualmente dirigono la collana "La psicoanalisi che viene" delle edizioni Eidon di cui sono usciti i primi due volumi La svolta freudiana e Coscienza e affetto.



battaglie di libertà e tolleranza. Pubblichiamo di seguito uno stralcio dell'opera che ci è sembrato di particolare interesse.

“Nel 1998 sei stata eletta membro della Commissione italiana dell'Unesco per «il dialogo tra i popoli e le culture nello spazio euro-mediterraneo», e più volte sei stata insignita di premi per la tua attività di «donna». Credi sia una caratteristica femminile quella di saper dialogare, costruire i ponti» con le diverse realtà per promuovere la pace?

Attraverso i miei viaggi e le occasioni d'incontro, ho cercato di liberarmi dai pregiudizi e, forse grazie agli studi filosofici e musicali, ho compreso che anche dalle voci più diverse può nascere una melodia e ho provato ad accordare la mia con quella degli altri. Per me una donna è un essere umano, e una donna buona e intelligente vale quanto un uomo buono e intelligente. Non amo l'aggressività, né quel diffuso atteggiamento che vuole la donna «uguale all'uomo». Credo però che esistano qualità femminili che soltanto pochi uomini condividono: le donne sono più attente ai dettagli, hanno un fiuto, un intuito che le porta ad andare in profondità nelle questioni, a creare nessi e relazioni anche tra realtà differenti, e hanno una memoria più malleabile. Da giornalista mi accorgevo di saper penetrare nella sfera privata altrui con più facilità dei colleghi maschi, forse perché per millenni ci siamo prese cura della casa, dei figli, e questa disposizione all'altro è ormai connaturata in noi. Molto spesso mi sono chiesta chi riesca a difendere meglio la propria dignità, o se le situazioni estreme abbiano un effetto più distruttivo sugli uomini o sulle donne. Io credo che il genere femminile sia più forte perché ha una riserva in più, quella della maternità. Sa trasformare in forza la propria vulnerabilità e non teme di perdere la propria dignità, così diversa dalle rigide strutture in cui è imprigionata quella maschile. In tempi di femminismo, ho pensato che bisognava combattere non per

Tullia Zevi, Nathania Zevi
TI RACCONTO LA MIA STORIA
Dialogo tra nonna e nipote
sull'ebraismo
Rizzoli Editore

Tullia Zevi, esule con la famiglia prima in Svizzera e poi negli Stati Uniti dopo le leggi razziali del 1938, ha partecipato attivamente alla lotta politica antifascista nei movimenti repubblicani e liberalsocialisti. Ha studiato musica e ha suonato anche nell'orchestra sinfonica di New York, ma alla fine della guerra il bisogno di partecipare alla ricostruzione della democrazia in Europa e in Italia l'ha condotta al giornalismo militante e all'impegno nell'Unione delle comunità ebraiche italiane. In questo libro scritto con la nipote Nathania, traccia il bilancio della sua vita, delle sue

essere uguali agli uomini ma per il diritto alla differenza. E ho rigettato qualsiasi tentativo di sopprimere le specificità, ne ho fatto la battaglia di una vita. Le donne hanno sofferto a lungo le violenze e le discriminazioni, e si sono trovate a fianco di minoranze ingiustamente private dei diritti fondamentali. Molto spesso sono state in prima linea e, tuttora, intraprendono battaglie per i diritti civili, l'ecologia, la protezione dei bambini e dei più deboli. Guardiane delle tradizioni ma al tempo stesso aperte ai cambiamenti e all'emancipazione, hanno la prerogativa unica di far dialogare quotidianamente particolarità e universalità, sono capaci di costituire «ponti» tra mondi a volte troppo concentrati su se stessi o rigidamente arroccati ognuno sulle proprie posizioni.

Tu hai avuto esperienze significative in questo senso?

Ne ricordo una molto bella. Presiedevo una tavola rotonda durante un convegno organizzato dalla comunità di Sant'Egidio. Eravamo tutte donne: c'era un pastore protestante italiano; la figlia dell'ex presidente dell'Iran Rafsanjani e la direttrice algerina del quotidiano «La Nazione», una vera eroina. Parlavamo della lotta comune che donne laiche e religiose sono chiamate a promuovere, e le nostre differenti identità non furono un intralcio. La giornalista algerina era velata e parlava con grande naturalezza dei diritti umani e dell'immenso lavoro che avremmo dovuto svolgere assieme. Sono convinta che i diritti e le libertà di tutte le minoranze, etniche, linguistiche o di genere, rappresentino la spia della salute di una democrazia. Ho avuto esperienze illuminanti sulla possibilità di collaborare assieme. Anche durante la guerra in Libano, dopo Sabra e Chatila, c'era



un bisogno disperato di medicinali nei campi palestinesi. A causa di un check-point non si riusciva a passare. Io allora volai a Tel Aviv e dissi: «Israele può fare questo gesto: può far sì che i medicinali attraversino i suoi confini». I farmaci arrivarono. Ciascuno può e deve fare la sua parte. Un processo di pace non è una linea retta: è un continuo andare avanti e tornare indietro, ma non bisogna arrendersi. Ho sempre creduto che la pace si nutra di gesti concreti, non solo a livello di politica internazionale ma anche nel quotidiano, e ho cercato di non prevaricare gli altri. Le donne e i bambini sono, molto spesso, le vittime innocenti delle guerre. Durante il conflitto balcanico, incontrai la portavoce di un gruppo di donne bosniache vittime di stupro. Parlò davanti alle rappresentanti femminili della Croce Rossa e di altre associazioni. Il dramma era che molte di queste ragazze erano rimaste incinte dopo la violenza, respinte dai familiari e cacciate di casa. Paradossalmente le vittime erano identificate come colpevoli. Erano soprattutto i mariti e i padri a non volerle più. Ci raccontava che le donne erano spaventosamente traumatizzate, e bisognava fare qualcosa perché accettassero la loro maternità in modo meno doloroso. Mi sono rivolta alle organizzazioni femminili ebraiche per trovare un modo di aiutare, di intervenire. Subito sono partite spedizioni giornaliera e settimanali. I nostri aiuti, soprattutto lana con cui confezionare abiti per i nascituri, arrivarono alle donne islamiche. Non bisogna mai arrendersi, anche quando sembra che non ci sia scelta. La pace non è un termine astratto rispetto alla guerra, che concretamente «si fa» con le armi. Se si fanno le guerre, anche la pace si può fare, pezzo per pezzo, costruendo reti, trame di solidarietà. Anche così si può preparare il futuro, e anche questo è un modo per onorare i morti della Shoah'.

Sommario

<i>Editoriale del Presidente dell'Ordine</i>	1
<i>Editoriale del Presidente la Commissione CAO</i>	2
<i>Il simbolo dei medici e della medicina</i>	3
<i>Il logo dell'Ordine è stato realizzato da Marie Hélène Bonasso</i>	3
<i>FNOMCeO: Salute last minute on line</i>	4
<i>Quando nasce un'idea</i>	5
<i>Contenzioso specializzandi: la Cassazione ha accolto il ricorso</i>	6
<i>La natura giuridica delle norme deontologiche</i>	8
<i>Diritto sanitario: Guardia medica e omissione di soccorso</i>	9
<i>L'osterica può assorbire le mansioni dell'infermiere</i>	9
<i>Alcuni strumenti per tutelare il patrimonio immobiliare del giocatore d'azzardo patologico e dei suoi familiari</i>	10
<i>Avvisi: Convocazione assemblee elettorali</i>	12
<i>Assemblea ordinaria annuale</i>	17
<i>Regole per le sostituzioni dei MMG e PDS</i>	18
<i>Specializzandi ed indennità di rischio radiologico</i>	18
<i>Tesi di laurea dei medici e odontoiatri neoiscritti</i>	19
<i>Registro Italiano dei Medici: Decisione antitrust n. 22510/2011</i>	26
<i>Recensioni</i>	26
<i>Tassa annuale di iscrizione all'ordine professionale</i>	29
<i>Medici sostituti</i>	31

Direttore responsabile:

Dr. Adriano Segatori

Comitato di redazione:

Il Consiglio dell'Ordine

Presidente:

Dr.ssa Roberta Chersevani

VicePresidente:

Dr. Albino Visintin

Segretario:

Dr. Fulvio Calucci

Tesoriere:

Dr.ssa Liliana Foghin

Consiglieri:

Dr.ssa M.Cristina Carloni

Dr. Antonio Colonna

Dr. Dario Franchi

Dr.ssa Monica Massi

Dr.ssa Pierina Revignas

Dr.ssa Claudia Sfiligoi

Dr.ssa Leila Tomasin

Commissione Albo Odontoiatri:**Presidente:**

Dr.ssa M. Gemma Grusovin

Componenti:

Dr. Tassilo Del Franco

Dr. Bruno Grapulin

Dr.ssa Monica Massi

Dr.ssa Claudia Sfiligoi

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

Dr. Lucio Medeot

Componenti effettivi:

Dr. Paolo Cappelletto

Dr. Pierluigi Ceccarello

Componente supplente:

Dr. Giorgio Peratoner

Proprietario:

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia

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

P.zza Vittoria 41, 34170 Gorizia

Tel. 0481 534787 / Fax 0481 30111

E-mail egoserv@tmedia.it

Consulenza legale**Avv. Alberto Tofful**

Via Morelli 34, 34170 Gorizia

Tel. 0481 33367 / Fax 0481 34778

E-mail altofful@tin.it

Avv. Rossanna Gregolet

Via IX Giugno 103, 34074 Monfalcone

Tel. 0481 412414 / Fax 0481 419490

E-mail rgregolet@tiscalinet.it

Segreteria: Orari di apertura al pubblico

lunedì:	10.00-14.00	
martedì:	10.00-13.00	16.30-19.00
mercoledì:	10.00-14.00	
giovedì:	10.00-14.00	16.30-19.00
venerdì:	10.00-13.00	

www.ordinemedici-go.it

e-mail: ordmedgo@libero.it

tel. 0481 531440 fax 0481 534993

Ottobre 2011

copia omaggio

anno 11 n. 3

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.