

Bollettino

n. 1/2011

**Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Gorizia**



Editoriali dei presidenti



Cari Colleghi,

il Centro Studi e Documentazione della FNOMCeO ha mandato qualche giorno fa dati raccolti nel Rapporto Italia 2011 dell'Eurispes. L'intero rapporto è scaricabile dal sito **www.eurispes.it**

I dati si riferiscono ad un campione di 1.532 cittadini intervistati nel periodo 20 Dicembre 2010 – 12 Gennaio 2011, e fotografa l'opinione degli italiani.

Voglio condividerli con Voi.

Il SSN soddisfa solo il 35,8% degli italiani.

Per quanto concerne l'assistenza ospedaliera il 56% di quelli che ne hanno fatto esperienza è poco o affatto soddisfatto.

I tempi di attesa sono un problema per il 79,4% dei pazienti.

I ticket sono troppo esosi per 6 cittadini su 10.

Cresce il gradimento per il privato (+3,3% rispetto al 2010).

La "malasanità" è causata da carenze strutturali per il 18,4%, dai medici per il 14,5%, dai tagli alla sanità per il 12,5%, dagli infermieri per 3,9%; la maggior parte (47%) sostiene che a dar vita ai casi di malasanità sia l'insieme congiunto dei fattori citati.

Per quanto concerne la competenza dei medici il 52,1% è abbastanza soddisfatto, il 12,1% è molto soddisfatto; la criticano il 33% dei cittadini. Rispetto al 2010 vi è un calo di soddisfazione del 7,4 %.

Interessante la valutazione relativa alla professionalità del personale infermieristico: il 60,2% esprime gradimento verso la categoria ed il suo operato contro il 37,5% di quanti si dicono insoddisfatti; la situazione è stabile rispetto l'anno passato.

Scusate la monotonia delle cifre.

Vorrei che ciascuno di noi interpretasse questi dati con il maggior ottimismo possibile, ma anche che si mettesse nella posizione di vederli migliorati in futuro, per la propria competenza e disponibilità.

Chiudo con l'esortazione, già riportata in un recente comunicato dell'Ordine alla stampa su temi di certificazioni-on line, "... invitare i colleghi a mantenere un atteggiamento collaborativo e di coesione in momenti non facili per la nostra Sanità".

Roberta Chersevani



Cari Colleghi,

è iniziato un nuovo anno ma non sembra che quel numero in più possa portare a una crescita in positivo e propositivo, forse mai tanti problemi che colpiscono un po' tutti, non solo da noi; il mondo non può più permettersi di pensare di non condividere le difficoltà più disparate... stiamo vivendo un nuovo corso della storia che si presenta tutt'altro che semplice.

Di fronte a tutto ciò, continuiamo a vedere solo che il nostro personale orticello, con la pretesa di confrontarlo con quello del vicino, come se fosse più importante che, ciò che traspare da uno possa apparire inferiore all'altro senza farci mai sfiorare dall'idea che essenziale potrebbe essere, che questi fossero solo costruttivi, l'uno nel rispetto dell'altro.

Per proseguire nella nostra storia dovremmo rispettare regole di condotta legate a una democrazia che non significa "tutti possono fare e dire tutto", ma a "DEMOCRAZIA", ovvero rispetto e correttezza per gli altri... il resto è anarchia!

Ho sentito dire di alcuni che si chiedono cosa siano l'etica e la deontologia e ritenere che alcune delle leggi degli ultimi anni, potrebbero averle cancellate!

Mi chiedo se costoro abbiano mai letto il giuramento di Ippocrate, se abbiano compreso che l'Ordine ha compiti istituzionali che vanno oltre e servono a tutelare i cittadini e far sì che tra i colleghi esista un reciproco rispetto e collaborazione.

Mi dispiace dover contraddire tutti quelli che pensano che etica e deontologia non abbiano più valore, sono gli unici elementi che ci permettono di possedere la dignità medica e odontoiatrica che la laurea ci ha conferito.

Significa anche mettersi in discussione e confrontarsi... nessuno è perfetto e quando si pensa di esserlo è il vero momento che si sbaglia.

Non c'è legge che possa cancellare né l'etica né la deontologia, valori senza i quali un professionista non può più chiamarsi tale. Questa non vuole essere una lezione morale e certamente la sottoscritta non ne ha le capacità per permettersi di farla, ma vorrebbe essere un richiamo a valori che hanno reso grande la storia della medicina e ora per noi dell'odontoiatria.

La nostra storia non baratta le patologie.

Cerchiamo tutti assieme di non distruggere le illusioni che i ragazzi, che si laureano portano con sé, anzi aiutiamoli a farle crescere e guidiamoli in questo cammino.

L'Ordine ha il solo desiderio di non creare colleghi di serie A e di serie B e in questo modo far sì che i pazienti non siano ingannati attraverso false illusioni che possono loro prospettarsi.

Voglio terminare, sperando nella vostra comprensione, che non è facile in questi momenti vivere il ruolo dell'ordinista.

Ora desidero fare a Voi tutti e alle Vostre Famiglie gli auguri di Buona Pasqua!

Maria Gemma Grusovin

Laura Grusovin

Laura Grusovin è nata a Gorizia nel 1955, dove vive e lavora in Corso Verdi, 85. Autodidatta, predilige la tecnica ad olio su tela o tavola.

Lavora anche su carta (matita, acquarello) e si dedica all'incisione.

Dai lavori di carattere figurativo dei primi anni ottanta, Laura Grusovin passa a soggetti neo-surreali, che caratterizzeranno la sua produzione per oltre un decennio, fino ad

approdare nelle sue ultime opere ad una maggiore adesione formale alla realtà, approfondendo la ricerca sui moduli e le forme.

Negli ultimi vent'anni ha allestito venticinque mostre personali e partecipato a più di cinquanta fra esposizioni di gruppo, fiere d'arte e concorsi in Italia, Austria, Slovenia, Spagna, Gran Bretagna, Finlandia, Belgio, Polonia, Cina e U.S.A..



Sito Internet ufficiale:
<http://www.grusovin.com>

Laura Grusovin, *La pace o la malinconia*, olio su tela

In copertina:
Laura Grusovin, *Notte di luna*, olio su tela.

Riportiamo di seguito l'originale della comunicazione dell'Ordine di Gorizia inviata ai quotidiani locali Il Piccolo e Il Messaggero Veneto in data 25 febbraio 2011.

Certificati di malattia on line

Con Decreto Legge n. 150 del 2009 - in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni - è stata disposta la trasmissione telematica all'INPS dei certificati di malattia dei lavoratori. Tali disposizioni sono divenute operative con la Circolare n.1 del 2010.

Pertanto, a decorrere dal 3 aprile 2010, i medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, i convenzionati ed i liberi professionisti sono tenuti a trasmettere all'INPS in forma elettronica il certificato di malattia del lavoratore, rilasciandone copia cartacea all'interessato.

Tali certificati vengono messi a disposizione del cittadino e del datore di lavoro attraverso un accesso Internet.

Il medico curante rilascia al paziente due certificati in copia cartacea: uno privo di diagnosi di malattia per il datore di lavoro e l'altro al paziente, contenente i dati della diagnosi. Tale modalità è transitoria poiché - quando il sistema sarà a regime - il paziente non sarà più tenuto a produrre alcun tipo di documento al datore di lavoro e all'INPS in quanto il certificato sarà stato trasmesso telematicamente ad entrambi.

Il paziente potrà comunque accedere, via Internet, al proprio certificato, utilizzando un PIN che l'INPS mette a disposizione. Oltre che ai cittadini l'INPS rilascia il PIN anche ai datori di lavoro.

La vera novità è che per la prima volta è fatto obbligo anche ai medici ospedalieri di compilare il certificato di malattia nel momento in cui viene formulata diagnosi di malattia

e la conseguente prognosi. Ciò ha generato delle criticità sia per quanto riguarda la disponibilità agli accessi elettronici al sistema, che la formazione del personale addetto.

In molte Aziende Sanitarie questo percorso è stato compiuto, in altre permangono ancora criticità.

Ad oggi il sistema non è a regime, ed ha dimostrato importanti difficoltà di accesso, e ancor di più quando sono stati attivati call-center che avrebbero dovuto risolvere i problemi di trasmissione, ma che hanno in realtà allungato il tempo necessario alla spedizione dei documenti.

In tutto questo percorso il paziente è comunque tutelato perché rimane possibile - nei momenti di interruzione del sistema - il rilascio del certificato in forma cartacea, come fin qui avvenuto.

Viva preoccupazione negli ambienti medici ha generato la possibile applicazione di sanzioni nei confronti dei sanitari inadempienti, fino al licenziamento o alla risoluzione della convenzione.

Con la circolare datata 25 febbraio 2011, il Ministro Brunetta chiarisce che "affinché si configuri un'ipotesi di illecito disciplinare devono ricorrere sia l'elemento oggettivo dell'inosservanza dell'obbligo di trasmissione, sia l'elemento soggettivo del dolo o della colpa, che risulta escluso in casi di malfunzionamento o guasti del sistema".

La Circolare del Ministro ha recepito le istanze della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri e delle Organizzazioni Sindacali mediche. Si attende ora il passaggio della stessa in Conferenza Stato Regioni.

Questo comunicato dell'Ordine dei Medici nasce dalla necessità di far chiarezza sull'argomento – nei limiti dei continui aggiornamenti in materia – ma anche di rasserenare in primo

pazienti, e nel contempo invitare i colleghi a mantenere un atteggiamento collaborativo e di coesione in momenti non facili per la nostra Sanità.

Trasmissione telematica dei certificati: la circolare del ministro Brunetta

a cura di *Marcello Fontana - Settore Legislativo FNOMCeO*



del dolo o della colpa che risulta escluso "nei casi di malfunzionamento del sistema generale, guasti o malfunzionamenti del sistema utilizzato dal medico". La circolare inoltre con riferimento alla applicazione delle sanzioni richiama i "criteri di gradualità e proporzionalità secondo le previsioni degli accordi e contratti collettivi di riferimento", da appli-

Il **23 febbraio 2011** è stata emanata la Circolare n. 1 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione **Renato Brunetta** recante "art. 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, introdotto dall'art. 69 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 – trasmissione per via telematica dei certificati di malattia. Ulteriori indicazioni".

Nella Circolare in particolare si evidenziano gli aspetti relativi alla responsabilità dei medici in caso di violazione della normativa in materia di trasmissione telematica dei certificati. Si ribadisce che affinché si possa configurare un'ipotesi di illecito disciplinare debba ricorrere sia l'elemento oggettivo dell'inosservanza dell'obbligo di trasmissione per via telematica sia l'elemento soggettivo

care "anche nei casi di reiterazione della condotta illecita, per i quali l'art. 55 septies, comma 4, del d.lgs. n. 165 del 2001 prevede la sanzione del licenziamento per il dipendente pubblico e della decadenza dalla convenzione per il medico convenzionato". In proposito si rammenta che la reiterazione è da intendersi come recidiva ovvero irrogazioni di successive sanzioni a carico di un soggetto già sanzionato per la violazione dell'obbligo di trasmissione telematica dei certificati. La Circolare in proposito evidenzia che "i contratti collettivi di riferimento prevedono delle clausole di salvaguardia nei confronti dell'incolpato, secondo le quali, decorso un certo periodo di tempo, non può tenersi conto ai fini di altro procedimento disciplinare delle sanzioni già irrogate".

Il commento di Amedeo Bianco alla "Terza circolare Brunetta":

Certificati di malattia on line

a cura dell'Ufficio Stampa FNOMCeO

È stata finalmente emanata la cosiddetta "Terza circolare Brunetta". Partorita dopo una lunga trattativa tra il ministero per l'Innovazione, i medici e le Regioni, la Circolare esplicita meglio, ammorbidendoli, i criteri di applicazione delle sanzioni, in caso di violazioni nell'invio dei certificati di malattia on line. A due giorni di distanza, il presidente della **FNOMCeO, Amedeo Bianco**, ha rilasciato all'**Ufficio Stampa**, sull'argomento, la seguente intervista.

Allora, Presidente: questa Circolare placa le acque?

L'ultima Circolare del ministero per l'Innovazione, per molti aspetti, riporta tutta la complessa questione della certificazione on line di malattia nei suoi termini reali. In primo luogo, si può rilevare che i risultati indiscutibilmente positivi degli invii, così come riferiti dal ministro Brunetta, sono il frutto della responsabilità dei medici, e non della paura delle sanzioni. Tali risultati sono, infatti, stati raggiunti in un periodo di deroga formale dell'applicazione delle sanzioni stesse, e in un contesto di palese impossibilità tecnica di rilevare le violazioni, così come hanno ufficialmente dichiarato le Regioni. È risultato inoltre evidente che le finalità di questa innovazione, verso le quali anche la FNOMCeO - così come tutte le Rappresentanze delle Categorie professionali - ha dimostrato il proprio consenso, richiedevano un forte coinvolgimento e allineamento di tutte le responsabilità in campo: dalle amministrazioni centrali e periferiche - pubbliche e private - ai cittadini, dalle organizzazioni sanitarie ai professionisti. Ci pare che la Circolare, per libera scelta o per forza, ne abbia dovuto prendere atto.

Che ruolo ha giocato la FNOMCeO in questa partita?

La partenza era tutta in salita, stante le previsioni dell'articolo 55 - *septies* del provvedimento [decreto legislativo 30 marzo 2001, n°165, introdotto dall'articolo 69 del decreto legislativo 150 del 27 ottobre 2009, ndr] che, se ben ricordo, il Parlamento ha licenziato, in un clima di "caccia ai fannulloni", tra i voti della maggioranza e le astensioni dell'opposizione.

Credo infatti - ma non spetta a me sottolinearlo - che la FNOMCeO si sia mossa con responsabilità, avendo ben presenti, da una parte, la bontà degli obiettivi e, dall'altra, la complessità della loro attuazione, inasprita dall'inadeguatezza dell'approccio politico al problema.

Vuole meglio esplicitare il quadro?

Mi riferisco, ovviamente, all'impianto sanzionatorio, che in varie occasioni abbiamo stigmatizzato come inutilmente *muscolare*, che scommetteva cioè più sulla minaccia che sul senso di responsabilità dei professionisti. Ed è proprio questo che ha profondamente colpito e amareggiato noi medici, oltre ad alcune accelerazioni velleitarie e infondate sulla funzionalità del sistema: una sgradevole mancanza di rispetto, civile e professionale, per la nostra attività.

Questa vicenda dunque ha messo a dura prova la compattezza del fronte medico?

Qualche problema, indubbiamente, c'è stato, e forse c'è ancora. Ma è motivo di soddisfazione avere riscontrato, in questi mesi, una forte e sostanziale collaborazione e unità di intenti con tutte le Organizzazioni sindacali, nell'affrontare le questioni, nel formulare le proposte, nel condividere le soluzioni. A mio avviso, questa è stata anche un'occasione importan-

te per consolidare i rapporti istituzionali con i nostri interlocutori fisiologici. Il ministro della Salute, professor Ferruccio **Fazio**, e le **Regioni**: la loro discesa in campo è stata determinante nel definire questo equilibrio.

Si possono spgnere i riflettori, allora?

No, e per due ragioni. La prima, specifica, ci impone di seguire con estrema attenzione le applicazioni nei contesti regionali. La seconda, di carattere più generale, intende porre in evidenza un diverso approccio culturale e normativo ai contenuti e alle forme della certificazione medica.

Che cosa intende?

Voglio dire che la certificazione richiesta o

dovuta al cittadino – pur non negando gli oggettivi risvolti amministrativi – è in primo luogo un delicato **atto medico**, che non deve comportare minacce o lesioni al rapporto fiduciario e confidenziale tra medico e paziente. Vanno dunque evitate tutte quelle soluzioni normative che privilegiano l'aspetto amministrativo rispetto a quello professionale. E questo deve altresì far riflettere sul fatto che, fermi restando gli illeciti di carattere penale, un'inappropriata certificazione deve trovare riscontro disciplinare nel suo ambito naturale: quello deontologico.

Riportiamo di seguito la lettera inviata dall'Ordine a tutti i dirigenti scolastici delle scuole primarie, secondarie, istituti superiori e istituti comprensivi della Provincia di Gorizia per fare chiarezza sulle modalità di redazione dei certificati per attività sportiva in ambito scolastico.

Certificazione Medica ai fini della partecipazione alle attività sportive scolastiche

Al fine di regolamentare una procedura che, sovente, è fonte di numerosi equivoci tra medici, utenti, docenti e dirigenti scolastici, si ritiene opportuno, richiamare l'attenzione delle SS.LL. sulla necessità di una puntuale applicazione delle modalità e dei limiti di acquisizione di tali certificazioni.

A tal fine si riporta di seguito un quadro riepilogativo della normativa vigente, corredata di alcune indicazioni procedurali.

ATTIVITÀ PER LE QUALI È PREVISTA LA CERTIFICAZIONE GRATUITA:

Nel rispetto della normativa in vigore¹, la certificazione medica per attività sporti-

va non agonistica ad uso scolastico, dovrà essere rilasciata **GRATUITAMENTE** solo nei seguenti due casi:

1. ATTIVITÀ PARASCOLASTICHE intese come:

Attività fisico-sportive svolte in orario extracurricolare, con partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti .

1 D.M. del 28/02/83

2. GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI nelle fasi successive a quella d'Istituto (compresi

quegli Istituti accorpati tra loro e diretti da un'unica autorità scolastica), vale a dire Fasi Comunali o Distrettuali o Provinciali o Regionali o Interregionali, tutte precedenti alla fase Nazionale finale.

In merito a quanto detto, è importante evidenziare che il medico potrà evadere le richieste solo se:

- Presentate con congruo anticipo rispetto alla manifestazione sportiva in programma (non pochi giorni prima);

e se complete di:

- Intestazione della Scuola/Istituto;
- Dati anagrafici dell'alunno;
- Indicazione della tipologia delle attività sportive secondo quanto indicato nel modulo di richiesta allegato;
- Firma autografa, in originale, del Dirigente Scolastico;

Si sottolinea che le richieste fotocopiate o incomplete non saranno prese in considerazione. Si evidenzia inoltre che la possibilità di autocertificazione deve ritenersi tassativamente esclusa e non valida mentre saranno riconosciuti quelli di idoneità alla pratica agonistica per la stessa federazione.

ATTIVITÀ PER LE QUALI NON È PREVISTA LA CERTIFICAZIONE:

1. in maniera generalizzata in fase di iscrizione;
2. per le attività espletate in orario curricolare di Educazione Fisica;
3. per i Giochi Sportivi Studenteschi nella fase iniziale di iscrizione e selezione all'interno dell'Istituto;
4. per le attività parascolastiche caratterizzate da esercizio fisico ginnico-motorio

non competitivo e senza finalità di gare o competizioni sportive, svolto in orario extracurricolare, nel contesto di corsi di addestramento tecnico, praticabile a tutte le età, senza controllo sanitario preventivo obbligatorio, con finalità promozionali, ludiche, ricreative, ginniche, addestrative;

5. per l'attività ludico-motoria svolta nelle Scuole Materne ed Elementari che non può essere ricondotta, per motivi di età degli alunni, ad attività sportiva non agonistica.

SI RIBADISCE che qualora ed a qualsiasi titolo le SS.LL. ritengano necessaria la presentazione di "certificati di Buona Salute" per attività ginnico motorie per corsi di apprendimento delle discipline sportive (ad es. corsi di nuoto), non essendo tale certificazione né obbligatoria né gratuita, sarà espletata in regime libero professionale e la richiesta dovrà essere inoltrata al medico curante dal genitore dell'alunno o dalla Società Sportiva.

Si allega di seguito un modello tipo per la richiesta e per la visita medica.

Il Presidente dell'Ordine
Dr.ssa Roberta Chersevani



-ALLEGATO-

INTESTAZIONE SCUOLA

Prot.

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICA
PER L'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA
(D.M. 28.2.83)**

Si richiede per il proprio allievo
Nato a il
Residente a via
ammesso a partecipare:

ad attività fisico sportiva in ambito parascolastico (attività svolta in orario extracurriculare, organizzata dagli organi scolastici).

Tipo di attività che l'allievo intende svolgere
alle fasi dei Giochi Sportivi Studenteschi (Giochi della Gioventù e Campionati Studenteschi) successive a quelle di Istituto e precedenti la fase nazionale.

Data

Timbro della Scuola
Firma del Capo D'Istituto

SI CERTIFICA CHE:

Cognome Nome
Nato a il
Residente a via

In base alla visita medica da me effettuata risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica relativa alla specialità

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell'ACN, su richiesta del Capo di Istituto, per gli usi consentiti dalla legge (DM 28.02.83)

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in originale e per il solo uso scolastico.

Data.....

IL MEDICO
(timbro e firma)



Corso Fad della FNOMCeO su Governo Clinico



La parola d'ordine è, ancora una volta, "Qualità delle cure". Sarà il Governo clinico - la strategia per il miglioramento continuo dei servizi sanitari, nella quale hanno un ruolo centrale i professionisti - il protagonista del programma di formazione che la FNOMCeO mette a disposizione di tutti i Medici e gli Odontoiatri italiani.

E' partito infatti, il corso ECM, erogato prevalentemente in modalità Fad (Formazione a distanza), sui vari aspetti del Governo clinico. Promosso in collaborazione con il Ministero della Salute e con l'Ipasvi (la Federazione dei Collegi degli Infermieri), il progetto si articolerà in tre step successivi.

Il primo verterà sulla Root Cause Analysis, una metodologia per l'identificazione delle cause profonde degli eventi avversi e degli eventi "sentinella", quelli sottoposti a un sistema di monitoraggio e sorveglianza dal ministero della Salute. Il corso sulla Root Cause Analysis potrà, da febbraio, essere organizzato dagli Ordini anche in modalità residenziale.

La seconda parte del corso, che sarà on line da febbraio, avrà come protagonista l'Audit clinico, che è il vero "metro" per misurare la qualità dell'assistenza sanitaria: un processo nel quale i Medici, gli Odontoiatri, gli Infermieri effettuano una revisione regolare e sistematica della propria pratica clinica e, ove necessario, la modificano.

Il percorso formativo si concluderà con una sezione dedicata al Governo clinico nella sua accezione più ampia.

Con questo nuovo progetto, la **FNOMCeO** conta di aggiornare, in maniera sistematica e con standard uniformi, almeno quarantamila tra Medici e Odontoiatri: tanti sono, infatti, gli iscritti agli Albi che hanno partecipato - per tre quarti in modalità Fad e per un quarto

residenziale - al corso Sicure, sulla "Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico".

"L'opera di alfabetizzazione in tema di "risk management" dei professionisti della salute - afferma il presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco - è un impegno prioritario, sancito anche, all'articolo 14, dal nostro Codice di Deontologia".

"Il risk management - continua Bianco - è un obbligo etico e deontologico e riteniamo che tutti i medici debbano possedere gli strumenti culturali e pratici per padroneggiarlo".

"La formazione del medico - commenta il referente della FNOMCeO per il corso, il presidente di Udine Luigi Conte - è sempre più un processo "long life", continuo e integrato, che parte dagli studi universitari e si conclude con il termine della vita professionale attiva. L'obiettivo è la costruzione di quel "medico di qualità" che è la condizione necessaria per la qualità delle cure".

FORMAZIONE RESIDENZIALE ORGANIZZATA DALL'ORDINE:

Il corso di Formazione dà diritto a **12 CREDITI FORMATIVI ECM per l'anno 2011**. Sarà organizzato in modalità residenziale dall'Ordine di Gorizia in data **SABATO 16 APRILE 2011 dalle ore 9.00 alle 14.00 presso l'Auditorium del P.O. S.Polo di Monfalcone - via Galvani, 1**

E' **OBBLIGATORIA LA PRESCRIZIONE** alla segreteria dell'Ordine a mezzo FAX al numero 0481/534993 o via mail agli indirizzi: **ordmedgo@libero.it**
segreteria.go@pec.omceo.it

I professionisti che intendono prendere parte al corso devono preventivamente scaricare il Manuale del Corso dal Portale della Federazione (www.fnomceo.it) cliccando su: "Stampa qui i manuali dei Corsi FNOMCeO ECM -FAD".

Riportiamo di seguito il carteggio intercorso tra la Federazione Nazionale e il Ministero della Salute

FNOMCeO

Patenti di guida

FNOMCEO 04/02/11

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI
PROVINCIALI DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI

AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI
PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI
ODONTOIATRI

Cari Presidenti,

si trasmette per opportuna conoscenza la nota di questa Federazione inviata al Ministro della Salute, Prof. Ferruccio Fazio, inerente allo schema di decreto legislativo recante "Attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida" che è stato approvato in esame preliminare da Consiglio dei Ministri nella riunione dell'11 gennaio 2011 e ora all'esame delle Commissioni parlamentari competenti per l'acquisizione del relativo parere.

Nella fattispecie l'art. 14 dello schema di decreto legislativo introduce l'obbligo dei medici di cui all'art. 119 del Codice della Strada, tra i quali sono ricompresi anche medici di fiducia, di comunicare al Dipartimento per i trasporti eventuali patologie accertate che compromettano l'idoneità alla guida di soggetti già titolari di patente.

Cordiali saluti

Il Presidente
Dr. Amedeo Bianco

FNOMCEO 03/02/11

Oggetto: schema di decreto legislativo concernente la patente di guida.

Illustre Ministro,

il Consiglio dei Ministri nella riunione dell'11 gennaio 2011 ha approvate in via preliminare lo schema di decreto legislativo recante "Attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida". Il provvedimento è ora all'esame delle Commissioni parlamentari di competenza per l'acquisizione del relativo parere.

La FNOMCeO in quanto ente esponenziale dell'intera categoria professionale medica è interessata al provvedimento con riferimento particolare alle disposizioni introdotte dall'art. 14 recante **"Modifiche agli articoli 128 e 129 del Codice della strada in materia di revisione e di sospensione della patente di guida"**.

Il comma 1 prevede che, a similitudine di quanto disposto dal comma 1-bis dell'art. 128 con riferimento ai responsabili delle unità di terapia intensiva o di neurochirurgia, i medici di cui all'art. 119 del D.Lgs. 285/92, ancorché in sede di accertamento medico legale diverso da

quello di verifica di idoneità fisica e psichica della patente di guida, **siano tenuti a comunicare** al Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici **eventuali patologie accertate** che compromettano la suddetta idoneità.

La disposizione legislativa sopraccitata sembra avere carattere di generalità perché riferita all'art. 119 del D.Lgs. 285/92 dove è espressamente richiamata tra l'altro, oltre alla figura del medico monocratico ed anche della commissione medico locale di cui al comma 2, anche la figura del medico di fiducia che rilascia il certificato medico relativo ai precedenti morbosità sulla base di conoscenze clinico-anamnestiche direttamente acquisite a seguito dell'attività di medico curante (comma 3).

La norma di cui all'art. 14 dello schema di decreto-legislativo - AG n. 323, tuttavia, così come formulata, prefigura situazioni che, a nostro giudizio, intervengono nella relazione medico curante-assistito potendone compromettere il rapporto di fiducia, qualora l'obbligo di segnalazione vada oltre la compilazione del certificato anamnestico richiesto dall'interessato.

La fattispecie non ci pare infatti compiutamente assimilabile a quella relativa ad altre denunce obbligatorie, laddove vengono bilanciati la tutela dei diritti costituzionali in capo al singolo e quelli di interesse della collettività, ad esempio le denunce di malattie infettive e i trattamenti sanitari obbligatori.

In tali situazioni, infatti, tendono a coincidere gli interessi di tutela della salute pubblica con quelli di tutela dei soggetti coinvolti e non è prevalente, almeno sul piano generale, da parte di questi ultimi la percezione di un possibile danno personale a seguito della denuncia stessa tale da sottrarsi all'osservazione clinica ed alla cura.

Non vi è dubbio, al contrario, che la tutela dell'individuo e della collettività derivante dalla denuncia delle condizioni patologiche, tali da determinare -diminuzione o pregiudizio all'idoneità alla guida, verrebbe in numerose situazioni percepita dall'interessato in subordine al correlato rilevante danno (possibili riduzioni dello status sociale ed economico).

Da ciò discende la manifesta preoccupazione che tale procedura possa indurre gli interessati a non sottoporsi a visite e controlli medici o ad assumere comportamenti omisivi su sintomi e segni, con ulteriore e grave pericolo per la salute pubblica, oltre che individuale o, ancora, possa creare circuiti di cura elusivi e collusivi.

Si ritiene pertanto che la figura del medico di fiducia vada esplicitamente esclusa dalla previsione di cui all'art. 14 dello schema di decreto legislativo - AG n. 323.

Ci sembra quindi più opportuno definire una procedura, automatica e neutra, di individuazione dei soggetti a rischio, tale da non interferire con il rapporto fiduciario, sia in ambito di cure primarie che ospedaliere.

Nella fattispecie una possibile modalità di intervento potrebbe fare riferimento a modelli di classificazione delle condizioni patologiche già esistenti, sebbene diversamente finalizzati, quali le esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria per patologia, per le quali sono in atto precise codifiche con riferimento alle diverse condizioni di malattia, codici DRG specifici, riconoscimenti di invalidità civile, INPS e INAIL, prevedendo altresì modalità di coinvolgimento degli Enti prevido-assistenziali privatizzati e delle imprese assicurative operanti nel ramo.

Nel caso del singolo cittadino, una prima valutazione della correlazione tra tale classificazione e situazione individuale di possibile riduzione delle condizioni di idoneità alla guida potrebbe essere effettuata sistematicamente dai Servizi di Medicina Legale delle ASL sulla base di queste informazioni, segnalando le situazioni meritevoli di riconsiderazione dell'idoneità alla

guida al Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti ai fini della successiva revisione della patente di guida.

In conclusione la FNOMCeO chiede una modifica dell'art. 14 dello schema di decreto legislativo approvato in esame preliminare dal Consiglio dei Ministri che preveda l'esclusione del medico di fiducia dal campo di applicazione della relativa disposizione legislativa e al tempo stesso l'introduzione di una procedura automatica di individuazione dei soggetti a rischio, tale da non interferire con il rapporto fiduciario sia in ambito di cure primarie che ospedaliere.

Nel confidare in un intervento autorevole della SV On.le in proposito, Le invio i miei più cordiali saluti.

Amedeo Bianco



Conciliazione obbligatoria

Dal 20 marzo 2011, in caso di denuncia in sede civile, prima di andare dal giudice diventa obbligatorio per legge il tentativo di trovare un accordo tra medici e cittadini vittime di presunti errori o casi di malasanità.

Lo rende noto un comunicato stampa Fp-Cgil medici, che precisa come la mediazione obbligatoria, prevista dalla legge 69/2009 e dai successivi provvedimenti applicativi, interessa i medici citati in giudizio in sede civile che saranno chiamati dagli organismi di conciliazione scelti dal cittadino a ricercare un accordo amichevole per la composizione della controversia. Il medico, presentandosi all'appuntamento con il mediatore e con il cittadino che ha presentato la denuncia, potrebbe trovare una soluzione soddisfacente oppure, in caso contrario, procedere in tribunale. «Si tratta di un'opportunità da sperimentare» ha dichiarato Massimo Cozza, Segretario nazionale Fp-Cgil Medici «che potrebbe portare a una diminuzione dei processi in sede civile e anche in sede penale, essendo a volte tra loro strettamente collegati». «Il dialogo e la capacità di ascoltare» ha concluso Cozza «potreb-

bero portare a superare incomprensioni e atteggiamenti rivendicativi ingiustificati, con i vantaggi della riservatezza e dello stop a processi che vanno avanti per anni con danni economici, emotivi e di immagine per i medici e per gli stessi cittadini». (da DoctorNews del 23 marzo 2011)

Il punto di vista della FNOMCEO: "Da oggi si diffonde la cultura della conciliazione"
di Walter Gatti

E venne il fatidico giorno: 21 marzo, la data della conciliazione. Il meccanismo introdotto dal D.lgs 28/2010 e dal Decreto 180/2010 è da ieri attivo come nuovo strumento per comporre contenziosi di varia natura, tra cui quelli d'ambito medico-sanitario sono particolarmente rilevanti, sia per numero che per peso specifico sociale. Abbiamo chiesto a Gabriele Peperoni, presidente dell'OMCeO di Napoli e responsabile dell'apposita commissione della Federazione nazionale dei medici, di commentare l'avvio di questo nuovo strumento. *Presidente, il cammino della conciliazione è ormai avviato: il "fatidico 21 marzo" è ormai raggiunto. Cosa possiamo attenderci realisticamente da oggi?*

Direi che ci troviamo di fronte ad una data

che serve per tutti semplicemente come riferimento formale. Serviranno mesi e probabilmente anni per giungere ad una situazione stabile ed uniforme in tutto il Paese, visto che non è d'abitudine rivolgersi ad un organo conciliatore. Però questa data è fondamentale perché finalmente può iniziare concretamente a diffondersi una "cultura della conciliazione" di cui abbiamo tutti assolutamente bisogno.

Quanto tempo ci vorrà affinché il meccanismo complessivo possa entrare "a regime"?

Non vorrei sembrare pessimista, ma credo che un paio di anni siano il tempo necessario per portare a regime il sistema in tutte le sue componenti. Ma, ripeto, la cultura della conciliazione può già iniziare a diffondersi e questo è il dato più importante.

Una domanda che purtroppo aleggia: ma si potrebbe tornare indietro?

Diciamo che ogni tanto percepiamo messaggi negativi da aree della componente degli avvocati. C'è anche una proposta di legge, presentata dal senatore Benedetti-Valentini, nel quale si mette in dubbio l'obbligatorietà della conciliazione, rendendone praticamente nulla la portata. Abbiamo però segnali che il Ministro di Grazia e Giustizia continuerà a

percorrere la strada già imboccata e quindi credo che non torneremo indietro...

Sono molti gli OMCeO già attivi sulla conciliazione e sulla figura del mediatore: le sembra che il mondo degli avvocati sia altrettanto dinamico?

E' naturale che ci sia un interesse diffuso verso il meccanismo della conciliazione e verso il dialogo, perché è un modo per accedere a tempi brevi alla risoluzione di situazioni tese senza entrare in cause spesso lunghe ed estenuanti. So anche che alcuni avvocati prevedono che con la conciliazione si allungheranno i tempi naturali dei contenziosi, ma ricordo che al contrario di quanto si dice il procedimento può avvenire anche alla presenza di una sola delle parti, con tempi teoricamente anche brevissimi. Ribadisco che è solo un problema di cultura...

Quanto ci vorrà per dar vita alle scuole di formazione in partnership tra medici e avvocati?

Gli Ordini sono interessati a questa piccola rivoluzione sia per far parte degli organismi di conciliazione che per avviare le scuole di formazione. Ricordiamoci che gli Ordini sono organismi di tutela del cittadino, in primis: questo fa sì che gli Ordini stessi si sentano investiti per natura del ruolo di mediatore. Intenzione nostra, quindi, è dar vita insieme agli avvocati a scuole di formazione purché questi riconoscano al medico il ruolo di mediazione che gli è proprio. Pensiamo semplicemente ai casi di danno biologico in cui solo il medico può dare risposta, come in incidenti automobilistici o sul lavoro. Insomma: i medici possono e debbono essere mediatori e non possono accettare la lettura di chi li vuole ridurre a submediatori.

Presidente Peperoni, quali sono i problemi ancora irrisolti in questo nuovo strumento?

Sono parecchi: l'assicurazione durante il contenzioso cosa fa? Delega o tratta lei? Altro problema: nel caso di lavoro in equipe, sul territorio o in camera operatoria, chi risponde al mediatore? Si identifica un unico responsa-

Ufficio Esteri FNOMCeO

Germania: richiesta di neolaureati e medici junior

Riceviamo da parte della Europework (organizzazione di intermediazione per l'assunzione di medici in formazione e di medici specialisti o consulenti) la richiesta per neolaureati e medici junior per la Germania.

Sul sito internet www.europework.nl, in home page, si potranno trovare tutte le informazioni relative a questa offerta di lavoro in lingua italiana.

bile o si tratta con sei o sette persone? Altro tema ancora: la territorialità. Se io ho operato a Napoli, ma sono convocato in contenzioso dal conciliatore di Palermo, perché il cittadino che si è rivolto a lui è del capoluogo siciliano, cosa succede? Ma sto enumerando una serie di casi che probabilmente l'esperienza aiuterà a chiarificare, costruendo una conoscenza pregressa su cui basarsi.

Quando il meccanismo sarà ben oliato: chi ne trarrà più vantaggio? Il medico, il cittadino, le strutture, le assicurazioni? Tutto il sistema, i cittadini in primis e anche i medici come cittadini. Nell'intenzione della legge - a parte le liti condominiali e i problemi connessi alla responsabilità civile auto, che sono stati posticipati - tutto potrà essere fatto attraverso la mediazione. Questo genererà un meccanismo di relazione molto

più leggero, che potrebbe nel tempo anche prevedere premi abbassati da parte delle assicurazioni. E la FNOM cosa sta facendo? La Federazione segue con attenzione il percorso, attraverso un rapporto stretto con il Consiglio Nazionale Forense nelle figure del suo presidente Guido Alpa e dei consiglieri Fabio Florio e Bruno Piacci che seguono quotidianamente questa tematica. Abbiamo steso una bozza omogenea di Scuola di formazione da realizzare congiuntamente sul territorio, basata su programma unico e specifico. E' un percorso che ci vede collaborare strettamente e che crediamo sfocerà in un accordo tra noi e il Consiglio Nazionale Forense a Como, probabilmente già nel prossimo mese di aprile.

Intramoenia: Fazio annuncia proroga, sindacati soddisfatti

Da Doctornews del 21/03/2011

Il decreto che proroga l'intramoenia fino alla fine dell'anno è già stato approntato dalla presidenza del Consiglio. Parole del ministro della Salute, Ferruccio Fazio (foto), che in un'intervista uscita mercoledì sull'edizione on line del Sole-24 Ore Sanità tranquillizza medici e sindacati rispetto alla scadenza di fine mese. Il testo che conferma la libera professione fino al 31 dicembre è già pronto, assicura Fazio nell'intervista, un altro provvedimento riconfermerà la proroga per tutto il 2012 e nel frattempo si penserà a una riforma complessiva del sistema, da inflare nel ddl sul governo clinico in ripartenza alla Camera. Soddisfazione nei



commenti che arrivano dai sindacati della dirigenza: «Diamo nuovamente atto al Ministro di aver tenuto fede agli impegni» dice il segretario nazionale di Anaa-Assomed, Co-

stantino Troise «anche sulla tabella di marcia: avevamo concordato una proroga dell'intramoenia fino a tutto il 2012 per avere il tempo di confrontarci a fondo su una soluzione strutturale con cui rimettere mano al sistema, Fazio conferma quegli indirizzi. Ci piace poco, invece, l'idea che a fare da veicolo della riforma sia il ddl sulla governance: abbiamo serie perplessità su quel testo, preferiremmo quindi si scegliessero altri contenitori per la libe-

ra professione». Stesse considerazioni anche da Cimo-Asmd: «Siamo soddisfatti delle rassicurazioni del Ministro» dice il presidente nazionale del sindacato, Riccardo Cassi «i nostri medici tireranno un sospiro di sollievo. Anche a noi non piace però che i destini della riforma si intreccino con il ddl sul governo clinico, è un testo che non ci convince. Meglio piuttosto un provvedimento dedicato, nel quale magari parlare anche dei nuovi profili e dei nuovi ruoli della professione di medico».

Notizie flash dall'ENPAM



Quota A - pagamento contributi 2011

Nel mese di aprile Equitalia Esatri S.p.A. di Milano avvia l'attività di notifica degli avvisi di pagamento. I contributi possono essere versati in 4 rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre, o in unica soluzione entro il termine previsto per la prima rata di aprile.

In caso di smarrimento o mancato ricevimento del bollettino deve essere inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A., tramite fax al numero **02.6416.6617** o all'indirizzo e-mail **taxtel@equitaliaetr.it**, un'apposita richiesta completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, recapito telefonico e accompagnata da copia di un valido documento di identità.

Anche quest'anno gli utenti registrati nell'area riservata www.enpam.it potranno reperire direttamente un duplicato dei bollettini RAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato presso gli 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.

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.**

Domiciliazione bancaria – RID

Per aderire al servizio è sufficiente:

- compilare il modulo RID allegato ai bollettini RAV e trasmetterlo ad Equitalia Esatri S.p.A., entro e non oltre il **31 maggio**, tramite fax al numero **02.6414.1061**;
- compilare il modulo elettronico disponibile sul sito **www.taxtel.it** (alla voce ADESIONI RID);
- comunicare i dati richiesti nel modulo RID ad Equitalia Esatri al numero **800.178.090** o da telefono cellulare al numero **02.6416.1703**.

Attenzione:

- il modulo RID non deve essere presentato alla propria banca bensì trasmesso direttamente ad Equitalia Esatri S.p.A.;
- l'iscritto che aderirà al servizio di domiciliazione bancaria non dovrà pagare alcuna rata compresa quella con scadenza 30 aprile. I contributi saranno automaticamente addebitati in conto corrente alla scadenza delle rate previste o in unica soluzione;
- per il servizio offerto, la commissione richiesta è di euro 2,07 per ogni addebito;
- a coloro che hanno aderito al servizio di domiciliazione bancaria nel 2010, Equitalia Esatri S.p.A. invierà, in tempo utile per gli adempimenti fiscali, un riepilogo annuale dei versamenti effettuati;
- gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it, accedendo all'Area riservata, potranno reperire direttamente un duplicato della certificazione dei pagamenti effettuati mediante RID;
- le eventuali variazioni successive alla trasmissione riguardanti il codice Iban dovranno essere segnalate a Equitalia Esatri S.p.A.
 - Ufficio RID a mezzo fax al n. 02.6416.6619 oppure alla casella rid@equitaliaesatri.it, indicando il codice fiscale dell'intestatario dell'avviso.

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 cartella di pagamento. Il versamento del contributo deve essere effettuato in unica soluzione entro 60 giorni dalla notifica della cartella di pagamento. In caso di mancato versamento entro tale termine (60 giorni) il Concessionario della riscossione procederà 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.

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 a mezzo fax, occorre allegare all'istanza 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 alla richiesta 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 e modulo detrazioni d'imposta 2011 – 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.

Unitamente al modello CUD è stato trasmesso, **soltanto ai pensionati che già lo scorso anno fruivano di detrazioni per familiari a carico**, il modulo per rinnovare la richiesta di applicazione delle predette detrazioni anche per il corrente anno 2011. Tale modulo deve essere compilato in carattere stampatello, sottoscritto e restituito, entro il termine del **31 maggio 2011**, utilizzando l'apposita busta indirizzata a Fondazione E.N.P.A.M., Casella postale n. 2475, Ag. RM 158, via Marsala n. 39, 00185 Roma.

In assenza di riscontro, l'Ente si vedrà costretto a revocare d'ufficio le detrazioni per carichi di famiglia senza ulteriore preavviso.

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.

Ritardato pagamento contributo Quota B (redditi professionali 2009)

Il vigente regime sanzionatorio, in caso di pagamento dei contributi oltre il termine regolamentare, prevede:

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2011);
- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

Attestazioni ai fini fiscali

Riscatti – A tutti coloro che hanno effettuato versamenti a titolo di riscatto verrà inviata in tempo utile all'indirizzo di residenza l'attestazione di avvenuto pagamento.

Fondo di Previdenza Generale - Quota A e B – Sui bollettini RAV e MAV utilizzati rispettivamente per i versamenti alla Quota A ed alla Quota B è indicata la causale di versamento e, quindi, non è necessario presentare la richiesta di attestazione ai fini fiscali. In caso di smarrimento dei bollettini le richieste devono essere inoltrate al Servizio Contributi tramite posta ordinaria a Fondazione E.N.P.A.M., via Torino 38, 00184 Roma, ovvero tramite fax al n. 06.48.294.913 (Quota A) ed al n. 06.48.294.922 (Quota B).

Per poter ricevere l'attestazione tramite fax, o presso un indirizzo diverso da quello di residenza, è necessario allegare alla richiesta copia di documento di identità in corso di validità.

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);
- visualizzazione e stampa dei cedolini di pensione e del CUD;
- attivazione della Carta di credito Fondazione E.N.P.A.M. emessa in collaborazione con la Banca Popolare di Sondrio e la società CartaSi (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 l'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 all'Albo

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, inviare la relativa comunicazione direttamen-

te 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.

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.

Variazione delle modalità di pagamento della pensione

Tutti 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
- tramite 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 obbligatori 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.

Sono pertanto interamente deducibili dal reddito: il contributo di Quota A, il contributo di Quota B, gli importi versati a titolo di riscatto, le somme corrisposte a titolo di ricongiunzione.



ENPAM Progetto "Busta arancione"

Il progetto "Busta Arancione" è una nuova iniziativa della Fondazione E.N.P.A.M. che intende offrire agli iscritti la possibilità di conoscere in tempo reale la propria posizione previdenziale e di ipotizzarne i possibili sviluppi futuri.

I medici e gli odontoiatri, mediante i Totem installati presso gli Ordini o previo accesso all'Area riservata del portale Internet, possono già visualizzare in maniera semplice ed intuitiva i contributi dovuti e quelli versati nonché i riscatti in corso di pagamento. La visualizzazione della propria posizione contributiva, anche se dettagliata, rappresenta però esclusivamente la fotografia di una storia previdenziale ancora non definita e su-

scettibile di sviluppi ed integrazioni.

Per garantire l'opportunità di acquisire una maggiore consapevolezza del proprio futuro

previdenziale si vuole, pertanto, offrire un nuovo servizio che, sulla base di alcuni parametri personalizzabili, permetterà di simulare il proprio trattamento pensionistico al 65° anno di età.

Sarà possibile, inoltre, ipotizzare il costo/beneficio derivante dall'accesso ad alcune forme di contribuzione volontaria. Per la "Quota B", previa autenticazione, sarà immediatamente disponibile anche la proiezione di pensione personalizzata sulla base della posizione contributiva dell'iscritto.

I nuovi servizi si rivolgono essenzialmente a coloro che intendono approfondire la

conoscenza della propria posizione previdenziale – attuale e futura – per porre tempestivamente in essere eventuali interventi integrativi volti a garantire l'adeguatezza del trattamento pensionistico finale alle aspettative individuali. Avere cognizione, almeno in misura indicativa, dell'importo della pensione spettante al 65° anno di età è, difatti, un presupposto necessario per decidere di attivare i diversi strumenti posti a disposizione degli iscritti per incrementare il proprio trattamento: riscatto dei periodi di studio universitario, riscatto del periodo militare, riscatto di allineamento contributivo, opzione per l'aliquota modulare (solo per il Fondo dei Medici di Medicina Generale).

Per l'adozione di scelte tempestive e consapevoli è essenziale, inoltre, conoscere in anticipo, almeno approssimativamente, l'impegno economico derivante dall'attivazione di uno dei suddetti istituti ed il relativo beneficio in termini di prestazione.

L'obiettivo del progetto "Busta arancione", dunque, è quello di garantire agli iscritti la massima trasparenza in materia previdenziale, sia per gli aspetti contributivi e pensionistici che per i possibili strumenti di integrazione volontaria, finalizzati alla costruzione di un trattamento previdenziale il più possibile personalizzato.

Le prime funzionalità (illustrate nella brochure allegata) che saranno attivate in via sperimentale dal corrente mese di gennaio sul portale Internet della Fondazione e sui Totem installati presso gli Ordini Provinciali sono di seguito indicate:

Ipotesi standard personalizzabili (Procedure che necessitano del previo inserimento da parte dell'iscritto di parametri di calcolo rife-

riti alla propria posizione previdenziale):

- Fondo di previdenza generale "Quota A"
 - Ipotesi di pensione al 65° anno di età
 - Costo del riscatto di allineamento;
- Fondo di previdenza generale "Quota B"
 - Ipotesi di pensione al 65° anno di età
 - Costo del riscatto di allineamento – Ipotesi di riscatto degli studi universitari (laurea e specializzazione), del periodo precontributivo e del servizio militare o civile;
- Fondo dei medici di medicina generale – Ipotesi di pensione al 65° anno di età – Costo del riscatto di allineamento – Ipotesi di riscatto degli studi universitari (laurea, corso di formazione in M.G. / specializzazione) e del servizio militare o civile –

Opzione per l'aliquota modulare;

- Fondo specialisti ambulatoriali – Ipotesi di pensione al 65° anno di età. Ipotesi personalizzata (Procedura che non necessita del previo inserimento da parte dell'iscritto dei parametri di calcolo riferiti alla propria posizione previdenziale, realizzata

per la complessità del calcolo in presenza di variazioni dell'aliquota contributiva e per l'incidenza sul risultato finale delle fluttuazioni del reddito imponibile e del reddito già assoggettato a contribuzione "Quota A"):

- Fondo di previdenza generale "Quota B"
 - Ipotesi di pensione al 65° anno di età.

Si rappresenta, infine, che per i dipendenti degli Ordini interessati sarà al più presto organizzato un apposito corso di formazione sull'utilizzo delle nuove procedure di calcolo. Sulla base delle osservazioni e dei suggerimenti pervenuti durante la fase di sperimentazione, si procederà all'implementazione definitiva dei servizi offerti agli iscritti sia mediante i Totem installati presso gli Ordini che tramite il portale Internet della Fondazione.

Riconosci il tuo dentista

Continua la campagna contro l'abusivismo in odontoiatria promossa dall'OMCeO di Gorizia

In cosa consiste

Gli Odontoiatri che ne fanno richiesta ricevono dall'Ordine un cartoncino in formato A4 da affiggere in sala d'attesa e riportante, oltre ad alcuni messaggi informativi, anche la data e il numero d'iscrizione all'Ordine con la foto di riconoscimento.

Come ricevere l'attestato di riconoscimento:

Con una delle seguenti modalità:

a) Il diretto interessato, munito di valido documento di riconoscimento e di sua fotografia recente (formato tessera), presentandosi personalmente e sottoscrivendo la domanda presso gli uffici dell'Ordine;

b) A mezzo di persona incaricata, munita di proprio valido documento di riconoscimento, che consegnerà presso gli uffici dell'Ordine la domanda firmata dall'Odontoiatra interessato ed accompagnata da fotocopia fronte – retro di un valido documento di riconoscimento dell'Odontoiatra e di fotografia recente (formato tessera) dell'interessato;

Come si compila la domanda per ottenere l'attestato:

Si utilizza esclusivamente il modello prestampato:

a) Ritirabile presso l'Ordine

b) Scaricabile dal sito web dell'Ordine (www.ordinemedici-go.it)

Chi può richiedere l'attestato:

Ciascun iscritto all'Albo degli Odontoiatri di Gorizia che eserciti la propria attività professionale di odontoiatra nello studio:

- di cui è personalmente titolare
- di cui è titolare un altro Odontoiatra
- rappresentato da una sede diversa dai primi due casi

Chi ritira l'attestato:

Può ritirarlo con le seguenti modalità:

- Il diretto interessato, munito di valido documento di riconoscimento e firmando per il ritiro;
- Persona incaricata, munita di proprio valido documento di riconoscimento, delegata per iscritto dall'interessato, di cui allega fotocopia fronte retro del documento d'identità. Firmerà per il ritiro.

L'attestato, essendo un Certificato dell'Ordine, avrà il costo di euro 3,00-.

Al momento del ritiro dell'attestato verrà consegnata gratuitamente anche la LO-CANDINA DELL'INIZIATIVA da affiggere presso il proprio studio.



Musica negli studi medici e odontoiatrici

Nuovo orientamento del Tribunale di Milano

Notizia tratta dal sito BrunoSaetta.it internet e diritto

La recente **sentenza del tribunale di Milano, n. 10901 del 2010**, ha stabilito che la diffusione di musica in uno studio professionale, nella fattispecie si tratta di uno studio dentistico, "*costituisce comunicazione al pubblico e dunque l'utilizzazione secondaria dei fonogrammi dei produttori fonografici*" ai sensi dell'art. 73 bis della legge sul **diritto d'autore**.

La **Società Consortile dei Fonografici (SCF)**, che già in passato si era messa in mostra per aver chiesto a varie categorie il pagamento dei diritti per la diffusione di musica in una sala d'aspetto, in questo caso ha portato in giudizio appunto un dentista. Secondo la SCF per diffondere legalmente musica, anche senza scopo di lucro, occorre l'autorizzazione da tutte le parti che contribuiscono alla realizzazione del prodotto musicale, e cioè gli interpreti, gli esecutori e i produttori fonografici, laddove la SCF è appunto l'ente che si occupa di tutelare questi ultimi, gestendo la raccolta e la distribuzione dei compensi a loro dovuti. È necessario, quindi, regolarizzare la propria posizione non solo con la SIAE, per i diritti d'autore, ma anche con la SCF.

Il dentista citato si è difeso sostenendo che il compenso per l'ascolto in caso di radiodiffusione, ai sensi della legge sul diritto d'autore, è già pagato dall'emittente radiofonica o televisiva, e che uno studio professionale non può essere ritenuto pubblico esercizio, bensì deve essere considerato un luogo privato non destinato alla presenza di un pubblico anonimo ed indeterminato, presupposto per il pagamento del compenso. Inoltre, l'attività dello studio non ricomprende tra i suoi componenti tipici la diffusione di musica.

Il tribunale ha chiarito che i produttori fonografici e gli artisti hanno diritto al compenso di cui all'articolo 73 della legge sul diritto d'autore, per l'utilizzazione a scopo di lucro dei fonogrammi, ed il diritto all'equo compenso di cui all'art. 73 bis per l'utilizzo senza scopo di lucro, dei fonogrammi nei pubblici esercizi ed in occasione di qualsiasi pubblica utilizzazione degli stessi. Il diritto del produttore, quindi, si sostanzia in un diritto ad escludere terzi da ogni forma di sfruttamento del fonogramma, che rimane controllabile e negoziabile dal produttore, ed un diritto a percepire un compenso di fronte alle utilizzazioni non controllabili efficacemente nonostante il diritto esclusivo.

Secondo il tribunale la trasmissione di musica radiodiffusa da parte di pubblici esercizi configura un atto di sfruttamento economico, che deve ritenersi ulteriore rispetto a quello originario dell'emittente radiotelevisiva, per la quale occorre, perciò, una distinta ed aggiuntiva autorizzazione. Tale assunto si basa, continua il tribunale, sulle direttive comunitarie in materia e sulla **sentenza del 7 dicembre 2006, causa C-306/05 della Corte di Giustizia CE**, la quale ha precisato che anche la semplice installazione di apparecchi radiotelevisivi è in grado di rendere tecnicamente possibile l'accesso del pubblico alle opere radiodiffuse e che gli autori di tali opere hanno diritto ad un adeguato compenso.

Pertanto il tribunale sostiene che il compenso pagato in origine dalle emittenti copre l'ascolto privato dell'apparecchio radiofonico, per cui l'ascolto da parte di soggetti ulteriori esula da tale attività. Inoltre la radiodiffusione al pubblico da parte di soggetti

diversi dalle emittenti, come possono essere i titolari di studi professionali, configura una utilizzazione ulteriore ed autonoma dei fonogrammi. In breve, il compenso pagato dall'emittente copre l'ascolto del dentista in ambito privato (ricezione semplice), per rimanere al caso specifico, ma non di ulteriori soggetti diversi e costituenti pubblico più ampio (nuova ed ulteriore diffusione).

Inoltre, la stessa sentenza del 2006 stabilisce che devono essere autorizzate non solo le trasmissioni di musica in luogo pubblico o aperto al pubblico, ma *"tutti gli atti di comunicazione con i quali l'opera viene resa accessibile al pubblico"*, per cui *"il carattere privato o pubblico del luogo in cui avviene la comunicazione è senza incidenza"*.

Quindi, secondo il tribunale il termine **"pubblico"** riguarda un numero indeterminato di telespettatori o ascoltatori potenziali, per cui anche nel caso specifico si può parlare di pubblico in quanto *"la clientela di uno studio dentistico integra un ambito di persone idoneo ad integrare la menzionata nozione di pubblico, laddove si consideri che essa appare potenzialmente indeterminata sia nel numero che nella sua composizione"*.

In conclusione il tribunale riconduce il compenso in questione alla fattispecie di cui all'art. 73 bis, cioè l'equo compenso dovuto in casi di utilizzazioni senza lucro, in quanto *"la fruizione dei brani musicali in questione non può essere considerata come una prestazione di servizi supplementare che contribuisca in maniera effettiva ed apprezzabile al conseguimento di un certo utile"*, cioè la musica non contribuisce in alcun modo alla scelta del dentista, e quindi non comporta alcun lucro in favore del professionista.

Infine, come criterio utilizzabile per determinare il compenso il tribunale pone la dimensione dello studio in relazione ai giorni di effettiva apertura alla clientela.

Fin qui la sentenza del 2010, che in realtà è solo l'ultima di una serie di pronunce in ma-

teria ottenute da quando la SCF ha iniziato, nel 2005, a diffidare esercizi commerciali che utilizzano musica di sottofondo. Nel tempo si sono avute varie pronunce in materia, in un primo momento pronunce di rigetto della domanda della SCF.

Il **tribunale di Torino, sezione IX, con sentenza del 21/03/2008**, ha sostenuto che il medico non è tenuto al versamento di compensi in favore del produttore di fonogrammi, nonché gli interpreti e gli esecutori, in quanto la riproduzione musicale in uno studio odontoiatrico non è effettuata a scopo di lucro, neppure indirettamente, atteso che il professionista ascolta la musica mentre lavora soltanto per diletto e il paziente è indifferente al fatto che nello studio venga trasmessa della musica, né è indotto a scegliere un dentista piuttosto che un altro in base al fatto che nello studio si ascolti della musica. Il tribunale ha rilevato, infatti, che il presupposto per il versamento del compenso è quello della riproduzione musicale in un luogo pubblico o aperto al pubblico, laddove lo studio di un dentista è un luogo privato dove non accede un pubblico indifferenziato. Il termine pubblico, sostiene il tribunale di Torino, deve essere inteso come *"accessibile e aperto a tutti, non circoscritto a determinate persone"* o comunque relativo ad un ambito collettivo, come potrebbe riferirsi ad un ospedale, un ristorante od una sala da ballo. Con la **sentenza n. 2177 del 18 febbraio 2009, il tribunale di Milano** ha deciso che il compenso ai produttori fonografici non è dovuto in caso di ascolto di musica diffusa in sala d'attesa di uno studio professionale. Anche in questo caso si trattava di uno studio dentistico.

Secondo il tribunale la locuzione *"pubblica utilizzazione dei fonogrammi"* contenuta nell'art. 73, ed interpretata sulla base della normativa comunitaria, in particolare le direttive

92/100/CEE e 2001/209/CE, *"il pubblico rilevante è (...) quello che volontariamente sceglie un luogo per ascoltare musica, non certo i clienti di uno studio dentistico che vi si recano per cure del proprio corpo in orari prestabiliti dal medico e che solo occasionalmente si ritrovano ascoltatori di brani musicali"*.

Questa sentenza in particolare si rifà anch'essa alla **sentenza della Corte di Giustizia del 2006, causa C-306/05**, che però, in questa decisione non osterebbe a tale interpretazione, in quanto ritiene atto di comunicazione al pubblico la diffusione di musica nei locali di un albergo, ed anche nella stanze private, in quanto abitualmente i clienti di un albergo si succedono rapidamente e quindi si possono qualificare come pubblico, mentre la disposizione di cui all'art. 73 della leg-

ge sul diritto d'autore, interpretata alla luce della normativa europea, esclude che sia dovuto un compenso per la radiodiffusione di musica ai clienti di uno studio dentistico.

In conclusione, le varie sentenze in materia hanno visto un'evoluzione dell'orientamento della giurisprudenza, che adesso sostiene, in uno alla Corte europea, che l'elemento che fa sorgere il diritto al compenso sia la messa a disposizione della musica "a un pubblico di persone", indipendentemente dal carattere pubblico o privato del luogo in cui avviene la diffusione della musica. L'ultima sentenza, in ordine temporale, è in linea con la normativa europea e con gli usi degli altri paesi dell'Unione, dove gli studi medici riconoscono il pagamento dei diritti in caso di diffusione di musica d'ambiente.

Vedremo se tale nuovo orientamento reggerà nei gradi successivi di giudizio.

Riconoscimento delle qualifiche professionali: Guida all'utente

La Guida all'utente redatta dal **Dipartimento Politiche Comunitarie** si propone di accompagnare il cittadino nella procedura volta ad ottenere il riconoscimento delle proprie qualifiche professionali, ai sensi della direttiva 2005/36/CE (recepita in Italia con il d.lgs. n.206/2007).

L'obiettivo principale è quello di fornire ogni utile conoscenza di strumenti che facilitino la comprensione del complesso di disposizioni, norme e principi, comunitari e nazionali, che regolano il sistema della libera circolazione dei professionisti nell'Unione Europea. Da qui l'esigenza di offrire una Guida di facile consultazione, che fornisca nel contempo informazioni dettagliate su singole tematiche. La Guida è stata concepita come uno strumento in progress: le tematiche trattate saranno mano a mano approfondite sia con gli

orientamenti giurisprudenziali della Corte di Giustizia Europea in ma-

teria, sia con una serie di informazioni utili, rappresentate prevalentemente da quanto emergerà dalla corrispondenza tra gli operatori della materia (Coordinatore Nazionale- Punto Nazionale di Contatto) e il cittadino stesso, ma anche dai lavori delle istituzioni europee.

L'auspicio è di poter offrire uno strumento che sia allo stesso tempo informativo e colloquiale.

Fonte: *Dipartimento Politiche comunitarie - Presidenza del Consiglio dei Ministri* 29/12/2010 - Autore: Ufficio Esteri FNOMCeO



Ribellarsi alla rassegnazione

Dr Adriano Segatori

Si nota in sanità, oramai da molto tempo, una diffusa e pervasiva indifferenza ad iniziative culturali e genericamente scientifiche. Iniziative culturali e scientifiche che spesso vengono vissute come obbligo istituzionale all'acquisizione di inutili bollini di presenza, ma senza una partecipazione spontanea, motivata o quanto meno interessata.

C'è una certa atmosfera di rassegnazione, come se i medici percepissero di essere soltanto dei contenitori dentro cui svuotare informazioni più o meno approfondite, o al massimo usufruttori di addestramenti più utili all'organizzazione di appartenenza che alla loro professionalità clinica.

Nel disinteresse generico della partecipazione pubblica c'è una doppia motivazione: per un certo verso un'iperstimolazione di iniziative e di argomenti che, ad un certo punto, hanno saturato la disponibilità mentale delle persone all'ascolto e alla comunicazione; per un altro, direttamente collegato, la sensibilità collettiva è stata talmente e per lungo tempo sollecitata che, per ottenere gli stessi risultati di attenzione, c'è bisogno di un sempre maggiore stimolo di curiosità. *La società dello spettacolo*, per usare il titolo della famosa opera di Guy Debord, ha creato una condizione di tolleranza come per ogni forma di dipendenza; solo con un aumento del dosaggio (meraviglia e attrazione) si riesce a raggiungere la stessa precaria soddisfazione.

Per quanto riguarda la categoria medica, i percorsi del disinteresse corrono sullo stesso doppio binario, con motivazioni però diverse e più specifiche.

Da un lato, la burocratizzazione del lavoro sa-

nitario ha ridotto sempre più gli spazi della clinica, costringendoli in settori superspecialistici e ipertecnologici, oppure abbassandoli a basso assistentato sociale. Ma è nella parcellizzazione del lavoro che il medico è diventato più strumento dell'apparato che partecipa della sua formazione. In altri termini, c'è stata una sovversione – passivamente subita – dei ruoli istituzionali: non più il medico al servizio della cura (terapia) del paziente e il burocrate a disposizione dell'operatore per risolvere i problemi pratici di gestione dello stesso, ma il medico presato dalle richieste burocratiche del cliente e dalle pretese fiscaliste degli uffici aziendali e dai congegni amministrativi regionali e nazionali. L'apparato tecno-finanziario ha ridotto il medico a funzionario in camice bianco e a prestatore d'opera della salute.

All'interno del processo di aziendalizzazione, si è verificata una distorsione efficacemente denunciata da Ivan Cavicchi in *Malati e governatori* (Edizioni Dedalo, Bari 2006). In nome e per conto di un "gestionalismo" cieco e irrazionale "l'azienda è stata concepita primariamente come uno strumento per il risparmio e in seconda istanza come strumento per la salute". A causa di questo presupposto "è l'amministratore che finisce con il decidere sui fini, sui mezzi e sulle modalità" della cura, con la conseguenza che pochi – tranne coloro che sono in completa malafede – hanno compreso che "quando si fa dell'organizzazione del territorio il fine del risparmio, pensando ai vantaggi che le economie di scala potrebbero dare, ignorando i veri fini di salute, è come segare il ramo su cui si è seduti".

Dall'altro lato, per rendere fluido questo processo di trasformazione, e confermarlo nel suo stesso procedere, è stato perseguito il criterio della "lottizzazione [cioè] una logica di potere che usurpa altre logiche della competenza e dei valori professionali". Cavicchi sottolinea come la sanità sia sempre stata terreno di conquista, ma come anche una distorta idea di aziendalizzazione abbia acuito questa predisposizione, e documenta con un caso clamoroso come al di là del fatto che "la mappatura delle nomine [sia] facilmente distinguibile in <<quote>> partitiche, o relative a personaggi politici o ad alleanze dell'ultima ora, ecc.:", questa procedura dimostra "che una nomina può essere *legale* e nello stesso *immorale*", poiché "pur rispettando i formalismi, prevale il movente sul potere di chi legittima la nomina". Molto spesso, quindi, non sono le competenze documentate che devono essere esibite, ma supporti di altro genere e di diverso ambito, confermando che "i valori della professionalità hanno prima di tutto una natura *subordinata* agli scopi della politica", e ciò che viene richiesto ai tecnici è di "ridimensionare le professionalità in gioco in funzione della difesa del potere". Cavicchi parla chiaro: "Un primario ospedaliero [dovrebbe] essere valutato sulla base delle conoscenze dei malati ricoverati, degli operatori che con lui collaborano", e ciò non avviene, con la conseguenza che "la nomina è un atto di sottomissione [...] di devozione e gratitudine del nominato".

Di fronte a questi due scenari ampiamente documentati da più ricercatori e in più sedi, come si può pensare che il medico, l'operatore in diretto rapporto con la cura e la salute, sia motivato ad attivarsi all'interno dell'organizzazione alla quale appartiene?

Di fronte alla verifica quotidiana del mancato interesse per ogni valore professionale, e alla contropartita di un apparato propagandistico che seduce e mistifica con terminologie demagogiche quali <<eccellenze>>, <<benessere>>, <<adeguatezza>>, <<clinical governance>>, <<risorse interne>>, <<competenze>> ed altre amenità, come si può chiedere entusiasmo e partecipazione? Per rompere la rassegnazione e ribellarsi all'accettazione passiva, l'unica soluzione è quella della "minoranza egemone" di grammiana memoria: la costituzione autonoma e indipendente di centri studi, di equipe di lavoro e di ricerca entro cui un certo numero di professionisti si attivano a difesa della propria cultura specifica, della propria peculiare vocazione, del proprio orgoglio professionale. Costruire un'alternativa di potere intellettuale attraverso il quale dare un segnale costante che la clinica non è morta, che la qualità esiste, che qualcosa di diverso dall'appiattimento imperante può esistere e si può fare.



Tesi dei neolaureati

Correlazione tra gene HLA e malattia parodontale nel parco genetico del Friuli Venezia Giulia

Dr Andrea Morassi.

A Morassi, N Pirastu, S Ulivi, P Gasparini, G Castronovo, M Cadenaro, R Di Lenarda, L. Bevilacqua.

(CdL Igiene Dentale - Presidente: prof.ssa M. Cadenaro - Università degli Studi di Trieste); (SOC di Genetica Medica, IRCCS-Burlo Garofolo/Università di Trieste)

Background: Human Leucocyte Antigens (HLA) sono molecole che si trovano sulla superficie cellulare e che si comportano come antigeni se vengono a contatto con il sistema immunitario di un individuo diverso, e sono stati associati alle maggior parte delle malattie autoimmuni. Scopo dello studio è stato valutare la correlazione tra malattia parodontale e i geni HLA tramite la genotipizzazione di nucleotidi polimorfici chiamati SNPs (Single Nucleotide Polymorphism) di un isolato genetico (Parco genetico del FVG) Materiali e metodi: L'analisi statistica è stata condotta su 122 casi di malattia parodontale cronica grave e 215 controlli. Sono stati utilizzati 2.5 milioni di SNP distribuiti su tutto il genoma in parte genotipizzati e in parte imputati sulla base del progetto HapMap phase II. Tutte le analisi sono state sorrette per il grado di parentela.

Risultati: l'analisi di associazione ha rilevato il segnale di associazione più forte sul cromosoma 6 nella regione dei geni HLA in particolare del gene HLA-L con un p-value di 1.5×10^{-6} per gli SNPs rs3129831 e rs3129840 p-value di 1.5×10^{-6} e un Odds Ratio di 1.28 (IC 95% 1.16 - 1.424).

Conclusioni: I geni HLA sono associati a parodontiti croniche gravi e generalizzate nei

soggetti del Parco genetico del FVG suggerendo una origine autoimmune della patologia. Ulteriori studi su un campione di dimensioni maggiori sono necessari per confermare tale associazione.

Influenza dello smear layer sull'outcome del trattamento endodontico

Dr Andrea Franzo'

Introduzione

Ogni qualvolta la dentina viene tagliata utilizzando strumenti manuali o rotanti, i tessuti mineralizzati vengono frantumati producendo una considerevole quantità di detriti, la maggior parte dei quali vengono spalmati sulla superficie del canale a formare lo smear layer nel quale sono comprese sia particelle organiche che inorganiche. La componente organica è rappresentata da tessuto pulpare vitale o necrotico, batteri, processi odontoblastici e cellule ematiche, mentre la componente inorganica consiste in tessuto calcificato.

La quantità di smear layer dipende inoltre dalla capacità di taglio degli strumenti endodontici e dal loro utilizzo su dentina secca o umida, nello specifico dall'angolo di taglio proprio di ogni strumento.

Molte opinioni sono state espresse sul possibile ruolo dello smear layer e sulla necessità o meno di una sua rimozione dalle pareti canalari; la questione rimane tuttavia ancora controversa e non supportata da studi clinici.

Irrigando il canale radicolare, il proposito è duplice: dissolvere i residui organici, detriti originati dalla polpa e i microrganismi, e quelli inorganici. Attualmente non esiste una

singola soluzione in grado di svolgere entrambe le funzioni in modo ottimale, pertanto è raccomandato l'utilizzo alternato di solventi organici ed inorganici. Numerosi Autori concordano sull'utilizzo alternato di EDTA e NaOCl per ottenere la miglior dissoluzione dei tessuti organici e rimozione dello SL.

SCOPO DELLA RICERCA

Alla luce di quanto sintetizzato sinora, la presente tesi di laurea si propone di analizzare le problematiche riguardanti la formazione dello smear layer durante la strumentazione meccanica del sistema endodontico, la sua influenza sul sigillo apicale e la sua rilevanza clinica.

VALUTAZIONE AL SEM DELLE PARETI CANALARI DOPO STRUMENTAZIONE CON MTWO ED ALPHA KITE CON E SENZA EDTA

Materiali e metodi

40 elementi monoradicoli estratti per ragioni parodontali sono stati suddivisi in maniera random in 4 gruppi. I campioni sono stati preparati con differenti tecniche di sagomatura e diversi protocolli di irrigazione:

- G1 (n=10): Sequenza Mtwo.
- G2 (n=10): Sequenza Alpha kite

Entrambi i gruppi (G1 e G2) sono stati irrigati con 2 ml di NaOCl 2,4% dopo ogni strumento, lavaggio finale con 5 ml di NaOCl 2,4%.

- G3 (n=10): Sequenza Mtwo.
- G2 (n=10): Sequenza Alpha kite.

Entrambi i gruppi (G3 e G4) sono stati irrigati con 2 ml di NaOCl 2,4% dopo ogni strumento, 5 ml di EDTA 17% (OGNA, Muggiò, Milano, Italia), 10 ml di NaOCl 2,4%.

I campioni sono stati metallizzati ed analizzati al SEM. Di ogni campione sono state prese 10 immagini per terzo ad un ingrandimento standard di 2000x, per un totale di 1200 microfotografie. Ogni immagine è stata

valutata in relazione alla quantità di smear layer e di detriti sulla base di una scala da 1 a 5 (Hulsmann et al.1997).

Risultati

La strumentazione Alpha Kite ha prodotto una gran quantità di SL spesso e omogeneo ma pochi detriti.

La metodica Mtwo invece ha prodotto una quantità minore di SL e maggiori detriti trucioliformi.

L'EDTA si è dimostrato più efficiente nei campioni strumentati con Mtwo rispetto a quelli sagomati con tecnica Alpha Kite.

INFLUENZA DELLO SMEAR LAYER SUL SIGILLO APICALE

Materiali e metodi

44 elementi monoradicoli sono stati sezionati per ottenere radici di lunghezza standardizzata a 15mm.

I canali sono stati quindi trattati rispettivamente:

- G1 (n=10): Sequenza Alpha kite.
- G2 (n=10): Sequenza Mtwo.

Entrambi i gruppi (G3 e G4) sono stati irrigati con 2 ml di NaOCl 2,4% dopo ogni strumento, 5 ml di EDTA 17% (OGNA, Muggiò, Milano, Italia), 10 ml di NaOCl 2,4%.

- G3 (n=10): Sequenza Alpha kite 15/03, 20/04, 20/06, 25/06, 40/04.
- G2 (n=10): Sequenza Mtwo 10/04, 15/05, 20/06, 25/06, 40/04.

Entrambi i gruppi (G1 e G2) sono stati irrigati con 2 ml di NaOCl 2,4% dopo ogni strumento, lavaggio finale con 5 ml di NaOCl 2,4%.

Tutti i campioni sono stati otturati con tecnica System B + Obtura.

Ogni campione è stato sottoposto a test di microinfiltrazione secondo Cobankara et al (2002).

Risultati

Nei gruppi strumentati con tecnica Alpha Kite si rileva differenza statisticamente signifi-

ficativa poiché il gruppo irrigato con EDTA presenta valori d'infiltrazione maggiori rispetto a quello con solo NaOCl ($p < 0,05$).

Tra i gruppi sagomati con Mtwo invece variando il protocollo d'irrigazione i valori d'infiltrazione non si riscontravano differenze significative di infiltrazione.

Tra i due gruppi irrigati con EDTA non vi è differenza statisticamente significativa dopo 7 giorni dall'otturazione, mentre a distanza di 30 giorni i campioni strumentati con tecnica Mtwo presentano valori significativamente inferiori ($p < 0,05$).

All'interno di ogni gruppo non si rilevano mai differenze significative a t4 tra i valori registrati a 7 giorni e quelli a 30 giorni.

I valori di microinfiltrazione aumentano sempre significativamente ($p < 0,05$) all'aumentare del tempo di esposizione al fluido.

Discussione

La presenza dello smear layer sulle pareti del canale ostacola l'adattamento dei materiali da otturazione. Nei campioni irrigati con solo NaOCl e sagomati con tecnica Alpha Kite lo smear layer è spesso, omogeneo e condensato dagli strumenti stessi contro le pareti durante la rotazione come emerso dalla precedente indagine al SEM, e svolge un'azione sinergica alla guttaperca e il cemento. Nel gruppo 1 invece lo smear layer viene destabilizzato ma non rimosso adeguatamente dall'azione dell'EDTA (come si è visto dalle immagini al SEM) e potrebbe determinare l'aumento dei valori d'infiltrazione, venendo meno l'azione sinergica all'otturazione. Quando invece si utilizzano gli Mtwo lo smear layer viene prodotto in minor quantità consentendo un buon adattamento dei materiali da otturazione anche quando non si ricorre a irrigazioni con soluzioni chelanti.

SAGOMATURA MTWO VS ALPHA KITE SENZA L'UTILIZZO DI SOLUZIONI CHELANTI: VALUTAZIONE DEL SUCCESSO

CLINICO E RADIOGRAFICO

Materiali e metodi

Sono stati selezionati 221 pazienti che necessitavano di trattamento o ritrattamento endodontico. Per ogni paziente è stato preso in considerazione un unico elemento dentario. Elementi vergini e da ritrattare sono stati considerati separatamente.

In maniera random sono stati assegnati al gruppo 1 (sagomatura con tecnica Mtwo) o al gruppo 2 (sagomatura con tecnica Alpha Kite). Tutti i gruppi avevano lo stesso protocollo di irrigazione (solo NaOCl al 2,4%) e sono stati otturati con tecnica SystemB + Obtura.

Durante la prima visita è stato chiesto al paziente di quantificare il dolore accusato assegnando un valore da 0 a 3 secondo la scala VRS (verbal rating scale) (Gesi et al. 2006):

- 0: nullo
- 1: lieve (fastidio di breve durata)
- 2: moderato (soprattutto durante la masticazione)
- 3: severo (con necessità di assunzione di antidolorifici)

Sono stati inoltre eseguiti i test di percussione (positiva o negativa) e una radiografia endorale pre operatoria utilizzando centratori di Rinn con cui è stata valutata la presenza o meno di lesioni periapicali radiotrasparenti.

A distanza di 6 mesi sono stati richiamati i pazienti ai quali sono state ripetute le valutazioni cliniche (VRS e percussione) e una radiografia endorale con la tecnica di Rinn. Su 221 pazienti, 202 si sono presentati ai controlli per un totale di 202 denti.

Tre esaminatori in cieco hanno confrontato le radiografie pre-operatoria, post operatoria e a sei mesi classificando l'outcome radiografico secondo i parametri proposti in letteratura da Katebzadeh et al. (2000).

È stata inoltre valutata l'incidenza di canali accessori nei settori molari e premolari.

Risultati

A sei mesi dal trattamento, nei gruppi 1 e 2, dolore e percussione sono migliorati in maniera statisticamente significativa ($p < 0,001$).

Tutti gli elementi dentari che alla prima visita presentavano un aspetto periapicale radiografico fisiologico, a sei mesi sono rimasti invariati.

Nella maggior parte dei denti che invece presentavano un'area di radio trasparenza periapicale al momento del trattamento, sei mesi dopo si è apprezzata una riduzione della lesione periapicale o la guarigione radiografica completa. Nel gruppo strumentato con tecnica Mtwo due soli casi non hanno mostrato miglioramenti radiografici a 6 mesi rispetto all'area di radiotrasparenza periapicale preoperatoria, che si è mantenuta stabile in un caso, mentre è aumentata di dimensioni nell'altro.

Gli elementi ritrattati sia con tecnica Mtwo sia con tecnica Alpha Kite, a sei mesi hanno mostrato un miglioramento significativo sia del dolore che della dolorabilità al test di percussione ($p < 0,05$), senza alcuna differenza tra i due gruppi (R1 e R2).

Nei primi molari superiori trattati endodonticamente in questo studio il canale mesio palatino (MB2) era presente nell'82,8% dei casi, confluiva nel canale mesio vestibolare (MB1) nel 75%, aveva forame apicale indipendente nel restante 25%, mentre era assente nel 17,2%. Il 66,7% dei secondi molari superiori trattati presentava 3 canali, mentre nel 33,3% è stata possibile l'individuazione e il conseguente trattamento del canale MB2 che presentava un forame indipendente nel 57,1% dei casi, confluente nel MB1 nel restante 42,9%.

Dei 50 primi molari inferiori trattati, 2 presentavano due soli canali confluenti in un'unica radice, 31 (62%) 3 canali, 17 (34%) 4 canali.

La radice mesiale si presentava con un unico

canale nel 4% dei casi, 2 canali nel 96% dei casi; confluenti nel 37,5%, con forami apicali indipendenti nel 62,5%.

La radice distale invece presentava un solo canale nel 66% degli elementi trattati, due canali indipendenti nel 14%, due confluenti nel 20%.

Nei secondi molari inferiori sono stati individuati e trattati 3 canali nel 91,3% dei casi, 4 canali nell'8,7%.

La radice mesiale presentava due canali indipendenti nel 52,2% degli elementi, due canali confluenti nel 47,8%; nella distale invece si sono reperiti due canali confluenti nell'8,7%, mai due canali indipendenti e un unico canale nella maggioranza dei casi (91,3%).

La maggior parte dei primi premolari superiori presentava due canali indipendenti (90,5%), il restante 9,5 % due canali confluenti con un unico forame apicale.

I secondi premolari superiori invece presentavano un unico canale nel 32% dei casi, due canali separati nel 20%, due canali confluenti nel 48%.

I primi premolari inferiori trattati presentavano un unico canale nell'83,3% dei casi, due canali con due forami apicali distinti nel 16,7%.

Il 7,1% dei secondi premolari trattati avevano due canali indipendenti, due canali confluenti nel 7,1%, un unico canale centrato nella radice nell'85,7%.

Conclusioni

Nei limiti del presente studio le due tecniche di strumentazione si sono dimostrate ugualmente efficaci nella pratica clinica sia per quanto riguarda trattamenti endodontici su elementi dentari vergini, sia nei ritrattamenti. La diversità quali-quantitativa dello smear layer si è rilevata influente ai fini del successo endodontico. Si ritiene invece decisamente più importante per la prognosi dei denti strumentare chemomeccanicamente il sistema endodontico nel rispetto della sua complessità e delle variabili anatomiche trattando tutti i canali presenti in ogni radice.

Giuramento d'Ippocrate



Ecco i giovani Colleghi che hanno letto il Giuramento d'Ippocrate in seno all'Assemblea Ordinaria Annuale 2010. Assenti giustificati la Dr.ssa Brandolin Laetitia Patricia e il Dr Fontanini Andrea.

Dottori Matjaz Vuga e Sara Santangelo

da sinistra Dottori Andrea Franzò, Fabrizio Pirozzi, Andrea Morassi, Marco Olivo, Marina Zanello, Francesca Verginella, Francesca De Cleva.



**OLTRE L'UTOPIA BASAGLIANA .
Per un nuovo paradigma della
psichiatria
Di Adriano Segatori
Ed. MIMESIS**

Fino a poco più di un decennio fa, la psichiatria era settorializzata nettamente in tre aspetti teorici e pratici.

Da un lato, gli organicisti, rappresentati in Italia da Giovanni Battista Cassano, per i quali ogni aspetto della malattia mentale era riferibile ad una alterazione cerebrale, neuroni e neurotrasmettitori variamente difettosi.

Dall'altro, gli psicologisti, soprattutto con le varie scuole psicoanalitiche, per i quali gli stessi disturbi dovevano entrare nelle problematiche dell'inconscio e della deformazione della parola.

Infine, i basagliani, esecuti del fautore della Legge 180, per i quali la malattia mentale era (è) sempre e comunque riconducibile ad un disagio sociale, e solo attraverso un'azione politica si poteva (può) definitivamente affrontare e risolvere questa secolare questione.

Ora, finalmente, due fondamentalismi hanno trovato un accordo su basi documentatamente scientifiche: psiche e soma non si distanziano più nella contrapposizione cartesiana, ma concorrono sinergicamente alla salute o alla malattia della persona. Inoltre gli stessi ricercatori ammettono che il sociale influisce su entrambi i dispositivi. Da ciò la necessità di un approccio e di una cura condivisa. Questa alleanza ha fatto esclamare allo stesso Nobel per la medicina Erik Kandel: "Neanche Freud avrebbe immaginato l'importanza del suo inconscio per le scienze neurobiologiche".

Il basaglianesimo rimane l'ultimo baluardo ideologico che



non riconosce alcun valore agli altri studi, ma rimane barricato sulle posizioni di trent'anni fa, negandosi a qualunque confronto e sostenendosi esclusivamente con operazioni sentimentali, demagogiche e mistificatorie. Questo lavoro è il primo studio organico – già anticipato da altre denunce come ad esempio quelle di Andreoli e Jervis – che svela i passaggi ingannevoli di questo fondamentalismo, prospettando la rifondazione di una nuova psichiatria condivisa e collaborante per il terzo millennio.

Dr Adriano Segatori

VIVI. STORIE DI UOMINI E DI DONNE PIÙ FORTI DELLA MALATTIA

Di Fabio Cavallari
Ed. LINDAU

Si è svolta presso il Best Western Palace Hotel di Gorizia, mercoledì 23 febbraio, la presentazione di un libro di storie: le narrazioni di otto persone accomunate da un destino di immobilità e di carcerazione all'interno di un corpo che sente, ma che non può esprimere nessun movimento di vitalità; di un corpo che percepisce, ma non può agire per dimostrare in modo tangibile la propria emozione fisica.

Al di là della bravura espositiva dell'Autore, il testo non è riassumibile, come non sono riassumibili in modo razionale e didattico un andamento poetico o la melodia di un sentimento. È una lettura che va fatta, perché agibile nel suo scorrere e importante nel suo descrivere: nel delineare casi che superano la pietà della sofferenza e l'impossibile condivisione di un dolore, ma che puntano il dito sul senso stesso della vita e del destino. Sono testimonianze di vita, del senso del vivere e, contemporaneamente, del rifiuto della cultura della morte.

Importanti, secondo me, tre precisazioni emerse nel corso del dibattito a seguito di altrettanti interventi di familiari colpiti da analoghe disgrazie. La prima del dr. Fulvio Calucci, capo distretto del Basso Isontino, il quale molto elegantemente ha fatto capire che non ci si può affidare ciecamente alla scienza come ad uno strumento di infallibilità, come ad una pratica esorcistica che servirebbe ad allontanare in maniera indefinita quel limite di natura da sempre accettato e che si chiama morte.

La seconda del dr. Marco Bertoli, direttore sanitario dell'Azienda, il quale ha esplicitato in maniera chiara e rigorosa che la sanità non può rispondere oggettivamente a tutti i bisogni, che si rende disponibile all'ascolto e alla condivisione ragionevole di un percorso comune, che è necessaria un'attivazione comunitaria per affrontare in maniera sistemica casi complessi e di particolare gravità.

La terza della dr. Roberta Chersevani, presidente dell'Ordine, la quale ha fatto notare l'assenza della figura del medico nei resoconti del libro, sottolineando la venuta meno del "paternalismo" del vecchio curante, per lasciare il posto ad un criterio di prestatore d'opera in un rapporto che dovrebbe essere – ed era nei tempi passati – di empatia e compartecipazione.

Proprio partendo da un appunto dell'Autore che ha parlato di necessaria visione "filosofica" e di approccio "simbolico" nell'affrontare l'argomento in questione, ritengo sia necessario sintetizzare il percorso di questa caduta relazionale e terapeutica.

Un tempo la medicina era un'arte sacra, e il medico il sacerdote di quest'arte. Come ha scritto Umberto Galimberti, la medicina è stata la prima arte a rinunciare al senso del sacro e a ridefinirsi come pratica laica. Da quel momento in poi, un sistema di rapporti

è andato completamente perduto, aggravandosi inesorabilmente con l'esponenziale prevalere della tecnica e la subentrante pressione dell'economia. In queste dinamiche variamente sinergiche, il legame è stato sostituito dal contratto, il medico in prestatore d'opera e il paziente in cliente. Sempre ragionando per simboli, diceva il grande psicoanalista Jacques Lacan che tra due uomini ci deve essere Dio. Immaginiamo tra sofferente e curante! Venuto a mancare anche questa proiezione, l'infallibilità è passata al medico che, non potendo oggettivamen-

te averla, scatena le frustrazioni di un malato illuso dalla cattiva constatazione e, troppo spesso, dalla falsa propaganda. La morte, scomunicata – secondo la felice intuizione di Dino Campana – dall'immaginario di salute e di eternità promessa, non è più vissuta come un evento naturale, ma come la mancanza da parte di qualcuno, da ciò la ricerca di un colpevole ad ogni costo, e la sempre più esasperata conflittualità alla quale simmetricamente si risponde con la medicina difensiva. Non sono fiducioso in un possibile recupero di ciò che è stato consumato, posso solo auspicare che le testimonianze riportate nel libro facciano riflettere sul fatto che la medicina non può essere iatromecanica né delirio tecnocratico, e ogni vita è in mano ad un destino al quale possiamo solo accondiscendere facendo leva sulle risorse interiori e sul senso del proprio valore personale. Il resto è patetica e mistificante burocrazia.

Dr Adriano Segatori



Sommario

<i>Laura Grusovin</i>	3
<i>Certificati di malattia on line</i>	4
<i>Trasmissione telematica dei certificati: la circolare del ministro Brunetta</i>	5
<i>Il commento di Amedeo Bianco alla "Terza circolare Brunetta"</i>	6
<i>Certificazione Medica ai fini della partecipazione alle attività sportive scolastiche</i>	7
<i>Corso Fad della FNOMCeO su Governo Clinico</i>	10
<i>FNOMCeO Patenti di guida</i>	11
<i>Conciliazione obbligatoria</i>	13
<i>Intramoenia: Fazio annuncia proroga, sindacati soddisfatti</i>	15
<i>Notizie flash dall'ENPAM</i>	16
<i>ENPAM Progetto "Busta arancione"</i>	21
<i>Riconosci il tuo dentista</i>	23
<i>Musica negli studi medici e odontoiatrici</i>	24
<i>Riconoscimento delle qualifiche professionali: Guida all'utente</i>	26
<i>Ribellarsi alla rassegnaione</i>	27
<i>Tesi dei neolaureati</i>	29
<i>Giuramento d'Ippocrate</i>	33
<i>Recensioni</i>	34
<i>Medici sostituti</i>	37

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

Marzo 2011

copia omaggio

anno 11 n. 1

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.

