

Editoriali dei presidenti



Riprendo i temi pre-elettorali per capire dove siamo e cosa dobbiamo fare.

L'ammodernamento degli Ordini, affidato a una legge delega, continua nel suo lento iter parlamentare; è indispensabile per rendere l'Ordine un'istituzione più dinamica e maggiormente seguita dai propri iscritti. Speriamo che questo rinnovo diventi quanto prima operativo.

L'inserimento di giovani medici nel consiglio dell'Ordine aiuta ulteriormente a capire le loro necessità e richieste, che vanno al di là di quello che noi vorremmo e dovremmo offrire (principi di etica, deontologia e nozioni di previdenza). Chiedono di imparare a fare il medico, ciò che mamma Università non ha loro sufficientemente insegnato!

Le donne medico avanzano prepotentemente di numero e molto più timidamente in carriera. Ho coordinato per sei anni *l'Osservatorio per la professione medica al femminile* della FNOMCeO. Il lavoro è difficile, i progressi lenti. Partirà una *Indagine conoscitiva sulla professione medica per genere e generazione*, con lo scopo di meglio conoscere aspirazioni, esigenze e criticità di una professione che sta cambiando. Tenetevi informati sul sito dell'Ordine, che in questo periodo è in via di rinnovamento, e partecipate.

L'integrazione con le altre professioni sanitarie deve essere collaborativa ed efficace. Le critiche devono essere costruttive e non manifestazioni campanilistiche sulla stampa. Il disagio delle professioni sanitarie è evidente. Noi ci interessiamo a quello del medico e delle sue criticità; segnatevi sull'agenda un convegno *Il Medico in condizioni di criticità* che si terrà il 9 Giugno. Ne sarete informati attraverso la *newsletter* dell'Ordine, a cadenza quindicinale, che vi arriva solo se conosciamo le vostre mail.

L'Ordine tutela il proprio iscritto, ma deve essere anche garanzia del cittadino. La collaborazione con Cittadinanzattiva è serena e propositiva. Evitiamo che momenti di stanchezza e disagio di entrambi gli attori, spezzino l'alleanza medico-paziente. Forse è il caso di rivedere il *Decalogo dei Diritti e Doveri Reciproci*, proposto nel 2008.

Il rieleto presidente nazionale Amedeo Bianco ha in programma una revisione de *Il Codice di Deontologia Medica*. L'ultima edizione risale al 2007. Dobbiamo mantenere i suoi principi al passo con i tempi.

Come vedete il programma è ricco.

Chiedo la vostra collaborazione e partecipazione.

Roberta Chersevani



Carissime colleghe, carissimi colleghi,

scrivo questo primo mio editoriale sul periodico dell'Ordine con l'intento di salutarvi e ringraziarvi per aver votato questa nuova Commissione dell'Albo degli Odontoiatri.

Voglio ringraziare calorosamente tutti i Consiglieri uscenti e la Dottoressa Maria Gemma Grusovin per il lavoro svolto in questi anni di ottima Presidenza.

Nella nuova commissione ci sono elementi molto esperti ed altri meno, ma tutti animati da grande voglia di far bene. La dottoressa Sfligoì e la dottoressa Massi vengono da un'esperienza con la Commissione uscente, mentre il dottor Ferrari ed io, abbiamo ricoperto questi incarichi in anni passati. Solo il dott. Spessot non ha esperienza diretta sul campo, ma è persona di grande capacità e passione.

Il lavoro che abbiamo davanti a noi è molto difficile ed impegnativo, soprattutto per i tempi particolari che stiamo vivendo.

La professione odontoiatrica è stata rivoluzionata da eventi esterni alla volontà degli operatori, la crisi economica mondiale che attanaglia l'Italia non è stata tenera neanche nei nostri confronti, senza contare la pleora e l'abusivismo che svuotano le nostre agende.

La riforma Bersani, anche se effettuata in ottemperanza a direttive Europee, ha modificato radicalmente la struttura della Professione. L'avvento delle finanziarie (low cost, franchising) e la sostanziale modifica della natura stessa della pubblicità sanitaria, hanno rivoluzionato il modo di fare gli odontoiatri.

Quale è oggi il compito degli Ordini? Cosa possono fare per contenere la fuga in avanti verso una totale commercializzazione e mercificazione dell'odontoiatria?

La risposta è che gli Ordini devono far rispettare il codice deontologico.

Per poterlo fare devono avvalersi della loro autorità anche sanzionatoria.

Purtroppo, per molto tempo, almeno in tema di pubblicità sanitaria, gli Ordini sono stati disarmati dalla Autorità Antitrust e da sentenze della magistratura.

Oggi però le cose forse stanno cambiando.

È di non molti giorni fa una sentenza della Corte di Cassazione (n. 3717 del 09-03-2012) che, dopo aver deciso che studi monoprofessionali e strutture complesse sono uguali davanti alla legge per ciò che riguarda la pubblicità sanitaria (nello specifico, entrambi non sono tenuti al parere preventivo dell'Ordine sulla pubblicità), ha dichiarato anche che "gli Ordini professionali hanno il potere di verifica, al fine dell'applicazione delle sanzioni disciplinari, della trasparenza e della veridicità del messaggio pubblicitario."

Sulla base di questo, cercheremo di riportare la qualità della pubblicità sanitaria nell'alveo di canoni più consoni al decoro della professione.

Paolo Coprivez



Circolare informativa agli ordini sull'esito del voto per il rinnovo degli organi collegiali della Federazione Nazionale per il triennio 2012-2014

Al termine degli scrutini vi informiamo sull'esito del voto.

Commissione Albo Medici

Hanno partecipato al voto 105 Presidenti di Ordine Provinciale su 106 aventi diritto inserendo nelle urne 1940 schede su 1947 possibili (99,6%).

Nell'urna erano presenti 121 schede bianche e 6 nulle (complessivamente 6,4%).

Hanno riportato voti e sono stati proclamati eletti

Amedeo Bianco	1676	(86,4 %)
Maurizio Benato	1665	(86,2 %)
Raimondo Ibba	1579	(81,4 %)
Giuseppe Agello	1564	(80,6 %)
Sergio Bovenga	1553	(80,3 %)
Roberto Stella	1548	(80,2 %)
Luigi Conte	1544	(80,2 %)
Gianluigi Spata	1543	(80,2 %)
Guido Marinoni	1542	(80,2 %)
Nicolino D'Autilia	1519	(78,3 %)
Bruno Zuccarelli	1495	(77,1 %)
Musa Awad Hussein	1434	(73,9 %)
Antonino Maglia	1433	(73,9 %)

Hanno inoltre riportato voti:

Pasquale Veneziano	227
Giancarlo Pizza	96
Giovanni Righetti	42
Enrico Lanciotti	38
Aristide Paci	37
Americo Sbriccoli	20
Gabriele Peperoni	21

Enrico Mazzeo Cicchetti	17
Fabrizio Cristofari	16
Bruno Di Lascio	11

Altri iscritti agli Albi medici hanno riportato meno di 10 voti

Commissione Albo Odontoiatri

Hanno partecipato al voto 101 Presidenti di Commissione Albo Odontoiatri Provinciale su 106 aventi diritto inserendo nelle urne 336 schede su 346 possibili (97,1 %).

Nell'urna erano presenti 67 schede bianche e 7 nulle (complessivamente 22 %).

Hanno riportato voti e sono stati proclamati eletti

Giuseppe Renzo	242	(72,0 %)
Alessandro Zovi	231	(68,7 %)
Raffaele Iandolo	202	(60,1 %)
Sandro Sanvenero	199	(59,2 %)
Valerio Brucoli	184	(54,8 %)

Hanno inoltre riportato voti:

Giuseppe Magro	25
Claudio Cortesini	24
Nicola Balduzzi	4
Roberto Gozzi	4

In copertina "Garzetta al tramonto" una fotografia del Dr. Livio Löwenthal scattata dall'osservatorio la Marinetta nella Riserva Naturale Regionale Foce dell'Isonzo - Isola della Cona.

Altri iscritti agli Albi Odontoiatri hanno riportato meno di 4 voti.

Collegio Revisori dei Conti

Hanno partecipato al voto 105 Presidenti di Ordine Provinciale su 106 aventi diritto e 101 Presidenti di Commissione Albo Odontoiatri Provinciale su 106, inserendo nelle urne 2265 schede.

Nell'urna erano presenti 564 schede bianche e 9 nulle.

Hanno riportato voti e sono stati proclamati eletti

Componenti:

Ezio Casale	1593
Salvatore Onorati	1586
Francesco Alberti	1568

Componente supplente:

Antonio Avolio	1516
-----------------------	------

Hanno inoltre riportato voti:

Antonio Avolio quale Componente	30
Luigi Stamegna quale Componente	23

Altri iscritti agli Albi Odontoiatri hanno riportato meno di 10 voti.



COMUNICATO STAMPA FNOMCeO del 30 marzo 2012

Amedeo **Bianco** è stato appena rieletto Presidente della **Federazione nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**.

Il **Comitato Centrale**, riunito a Roma, ha poi attribuito le altre cariche. Maurizio **Benato** è Vicepresidente, Luigi **Conte** Segretario, Raffaele **Iandolo** Tesoriere. Alla presidenza della **Commissione Albo Odontoiatri** è stato confermato Giuseppe **Renzo**, a quella del **Collegio Revisori dei Conti** Salvatore **Onorati**.

"Il nuovo assetto degli Organi direttivi si è strutturato su una base di larghissimo consenso, che costituisce per tutti noi un impegno di grande responsabilità e autorevolezza" ha dichiarato Amedeo **Bianco**. *"Questo patrimonio verrà del tutto investito nella costruzione di una Professione moderna, di qualità, intrisa di profondi valori etici e civili"*.

Il nuovo **Comitato Centrale** rimarrà in carica sino al **2014**.


Con il 5 x mille puoi aiutarci anche TU
 Il Tuo contributo servirà a migliorare le prestazioni assistenziali ai medici ed odontoiatri italiani.
 Nella prossima dichiarazione dei redditi basta firmare e scrivere nel riquadro "Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale....."
 il codice fiscale della
Fondazione ENPAM: 80015110580
GRAZIE!

FNOMCeO

Nasce Medla: medici e giornalisti insieme per l'informazione in sanità

COMUNICATO STAMPA del 2 aprile 2012

Oggi, lunedì 2 aprile, nasce **Medla-medici in azione**, la nuova testata multimediale della FNOMCeO.

Perché *in azione*? Perché i medici prendono l'iniziativa e vanno verso i giornalisti, per costruire un ponte tra due mondi, tra due professioni che, pur partendo da presupposti deontologici e ontologici comuni - entrambe hanno come fine ultimo il benessere del cittadino -, troppo spesso non comunicano, parlando linguaggi a volte molto distanti. E allora ecco **Medla**: la prima testata fatta a quattro mani da medici e giornalisti, insieme. "L'obiettivo è quello di costruire un nuovo modello di comunicazione sanitaria, che arrivi al cittadino in maniera chiara, efficace, accessibile" afferma il presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco.

"Nell'era della comunicazione 2.0 - gli fa eco Cosimo Nume, responsabile per la Comunicazione della Federazione e direttore politi-

co di **Medla** - ci è sembrato interessante creare dei percorsi di incontro, seppur virtuali, tra questi due mondi, rafforzando all'ennesima potenza il ruolo dell'ufficio stampa, che è appunto un ruolo di **MEDIAzione**".

"Sarà un vero e proprio melting pot dove i diversi saperi e retroterra culturali si misceleranno per creare - questo almeno è il desiderio - un modo più coerente ed efficace di comunicare la Salute e la Sanità" spiega il direttore responsabile, Simona Dainotto. Un esperimento, questo, che però avrà un termine. "Si parte oggi, 2 aprile, e si va avanti sino a maggio", conclude sempre Simona Dainotto. "Medla è una sorta di **'Temporary Store'** dell'informazione, un'esperienza che, per ora, ha questa durata. A maggio vedremo da dove ripartire".

L'indirizzo del sito è media.fnomceo.it: buona navigazione a tutti!

Chiarimenti sulla natura delle apparecchiature che determinano il pagamento del canone

Studio Gradenigo - Circolare mensile, Marzo 2012



La Rai ha reso noto che non ha richiesto il pagamento del canone per il mero posses-

so di un *personal computer* collegato alla rete, dei *tablet* e degli *smartphone* e che la lettera inviata alle imprese dalla Direzione Abbonamenti Rai si riferisce esclusivamente al canone speciale dovuto da imprese, società ed enti nel caso in cui i *computer* siano utilizzati come televisori (*digital signage*), fermo restando che il canone speciale non va corrisposto nel caso in cui tali imprese, società ed enti abbiano già provveduto al pa-

gamento per il possesso di uno o più televisori. Il Ministero dello Sviluppo economico ha chiarito, ulteriormente, che il canone speciale di abbonamento Rai è dovuto da "chiunque detenga uno o più apparecchi atti o adattabili alla ricezione delle radioaudizioni". La nota fornisce una definizione tecnica degli apparecchi "atti o adattabili" a ricevere trasmissioni radiotelevisive: "atto" se dispone di sintonizzatore (o *tuner*) in grado di operare sulle bande del segnale radio/tv, decodificatori e trasduttori; "adattabile", se dispone di un sintonizzatore, ma non di decodificatori e trasduttori. I *personal computer*, pertanto, rimangono esclusi dall'assoggettamento al canone speciale Rai, a meno che non siano dotati di un apposito sintonizzatore radio/tv.

(Ministero dello Sviluppo economico, Nota n.12991, 22/02/2012)

Notizie flash dall'ENPAM

Approvata la riforma delle pensioni ENPAM



La Fondazione Enpam ha approvato la riforma delle pensioni che garantisce una **sostenibilità a oltre 50 anni** del suo sistema previdenziale. La cassa dei medici e degli odontoiatri è il primo ente previdenziale privatizzato a mettersi in regola con i nuovi requisiti introdotti dal decreto Salva Italia. La riforma verrà consegnata ai ministeri vigilanti che dovranno esprimere il loro nulla osta.

“Siamo orgogliosi del senso di responsabilità della nostra categoria, che ha concluso in autonomia questo percorso di riforma per rispettare i nuovi requisiti di sostenibilità di lungo periodo – ha dichiarato il vicepresidente vicario della Fondazione Enpam **Alberto Oliveti** -. La riforma garantisce adeguatezza delle prestazioni e l'equità nei confronti delle generazioni che verranno. Ci proponiamo adesso ai ministeri, convinti che sapranno riconoscere la bontà del lavoro fatto. Grazie a tutti coloro che hanno contribuito a questo risultato”.

Questi i criteri seguiti negli interventi di riordino approvati:

- il **rispetto del pro rata**: la parte di pensione maturata fino al 31/12/2012 verrà calcolata con i vecchi criteri; non verrà toccato quanto assegnato prima del 2013 (contributi ordinari, aliquota modulare, riscatti della laurea, allineamento, etc);
- la valutazione della tenuta del sistema su un **unico bilancio tecnico della Fondazione**. Si è tenuto conto del saldo corrente (che include anche i proventi del patrimonio).

Fino al 31.12.2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dal 2018 in poi
65 anni	65 anni e 6 mesi	66 anni	66 anni e 6 mesi	67 anni	67 anni e 6 mesi	68 anni

Per i fondi maggiori **il metodo di calcolo della pensione resta il contributivo indiretto Enpam**; un sistema che considera “un periodo di riferimento per il computo del reddito pensionabile pari all'intera vita lavorativa, sempre nella previsione di aliquote di rendimento che garantiscano l'equità attuariale e la sostenibilità finanziaria del sistema” (cit. Elsa Fornero). Un secondo vantaggio è che la rivalutazione è agganciata all'inflazione (che notoriamente è sempre in crescita) invece che al PIL, che può avere anche un andamento prossimo allo zero (come accaduto nel 2011) o addirittura negativo (come previsto per il 2012).

La riforma è anche caratterizzata da un percorso di omogeneizzazione del regime previdenziale delle gestioni.

MODIFICHE COMUNI A TUTTE LE GESTIONI

Pensione di vecchiaia

Innalzamento graduale dell'età per la pensione di vecchiaia dagli attuali 65 anni fino a 68 anni (dal 2018)

Pensione anticipata

Resta possibile andare in pensione anticipata, anche se, come richiesto dal **Ministro Fornero**, l'età minima aumenterà fino a 62 anni (dal 2018).

Fino al 31.12.2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dal 2018 in poi
58 anni con applicazione finestre	59 anni e 6 mesi	60 anni	60 anni e 6 mesi	61 anni	61 anni e 6 mesi	62 anni



Chi sceglierà il pensionamento anticipato avrà una riduzione rispetto alla pensione ordinaria perché percepirà l'assegno per un numero maggiore di anni.

Oltre che il requisito dell'età minima sarà necessario maturare un'anzianità contributiva di 35 anni e un'anzianità di laurea di 30 anni; oppure, senza il requisito dell'età minima, si potrà andare in pensione anticipata con un'anzianità contributiva di 42 anni e un'anzianità di laurea di 30 anni.

Contributi

L'aliquota contributiva resta per tutti la stessa fino al 2014. Si prevede un aumento graduale dal 2015, quando cioè verranno sbloccate le convenzioni.

(Valido per i fondi che rimangono al contributivo indiretto)

Premio per chi rimane

Chi resterà a lavoro più a lungo continuerà ad essere premiato: i contributi versati dopo il compimento dell'età per la pensione di vecchiaia varranno il 20% in più.

(Valido per i fondi che rimangono al contributivo indiretto)

Misure a favore dei giovani

Per le giovani generazioni sono previste misure migliorative. Gli iscritti con età inferiore ai 50 anni potranno contare, a partire dal 1° gennaio 2013, su un **tasso di rivalutazione dei contributi versati al 100%** dell'inflazione, per tutti gli altri invece il tasso è pari al 75%.

La flessibilità del sistema Enpam consentirà anche la possibilità di aumentare l'aliquota di prestazione (o aliquota di rendimento) sulla base dell'avanzo economico che risulterà dai prossimi bilanci tecnici. L'incremento dell'aliquota **farà crescere l'importo** della rendita mensile della pensione. *(Valido per i fondi che rimangono al contributivo indiretto)*

CONTRIBUTIVO INDIRETTO A VALORIZZAZIONE IMMEDIATA

L'Enpam finora aveva definito il suo sistema come retributivo reddituale; nella realtà si tratta di un vero e proprio metodo contributivo perché le pensioni sono legate ai contributi versati lungo l'arco dell'intera vita lavorativa, con l'uso di un'aliquota di prestazione (o aliquota di rendimento) che la Fondazione stabilisce sulla base di tecniche attuariali.

Il metodo Enpam viene definito **contributivo indiretto** perché, ai fini del calcolo, la prestazione viene determinata in base ai compensi rivalutati (comunque sempre ricostruiti a partire dalla contribuzione versata).

È un **meccanismo a valorizzazione immediata** perché consente di assegnare subito ai contributi pagati un valore certo, che sarà riscosso al momento del pensionamento.

Questo metodo rimane per i fondi della Medicina generale, degli Specialisti ambulatoriali e della Libera professione che in totale rappresentano oltre l'80% delle entrate contributive dell'Enpam.

MODIFICHE SPECIFICHE

Fondo dei medici di medicina generale (68.670 iscritti attivi; 53% delle entrate contributive Enpam)

L'aliquota contributiva rimane al 16,5%, per i medici di medicina generale, e al 15%, per i pediatri, fino al 31 dicembre 2014. Nel 2015 l'aliquota passerà al 17% per i medici e al 16% per i pediatri. Dal 2016 è previsto un aumento graduale dell'1% all'anno fino a un massimo del 26% (nel 2024; per i pediatri nel 2025). I contributi versati dal 1° gennaio 2013 verranno trasformati in rendita mensile con un'aliquota di prestazione (o di rendimento) dell'1,4%. Per i pediatri quest'aliquota verrà calcolata in proporzione all'aliquota di con-

tribuzione fino a raggiungere l'1,4% dal 2025 in poi.

Resta in vigore il metodo di calcolo dell'Enpam, il contributivo indiretto.

Fondo degli specialisti ambulatoriali

(17.720 iscritti attivi; 14% delle entrate contributive Enpam)

Dal 1° gennaio 2013 anche per gli Specialisti ambulatoriali sarà più semplice calcolare la pensione. La parte di prestazione maturata a partire da questa data, infatti, verrà determinata con lo stesso metodo (contributivo indiretto) già impiegato per il fondo della medicina generale.

L'aliquota contributiva resterà al 24% fino al 2014. A partire dal 1° gennaio 2015 ci sarà un aumento graduale di un punto percentuale all'anno fino ad allinearsi all'aliquota media dei dipendenti che è del 32,65% (nel 2023). L'aliquota di prestazione (o rendimento) rimane il 2,25% all'anno (per gli iscritti con contratto di dipendenza sarà del 2,30%).

Dal 1° gennaio 2013 gli iscritti che hanno scelto il contratto di dipendenza potranno andare in pensione con gli stessi requisiti che sono validi per gli iscritti convenzionati.

Liberi professionisti (Quota B del Fondo generale)

(151.948 iscritti attivi; 15% delle entrate contributive Enpam)

L'aliquota contributiva resta il 12,5% fino al 2014. Dal 1° gennaio 2015 ci sarà un aumento graduale dell'1% all'anno fino a un massimo del 19,5% (nel 2021). I contributi versati dal 1° gennaio 2013 verranno trasformati in rendita mensile con un'aliquota di prestazione (o rendimento) dell'1,25%. È previsto anche un aumento del tetto di reddito entro il quale si pagano i contributi ordinari: nel 2013 sarà di 70.000 euro, nel 2014 sarà di 85.000 euro, fino ad agganciarsi, dal 2015 in poi, al massimale stabilito dalla legge per l'Inps.

Il metodo di calcolo della pensione resta il contributivo indiretto Enpam.

Specialisti esterni

(6.629 iscritti attivi; 0,8% delle entrate contributive Enpam)

La pensione verrà calcolata in base al contributivo definito dalla legge 335/95.

La parte di pensione maturata fino al 31 dicembre 2012 dagli specialisti convenzionati in forma individuale verrà calcolata con il contributivo indiretto.

Fondo generale – Quota A

(vi contribuiscono obbligatoriamente tutti i 348.846 medici e odontoiatri iscritti all'Ordine; 17% delle entrate contributive Enpam)

La Quota A passa al metodo di calcolo **contributivo** definito dalla **legge 335/95**.

Per la Quota A continua a non essere prevista la pensione anticipata. Tuttavia, su richiesta dei sindacati dei dipendenti, è stata mantenuta la **possibilità di andare in pensione a 65 anni** per chi sceglierà il contributivo (legge 335/95) su tutta l'anzianità maturata, in analogia a quanto previsto dal Ministro Fornero per il pensionamento anticipato delle donne nel sistema previdenziale pubblico.

Le quote da versare restano sostanzialmente invariate, cambia solo il meccanismo d'indicizzazione: dal 1° gennaio 2013 i contributi saranno indicizzati nella misura del 75% del tasso di inflazione (previsto pari al 2%) maggiorato di un punto e mezzo percentuale.

Che cos'è

La Quota A è il fondo pensionistico obbligatorio per tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Albo professionale. Dà diritto a tutte le prestazioni della previdenza obbligatoria, garantisce:

- una pensione di base (attualmente di circa 200 euro al mese);
- una pensione di circa 15 mila euro (minimo) nei casi di invalidità o di decesso dell'iscritto in attività (si applica anche ai giovani medici o dentisti indipendentemente



- da quanti contributi hanno versato);
- l'indennità di maternità anche se l'iscritta non ha redditi professionali;
- prestazioni assistenziali (es: calamità naturali, indigenza, assistenza domiciliare).

La riforma è stata approvata dal Consiglio di amministrazione della Fondazione Enpam il

16 marzo 2012 e, limitatamente alla determinazione della contribuzione della Quota A, dal Consiglio nazionale del 24 marzo 2012.

La riforma entrerà in vigore solo dopo il nulla osta da parte dei ministeri vigilanti.

La soppressione della tenuta del documento programmatico sulla sicurezza

Studio Gradenigo – Circolare mensile, Marzo 2012

L'articolo 45 del D.L. n.5/12, c.d. Decreto "semplificazioni", ha abrogato l'art.34, comma 1, lett. g) e il comma 1-bis del D.Lgs. n.196/03, sopprimendo l'obbligo di redazione o aggiornamento del Documento Programmatico sulla Sicurezza, a decorrere già dalla prossima scadenza del 31 marzo 2012. È stata eliminata anche la necessità di indicare nella relazione accompagnatoria al bilancio d'esercizio l'adozione o l'aggiornamento del citato D.P.S.. Tale novità non impatta sull'obbligo di adozione delle misure minime di sicurezza previste dal *Codice della Privacy* (che rimangono in vigore) ma solamente sugli obblighi di rendicontazione annuale dell'adozione delle medesime misure di sicurezza. Imprese, professionisti, enti privati e pubblici ed in generale chi tratta dati personali (anche solo di tipo comune, non necessariamente dati sensibili o giudiziari) devono rispettare le misure minime di sicurezza previste dall'art.34, co.1 del D.Lgs. n.196/03.

L'adempimento principale della normativa introdotta dal D.Lgs. n.196/03 era costituito dalla tenuta e dall'aggiornamento del Documento programmatico sulla Sicurezza, che implicava per imprese e professionisti il sostenimento di costi gestionali per predisporre la stesura del rendiconto annuale delle misure di sicurezza adottate. Tutti coloro che trattano dati personali devono predisporre adeguati controlli in materia di sicurezza, sul-

la base di uno specifico protocollo previsto dal c.d. *Disciplinare Tecnico della norma* (allegato B del citato D.Lgs. n.196/03).

La norma obbliga alla realizzazione di diversi adempimenti, tra cui:

- la nomina del **titolare del trattamento dei dati**, che generalmente coincide con la Società, nella persona del suo Legale rappresentante;
- la nomina dei **responsabili del trattamento dei dati**;
- la nomina degli **incaricati al trattamento dei dati**;
- la nomina dell'**amministratore di sistema**;
- il rilascio di apposita informativa;
- la preventiva richiesta del consenso al trattamento dei dati;
- la notificazione al Garante della *Privacy*, quando ricorra l'obbligo;
- l'**adozione di idonee misure di sicurezza**, per garantire che i dati personali vengano custoditi e controllati in modo da ridurre ad un ragionevole margine, il rischio di:
 - sottrazione, alterazione, perdita degli stessi,
 - accesso non autorizzato da parte di terzi,
 - trattamento di dati non consentito e non conforme a quanto normativamente previsto.

È quanto mai opportuno ricordare che chi non adempie a questi obblighi si espone al rischio di vedersi condannato, oltre che a pesanti sanzioni anche di natura penale, all'eventuale risarcimento dei danni che i terzi potrebbero lamentare come conseguenza dell'inefficiente controllo dell'attività di trattamento dei dati personali.

Il Legislatore, in relazione all'obbligo generale di protezione dei dati personali, ha previsto un livello minimo di sicurezza cui corrispondono le c.d. misure minime, tra le quali vi era anche la redazione del Documento Programmatico sulla Sicurezza quando il trattamento dei dati viene effettuato con strumenti elettronici e riguarda dati "sensibili" (ossia idonei a rivelare l'origine etnica e razziale, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche, l'appartenenza a partiti e sindacati, nonché quelli idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale), o "giudiziari".

Fino alla scadenza del 31 marzo 2011, le modalità per redigere il Documento Programmatico sulla Sicurezza erano, alternativamente e a seconda delle tipologie di dati personali trattati, le seguenti:

- la modalità ordinaria di tenuta del D.P.S., con la quale rendicontare l'elenco analitico di tutti i trattamenti di dati effettuati;
- la modalità semplificata di tenuta del D.P.S., facoltà che era prevista per imprese e professionisti che trattano quali unici dati sensibili quelli relativi a dipendenti o collaboratori esclusivamente per finalità amministrative;
- l'autocertificazione sostitutiva del D.P.S., se gli unici dati sensibili e giudiziari detenuti erano quelli relativi ai dipendenti, collaboratori o loro parenti.

Già dalla prossima scadenza del 31 marzo 2012, pertanto, non vi è più alcun obbligo di rendicontare mediante l'aggiornamento del Documento Programmatico sulla Sicurezza la corretta adozione delle misure minime di sicurezza. Si ritiene, in ogni caso, consigliabile per imprese e professionisti che negli anni precedenti hanno già predisposto il D.P.S. in quanto assoggettati all'obbligo normativo, aggiornare tale documento con cadenza annuale, di modo da verificare la corretta adozione delle misure minime di sicurezza obbligatorie ai sensi del Codice della privacy.

Conseguentemente, non è più obbligatorio fare riferimento nella relazione accompagnatoria al bilancio d'esercizio dell'avvenuta redazione o aggiornamento del D.P.S., in quanto è stato abrogato anche il numero 26 dell'Allegato B al D.Lgs. n.196/03. Tale obbligo riguardava le società di capitali tenute alla predisposizione della relazione annuale sulla gestione degli amministratori, allegata al bilancio di esercizio. Le società di capitali tenute al deposito annuale del bilancio d'esercizio presso il Registro delle Imprese, anche se non obbligate alla redazione della relazione sulla gestione, menzionavano l'avvenuta predisposizione o aggiornamento del D.P.S. nella nota integrativa al bilancio di esercizio. A decorrere dai bilanci approvati dalla data del 10 febbraio 2012, giorno successivo alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del D.L. n.5/12, pertanto, tale indicazione non è più obbligatoria.

Rimangono in vigore tutte le altre misure minime previste dal D.Lgs. n.196/03, tra le quali le principali riguardano l'individuazione dei soggetti autorizzati al trattamento dei dati personali.

Le principali figure da identificare sono:

- gli incaricati del trattamento dei dati personali;
- i responsabili del trattamento di dati personali;
- l'amministratore di sistema.

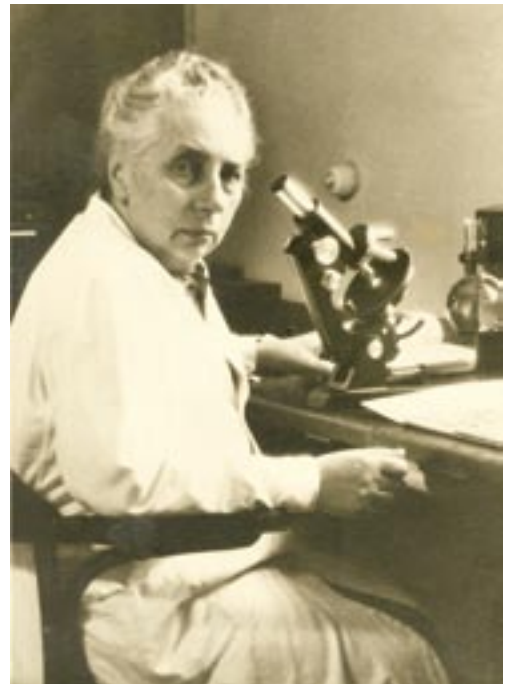
Carmen Coronini

Donna europea di scienza tra '800 e '900

di Margherita Reguitti

A cavallo fra '800 e '900 erano rare le donne in Europa ai vertici dei mondi accademici e scientifici. Pochissime le donne medico che, dopo la laurea e la specializzazione, esercitavano la professione, insegnavano e praticavano la ricerca nelle università a fianco e soprattutto alla pari con i colleghi uomini. Una di queste è la goriziana Carmen Coronini (Gorizia 27.12.1885 – Vienna 26.11.1968). Figlia del conte Alfredo Coronini e di Carolina Ritter de Zahony era la zia paterna di Guglielmo Coronini (1905-1990), ultimo discenden-

te della nobile famiglia, studioso, scrittore, collezionista e uomo dalla cultura poliedrica che volle donare a Gorizia il suo immenso patrimonio, ponendo così le basi per la costituzione della Fondazione Palazzo Coronini Cronberg. Carmen studiò e si laureò in medicina all'università di Vienna, specializzandosi in anatomia patologica e svolgendo quindi la professione di medico ricercatore e libero docente nella capitale. Lavorò a fianco dei più grandi luminari dell'epoca tra cui Rudolf Maresch (1868-1936), rettore dell'Istituto di Anatomia Patologica negli anni



Carmen Coronini durante un'escursione in montagna e nel suo laboratorio. Fotografie inedite (gentile concessione della Fondazione Palazzo Coronini Cronberg).

Trenta del Novecento, Hans Chiari (1851-1916) assistente all'Università di Karl von Rokitansky e professore associato a Praga.

“Carmen fu una donna straordinaria, ricorda Flavio Mantini, direttore della Fondazione Coronini, soprattutto se pensiamo all'epoca in cui è vissuta; un personaggio davvero ancora tutto da scoprire. Esistono, e noi li abbiamo rintracciati, scritti e testi di anatomia patologica a lei dedicati da allievi e colleghi, opere prettamente scientifiche. Ma è la figura nel suo complesso che approfondiremo in futuro.” Donna versatile e dai tanti interessi, oltre a partecipare a convegni e conferenze in vari paesi europei, fondò e diresse una rivista scientifica intitolata “Acta Neurovegetativa” della quale nell'archivio della Fondazione goriziana sono conservate numerose copie assieme a fotografie inedite che la ritraggono nei grandi laboratori universitari viennesi, seduta alla scrivania davanti al suo microscopio o in foto di gruppo, attorniata da numerosi colleghi. Immagini che

grazie alla Fondazione Coronini pubblichiamo in questo articolo. Come il padre Alfredo, fu appassionata di viaggi, di escursioni in montagna e d'alpinismo. Quasi certamente ebbe contatti con il coevo Julius Kugymmm, nato in una casa attigua a palazzo Coronini.

“Carmen amava molto anche l'arte – spiega Serenella Ferrari della Fondazione Coronini – soprattutto gli artisti della Secessione viennese. Viaggiava molto e a Gorizia sono conservati diari e lettere private che ci raccontano molto di lei”. Un piccolo giallo da svelare è come mai alla morte fu sepolta a Tarvisio, dove la tomba è stata di recente restaurata da un'associazione di medici viennesi.

Di lei molto può essere visto e apprezzato nel percorso espositivo del palazzo-museo cinquecentesco di viale XX Settembre che, circondato dal parco all'inglese, è aperto al pubblico tutti i giorni con possibilità di visite guidate, eccetto il lunedì, dalle 10 alle 13 e dalle 15 alle 20. Tutte le informazioni sulla Fondazione Palazzo Coronini Cronberg, il suo patrimonio, le iniziative e le mostre sono disponibili sul sito www.coronini.it.

Newsletter dell'Ordine



ze di interesse in materia sanitaria e gli Eventi di prossimo svolgimento, con particolare attenzione per quelli realizzati a livello locale. A tutt'oggi la Newsletter dell'Ordine viene letta da circa 300 Iscritti.

Vi ricordiamo che già da ottobre 2011 è partita la Newsletter quindicinale dell'OMCeO Gorizia. Oltre alla sezione News, sono pubblicate le più recenti Senten-

Se ancora non la ricevete
COMUNICATE
IL VOSTRO INDIRIZZO E-MAIL
alla segreteria dell'Ordine al numero
0481-531440
o via mail all'indirizzo
ordmedgo@libero.it

Il testamento biologico

Indagine riguardante le opinioni dei pazienti sulle “dichiarazioni di volontà anticipate” nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico

Ricerca ideata e condotta dai dottori Max Degenhardt e Roberto Della Vedova

Si ringraziano tutti i Medici sperimentatori per il loro contributo

Una dichiarazione anticipata di trattamento, definita anche testamento biologico, è l'espressione della volontà da parte di una persona, fornita in condizioni di lucidità mentale, in merito alle terapie che intende o non intende accettare nell'eventualità in cui dovesse trovarsi nella condizione di incapacità di esprimere il proprio diritto di acconsentire o meno alle cure proposte (consenso informato), per malattie o lesioni traumatiche cerebrali irreversibili o invalidanti, malattie che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione.

Il testamento biologico è considerato una logica conseguenza del principio di autodeterminazione, in altri termini un'estensione del consenso informato alle terapie mediche, che permette al cittadino che ha bisogno di cure sanitarie di decidere se usufruirne e a quali trattamenti sottoporsi. La pianificazione delle cure, di cui le **dichiarazioni anticipate (DA)** sono l'espressione finale, può essere un mezzo importante per superare molte difficoltà legate all'incapacità di esprimersi del malato critico o terminale.

Nel nostro Paese non esiste ancora una normativa univoca e definitiva sul testamento biologico, nonostante la presentazione di diversi disegni di legge. In questo vuoto normativo i medici possono, in taluni casi, entrare in contraddizione con quanto espresso nell'art. 32 della Costituzione Italiana (“... Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare

i limiti imposti dal rispetto della persona umana”). Il Codice di Deontologia Medica, in aderenza alla Convenzione di Oviedo, afferma che il medico dovrà tenere conto delle precedenti manifestazioni di volontà del paziente (art. 35, 38 e 53). In attesa di una legge che regoli la materia, in molti comuni italiani è in atto la raccolta delle DA dei cittadini: tra i comuni della nostra regione annoveriamo Trieste, Udine, Gorizia, Cormons, Gradisca d'Isonzo, Ronchi dei Legionari, e altri. Nel febbraio del 2009 l'argomento è salito alla ribalta dell'opinione pubblica grazie all'importanza mediatica che è stata dedicata al caso di Eluana Englaro, portando alla luce la grave lacuna del sistema giuridico italiano per quanto riguarda vicende bioetiche analoghe.

La presente ricerca si è proposta di esaminare le opinioni dei pazienti nei confronti delle dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, indagando le convinzioni riguardo ai **provvedimenti di sostegno vitale (PSV)** e all'opportunità di redigere un **testamento biologico (TB)**. Abbiamo inoltre analizzato quali possono essere le variabili intrinseche o di vissuto personale che influenzano i pensieri dei pazienti su questi temi.

La ricerca si è svolta in Italia, condotta da MMG sotto la supervisione dello CSeRMEG - Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale. Abbiamo condotto uno studio osservazionale, trasversale e multicentrico, raccogliendo dati tramite la somministrazione di un questionario ad hoc con 25 domande ai pazienti, in ambulatori di medicina genera-

le. Il nostro studio è stato approvato dal Comitato Etico di Gorizia nel gennaio 2009; inizialmente ha coinvolto medici locali (8 MMG della nostra provincia), e successivamente si è esteso a colleghi extra-provincia ed extra-regione (35 MMG totali).

La raccolta dei dati si è svolta da maggio a dicembre 2009. Il questionario è stato compilato in forma anonima da 769 pazienti maggiorenni e consenzienti, in occasione di una loro visita per un motivo qualsiasi nell'ambulatorio del proprio MMG. Le caratteristiche descrittive più importanti della popolazione esaminata sono qui riassunte:

- età media: 54 ± 16 anni, (18-89 anni);
- 40% maschi e 60% femmine;
- titolo di studio: 1% nessuno, 40% elementari, 41% diploma, 18% laurea;
- 83% con fede religiosa, 13% senza fede religiosa;
- 19% affetti da malattia grave/invalidante, 79% no;
- 57% assistono familiare affetto da malattia grave e invalidante, 40% no.

Dopo aver brevemente descritto in un paragrafo del questionario cosa si intende per provvedimenti di sostegno vitale (rianimazione cardiopolmonare in caso di arresto cardiaco, ventilazione assistita, dialisi e chirurgia d'urgenza, trasfusioni di sangue, sedazione e analgesia, idratazione e nutrizione artificiali), le opinioni del nostro campione su questo argomento e sul TB sono state raccolte mediante domande a risposta multipla e analizzate per individuare da quali variabili possono essere influenzate. Per farlo abbiamo suddiviso il nostro campione in sottogruppi individuati in base all'età, titolo di studio, fede religiosa, essere o meno malati, assistere o meno un familiare malato a casa. Dai dati raccolti risulta che, **nel 55% dei casi, la popolazione esaminata non è d'accordo**

sul fatto che i PSV siano iniziati e continuati in ogni caso, perché la vita umana vale più di ogni altra cosa. Ciò si mette in relazione con l'età del compilatore, con il suo titolo di studio e con il fatto che abbia o meno una fede religiosa, indipendentemente da quale essa sia. Dalla nostra analisi emerge che le persone che non ritengono opportuno iniziare e continuare i PSV in ogni caso sono prevalentemente soggetti adulti (età compresa tra 40 e 64 anni), con alto titolo di studio (laurea) e senza fede religiosa.

Per l'83% dei pazienti è opportuno che i PSV non siano continuati se il loro risultato è il prolungamento di sofferenze che portano ugualmente al morire. Tale opinione, oltre che con le variabili sopra specificate, sembra essere correlata anche con il fatto che il compilatore abbia o no qualcuna delle persone a lui più care che soffre o abbia sofferto di malattie gravi o invalidanti, tali da limitare pesantemente la vita quotidiana. Le persone che rispondono di non voler continuare i PSV per prolungare inutili sofferenze sono per lo più soggetti giovani (età tra 18 e 39 anni) o adulti, diplomati o laureati, senza alcuna fede religiosa, e vi è una lieve prevalenza d'individui che non hanno familiari malati da assistere. Una possibile interpretazione è che un familiare a casa gravemente e per lungo tempo ammalato può implicare nel caregiver un carico assistenziale ed emotivo notevole, tale da creare attaccamento nei suoi confronti per il forte coinvolgimento personale. Viceversa chi non prova questa esperienza può ragionevolmente essere più distaccato e rispondere più lucidamente privilegiando di non prolungare nei malati inutili sofferenze.

I PSV non dovrebbero essere iniziati e continuati se il loro risultato è il mantenimento di uno stato d'incoscienza permanente, privo di possibilità di recupero, per l'82% della popolazione esaminata. Inoltre per l'80% essi non dovrebbero essere ini-

ziati e continuati per mantenere uno stato di demenza avanzata, privo di possibilità di recupero. La maggioranza dei soggetti che condividono queste opinioni è rappresentata da persone di età giovane o adulta, e vi è un'alta prevalenza (anche superiore al 90%) di persone senza fede religiosa.

È necessario che siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le sofferenze di un malato terminale (compreso l'uso di farmaci oppiacei), anche se essi rischiassero di anticipare la fine della vita per ben il 92% del nostro campione. Anche in questo caso abbiamo riscontrato una correlazione tra questa opinione e variabili quali l'età del compilatore, il titolo di studio, l'eventuale fede religiosa e il fatto che egli abbia qualcuna delle persone care che soffre o abbia sofferto di gravi patologie. L'opinione di alleviare le sofferenze dei malati terminali è stata in generale facilmente approvata da larga parte della popolazione.

Abbiamo poi chiesto chi fosse d'accordo con il fatto che, qualora un malato si trovi in condizione d'incoscienza permanente (stato vegetativo permanente) e non sia pertanto in grado di alimentarsi in modo naturale, la somministrazione artificiale di acqua e sostanze nutritive sia sempre e comunque doverosa. **La popolazione si è dichiarata per metà contraria (50%) e per metà favorevole (48%) al fatto di somministrare artificialmente acqua e nutrienti sempre e comunque.** Abbiamo riscontrato che, all'aumentare del grado d'istruzione, vi è un progressivo incremento della percentuale di chi è contrario all'idratazione e nutrizione forzate, e contestualmente decresce la percentuale di chi è d'accordo, in maniera statisticamente significativa. Dai risultati emerge che i soggetti anziani (età > 65 anni) su questo tema rimangono per lo più indecisi, senza schierarsi né da una parte né dall'altra. I soggetti che ritengono di dover fornire artificialmente acqua e nutrienti sempre

e comunque quando un malato si trova in condizione d'incoscienza permanente, sono, in base ai nostri dati, prevalentemente persone giovani, con basso titolo di studio e con una qualche fede religiosa. Viceversa i soggetti di opinione contraria sono prevalentemente adulti, con alto grado d'istruzione e senza alcuna fede religiosa.

Nel caso in cui un malato, che da lungo tempo si trovi in condizione d'incoscienza permanente o di demenza avanzata, abbia un arresto cardiopolmonare è sempre e comunque doverosa per il 37% degli intervistati, mentre il 60% si dichiara contrario. Le persone che non ritengono la rianimazione cardiaca e respiratoria doverosa, qualora applicata a malati in stato vegetativo permanente o affetti da avanzate forme di demenza, sono in prevalenza soggetti adulti, diplomati o laureati, senza una specifica fede religiosa e che non assistono a casa dei familiari ammalati. È possibile che i caregivers abbiano verso questo tema l'influenza del carico assistenziale ed emotivo cui sono sottoposti, ed è comprensibile l'attaccamento nei confronti del familiare malato. Ciò si traduce nella loro maggior propensione verso procedure salvavita di rianimazione, cioè nell'essere più fiduciosi verso la medicina con le sue metodiche d'urgenza, che altri potrebbero interpretare come accanimento terapeutico. Viceversa, chi non prova l'esperienza di assistere un proprio caro, può essere più distaccato e rispondere più lucidamente, privilegiando di non prolungare nei malati sofferenze sproporzionate con procedure di rianimazione cardiaca e respiratoria.

Secondo l'87% della popolazione esaminata eventuali volontà espresse riguardo a rianimazione cardiopolmonare, idratazione e nutrizione artificiali dovrebbero

essere sempre rispettate fino in fondo. Inoltre **il 64% degli intervistati ritiene che le volontà espresse dall'interessato nel TB non debbano, nemmeno in taluni casi, essere disattese** e non rispettate **dai medici** che l'hanno in cura. La risposta a quest'ultimo quesito si correla, oltre che con titolo di studio e fede religiosa, anche con il fatto di essere o no personalmente affetti da malattia grave o invalidante. I compilatori di questa opinione sono in massima parte diplomati e laureati, senza fede religiosa e non gravemente malati. Abbiamo riscontrato che le persone malate accettano di più, rispetto a quelle prevalentemente sane, che i medici che l'hanno in cura possano non rispettare le volontà eventualmente espresse nel TB. Dalle opinioni dei nostri compilatori malati, traspare la loro maggior fiducia nelle potenzialità della medicina presente e di quella futura, essi possono accettare maggiormente che i medici, entro certi limiti, non rispettino le DA scritte, poiché evidentemente si affidano in maniera più completa al curante, alla sua "scienza e coscienza". Questa fiducia deve essere tenuta in massima considerazione da noi medici. È perciò vero che dobbiamo valutare attentamente le DA, se presenti, e rispettarle, ma qualora esistano reali e tangibili prospettive di miglioramento clinico mettendo in opera procedure non previste nel TB, dobbiamo sapere che taluni potrebbero comunque accettarle. I soggetti non malati, dal canto loro, pretendono da noi una maggior aderenza e rispetto di quanto precedentemente stabilito.

La stragrande parte della popolazione indagata (85%) si dichiara favorevole alla possibilità di lasciare delle dichiarazioni scritte di volontà anticipate nei trattamenti sanitari (testamento biologico) e altrettanti sono favorevoli a nominare un

rappresentante fiduciario che espliciti ai medici, qualora si trovasse nell'impossibilità ad esprimersi, il proprio TB. La larga adesione al TB e alla nomina del fiduciario corrisponde al fatto che ormai essi sono largamente accettati e desiderati dalla popolazione, forse anche grazie all'importanza mediatica che è stata data in passato a specifici casi umani.

La nostra popolazione vorrebbe depositare un eventuale TB a un familiare di fiducia nel 60% dei casi, al proprio MMG nel 42%, al notaio nel 4%, ad un avvocato nel 2%, al proprio sacerdote o confessore nel 2%, ad altri come amici o persone care in un altro 2% dei casi (in questa domanda erano previste più risposte possibili). Il 59% compilerebbe il TB prima possibile, anche in condizione di perfetta salute, mentre il 27% non appena sopraggiungesse una malattia grave o invalidante.

Dagli elementi presenti nei risultati di questa ricerca, emergono alcune variabili più importanti di altre nell'influenzare le opinioni del campione alle nostre domande. L'aver o meno una qualche fede religiosa, indipendentemente da quale essa sia, è il determinante principale, poiché sposta le opinioni su questi temi più di ogni altra variabile considerata. L'interpretazione che diamo è che avere una precisa fede religiosa può comportare l'adesione a valori etici strutturati nella cultura e nella tradizione della società, valori che infine si instaurano nel vissuto personale e possono guidare l'individuo in decisioni importanti come quelle di cui ci siamo occupati. Ciò potrebbe spiegare la diversità di opinione su argomenti come il valore della vita, l'attaccamento ad essa, l'autonomia decisionale della persona rispetto alle potenzialità delle cure mediche, il rispetto di nuovi strumenti di autodeterminazione delle proprie volontà (come il TB e il rappresentante fiduciario).

L'età e il titolo di studio del compilatore, tra loro fortemente correlate, sono determinanti

associate soprattutto con le convinzioni che riguardano i PSV. Esse influenzano poco l'essere favorevoli o no al TB e al rappresentante fiduciario, che sono argomenti accettati tanto da fasce di popolazione a bassa scolarità, tanto da quelle a scolarità più alta, ed indipendentemente dall'età dell'individuo.

Avere o meno una persona cara che abbia sofferto o soffra di gravi malattie influenza le opinioni su importanti temi. I caregivers sono più legati alla vita rispetto ai compilatori senza familiari ammalati, che appaiono più lucidi e distaccati. I primi esprimono maggiore fiducia nelle procedure mediche di rianimazione, e privilegiano il fatto di continuare le cure anche con sistemi d'emergenza salvavita, se ciò può servire ad allungare l'esistenza del morente. Gli altri, contrariamente, preferiscono non prolungare sofferenze che portano comunque al decesso.

I soggetti personalmente e gravemente malati accettano di più, rispetto a quelli sani, che i medici che l'hanno in cura possano non rispettare le volontà nei trattamenti sanitari, eventualmente espresse nel TB. Dalle loro opinioni traspare maggior speranza nelle potenzialità della medicina, e in virtù di essa, possono accettare in taluni casi che i medici non rispettino le DA scritte. Questa fiducia deve essere tenuta in massima considerazione da noi medici. I soggetti non malati, dal canto loro, pretendono maggior aderenza e rispetto di quanto precedentemente stabilito.

Per gran parte della popolazione esaminata i PSV non vanno continuati per prolungare sofferenze che portano ugualmente al morire. Essi non andrebbero iniziati e continuati per mantenere uno stato d'incoscienza permanente o di demenza avanzata, privi di possibilità di recupero. È importante alleviare con ogni mezzo le sofferenze dei malati, anche se con l'utilizzo di farmaci oppiacei si rischiasse di anticiparne la morte. Eventuali volontà anticipate di trattamento dovrebbe-

ro essere rispettate in ogni caso dai medici che hanno in cura il paziente. La popolazione è per massima parte favorevole a lasciare un testamento biologico e a nominare un rappresentante fiduciario che comunichi le Sue volontà qualora si trovasse nell'impossibilità ad esprimersi.

È doveroso per il medico non prolungare il processo del morire ma adoperarsi affinché le sofferenze del malato siano limitate e non sproporzionate, senza mai cadere nell'accanimento terapeutico. Inoltre ogni volontà in merito alla eventuale limitazione dei trattamenti sanitari espressa per iscritto o verbalmente, deve essere tenuta in massima considerazione. Dai risultati della nostra ricerca possiamo affermare quale grande importanza può assumere un documento come il TB nel lavoro del medico e da questo possiamo intuire quale rilevanza, nella società di oggi, ha una legge che regoli i suoi aspetti in maniera condivisa. La peculiarità di questa materia è che vi si intrecciano aspetti etici, filosofici, deontologici, giuridici, psicologici, medici e pertanto le raccomandazioni su questo tema possono essere sostenute solo in minima parte da prove di evidenza scientifica. Unicamente una accurata lettura dello sfondo che circonda ogni singolo individuo, una attenta contestualizzazione culturale e scientifica, ed una valutazione caso per caso, possono guidare il medico nella miglior cura del paziente in fine vita. Il medico di medicina generale, conoscendo da vicino e nei dettagli il grado di comprensione e l'ambiente di vita del suo assistito, la rete familiare e il tessuto sociale in cui è inserito, ha gli strumenti per valutare il miglior processo di cura nel fine vita per il malato, nel rispetto delle eventuali dichiarazioni anticipate nei trattamenti sanitari, fornite in precedenza nel testamento biologico o esplicitate al rappresentante fiduciario.

Sostenibilità, appropriatezza e responsabilità medico legali nella pratica clinica

Prescrizione medica: etica e deontologia

di Albino Visintin

Conoscere il corretto uso del farmaco e la sua appropriatezza prescrittiva, approfondendo i vari aspetti nell'ambito etico, deontologico e professionale è un dovere del medico verso il cittadino oltre ad essere di fondamentale utilità per l'esercizio della professione stessa.

La prescrizione medica è intrinsecamente legata al significato di etica e deontologia.

Il campo d'azione è caratterizzato complessità con cui si intrecciano, senza per questo sostituirsi l'uno all'altro, il soggettivo, l'interpersonale, e il comunitario.

Si possono identificare tre componenti: Il campo etico o morale, il campo deontologico ed il campo della politica.

In primo luogo il campo etico o morale si occupa di come ognuno gestisce la propria vita, di quali siano i doveri morali verso se stesso e verso gli altri. Lo scenario è fondamentalmente intimo ed è rappresentato dalla coscienza di ognuno.

L'etica riguarda il trattamento che dobbiamo riservare ai nostri simili ed alle nostre stesse capacità.

Il giuramento d'Ippocrate ed i codici deontologici derivano dalla coscienza dell'uomo medico ed al richiamo costante ai doveri nell'esercizio responsabile della medicina.

Il Codice Deontologico tra i doveri del medico

all'articolo 3 evidenzia i principi etici:

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

Dobbiamo partire dall'art. 4 per inquadrare l'etica prescrittiva del medico:

L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico.

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche ed ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.

Il medico deve così respingere ogni limitazione o imposizione che possano comunque scientificamente limitare l'efficacia del suo intervento.

L'etica professionale impone al medico di non rinunciare in nessun caso alla sua libertà ed indipendenza professionale.

*!
noltre l'art. 22 che tratta dell'autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica dice:*

Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento.

La caratteristica dell'opzione morale o etica è di essere **sempre nelle nostre mani**, vale a dire che essa dipende solo dall'intenzione di ognuno: non ha bisogno di permesso o dell'accordo degli altri e non richiede il concorso di circostanze particolarmente favorevoli (il suo momento è sempre il presente). È contrassegnata dalla **responsabilità**, ossia la vocazione a non essere indifferente ai valori messi in gioco qui e ora.

In secondo luogo **il campo deontologico**, cioè l'insieme di modelli stabiliti all'interno di una determinata comunità compresi i codici espliciti che indicano ciò che è "appropriato" nell'esercizio delle mansioni, delle professioni, e delle cariche pubbliche.

Ciò che si ricerca direttamente non è la gioia o la retta umanità dell'individuo, bensì l'armonia della società.

Il codice deontologico rappresenta un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione e vincolanti per gli iscritti all'Ordine che a quelle norme, riguardanti i diritti e, soprattutto i doveri e le responsabilità del medico, nei suoi rapporti con i pazienti e con i colleghi, devono adeguare la loro condotta professionale

Fondamentalmente, qui sono in gioco questioni di **procedura** e potremmo perfino dire di **disciplina**.

L'art. 6 riguarda la qualità professionale e gestionale:

Il medico agisce secondo il principio di efficacia della cura nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse.

Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini le stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure.

L'autonomia nella prescrizione del medico, che è un elemento da difendere, deve coniugare la salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (rapporto beneficio/rischio favorevole) con la logica beneficio/costo sostenibile per il sistema sanitario.

Il codice deontologico per la prescrizione ed il trattamento terapeutico riporta nell'art. 13:

La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico.

Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella prescrizione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse,

sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.

Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle reazioni individuali prevedibili, delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati o alle evidenze metodologicamente fondate.

...(omissis)...

È obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti, le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico.

Quindi, secondo il Codice Deontologico, l'appropriatezza prescrittiva si realizza quando il medico fonda le sue decisioni su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del singolo paziente e tiene nella dovuta considerazione l'impiego di risorse. Nel Glossario del programma nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sono distinte l'appropriatezza clinica e quella organizzativa. E viene sottolineato che "per quanto riguarda i farmaci, il termine è spesso associato alla prescrizione e si riferisce al corretto utilizzo del medicinale, ma anche in questo caso è un concetto difficile da valutare e quantificare". Si afferma che gli elementi che influenzano l'appropriatezza d'uso di un farmaco sono: la correttezza della diagnosi... la sua indicazione (quella per cui è stata dimostrata l'efficacia clinica)... la dose, la via di somministrazione, la durata della

terapia e una revisione periodica del trattamento, le controindicazioni e le possibili interazioni." In realtà, la migliore definizione finora data sembra essere la seguente: **L'appropriatezza è la cosa giusta, al soggetto giusto, nel momento giusto, da parte dell'operatore giusto, nella struttura giusta.** In altri termini un intervento sanitario è appropriato quando, a parità di "resa" clinica (efficacia), è in grado di ottimizzare l'impiego delle risorse (efficienza); quindi, una prestazione è appropriata se viene erogata all'utente giusto, nel momento giusto, nella giusta quantità e prevedendo tanto il sotto-utilizzo quanto il sovra-utilizzo di strutture e servizi. Uno dei principi basilari dell'appropriatezza prescrittiva prevede che, a parità di efficacia documentata e di applicabilità al singolo paziente di farmaci diversi, venga preferito quello a costo inferiore.

È certamente una dimensione complessa e il ridurla alla sola dimensione economica sembra troppo riduttivo e semplicistico, perché non si contempla la necessità di doverla valutare caso per caso, individualmente.

Da una parte spendiamo, in FVG, circa 9 milioni di euro annui per un unico ragazzo emofilico responsivo esclusivamente all'ep-tacog (e guai se non lo facessimo) dall'altro evitare un decesso o un evento grave negli ipertesi severi può costare "solo" 1.300 euro (e chissà quanti ci sfuggono). In mezzo credo ci sia una costante gradazione di costi.

L'art. 33 tratta dell'informazione al cittadino:

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico- terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate.

Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità

di comprensione, al fine di promuovere la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta..... omisisis...

Art. 38: autonomia del cittadino e direttive anticipate:

Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e della autonomia della stessa.....

Il Giuramento d'Ippocrate trova la sua attualità e conciliabilità con il nuovo rapporto medico-paziente-utente-cittadino proprio nella riaffermazione di un ordine preciso: il dovere del medico di fare il bene del paziente.

La relazione medico-malato non era e non lo è ancora oggi un rapporto equilibrato, simmetrico ma è sicuramente evoluto verso una forma di medicina più democratica.

Quindi il rapporto medico-persona malata si basa su una alleanza dove è fondamentale conoscere e condividere l'agenda del paziente (stato emotivo, capacità di comprensione, relazioni famigliari a volte condizioni socio economiche, empatia, coinvolgimento).

Ci sono tre componenti fondamentali:

- compliance – rispetto: il medico conosce il problema ed il paziente ne riconosce le competenze.
- adherence - : il medico conosce il problema ed il paziente deve essere informato e messo a conoscenza delle eventuali strategie possibili
- concordance- concordanza: il medico ed

il paziente devono negoziare per ottenere il migliore risultato possibile.

Diventando insieme responsabili dell'uso appropriato dei farmaci, in particolare nelle terapie croniche che comunque devono essere supportate adeguati stili di vita.

In terzo luogo il **campo della politica.**

In esso si iscrivono le valutazioni delle attività tese all'orientamento deliberato della vita in comune di una società, all'orientamento gerarchico nel prendere le decisioni e a come veicolare la partecipazione attiva dei membri.

L'azione politica non sempre è nelle mani del soggetto, né può essere portata a termine in qualunque momento: ha bisogno di accordi, complicità, della collaborazioni di molti altri e deve essere dilazionata fino a quando l'insieme delle circostanze non le si manifesti favorevole.

La mancata incisività e tempestività di azioni politiche riguardanti la proposta e l'uso del farmaco a brevetto scaduto ha disorientato il cittadino ed anche il medico creando a volte diffidenza e perplessità sulla efficacia e sui eventuali rischi connessi al loro uso.

Il tema della bioequivalenza è fondamentale e va affrontato nella sua globalità.

Il medico deve vigilare perché il cambio frequente della confezione con riportato il nome della molecola ma non il nome "griffato" del farmaco a cui era abituato può portare il paziente ad una compliance farmacologia inadeguata e talora anche pericolosa.

Inoltre le molte opzioni farmacologiche terapeutiche disponibili, con variabilità di prezzi la tollerabilità non uniforme, l'efficacia clinica diversa da principio attivo a principio attivo, sono fattori che rendono la scelta, per ogni singolo paziente, non sempre facile. Da con-

siderare inoltre con grande attenzione il fatto che a volte le indicazioni contenute nei foglietti illustrativi sembrano non essere le stesse tra farmaco e farmaco e potrebbero portare il medico ad incorrere in problemi di ordine medico legale.

L'etica si preoccupa di plasmare persone buone, la deontologia di farle operare bene, mentre la politica di creare istituzioni buone; e le istituzioni buone si distinguono dalle altre perché riescono a funzionare bene anche se le persone che le rappresentano potrebbero non essere tutte eticamente preparate.

APPENDICE

Art. 29 - Fornitura farmaci

Il medico non può fornire farmaci necessari alla cura a titolo oneroso.

Art. 30 - Conflitto d'interesse

Il medico deve evitare ogni condizione nella quale il giudizio professionale riguardante l'interesse primario, qual è la salute dei cittadini, possa essere indebitamente influenzato da un interesse secondario.

Il conflitto di interesse riguarda aspetti economici e non , e si può manifestare nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione terapeutica, e di esami diagnostici e nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, nonché con la Pubblica Amministrazione.

Il medico deve:

- **essere consapevole del possibile verificarsi di un conflitto d'interesse e valutare l'importanza e gli eventuali rischi;**

- **prevenire ogni situazione che possa essere evitata;**
- **dichiarare in maniera esplicita il tipo di rapporto che potrebbe influenzare le sue scelte consentendo al destinatario di queste una valutazione critica consapevole.**

Il medico non deve in alcun modo subordinare il proprio comportamento prescrittivo ad accordi economici o di altra natura, per trarne indebito profitto per sé e per altri.

LINEA – GUIDA INERENTE L'APPLICAZIONE DELL'ARTICOLO 30 DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

La prescrizione dei farmaci

La pubblicità dei medicinali effettuata dall'industria farmaceutica tesa a promuovere la prescrizione, deve favorire l'uso razionale del medicinale, presentandolo in modo obiettivo senza esagerarne le proprietà, e non può essere ingannevole.

Il medico è tenuto a rifiutare premi, vantaggi pecuniari, o in natura, offerti da aziende farmaceutiche o da aziende fornitrici di materiali o dispositivi medici, salvo che siano di valore trascurabile e comunque collegati all'attività professionale; il medico può accettare pubblicazioni di carattere medico-scientifico.

I campioni di farmaci di nuova introduzione possono essere accettati dai medici per un anno dalla loro immissione in commercio.

Art. 31 - Comparaggio

Ogni forma di comparaggio è vietata

Esposto di un paziente al Consiglio dell'Ordine e doveri del Presidente

Pubblicato il 02/02/2012 da Sergio Fucci-Edizioni Medico Scientifiche

Un cittadino denuncia alla Procura della Repubblica il Presidente di un Ordine Provinciale dei Medici, deducendo che non aveva indagato sui fatti da lui esposti a carico di un medico - integranti, a suo avviso, fatti rilevanti sul piano disciplinare - e non aveva mai risposto alle sue richieste di chiarimenti in merito.

Il Giudice delle Indagini Preliminari (GIP) archivia la predetta denuncia ritenendo non sussistente l'ipotesi delittuosa configurata con riferimento all'art. 328 del codice penale (omissione di atti d'ufficio) perché il cittadino non ha diritto ad ottenere una risposta dal Presidente dell'Ordine in merito all'esito del suo esposto e perché, comunque, il Presidente non è tenuto ad avviare un procedimento disciplinare solo perché un privato lo richieda. Il provvedimento di archiviazione del GIP viene impugnato dal cittadino e la **Corte di Cassazione, sesta sezione penale, con sentenza n. 79/12**, depositata il 4/1/12, re-

spinge il ricorso in quanto il dovere di risposta ex art. 328 c.p. presuppone che sia incardinato un procedimento amministrativo e, quindi, se questo, come nel caso di specie, non è stato ancora avviato, non vi è alcun obbligo di risposta.

La Suprema Corte, nella motivazione della sua decisione, ha precisato che non ogni richiesta del privato comporta un obbligo - ex art. 328 c.p. - di attivazione della pubblica amministrazione (in questo caso l'ordine professionale) che non è tenuta a svolgere un'attività ritenuta "ragionevolmente" superflua e non doverosa. In definitiva, nella contestata condotta del Presidente dell'Ordine non è possibile configurare l'indebito rifiuto di un atto del proprio ufficio, in quanto all'autore dell'esposto non era dovuta alcuna spiegazione circa le ragioni per le quali non si era ritenuto di procedere in via disciplinare a carico del medico.

Rapporto di fiducia e scelta del medico di medicina generale

Pubblicato il 02/02/2012 da Sergio Fucci-Edizioni Medico Scientifiche

Un medico di medicina generale ha interesse a ricorrere avverso il provvedimento con il quale l'ASL ha negato ad un paziente di essere iscritto tra i suoi assistiti in quanto ogni limitazione al diritto di libera scelta del sanitario incide anche sulla possibilità di quest'ultimo di acquisire le preferenze nel più largo ambito possibile. La finalità preminente perseguita dalla normativa che regola la scelta del medico di base è quella della tutela della salute che,

in quanto costituzionalmente protetta, non può essere soggetta a limitazioni non specificamente previste dalla legge.

In questo contesto la scelta del medico da parte dell'assistito è regolata dal principio della fiducia personale, essendo intuibile la rilevanza di tale aspetto in questo particolare rapporto interpersonale.

La libertà di scelta del medico non può certamente essere illimitata e indiscriminata, essendo sottoposta alle normative

che regolano l'organizzazione del servizio e l'erogazione delle relative prestazioni sanitarie, nonché l'utilizzo delle risorse finanziarie nell'ambito delle varie strutture, tant'è che gli ambiti delle varie ASL sono stati suddivisi territorialmente. La libera scelta del medico, nell'ambito del singolo numero massimo di assistibili, deve collegarsi, quindi, alla residenza ed essere compatibile con l'organizzazione sanitaria esistente nel territorio, con deroghe anche alle limitazioni di natura territoriale, infra o extra comunale, che, comunque, devono essere motivate.

Se, quindi, il comune di residenza dell'assistito e quello di operatività del medico di base appartengono all'ambito territoriale della stessa ASL e il paziente è legato al medico da uno storico rapporto di fiducia non sono ravvisabili serie esigenze organizzative

ostative al mantenimento di questo rapporto. Analogo principio deve essere applicato quando operino più ASL all'interno dello stesso territorio comunale, soprattutto nelle grandi città, e l'utente ha libertà di scelta nell'ambito dello stesso comune.

Gli ambiti territoriali possono modificarsi, ma al medico di base è riconosciuta la facoltà di conservare le scelte già fatte a prescindere da queste modifiche, salvi il rispetto del massimale e del diritto di scelta dell'assistito.

Questi principi sono stati affermati dal **Consiglio di Stato, terza sezione**, che, con **sentenza n.128/12**, depositata il 16/1/2012, ha respinto il ricorso di una ASL avverso la decisione del TAR dell'Abruzzo che aveva ritenuto illegittimi i provvedimenti con i quali l'azienda sanitaria aveva respinto la richiesta di un paziente residente nel comune di Alfedena di essere assistito dal suo storico medico di fiducia operante nell'ambito territoriale di Pescasseroli.

Responsabilità per omesso intervento della guardia medica

Publicato il 14/03/2012 da Sergio Fucci-Edizioni Medico Scientifiche

La norma incriminatrice di cui al primo comma dell'art. 328 del codice penale è concepita come delitto di pericolo, nel senso che prescinde dalla causalità di un danno effettivo e postula semplicemente la potenzialità dell'indebito rifiuto di intervento a provocare un danno o una lesione al bene salute.

Il medico di guardia, davanti alla denuncia della situazione di un paziente in imminente pericolo di vita, ha il dovere di intervenire con tempestività per prestare ogni possibile soccorso, soprattutto quando la notizia del grave pericolo gli perviene da una fonte qualificata. Questo principio è stato stabilito dalla **Corte di Cassazione, sesta sezione penale**, nella

sentenza n. 2060/12, depositata il 18/1/12, con la quale ha dichiarato inammissibile il ricorso di un sanitario della guardia medica avverso la decisione della Corte d'Appello dell'Aquila che aveva confermato la sentenza del Tribunale che lo aveva ritenuto responsabile del delitto di rifiuto di un atto del proprio ufficio (art. 328 c.p.) per essersi indebitamente rifiutato di salire a bordo di un'autoambulanza della CRI che era passata a prenderlo per portarlo al domicilio di un piccolo paziente che versava in grave e imminente pericolo di vita per un principio di soffocamento.

Dalla sentenza emerge che il sanitario, di

turno presso la guardia medica, era stato anche avvertito dalla centrale operativa del 118 della situazione di grave pericolo in cui versava il bambino e dell'urgente necessità del suo intervento.

La Suprema Corte, nel respingere il ricorso, ha evidenziato che, stante l'assoluta urgenza dell'intervento richiesto, il delitto in oggetto si è consumato nel momento in cui il sanita-

rio, sebbene più volte sollecitato, si è rifiutato di salire immediatamente sull'autoambulanza e che l'essere poi andato con la sua vettura a cercare invano il luogo dove si trovava il bambino (poi deceduto) rappresentava solo una tardiva respicenza irrilevante ai fini del perfezionamento del reato stesso.

Ipotesi di corruzione a carico di alcuni medici convenzionati con il SSN

Publicato il 14/03/2012 da Sergio Fucci-Edizioni Medico Scientifiche

Alcuni medici convenzionati con il SSN vengono ritenuti responsabili del delitto di corruzione continuata ex art. 319 c.p. e condannati dal Tribunale di Pisa per avere prescritto ai pazienti farmaci segnalati dai promotori di ditte farmaceutiche dietro compenso di somme di denaro ragguagliate a due-tremila lire (i fatti risalgono al 2000) per ogni singolo pezzo. La Corte d'Appello di Firenze, ritenuto invece configurabile nella fattispecie il meno grave delitto di cui all'art. 318 c.p. (corruzione per un atto non contrario ai doveri d'ufficio) dichiara prescritto il reato, confermando, peraltro, la condanna, già inflitta in primo grado, al risarcimento dei danni in favore delle parti civili (Regione Toscana e Asl). La **Cassazione**, su ricorso dei quattro medici coinvolti nella vicenda, **con sentenza n. 1207/2012**, depositata il 16/1/12, della **sesta sezione penale**, pur ritenendo corretta la qualificazione giuridica di cui all'art. 318 c.p. e la conseguente prescrizione del reato dichiarata dalla Corte d'Appello, ha annullato la decisione del giudice di secondo grado perché gravemente carente laddove ha confermato la responsabilità civile

e ha individuato il danno conseguente alle condotte contestate agli imputati. Gli atti sono, quindi, stati trasmessi al giudice civile competente per un più approfondito esame della questione della responsabilità civile di ciascun imputato e per una più esatta determinazione del danno derivante dall'illecito, tenuto anche conto della derubricazione dell'originaria contestazione operata dalla Corte d'Appello che ha escluso la contrarietà ai doveri d'ufficio delle singole condotte. Deve essere evidenziato che la sentenza della Cassazione sopra indicata ha confermato che nella fattispecie non è configurabile, come invece sostenuto dalla difesa dei sanitari, la semplice contravvenzione di cui all'art. 123 D. lgs. n. 219/06 che è prodromica al reato di comparaggio di cui agli artt. 170-172 R.D. n. 1265/1934 che, a sua volta, non esclude la concorrenza della più grave ipotesi di corruzione (vedi, sul punto, anche pagg. 314-317 del Manuale della Professione Medica). La Suprema Corte, infine, ha sottolineato che i medici convenzionati con il SSN assumono la qualità di pubblici ufficiali, con tutte le conseguenze in campo penale.

Eccellenza a Basso Profilo

di Fulvio Calucci

Il 19 marzo, in occasione di una conferenza stampa promossa dalla Direzione dell' Azienda Sanitaria , il dott. Gianmichele Moise ha presentato in modo convincente e con passione di altri tempi l'attività del Centro per le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) – AIDS Provinciale.

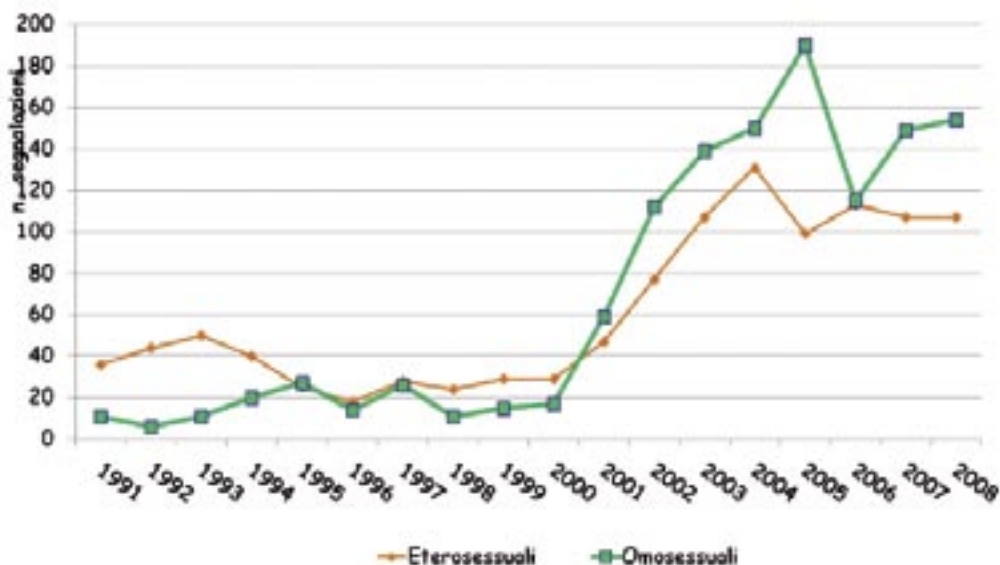
Ha ricordato che l'istituzione de primi dispensari per le malattie sifilitiche e veneree risale al 1923 cui sono seguiti alcuni cambi denominazione, fino al definitivo affidamento del servizio alle regioni con la legge 833/78.

Il Centro si occupa servizio che si occupa di infezioni a trasmissione sessuale dal punto di vista epidemiologico, clinico-diagnostico, terapeutico e preventivo, dell' approccio al disagio in counselling del servizio di 1° livello per HIV.

La Struttura è una dei 12 centri che fanno parte Sistema di Sorveglianza Sentinella delle infezioni sessualmente trasmesse dell'Istituto Superiore di Sanità, rete attiva dal 1991 che si occupa della segnalazione dei nuovi casi di Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) definite con diagnosi cliniche e di laboratorio.



Sifilide I-II per comportamento sessuale, uomini
(Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2008)



Il dott. Moise ha presentato interessanti dati epidemiologici evidenziando in particolare un aumento negli ultimi anni dei casi di sifilide e delle infezioni da Chlamydia patologie particolarmente insidiose in quanto la prima nell'immaginario collettivo sarebbe un ricordo del passato, la seconda per la subdola presentazione può portare a severe flogosi pelviche croniche nella donna. Sostanzialmente stabili le infezioni da Herpes genitalis, in netto aumento quelle da Papilloma virus.

Nel 2011 il Centro MST ha avuto 3491 accessi ambulatoriali di questi quasi il 40% di provenienza extra-aziendale, sono state eseguite 862 prime visite di cui 28 casi di sifilide, 15 di gonorrea, 38 di clamydia e 6 casi di HIV. Presso il centro sono inoltre se-

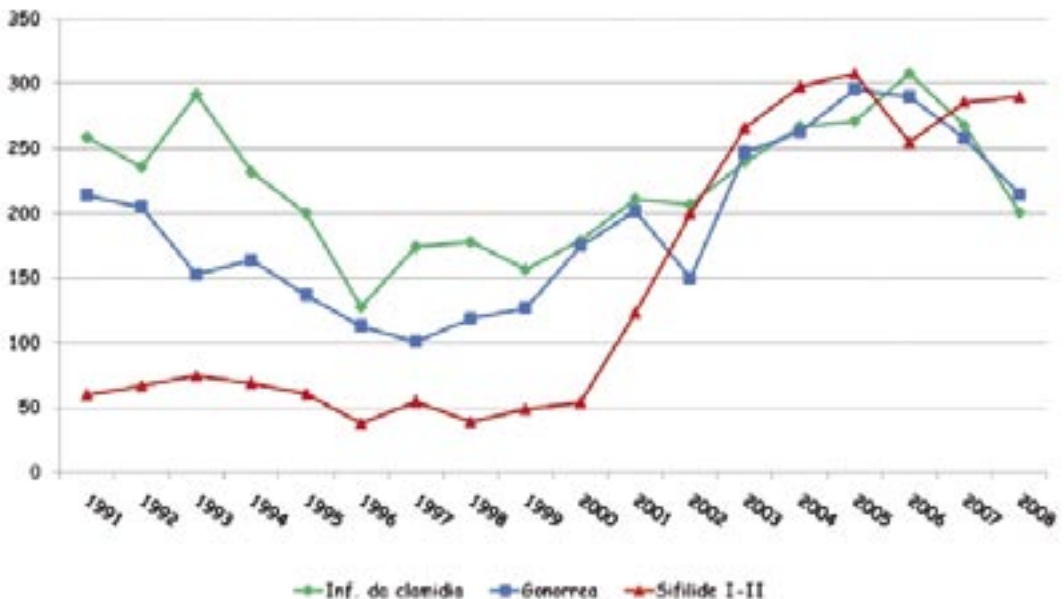
guiti 143 soggetti sieropositivi.

Oltre all'attività di diagnosi e cura delle MST il centro si occupa di valutazione del rischio e counselling MST, sorveglianza epidemiologica (I.S.S.), studi sul rischio comportamentale, stesura percorsi regionali su MST, collaborazione con il centro MST dell'ASS 1, collaborazione con ARCI-GAY e CARITAS, collaborazione con Università, collaborazione con la struttura carceraria, collaborazione con CIE e CARA.

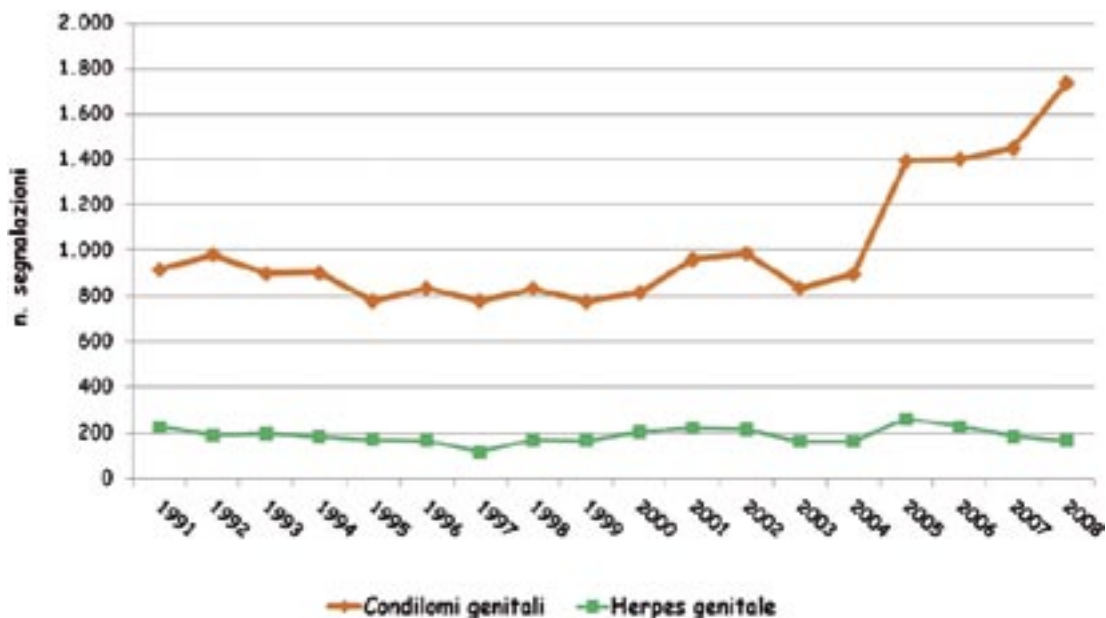
L'attività del centro MST ha tutte le caratteristiche per ottenere il riconoscimento di Centro di riferimento regionale che dovrebbe uniformare percorsi clinico-diagnostico-terapeutici, laboratoristici

Andamento delle segnalazioni di IST batteriche per anno di diagnosi

(Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2008)



(necessità di laboratorio microbiologico e sierologico di alto livello) e medico-legali
 promuovere la sorveglianza epidemiologica della MST (centro osservazionale) ai fini di fornire elementi di conoscenza utili alla pianificazione degli interventi di prevenzione e orientare le strategie di lotta alla diffusione delle stesse. Dovrebbe approfondire i comportamenti a rischio nei vari orientamenti sessuali, collaborazione stretta con l'I.S.S. inviando i dati regionali mensili valutando l'andamento nazionale delle patologie, perseguire il coinvolgimento dei M.M.G. ai fini di creare una collaborazione stretta con il territorio occuparsi della formazione di figure professionali all'approccio all'utente M.S.T., coinvolgere la scuola e le associazioni negli interventi di prevenzione.



Ecm. Ecco il nuovo sistema. Obbligatoria 150 crediti formativi nel triennio

Articolo tratto da quotidianosanità.it 03 aprile 2012

Ridefiniti ambiti e modalità dell'Educazione continua in medicina. Nuove linee guida per l'accreditamento, albo dei provider, compiti di Ordini e Collegi, liberi professionisti, obiettivi e crediti formativi, monitoraggio e controllo qualità. Il testo all'esame della Stato Regioni.

03 APR 2012 - Un documento ampio e articolato che riassume e definisce tutte le norme prodotte nel passaggio tra la prima fase Ecm, quando venivano accreditati i singoli eventi, e la situazione attuale, che prevede l'accreditamento dei provider, introducendo anche alcune novità sia riguardo alle materie dei corsi organizzati da Ordini e Collegi, sia sulle scelte formative dei singoli professionisti

Il documento, messo a punto da tecnici dell'Agens, del ministero e delle Regioni, dovrebbe essere perfezionato in una riunione fissata dopo la pausa pasquale, per poi approdare in Conferenza Stato Regioni entro il mese di aprile.

Sono sette gli argomenti presi in esame: le Linee Guida per i Manuali di accreditamento dei provider, a livello nazionale e regionale; l'istituzione dell'Albo dei provider; i crediti formativi richiesti per il triennio 2011-2013; le regole per i corsi tenuti da Ordini e Collegi; gli obiettivi formativi del programma Ecm; il sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità; le regole per i liberi professionisti.

Linee Guida per i Manuali di Accreditamento dei provider

Le Linee Guida definiscono i requisiti minimi richiesti per accreditare un soggetto organizzatore di eventi formativi, ovvero un provider, che erano già stati anticipati nel Forum Ecm di Cernobbio. Sono indicate minuziosamente le caratteristiche societarie dell'aspirante provider, le risorse finanziarie e organizzative che deve dimostrare di avere, le procedure per il controllo della qualità dell'offerta formativa. Misure precise anche in tema di sponsorizzazioni, che non devono sovrapporsi ai momenti formativi, e conflitto di interesse di provider e docenti.

Soddisfatti questi requisiti i provider avranno un accreditamento provvisorio valido al massimo per due anni. L'accreditamento definitivo potrà essere richiesto dopo 12 mesi, per i soggetti che hanno almeno tre anni di esperienza nel campo, o 18 mesi, per i nuovi provider.

Inoltre ogni anno il 10% dei provider dovrà essere ispezionato dall'Ente che lo ha accreditato (commissione nazionale, regionale o provinciale) per verificare requisiti e qualità.

Le Linee Guida saranno la base per la definizione dei Manuali di accreditamento a livello regionale, che saranno poi vagliati dalla Commissione nazionale Ecm, e che dovranno

no rispettare i criteri fondamentali già definiti negli Accordi Stato Regione e riguardanti: l'attribuzione di crediti per evento; la qualità della formazione; la garanzia di indipendenza dell'evento formativo. Nel caso in cui il Manuale Regionale, valutato dal Comitato Tecnico delle Regioni, non rispetti i criteri previsti, i crediti acquisiti attraverso i provider accreditati in quella Regione non avranno validità a livello nazionale.

Albo nazionale dei provider

L'Albo sarà curato dalla Commissione nazionale Ecm e includerà sia i provider accreditati a livello nazionale che quelli accreditati a livello regionale o provinciale. Nell'Albo saranno raccolte anche le segnalazioni di criticità rilevate dal sistema di controllo della qualità.

Crediti formativi per il triennio

2011-2013

Confermati in 150 i crediti formativi richiesti complessivamente per il triennio. Per ogni anno i professionisti dovranno acquisire un minimo di 25 crediti e un massimo di 75. Sarà possibile farsi riconoscere anche un massimo di 45 crediti riportati dal triennio precedente 2008-2010. Per i professionisti sanitari del territorio abruzzese colpito dal terremoto del 2009, i crediti formativi richiesti per il 2011 sono ridotti a 30, con un minimo di 15.

Maggiore flessibilità sui crediti annui per i liberi professionisti (vedi sotto).

Ordini e Collegi

Gli Ordini, i Collegi, le Associazioni professionali e le relative Federazioni, oltre ad avere un ruolo nella certificazione della formazione, hanno un ruolo attivo nell'or-

ganizzazione di corsi. Accanto alle materie "proprie" di questi soggetti istituzionali (etica, deontologia, legislazione, informatica, inglese e comunicazione), il documento prevede la possibilità che Ordini e Collegi organizzino anche corsi su materie tecnico-professionali, ma in modo da non superare il 50% dell'offerta complessiva.

Obiettivi formativi

Sono 29 le aree in cui si articolano gli obiettivi formativi dei corsi, che vanno a comporre il "dossier formativo individuale di ciascun professionista, che dovrà bilanciare obiettivi formativi di sistema (con tematiche valide per tutti), obiettivi formativi di processo (con tematiche legate al miglioramento della qualità dei processi nella specifica area sanitaria in cui si opera) e obiettivi formativi tecnico-professionali (rivolti all'acquisizione di conoscenze e competenze nel settore di attività). Indicati come di particolare rilievo per il Ssn e i Ssr le tematiche legate all'umanizzazione delle cure e terapia del dolore e alla qualità dei sistemi e dei processi clinico assistenziali. Non potranno rientrare nel sistema Ecm i corsi di formazione sulle medicine non convenzionali, che potranno essere oggetto di corsi soltanto se il programma prevede prove di efficacia e un confronto con la medicina tradizionale. Le medicine non convenzionali, limitatamente a fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, agopuntura, ayurvedica e medicina antroposofica, potranno rientrare solo nei corsi rivolti a medici, odontoiatri, veterinari e farmacisti.

Controlli, verifiche e monitoraggio della qualità

Gli organismi di controllo sono due. Il Comitato di garanzia, già previsto dall'accordo Stato Regioni del 2009, costituito in seno

alla Commissione nazionale Ecm e composto di 5 membri. In analogia le Regioni e le Province potranno approntare Comitati di Garanzia locali. Confermati anche i compiti dell'Osservatorio nazionale sulla formazione continua, previsto già nel 2007, e "replificato" poi negli Osservatori regionali.

L'anagrafica dei crediti formativi resta competenza del Cogepas, il Consorzio che fa capo agli Ordini e alle Associazioni professionali.

Liberi professionisti

I liberi professionisti avranno una maggiore flessibilità nell'acquisizione dei crediti annuali. Proprio per rispondere alle loro esigenze formative si è data la possibilità ad Ordini, Collegi e associazioni professionali di organizzare corsi su materie tecnico-professionali, che però non potranno avere sponsorizzazioni commerciali e dovranno essere gratuiti o a costo minimo.

Ecm. Ma sulle sanzioni per chi non si aggiorna è ancora tutto da chiarire

Articolo tratto da quotidianosanità.it 03 aprile 2012

Il ministro della Salute Renato Balduzzi vuole rendere più stringente il sistema di formazione continua dei professionisti sanitari, introducendo sanzioni per chi non si aggiorna. D'altra parte la misura era esplicitamente prevista già nel decreto Tremonti dell'estate 2011. "La violazione dell'obbligo di formazione continua – recita infatti l'articolo 3 del provvedimento – determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione". In sostanza: nella riforma degli ordinamenti professionali, che lo stesso decreto impone sia attuata entro l'estate 2012, dovranno rientrare anche sanzioni per i professionisti sanitari che non conseguono i crediti Ecm previsti dalle norme. Tutte misure confermate, anche nella prescrizione dei tempi, dalla manovra salva Italia del Governo Monti.

Che si stia lavorando su questo tema lo conferma la segretaria della Commissione nazionale Ecm, Maria Linetti, che sottolinea quanto la questione sia complessa: "È come comporre un puzzle – dice al nostro giornale – ma noi pensiamo di poter avere pronta una bozza prima dell'estate. Poi i tempi dell'approvazione saranno affidati alla politica".

"Probabilmente sarà un tema in discussione nel prossimo ufficio di presidenza della Commissione nazionale Ecm – ci ha detto poi Amedeo Bianco, presidente Fnomceo – ma io sono convinto che si debba procedere in due stadi. Nel primo potremmo dare un valore premiale ai crediti Ecm, rendendoli titoli valutati per concorsi, convenzioni, avanzamenti di carriera, ovviamente coinvolgendo nel confronto le organizzazioni sindacali.

Intanto dovremmo fare in modo che l'offer-

ta di formazione corrisponda davvero al fabbisogno, mentre oggi le Regioni più virtuose arrivano a stento a garantire la metà dei crediti necessari. Se la legge individua un dovere e prevede di sanzionarne l'eventuale inadempienza, deve però fare il modo che sia concretamente possibile adempiere a quel dovere". La carenza di offerta formativa pubblica, e dunque gratuita, è parti-

colarmente evidente per le professioni sanitarie non mediche, come gli infermieri, che potrebbero essere costretti a seguire corsi Ecm a pagamento. Un'eventualità allarmante, visto il blocco dei contratti e la crisi economica generale. "Tutt'al più – conclude Bianco – potremmo pensare di introdurre subito sanzioni per i casi più estremi, magari per chi non ha mai seguito neanche un corso Ecm".

Iscrizione all'ONAOSI



L'iscrizione è obbligatoria per i sanitari dipendenti pubblici. Tutti gli altri sanitari, non dipendenti da pubbliche amministrazioni (liberi professionisti, dipendenti da strutture private, ecc.) possono iscriversi **volontariamente** alla Fondazione.

Ci si può iscrivere per solidarietà o per **convenienza**. La convenienza è per tutti i sanitari che hanno in programma la formazione di una famiglia o per coloro che hanno figli in tenera età: per entrambi l'iscrizione all'Onaosi deve essere vista

come una **forma di polizza assicurativa** in quanto garantisce l'assistenza e il supporto necessario agli orfani ed ai figli dei sanitari che sono rimasti iscritti all'ONAOSI almeno per 30 anni. Come forma assicurativa è sicuramente molto vantaggiosa: il costo della polizza varia **da 25 euro a 155 euro l'anno**.

Attenzione: il nuovo Statuto prevede che per i sanitari neoiscritti, rispettivamente agli albi professionali provinciali dei Medici Chirurghi, Odontoiatri, Medici Veterinari e Farmacisti, l'iscrizione volontaria è consentita solo nei primi 5 anni di iscrizione all'Ordine Professionale sanitario.

Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani

Via Ruggero D'Andreotto, 18
06124 PERUGIA Tel.: 075/58.69.511
www.onaosi.it

Walter Gatti
Sanità e Web.
Come internet ha cambiato
il modo di essere medico
e di essere malato in Italia

Editore: **Springer Verlag**

Collana: **I blu. Pagine di scienza**

Pagine 330, 2011



In questi anni l'utilizzo del web ha profondamente trasformato la vita quotidiana di uomini e donne, intervenendo sul vissuto contemporaneo oltre che sulle sue forme di comunicazione. Anche il parlare di "salute" oggi non è possibile se non nella consapevolezza di quanto Internet stia cambiando antropologicamente il presente di chi è malato e di chi cura. Il libro sanità e web è la prima indagine realizzata in Italia su quanto il web abbia cambiato i differenti modi di pensare alla salute, tanto da giungere a una sostanziale modificazione della stessa "Alleanza Terapeutica". I "punti di vista" sono sempre essenziali per una visione d'insieme, per questo nel volume si descrivono, si raccontano e si approfondiscono, attraverso numerose interviste, storia e momenti critici (come il "caso H1N1"), le attese di medici e cittadini, nonché i "punti di vista" delle Istituzioni, delle professioni, del territorio, delle case farmaceutiche, dei media, per ridonare al lettore un quadro complessivo dello stratificato rapporto "sanità & web". Tenendo di indicare dei percorsi per affrontare il futuro in modo più consapevole.

Assemblea annuale degli iscritti 2011

Si è svolta sabato 3 dicembre 2011 presso l'Auditorium del P.O. S. Polo di Monfalcone l'Assemblea Annuale degli iscritti anno 2011.

Dopo l'approvazione del bilancio consuntivo 2010 e del bilancio preventivo 2012 e il toccante ricordo dei Colleghi deceduti in corso d'anno, si è tenuta la cerimonia di festeggiamento dei 50 anni di laurea dei Dottori Adriana Claudi (foto) e Gaetano Vita (foto).

A seguire la lettura del Giuramento d'Ippocrate e della Carta Europea di Etica Medica da parte dei giovani medici neoiscritti agli Albi.

Al termine si è tenuta una interessante conferenza del Dr. Giannino Busato (foto) sull'at-

tività del CUAMM Medici con l'Africa - ONG per la quale il Dr. Busato lavora come anestesista da molti anni.



I giovani neolaureati con il Presidente dell'Ordine.

da sinistra i Dottori Francesco Coronica, Matteo Ceccarello, Cristina Fontanini, Elisa Brozic Maurizio Scorianz e Andrea Baucer (assente giustificato il Dr. Angelo Tortora in specialistica in Germania).



Il decreto semplificazioni in Gazzetta Ufficiale

Studio Gradenigo – Circolare mensile, Marzo 2012

È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale ed è in vigore, il D.L. n.16/12. Tra le principali novità fiscali, si segnalano le seguenti:

- esteso lo spesometro: dal 2012, l'obbligo di comunicazione per le operazioni rilevanti ai fini Iva, per le quali è previsto l'obbligo di emissione della fattura, prescinde dall'ammontare pari o superiore a € 3.000;
- compensazioni Iva: viene ridotto da €10.000 a € 5.000 il limite del credito Iva compensabile senza necessità di preventivo invio della dichiarazione / istanza di rimborso trimestrale;
- utilizzo contante non residenti: le limitazioni all'uso del contante per importi pari o superiori a €1.000 non si applicano ai soggetti *extra Ue* non residenti in Italia che effettuano acquisti di beni o prestazioni

di servizi presso commercianti al minuto e soggetti assimilati (alberghi, ristoranti, ecc.) e agenzie di viaggio e turismo;

- comunicazione "black list": l'obbligo esiste solo per le operazioni di importo superiore a € 500;
- dichiarazioni d'intento: viene differito il termine di presentazione dei dati delle dichiarazioni d'intento alla prima liquidazione nella quale confluiscono le operazioni effettuate senza applicazione dell'Iva;
- imposta attività scudate: è prorogato al 16 maggio il termine di versamento dell'imposta sulle attività scudate;
- Irap costo lavoro: è possibile richiedere il rimborso dell'Irap per le annualità antecedenti il 2011, relativamente alla quota riferita alle spese per il personale dipendente.

(D.L. 2 marzo 2012, n.16, G.U. 2 marzo 2012 n.52)

Tassa annuale di iscrizione all'Ordine professionale

Il laureato in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria per poter esercitare la professione deve dapprima superare l'esame di stato e quindi iscriversi all'Ordine professionale.

In carenza di questi due requisiti sarebbe incolpato di esercizio abusivo della professione. L'iscrizione all'Ordine provinciale comporta il versamento di una tassa annuale indifferenziata (un giorno solo comporta il pagamento di tutto l'anno), che varia da Ordine a Ordine. Ricordiamo ai sanitari che esercitano la libera professione che la tassa d'iscrizione all'Ordine è deducibile ai fini fiscali.

La Cassazione a Sezioni Unite ha recentemente ravvisato che il contenzioso per la tas-

sa d'iscrizione annuale all'Ordine professionale è di competenza del Giudice Tributario. Le "tasse" che vengono pagate dal professionista all'Ordine professionale sono tributi in quanto concorrono alle spese alle quali è condizionata l'appartenenza all'Ordine, cui compete il controllo dell'Albo nell'esercizio della funzione pubblica di tutela dei cittadini potenziali fruitori delle prestazioni professionali degli iscritti: imposte, tasse e contributi si stemperano in una nozione generica di prestazione imposta, doverosa, diretta a coprirne le spese

(Corte di Cassazione Sez. Unite – sentenza 1782 del 2011).

Sommario

<i>Editoriale del Presidente dell'Ordine</i>	1
<i>Editoriale del Presidente la Commissione CAO</i>	2
<i>Circolare informativa agli ordini sull'esito del voto per il rinnovo degli organi collegiali della Federazione Nazionale per il triennio 2012-2014</i>	3
<i>FNOMCeO Nasce Media: medici e giornalisti insieme per l'informazione in sanità</i>	5
<i>Notizie flash dall'ENPAM: Approvata la riforma delle pensioni ENPAM</i>	6
<i>La soppressione della tenuta del documento programmatico sulla sicurezza</i>	9
<i>Carmen Coronini: Donna Europea di scienza tra '800 e '900</i>	11
<i>Newsletter dell'Ordine</i>	12
<i>Il testamento biologico</i>	13
<i>Sostenibilità, appropriatezza e responsabilità medico legali nella pratica clinica</i>	18
<i>Esposto di un paziente al Consiglio dell'Ordine e doveri del Presidente</i>	23
<i>Rapporto di fiducia e scelta del medico di medicina generale</i>	23
<i>Responsabilità per omesso intervento della guardia medica</i>	24
<i>Ipotesi di corruzione a carico di alcuni medici convenzionati con il SSN</i>	25
<i>Eccellenza a basso profilo</i>	26
<i>Ecm. Ecco il nuovo sistema</i>	29
<i>Ecm. Ma sulle sanzioni per chi non si aggiorna è ancora tutto da chiarire</i>	31
<i>Iscrizione all'ONAOSI</i>	32
<i>Recensioni</i>	33
<i>Assemblea annuale degli iscritti 2011</i>	34
<i>Il decreto semplificazioni in Gazzetta Ufficiale</i>	36
<i>Tassa annuale di iscrizione all'Ordine professionale</i>	36
<i>Medici sostituiti</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 Marcella Bernardi

Dr. Antonio Colonna

Dr. Paolo Coprizev

Dr. Max Degenhardt

Dr. Gianfranco Ferrari

Dr.ssa Silvia Marizza

Dr.ssa Leila Tomasin

Commissione Albo Odontoiatri:**Presidente:**

Dr.ssa Paolo Coprizev

Componenti:

Dr. Gianfranco Ferrari

Dr.ssa Monica Massi

Dr.ssa Claudia Sfligoi

Dr. Lorenzo Spessot

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

Dr. Lucio Medeot

Componenti effettivi:

Dr. Paolo Cappelletto

Dr. Pierluigi Ceccarello

Componente supplente:

Dr.ssa Francesca Verginella

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

Aprile 2012

copia omaggio

anno 12 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.