

Anno XI - Spedizione in abb. postale 50% - Piacenza

Notiziario bimestrale n. 1

Gennaio - Febbraio 2009

Finito di stampare nel mese di Febbraio 2009

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI PIACENZA

# PIACENZA SANITARIA

2009

## VERSAMENTO QUOTA ASSOCIATIVA 2009



**FINANZIAMENTI  
E MUTUI**



entra nel  
*Giardino delle Meraviglie*

### C'è un REGALO PER TE!



**ASSICURAZIONI  
PROFESSIONALI**

**VENDO/COMPRO  
CASA**



#### 1. Carta ExtraClub

La carta del Club Medici a tassi agevolati, attivazione gratuita, rinnovo annuale gratuito, commissioni zero per rifornimento carburante e altro.  
**Linea di credito immediata per 3.000,00 euro**

[www.clubmedici.it](http://www.clubmedici.it)



**TURISMO  
TEMPO LIBERO  
VIAGGI**



## Versa ora!

QUOTA ANNUA  
**€ 70,00**

**Club  
NO STOP  
09.00-19.00**

FINANZIAMENTI E MUTUI  
ASSICURAZIONI PROFESSIONALI  
VENDO/COMPRO CASA  
TURISMO/TEMPO LIBERO/VIAGGI

[www.clubmedici.it](http://www.clubmedici.it)

#### ■ Modalità

Puoi versare la quota associativa nei seguenti modi (indicando come causale nome, cognome e quota associativa 2009):

- 1) Con conto corrente postale intestato a Club Medici Service convenzionato  
Ordine dei Medici IT 18 Y 07601 03200 000064009590
- 2) Con bonifico bancario intestato a:  
Club Medici Service Banca Monte Paschi di Siena,  
Agenzia 40 Roma IT 34 S 01030 03240 000000180017
- 3) Richiedendo la Carta di Credito "EXTRA CLUB"
- 4) Con domiciliazione bancaria

**per la tempestiva  
registrazione del versamento  
vi invitiamo a trasmettere  
i dati via fax o via e-mail**

#### ■ Informazioni

Chiama il numero 06 8607891, attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 09.00 alle 19.00.  
Invia una e-mail a: [info@clubmedici.it](mailto:info@clubmedici.it), specificando nome, cognome, indirizzo e recapito telefonico.

 **ClubMedici®**

Sede Nazionale:  
Via Giuseppe Marchi 10 - 00161 (RM)  
Tel. 06.8607891 Fax. 06.86201328  
[info@clubmedici.it](mailto:info@clubmedici.it)



In copertina: GIOVANNI MIGLIARA,  
*Piazza Cavalli nel 1831*  
(Piacenza, collezione privata - foto F.lli Manzotti)

**DIREZIONE, REDAZIONE**  
29100 Piacenza - Via San Marco, 27  
Tel. 0523 323848 - 324979  
e-mail. ordinepc@tin.it

#### CONSIGLIO DIRETTIVO

##### **PRESIDENTE**

Giuseppe Miserotti  
**VICE PRESIDENTE**

Luigi Cavanna

##### **SEGRETARIO**

Carolina Prati

##### **TESORIERE**

Mauro Gandolfini

##### **CONSIGLIERI**

Roberto Andreoli

Oreste Calatroni

Giuseppina Dagradi

Giovanni Dieci

Giovanni Pilla

Paolo Generali (odontoiatra)

Dario Inzani (odontoiatra)

##### **REVISORI DEI CONTI**

Giandomenico Follini

Corrado Fragnito

Marco Zanetti

#### COMMISSIONE ODONTOIATRI

##### **PRESIDENTE**

Paolo Generali

##### **COMPONENTI**

Dario Inzani

Stefano Pavesi

Antonio Toscini

Marco Zuffi

#### REDAZIONE

##### **Direttore Responsabile**

Giuseppe Miserotti

##### **Capo Redattore**

Gianfranco Chiappa

##### **Redattori**

Luigi Cavanna

Carolina Prati

Mauro Gandolfini

Roberto Andreoli

Oreste Calatroni

Giuseppina Dagradi

Giovanni Dieci

Giovanni Pilla

Paolo Generali

Dario Inzani

#### STAMPA

Tipolitografia Pignacca

Via Boreca, 11/13 - 29100 Piacenza

Tel. 0523.482323

Sped. in Abb. Post. 45% - art. 2 comma 20/b -  
Legge 662/96 - Filiale di Piacenza - Reg. del  
Tribunale di Piacenza n. 80 del 20/4/95

# Piacenza SANITARIA

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PIACENZA

**N. 1**

**GENNAIO-FEBBRAIO 2009**

**2**

**PAGINA DEL PRESIDENTE**

**4**

**VITA ORDINISTICA**

**19**

**VITA ODONTOIATRICA**

**22**

**ENPAM**

**28**

**INFORMAZIONI**

**44**

**TRA DI NOI**

**47**

**NECROLOGI**

Il Notiziario viene inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Piacenza e a tutti gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri d'Italia.

# L'erba del vicino...

Il periodo di fine anno è classicamente epoca di bilanci consuntivi così come l'inizio di quello nuovo si presta ad alcune previsioni. Recentemente l'AUSL di Piacenza ha presentato il proprio bilancio annuale dal quale emerge una spesa per mobilità passiva di circa 62 milioni di euro. Questa cifra corrisponde, grosso modo, ad un terzo del suo bilancio totale.

Di quest'ultimo circa 10-11 milioni di euro sono dovuti a prestazioni incomprimibili perché non possono essere affrontate in modo autonomo all'interno dell'Azienda stessa (es. cardiocirurgia, neurochirurgia etc.); il rimanente è ascrivibile alla spesa per mobilità passiva pura. La prima enunciazione di principio mi fa dire che il luogo di cura è e deve rimanere una scelta assolutamente libera da parte del cittadino - assistito. Così come è innegabile che i cittadini residenti in alcune zone della provincia, a motivo della contiguità geografica, della maggiore comodità, o per ragioni di stradario e quant'altro, sono portati a rivolgersi alle strutture di cura della vicina Lombardia o comunque al di fuori delle strutture di cura aziendale. Il

dato per certi versi è fisiologico e comprensibile. Vi è, come ovvio, una mobilità attiva da parte di località di confine con la nostra provincia, che tuttavia è di molto inferiore alla mobilità passiva. In occasione di una recente seduta del Collegio di Direzione si è discusso del problema in modo dettagliato e si sono esaminati dati, proiezioni, costi, e si sono fatte valutazioni di merito circa le motivazioni che spingono un discreto numero di piacentini residenti a farsi curare in altre realtà sanitarie.

Il problema sarà ancora affrontato nelle prossime settimane e per quanto riguarda il nostro Ordine professionale abbiamo già dato la nostra disponibilità ad essere della partita. Ho la certezza che i diversi colleghi che compongono il nostro Ordine, proprio per diversità di area professionale siano in grado di portare la propria esperienza al servizio della discussione e dell'analisi che un problema così importante merita. Alcune valutazioni di fondo che si possono fare d'acchito riguardano in primis la cifra veramente ragguardevole che viene spesa e che va ad arricchire strutture

esterne alla nostra realtà economica territoriale. Sono - insomma - soldi che se ne vanno via da Piacenza e provincia. La seconda considerazione prende spunto dal fatto che l'analisi economica prodotta dalle più accreditate agenzie di economia sanitaria afferma come nel nostro Paese - intorno al mondo della salute - ruoti circa il 10-11% del prodotto interno lordo.

Quindi una ricchezza e una produttività che ha pochi termini di paragone in valori assoluti sia economici sia per i servizi sociali prodotti. Terzo punto: in un periodo prevedibilmente non breve di crisi economica occorrerà avere coraggio ed investire in uomini, finanziamenti e strutture per cercare di produrre un allineamento ottimale tra domanda e offerta dei servizi sanitari senza peraltro inopportuni cedimenti ad un consumismo sanitario che alla lunga si potrebbe rivelare pericoloso come un boomerang.

Per salvaguardare equità, universalità, qualità dei servizi occorrerà mettere in atto ogni possibile meccanismo di responsabilizzazione anche nei confronti dei cittadini.

Come addetti ai lavori sappiamo bene che esistono servizi sanitari che contengono sacche di utilizzazione impropria anche discretamente estesa (si pensi ai numerosissimi

accessi al servizio di Pronto Soccorso) che assorbono importanti risorse non solo economiche. Ci sono servizi completamente da rivedere, da integrare, da modificare per diminuire liste di attesa che rappresentano un oggettivo impulso all'emigrazione sanitaria. La dirigenza della nostra Azienda dovrà avere coraggio e lungimiranza per investire ed assumere personale medico e paramedico per migliorare la qualità del lavoro (qualche area di quasi cottimismo è presente nel lavoro medico anche da noi) e restituirci quella dignità e quella centralità professionale ed umana che è richiesta con sempre maggiore insistenza dai cittadini.

Se pensiamo ad esempio ad un obiettivo legittimamente possibile di una riduzione della mobilità passiva del 10-15% si libererebbero circa 6-9 milioni di euro che rimarrebbero nel nostro territorio con tutti i vantaggi che ne deriverebbero sia per l'intero tessuto sociale ed economico sia per ulteriori possibilità d'investimento.

Quindi ... libertà di cura?

Certamente!

Ma siamo sicuri che l'erba del vicino sia sempre più verde? Ai colleghi tutti chiedo una riflessione: come sempre in scienza e coscienza.

*GIUSEPPE MISEROTTI*

# I GUAI DEI MEDICI DI FAMIGLIA 2009

Da vecchio Medico di famiglia (eccolo qui direte voi, il solito *laudator temporis acti*) ho voluto esaminare le condizioni dei miei carissimi colleghi di categoria alle soglie del 2009. Incespicando ancora nel solito latino, dovrei esclamare: “*O quantum mutati ab illis*”, vedendo il loro status attuale. Prima di tutto una volta il nostro prestigio era altissimo; che l’avesse detto il Dottore, era per tutti sufficiente a troncane ogni discussione nei campi più svariati. In occasione della visita del Medico, io ricordo, tutta la famiglia si metteva in moto per rassettare la casa onde accoglierlo il più degnamente. Forse anche perché il contatto con lui era molto più sporadico che adesso, anche se devo dire molto più personalizzato e aggiungo affettivo, tale da farlo entrare per un consiglio, tenuto sempre in rispetto, nei più vari problemi famigliari.

Questo il preambolo per entrare nell’argomento del prestigio personale che io ritengo sempre una *conditio sine qua non* della nostra categoria. Diceva saggiamente un collega piacentino Primario in un ospedale del Piemonte, che per rendersi importante e imporsi, una persona si deve dare dell’importanza. Una cosa che mi permetto di porre in evidenza a questo punto, è anche

l’abito che il Medico dovrebbe sempre indossare. Non sono più i tempi è vero dell’Alpagas e del Borsalino neri, ma il collega che si presenta in giacca e cravatta, anziché in jeans e maglione, penso incominci già ad imporsi con una apparenza distinta, ben lungi dal sembrare trasandata. Si capisce che d’estate, camicia aperta con le maniche corte e i jeans, non siano certo in quel periodo un argomento discutibile. L’abito non fa davvero il Monaco, ma il Medico penso sì. Certo che il problema prestigio professionale era molto più facile da risolvere, quando esisteva con il paziente solo un rapporto economico diretto, e questo nell’ambito dell’adesso vituperata libera professione, distrutta dall’avvento del terzo pagante (Enti Assicurativi e Previdenziali e infine il Servizio Sanitario Nazionale con le UU.SS.LL.). Ciò soprattutto alla luce dell’*aforisma*, che quello che è gratis non è mai abbastanza apprezzato. Sono così cominciati gli eterni i problemi dei contratti scaduti, ma mai rinnovati nei tempi della loro scadenza prevista, rimandata e sempre trascinata per anni. Esempio eclatante l’attuale Contratto, che mi sembra scaduto da ben dieci anni e il cui rinnovo è ancora in fieri, mentre



le spese dello studio e quelle inerenti all'attività professionale, hanno sempre seguito l'inflazione. Il problema poi dell'eccessivo ricorso al Medico è dovuto, penso, alla ragione di avere oltre alla possibilità della visita gratuita, anche la necessità di dover ricorrere al medico di famiglia, perché lui solo può stilare le ricette pagate direttamente dal S.S.N.

Altra cattiva abitudine che mi sembra essere stata presa, è quella di rivolgersi al Medico di Medicina Generale iniziando naturalmente con frase: *“Sa dottore non è per sfiducia verso di lei”* per chiedere di essere inviato dallo specialista, al primo disturbo che insorge, e meno male che il collega di oggi viene chiamato col termine pomposo di Medico di fiducia. Un vero problema attuale è il riuscire a provvedere per il Sanitario di oggi a fare le visite domiciliari, prigioniero nelle spire di un traffico congestionato, che non permette, come invece ai miei tempi, di raggiungere ogni località in pochi minuti. E meno male anche, che da anni, il Dott. Riggio e chi scrive, sono riusciti ad ottenere di avere finalmente i tanto sospirati permessi di libero accesso all'isola pedonale e di sosta anche in zona vietata, purchè non permanente e che non si intralci il traffico. Questo grazie anche alla comprensione dei Prefetti e dei Sindaci e soprattutto per la collaborazione dell'ex Comandante dei Vigili Urbani Carlo Sartori. Naturalmente la burocrazia è sempre più imperante, ma per fortuna sorretta oggi dall'informatica,

senza la quale il Medico attuale non potrebbe davvero esercitare. Bisogna però anche pensare, che il tempo destinato alle carte o all'accesso continuo al Computer, è tolto da quello dedicato al contatto umano, verbale e fisico con il paziente. Ho voluto per ultimo lasciare, proprio perché io lo credo più scottante il tema della malasanità, un calderone in cui si mischia di tutto confondendo la malapratica, per fortuna più sporadica, con la mala amministrazione sempre più in luce. A fronte di centinaia di milioni di prestazioni mediche all'anno, ci si accanisce sull'episodio di un guaio successo in un pronto soccorso congestionato della grande città, mentre a lato vengono ignorati spesso o per lo meno messi poco in evidenza, problemi di tangenti o di deficienze strutturali. Penso che i miei soliti venticinque lettori a questo punto ne abbiano più che a sufficienza del mio *“cahier des doléances”* e mi mandino a quel paese dicendo: *“Ma noi tutte queste cose le sappiamo purtroppo già da tempo!”* E' appunto per questo, che io ritengo sia ora di porvi rimedio proprio ponendole in rilievo, sì che se ne possano escogitare i metodi atti allo scopo e soprattutto non estinguendo quella figura simbolo della professione, che è il Medico di famiglia padre e fratello di ogni suo caro paziente!.

*L'ex Medico di Famiglia  
Gianfranco Chiappa*

## AVVISO DI PAGAMENTO PER QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE ANNO 2009

Si ricorda che tra i mesi di marzo e aprile pp.vv. perverranno al domicilio degli iscritti, da parte di **EQUITALIA EMILIA NORD SPA**, gli avvisi GIA per il pagamento della quota di iscrizione all'Ordine per l'anno 2009.

Si pregano, pertanto, i Colleghi, di provvedere al pagamento di quanto dovuto entro i termini di legge, secondo le seguenti modalità:

- 1) **recandosi personalmente presso gli sportelli di Equitalia muniti dell'avviso di pagamento ricevuto (per chi risiede in provincia presso gli sportelli del Concessionario di zona);**
- 2) **recandosi presso qualsiasi istituto bancario, utilizzando il modello RAV allegato all'avviso di pagamento;**
- 3) **presso un ufficio postale**

Da quest'anno sarà inoltre possibile recarsi presso il proprio istituto bancario (se convenzionato), che provvederà all'addebito sul vostro conto corrente.

Si trascrivono di seguito gli Istituti di Credito convenzionati :

UNICREDIT BANCA SPA  
CREDITO EMILIANO SPA

BANCA MEDIOLANUM SPA  
UNICREDIT PRIVATE BANKING SPA  
UNICREDIT BANCA D'IMPRESA SPA  
BANCA POP. DELL'EMILIA ROMAGNA SCRL  
BIPOP-CARIRE SPA  
CASSA RISPARMIO CARPI SPA  
BANCA CRV CASSA RISP. DI VIGNOLA SPA  
BANCA MONTE PARMA SPA  
BANCA REGGIANA CREDITO COOP.VO  
SOC.COOP. VA  
CREDITO COOPERATIVO REGGIANO S.C.R.L.  
BANCA DI CAVOLA E SASSUOLO CREDITO COOPERATIVO  
UNIPOL BANCA SPA  
BANCA DI PIACENZA  
BANCO DESIO BRIANZA  
BANCO DESIO TOSCANA  
BANCO DESIO LAZIO  
BANCO DESIO VENETO

**Solo su Reggio Emilia :**

BANCA AGRICOLA MANTOVANA SPA  
BANCA POPOLARE DI VERONA E NOVARA SCRL

Nel caso di smarrimento dell'avviso GIA, sarà sufficiente recarsi presso gli sportelli di Equitalia muniti del proprio numero di codice fiscale, ricordando che il numero del tributo da pagare per l'Ordine è 540.

Il Tesoriere  
*Prof. Mauro Gandolfini*

## Assemblea Annuale Ordinaria 2009

Il giorno sabato 18 aprile p.v. alle ore 16,00, presso l'Auditorium S. Ilario in Piacenza, via Garibaldi n. 17, si terrà l'Assemblea Ordinaria annuale di tutti gli iscritti agli Albi. Nel corso della seduta avrà luogo la cerimonia di giuramento dei Colleghi neo-laureati e la premiazione dei Colleghi che hanno raggiunto il traguardo dei 50 anni di laurea. A tutti gli iscritti verrà inviata comunicazione personale entro la fine di marzo - inizi aprile.

*Il Segretario dr.ssa Carolina Prati*

*Il Presidente dr. Giuseppe Miserotti*



## *Grande successo di contenuti e di pubblico al X Periti Day*

Si è pienamente realizzato lo spirito del “PERITI Day”, l’importante appuntamento culturale di fine anno giunto alla X edizione. Sono stati affrontati in una summa panoramica, pur con alcuni approfondimenti, i temi cruciali del nostro tempo; alcuni classici altri di particolare attualità, molto dibattuti, ma spesso deformati da opposti estremismi.

(Entro una visione globale, si sono rievocate anche specificità e talenti piacentini).

Nel 10° anniversario della scomparsa del grande Pierfrancesco Periti, medico e matematico, cattedratico di patologia generale all’ateneo pavese e presidente dell’A.M.C.I. di

Piacenza per un ventennio) il 27 dicembre 2008 in un’affollata Sala colonne del vescovado di piazza Duomo si è parlato di corporeità e di spirito, di fasi della vita e di morte. Tra Medicina e Diritto l’approccio generale potremmo dire è stato etico, clinico ed “ecologico”, con la centralità delle relazioni di Giuseppe Miserotti presidente dell’ordine dei medici e di Franco Pugliese, medico del lavoro, mirabili per aver introdotto tutti i punti fondamentali concernenti i rapporti fra ambiente e salute; la percezione del rischio in funzione della prevenzione e della sicurezza. Il tutto in modo sistematico, confortevole, ma anche stimolante



*In prima fila: Manfredi Saginario, Antonio Saginario, Rosanna Cesena, Giuseppe Miserotti, Clementina Ferrandi, Franco Pugliese. In seconda fila: Marco Sgroi, Lionello Spada, Domenico Ferrari, Francesca Periti, Carlo Mistraretti, Livio Podrecca, Fabio Callori.*

tenendo conto che questi temi implicano importanti e drammatiche scelte politiche locali e internazionali. In precedenza vi era stato il saluto augurale dell'assessore alla cultura Paolo Dosi, sotto gli auspici del vescovo Gianni Ambrosio, presenti il vicario Lino Ferrari, don Virgilio Zuffada e don Giuseppe Basini.

Il presidente Carlo Mistraletti ha riassunto alcuni motivi di fondo sul corpo umano (come è fatto, come funziona, quali sono le funzioni vitali e in quale contesto nasce, si sviluppa, decade. *“La fisiologia - osservava con arguzia Pierfrancesco - va dalla creazione al peccato originale, poi vi è la fisiopatologia”*).

Sulle cure nella fase terminale della vita ha ricordato i punti principali che vanno approfonditi e regolamentati (e intorno ai quali vi è una decina di proposte di legge in Parlamento) e sono: consenso informato, testamento biologico (o meglio direttive anticipate) e sue modalità di espressione, accanimento terapeutico, fiduciario, libertà di scelta, obiezione (e libertà) di coscienza, tutela dei dati sensibili, registro nazionale.

Antonio Saginario neuropsichiatra ha parlato della diffusione della patologia psichiatrica, che potrebbe rientrare fra le emergenze planetarie, delineate dalla dr.ssa Rosanna Cesena. Entrambi hanno evidenziato le tendenze distruttive, i pericoli, le incongruenze, ma anche le possibili soluzioni e i comportamenti virtuosi, individuali e di massa.

Il sindaco di Caorso Fabio Callori

ha documentato la situazione annuale e le grandi prospettive di un paese centrale per l'energia (dalla prolungata dismissione delle barre, alla promettente sperimentazione per la fusione nucleare con Ignitor). I giuristi Marco Sgroi e Livio Podrecca, anche a nome dell'U.G.C.I., hanno trattato il caso di stato vegetativo permanente (tipo Eluana Englaro e Terry Schiavo) e le dinamiche del “testamento biologico” (che verranno approfonditi in un prossimo simposio).

Infine Domenico Ferrari anche come presidente del FAI, ha ribadito la necessità della memoria personale e storica per capire e conservare i beni culturali e ambientali.

E per contrastare ignoranza, incuria, barbarie.

Per gli interventi preordinati è brillantemente intervenuto il veterano Manfredi Saginario che ha resistito impavido all'intensità della mattinata, sottolineandone anzi i benefici stimoli. Ha parlato di invecchiamento cerebrale, ma anche delle ingiustizie storiche nei riconoscimenti scientifici (citando alcuni casi di premi Nobel discriminati ingiustamente e l'attribuzione della scoperta del morbo di Alzheimer all'omonimo autore tedesco, mentre è per lo più sottaciuto il merito primario dell'italiano Perusini).

Un'ulteriore analisi e dibattito sui temi della giornata molto seguiti, avverrà nei prossimi mesi, anche con l'apporto stabile di Teleponte nei suoi nuovi programmi.

C.M.

# Eluana Englaro, tra pratica clinica e futuro testamento biologico

*La soluzione viene dalla medicina, in un approccio olistico integrato -  
Convegno dell'Epifania 2009 in Sala Colonne.*

Eluana Englaro è assurta sempre più a dimensione pubblica, simbolica. Tra il medico “scientifico” e il giuridico, con un certo conflitto tra i 3 classici poteri (più il quarto). Anche quelli che, ogni tanto saltano su per suggerire il silenzio, ne parlano per dirlo. Lasciamo da parte la marcia con fiaccolata di domenica 18 gennaio a Lecco, le intenzioni dei partecipanti e il tipo di fiori (e il numero di persone, che era uguale alle famose manifestazioni piacentine per la libertà in Afganistan ogni fine dicembre a partire dal 1979). Ed anche le mosse dei radicali con l'accusa di “violenza privata”; le persistenti speranze del padre nell'Emilia o nel Piemonte, ricomparendo il Friuli con “La quiete” dopo la disillusione della prima clinica. Sono tutti temi che si dovranno approfondire (ma si osserva che il formalismo giuridico estremo non può dirimere i

problemi; continua l'oscillazione fra provvedimenti e ricorsi, alla ricerca dell'equità). Crediamo vi sia accordo che il problema umano, personale e interpersonale, è di tipo bioetico, giuridico e politico.

Ma essenzialmente medico (oltre che metafisico).

La professionalità dell'operatore è data da tre ingredienti: competenza, autonomia e responsabilità (che se pure condivisa tra diversi specialisti, non deve essere alienata o meccanicamente suddivisa all'infinito). E' importante tener presente la biotipologia di Eluana, la persona che era un concentrato di vitalità e di libertà. Lo testimoniano i parenti, i vicini, le tre amiche del cuore; la madre Saturna e soprattutto il padre Beppino Englaro; forse un po' liberale, un po' socialista, tenacemente legalista. Nel bel libro di cui è autore, edito tre mesi fa da Rizzoli, esordisce affermando che sua figlia “incarnava la libertà allo stato puro”. Vediamo che la legge, come sempre, cerca di regolare e bilanciare, per cui interpreta, oscilla, riequilibra, ma di per sé non può decidere, se non in modo forzato o riduttivo.

L'ultimo decreto della Corte d'Appello, ammetteva la possibilità di

interrompere una terapia non voluta, ma non comportava per nessuno l'obbligo di mettere in pratica. Il buon ministro Sacconi in fondo raccomandava l'adozione di trattamenti se appropriati e necessari. Vi è stata quindi una certa attenzione, quasi delicatezza sia del potere giudiziario sia di quello governativo nell'analizzare il caso. (Ma i ricorsi e controricorsi tendono a non finire mai. Ci si lamenta dei danni da lentezza della "giustizia" italiana, qualcuno però ha osservato che talora *"il rinvio è una prova dell'esistenza di Dio"*)

La soluzione può venire solo dalla clinica medica, in un approccio olistico integrato. (L'approccio, come per altri temi classici o moderni, è quello, sempre attuale, delineato da Luigi Oreste Speciani nel testo *"L'uomo senza futuro"*; solo da una medicina riumanizzata la possibilità di sopravvivere, edizione Mursia).

Dopo il tragico incidente stradale di cui Eluana Englaro fu vittima in automobile sabato 18 gennaio 1992, il pur tempestivo percorso ospedaliero non è riuscito a impedire l'instaurarsi di uno stato vegetativo permanente. E' questo una forma di "coma" grave, come con imprecisione sostanzialmente corretta hanno riferito i sensibili giornalisti presenti al convegno piacentino del 6 gennaio 2009 nella sala colonne del vescovado. (L'argomento era già stato iniziato in occasione del X PERITI Day il 27 dicembre scorso).

Dopo varie ricerche i parenti della

giovane avevano ravvisato nel neurologo Carlo Alberto Defanti, incontrato nel 1995 la figura di medico curante. La paziente era ed è assistita dalle suore infermiere della Clinica privata Beato Luigi Talamoni di Lecco. Il fatto che sia curata a regola d'arte può essere sintetizzato nella frase: *"condizioni stazionarie e nessun decubito dopo 17 anni"* (Quanti malati avrebbero bisogno di essere curati così e non lo sono!).

La complessità dei problemi suscitati dal "caso", di natura privata e pubblica, sono legati al tipo di paziente, alla diagnosi, alla prognosi *"quoad vitam"* e *"quoad valetudinem"* in particolare sulla reversibilità o meno della patologia. Vi è poi la volontà del soggetto non esprimibile in quanto totalmente disabile e solo ricostruibile in assenza di un "testamento biologico".

Questo peraltro porrebbe problemi esecutivi - già la parola testamento implica la scomparsa del soggetto - in relazione alla situazione in atto, alla terapia più indicata e alla sua indicazione (ed eventuale obbligatorietà!?).

Con le più moderne tecniche rianimatorie si può in alcuni casi strappare alla morte diversi malati o traumatizzati, senza tuttavia restituire loro la coscienza e una buona "qualità di vita".

Quello della qualità è un concetto difficilmente valutabile e accettabile; apparentemente semplice e intuitivo, è difficile da definire, standardizzare

e applicare. Lo dimostrano le varie decine di tentativi internazionali di definizione (se poi si addita la qualità totale, è ancor più attraente e impossibile).

In questo caso come ha osservato Antonio Saginario siamo in uno stato intermedio fra la vita e la morte. Ma allora la medicina moderna non riesce a distinguere e riconoscere con chiarezza il momento e l'avvenuto trapasso?

Una tappa importante, anche in vista dei trapianti d'organo, è stata conseguita alla fine degli anni '60 con il riconoscimento dello stato di "morte cerebrale". (Ma tutto può essere rimesso in discussione a seconda delle discipline e degli orientamenti personali. Vedi ad esempio Osservatore romano del 4 novembre 2008).

Anche per diversi motivi di incertezza il padre, l'ormai famoso Beppino, che ha avuto la figlia salvata ma non restituita alla vita, dal sistema sanitario "pubblico", richiede che sia lo stesso a intervenire. Forse a lasciare che la natura faccia il suo corso; nel rispettare la volontà, ricostruita, della paziente; nel non trattare il caso privatamente o a domicilio, in positivo o in negativo. Sembra ad alcuni che quasi si coltivi una conflittualità, tra pubblico e privato; sia con le inevitabili oscillazioni della bilancia giuridica, sia con le non certezze matematiche di una qualsiasi assistenza medica.

Il tutto poi avvolto da una "bioetica", troppo spesso evocata in modo

riduttivo, sentimentale o razionalistico; ma talora asservita strumentalmente allo schieramento politico di destra o di sinistra.

Le discrepanze o i contrasti tra medici e avvocati, ha osservato Marco Sgroi, sono legate al fatto che i secondi devono discutere più di "fattispecie" in relazione alle leggi, che non di casi personali. I primi invece hanno a che fare con casi clinici individuali, unici e irripetibili. Buona e giusta osservazione, anche se possiamo dire che la medicina tratta il caso generale, cioè il tipo (la fattispecie) di malattia nella Patologia generale e nella Patologia speciale medica e chirurgica, ma tratta il caso individuale e personale nella Semeiotica e Clinica medica o chirurgica (Si ripete spesso che esiste il malato, o meglio la persona, e non la malattia),

Ricordiamo poi che: *"se fare il medico senza libri (e teorie), è come navigare in un mare tempestoso senza bussola, fare della medicina solo sui libri (o i modelli) è come non navigare affatto"*.

Ora il caso particolare può essere diagnosticato e trattato da un buon medico, secondo scienza e coscienza, naturalmente servendosi di tutti i mezzi diagnostici e conoscitivi oggi a disposizione e tenendo conto della volontà e cultura degli interessati (autodeterminazione e autogestione). Ma per arrivare a una diagnosi di persona.

Si è solo accennato a due fattori:

- Finora per Eluana non si può



Da sinistra: Marco Sgroi, Carlo Mistraletti, Don Lino Ferrari, Giovanni Soli e Antonio Saginario.

parlare di Accanimento terapeutico.

- E nessuno ha legittimamente richiesto l'Eutanasia. Peraltro non prevista dalla legge e dall'etica medica.

Né, chiunque è intellettualmente onesto, dovrebbe, in questo caso, invocarla strumentalmente o in senso equivoco (ad esempio equivocando sui significati di interventi "attivi", o omissivi "passivi", e sviluppi analoghi). Anche il padre non vuole certo la morte della figlia, ma la sospensione di cure ritenute futili o inadeguate alla soluzione umana della situazione.

I forzati conflitti medico-religiosi, talora tinti di accenti laicistico-libertari, oppure dogmatico-clericali, con frequente scambio dei ruoli, si possono comporre e risolvere. Come anche i conflitti giuridico-politici, ben noti e oscillanti, di cui sarebbe

troppo lungo riferire (la questione ricorrente è l'accusa reciproca di "invasione di campo"). Anche facilmente nel caso di Eluana se "ciascuno fa la sua parte", nel senso di usare al meglio la competenza professionale e il rispetto della libertà.

Libertà nel significato più ampio e autentico del termine, collegata quindi alla verità (vedi anche D. Schindler: multiculturalismo, liberalismo e rapporto reciproco tra libertà e verità; in *All'origine della diversità* ed. Guerini). Tanto il rapporto è reciprocamente stretto, in questo caso, che ci si deve interrogare sulla "verità del corpo" (tema del convegno nazionale ADIF – Cividale 6-8 settembre 2007).

Il "caso" di Eluana è insolubile in quanto reso astratto e generalizzante dall'approccio giuridico e dottrinale



(*iure condito e condendo*).

“Immortalizzato” e dialettizzato dai mass media e dalla riflessione in comune. Il primato, l'autonomia e responsabilità della medicina, nasce dal fatto che il problema è clinico e individuale. Che poi la Medicina vede da secoli incorporato l'etica, come movente e ingrediente fondante. L'etica è per il medico una dimensione intrinseca alla professione, come è testimoniato fin dai tempi antichi dal tipo di impegno che ci si aspetta (sculpto nel giuramento di Ippocrate) verso gli uomini, chiamando a testimoni e garanti gli dei. Sono utili anche le specificazioni della Bioetica, termine introdotto dal 1970, purchè non si pretenda uno sdoppiamento della coscienza e scienza del medico, fra esercizio della professione e direttive deontologiche. Ne deriverebbe un defatigante (e aporetico) moralismo ideologico, teso ad una classificazione scientifica delle malattie da applicare coerentemente ai singoli casi. Con impossibilità pratica di adeguazione perfetta. Riguardo al diritto la medicina non solo rispetta la legge, ma va oltre con il principio di beneficiabilità per il paziente, secondo lo spirito e le intenzioni perennemente delineate ed enunciate dal classico “giuramento” premessa di fiducia reciproca (la cui forse inevitabile modernizzazione – come dicevamo- non deve esporlo a riduzionismi).

Ma vi è il conforto anche di tanti altri più o meno famosi precetti o raccomandazioni. Ad esempio il

primo aforisma, commentato da Carlo Mistraletti: *“La vita è breve l'arte è lunga, l'occasione fuggevole, l'esperimento (e il test) incerto, il giudizio difficile; perciò è necessario che non solo il medico faccia la sua parte, ma anche il paziente e tutti quelli che gli stanno attorno”*.

Questo aforisma è mirabile per il suo realismo e bilanciamento meditativo teorico-pratico; descrive e ammonisce sulle difficoltà e il “challenge” che incontra il clinico.

E' attualissimo nell'evocare la necessità del coinvolgimento (versus autogestione) e responsabilizzazione del paziente, dei vicini e parenti e delle istituzioni. Nel convegno del 6 gennaio in sala colonne, a proposito di giustizia, anche in vista del dovere di tener conto delle “direttive anticipate”, in modo più o meno vincolante, Giovanni Sali ha ricordato la storia che ha portato alla sacrosanta affermazione dei diritti dell'uomo nella Dichiarazione universale del 10 dicembre 1948. A questa è seguita nel 1978 quella dei diritti degli animali, la cui applicazione ha portato anche a paradossi “ecologici”, ma talora iniquità evidenti.

E' bene quindi meditare sulla vita, come dono ancor prima che diritto e intenderci sul concetto di salute e libertà di scelta.

L'attenzione alla persona, nella sua unicità psicosomatica, può guidare il generalista e lo specialista nell'affrontare le situazioni sia di emergenza che di elezione.

*Dr. Carlo Mistraletti*

# Mondo Sanitario: la pagina del pensionato

**Marco Perelli Ercolini:** le pensioni d'annata sono pensioni dannate. Alcune riflessioni sulle nostre pensioni (da Azione Sanitaria)

**Mario Falconi:** Sanità noi e gli altri (da Previdenza).

**Matteo di Paolo Antonio:** il Manifesto dei pazienti.

Arriva da Bruxelles la voce dei pazienti europei, che chiedono qualità nell'assistenza e eguaglianza di accesso alle strutture sanitarie. Chiedono pure coinvolgimento nelle politiche sanitarie e tempi di accesso ragionevoli per ricevere diagnosi e cure (da Previdenza).

**Castello di Rivalta:** visita e pranzo sociale della sezione Federspev di Modena, ospite del Castello dei Conti Zanardi Landi, in occasione della Giornata del pensionato sanitario (da Azione Sanitaria).

---

## MONDO SANITARIO PIACENTINO

---

### NOTIZIE DESUNTE DA CRONACA E LIBERTÀ.

#### AMBIENTE E SALUTE

Rotary Club di Fiorenzuola: ospite d'onore il Presidente dell'Ordine Dott. Miserotti, relatore della serata e ormai riconosciuto tecnico del problema a livello nazionale.

Ha precisato Miserotti che il 25% dell'inquinamento è evitabile con accorgimenti. Presentatore il Presidente del Club Dott. Stefano Pavesi.

#### SEPSI E PATOLOGIE POLMONARI NEL PAZIENTE CRITICO

Convegno Nazionale con oltre 100 specialisti di tutta Italia al Centro Congressi della Cascina Scottina di Piacenza, organizzato dall'U.O. di Medicina Interna Critica, diretta dal Dott. Sergio Orlando. Tra i Relatori

quattro nostri Colleghi piacentini. Oltre al Dott. Sergio Orlando, i Dottori Davide Imberti, Matteo Giorgi e Franco Cosimo. E' stata sottolineata la necessità dell'intervento precoce e il coinvolgimento di numerose discipline per l'inquadramento diagnostico.

#### CONFRONTI

Continua dal 2005, la bella serie di questa rivista a cura dell'Unità Sanitaria di Piacenza per un contatto e informazione per il medico di famiglia. Si tratta effettivamente di una bella e documentata pubblicazione utile da tenersi sotto mano da parte dei Colleghi di questa Categoria.

Il Comitato di Redazione con alla testa il Direttore Generale Dott. Andrea Bianchi (che non dobbiamo dimenticare

che è un medico) è formato da tutte le espressioni della Categoria (Medici di Medicina Generale e Pediatri nelle persone dei Dottori M. Argenti, U. Gandi, M. Bonomini e G. Gregori) e dei Dipartimenti attinenti dell'Ausl (Dott. Pisati - Dott. Bologna - Dott.ssa Politi - Dott. Ferrari e Dott. Barbieri). Coordinatore Scientifico il Prof. Giancarlo Carrara e per il Dipartimento Comunicazione e Marketing la Direttrice Dott.ssa Rossana Ferrante. A ogni numero collaborano Medici di tutte le categorie specie Primari e Aiuti Ospedalieri con articoli originali.

### PROF. PIETRO MANISCALCO

Nuovo Primario di Traumatologia del Guglielmo da Saliceto di Piacenza, Area Ortopedica (di cui è Direttore Responsabile il Dott. Carlo Fioruzzi). Succede al Dott. Manninger tornato in Alto Adige. Il Dott. Maniscalco, parmigiano di origine, di soli 44 anni, proviene dal Policlinico di Siena ed è autore di circa 250 pubblicazioni e di oltre 4000 interventi mirati.

### ICTUS: intervenire al più presto. 230.000 casi all'anno in Italia.

La Dott.ssa Renata Guidetti, Primario Neurologo del Guglielmo da Saliceto, illustra l'argomento in un ampio articolo, mettendo in rilievo la necessità di limitare i danni il più possibile di tale grave patologia.

### PERITI DAY

Convegno in Vescovado in memoria dell'illustre Collega piacentino già docente all'Università di Pavia. Argomento: "Si può morire o no?" Organizzato dal Dott. Carlo Mistraletti sotto l'egida di moltissime Associazioni Mediche tra cui l'Ordine. E' intervenuto il nostro Presidente

Dott. Miserotti che ha puntualizzato da esperto dell'Ambiente le colpe di questo nei tumori con la percentuale del 24%, specie nei giovani dai 3 ai 18 anni. Sono intervenuti lo Psichiatra Dott. Antonio Saginario, il Dott. Franco Pugliese, Dirigente della Medicina del Lavoro e la Dott.ssa Rosanna Cesena, Segretaria della Società Medico Chirurgica Piacentina, quali medici. Come esperti laici hanno preso la parola il Prof. Domenico Ferrari, Fabio Callori e il giurista Marco Sgroi. Attentissimo il folto pubblico.

### DEFIBRILLATORE IN UN CONDOMINIO

Per iniziativa del Sig. Mauro Cordani, in Via Campagna 39, è stato installato per la prima volta un defibrillatore semiautomatico in un condominio. Esso è stato acquistato con contributi volontari dei condomini e altri, primo caso per Piacenza e forse per l'Italia.

### DOTT.SSA DANIELA ASCHIERI

Presidente di Progetto Vita ha affermato in proposito essere quella iniziativa la migliore assicurazione sulla vita, vista la frequenza della patologia in causa.

### CUORE: SINONIMO DI AMORE E DI CORAGGIO

Piacevole storia dell'organo, tra simbologie e credenze attraverso i secoli, fatta dal cardiologo Loris Maj. Il cuore colpito dall'infarto si ripara da solo. E' merito del lavoro di ricercatori italiani che hanno scoperto che le cellule staminali del cuore, che hanno perso la capacità di funzionare, la riacquistano modificando l'ambiente in cui lavorano. Questo spiegherebbe il perché di certi insuccessi nel semplice trapianto di cellule staminali.

**PARKINSON: SPERANZE DALLA  
RICERCA PIACENTINA**

Presenti nel sangue marcatori per una diagnosi precoce. Progetto sostenuto dalla Fondazione di Piacenza e Vigevano con 380.000 euro. Un migliaio di malati nella Provincia e circa 27.000 casi all'anno. Relazione della Dott.ssa Donata Guidetti, Primario della Neurologia. Interventi del ricercatore piacentino Giuseppe Zanoni, di Matteo Valli e di Alessio Porta.

**SCLEROSI MULTIPLA:  
ALLARME PER LA BUROCRAZIA**

Tempi lunghi che fanno crescere i disagi per famigliari e pazienti – Denuncia di Mara Cammi, Presidente della Sezione piacentina di Sclerosi Multipla.

**MORDE E PICCHIA IL MEDICO  
IN PRONTO SOCCORSO**

Grave caso di intolleranza da parte di un paziente che al P.S. di Castel San Giovanni, ha prodotto lesioni al Collega, da cui si era visto rifiutare un medicamento non solo non urgente, ma addirittura non necessario. Sono intervenuti i Carabinieri che l'hanno arrestato.

**GIORNATA AIRC AL TEATRO  
FILODRAMMATICI**

Serve la crescita di una nuova generazione di scienziati. Dice il Prof. Luigi Cavanna Direttore dell'Oncologia, che la ricerca sta cambiando, come pure il modo di curare il cancro. Il Prof. Giorgio Macellari, Direttore della Senologia, lamenta lo scarso contributo da parte dello Stato.

**A ROMA DAL PRESIDENTE  
NAPOLITANO**

Milena Rustioni, Rappresentante

Provinciale AIRC e Giorgio Macellari, Direttore della Senologia, ospiti del Premio Biennale Venosta sono stati ricevuti dal Presidente della Repubblica Napoletano.

**TESTAMENTO BIOLOGICO:  
CASO ELUANA**

Convegno in Vescovado della Società Medico Chirurgica Piacentina presieduta dal Dott. Carlo Mistraretti che è stato relatore sul caso Eluana. Importante intervento del Dott. Antonio Saginario, Psichiatra e del Dott. Giuseppe Miserotti, Presidente dell'Ordine.

**VACCINAZIONI PEDIATRICHE:  
IMPORTANZA PREVENZIONE**

Aggiornamento presso Sala Colonne Ospedale Civile.

Il Dott. Giuseppe Gregori afferma che le vaccinazioni non sono troppe, ma, purtroppo, poche.

Sono intervenuti sull'argomento il Dott. Roberto Sacchetti Pediatra, la Dott.ssa Maria Grazia Brescia del Dipartimento d'Igiene e la Dott.ssa Rita Sacchi sul tema dei pericoli in cui incorre il bambino che viaggia.

**NELL'OSPEDALE NON  
SI DIMENTICHI L'UOMO**

Convegno in Sala Colonne del Guglielmo da Saliceto. Presa di posizione del Vescovo Ambrosio che ha parlato sulla dignità dei sofferenti e del Prof. Cavanna che ha affermato che i malati devono essere al centro dell'attenzione dei Sanitari.

Moderatore del Convegno è stato il Prof. Fabio Fornari, Responsabile della Gastroenterologia.

E' intervenuto pure il Dott. Maurizio Arvedi Responsabile del nostro Pronto Soccorso.

## **AUSL 2009: ANNO ALL'INSEGNA DELLA CONTINUITA'**

Così afferma il Dott. Andrea Bianchi, Direttore Generale dell'AUSL.

Ci sarà anche l'inaugurazione del nuovo Pronto Soccorso e del relativo Day Hospital. Tali precisazioni sono state date alla stampa in una riunione a cui ha anche partecipato la Dott.ssa Rossana Ferrante, Responsabile Ufficio Comunicazioni dell'Ausl, che è stata tenuta negli ambienti del Comitato di Bioetica

## **CLAUDIA GIROMETTA DA' LE DIMISSIONI DA PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE ARMONIA**

Dopo sedici anni cioè dalla fondazione, la Presidente di Armonia Sig.ra Claudia Girometta Cagnoni dà le dimissioni dall'incarico, pur dichiarando la continuazione della sua collaborazione. A lei il ringraziamento del Presidente Dott. Miserotti e di tutti i medici piacentini, per la fervida e preziosa attività nel campo senologico.

### **ARMONIA**

Continua dopo sedici anni la pubblicazione della bella rivista Armonia. Nell'ultimo numero articoli del Direttore Prof. Giorgio Macellari, di Chiara Bocci, di Nicoletta Sibio, di Claudia Cagnolini, di Paolo Beretta, di Luigi Mulazzi, di Luigi Tommasi e di Enrica Barbieri. Le interviste inoltre di Maria Grazia Arisi Rota a Paolo Rovegno incisore di migliaia di "ex libris", al Dott. Luigi Pavesi della Medicina Estetica e ad Emilio Sgorbati fitoterapista.

## **DOTT. GIUSEPPE CRIPPA Nuovo Tesoriere della Società Italiana di Medicina Interna**

Il Dott. Giuseppe Crippa in forza

alla medicina E.R.I. della nostra Ausl, quale responsabile dell'Unità Operativa di ipertensione e malattie cardiovascolari, è autore di numerose pubblicazioni e interventi a Congressi. Già consigliere, è stato eletto a nuovo Tesoriere della S.I.M.I. Egli è inoltre Docente di Medicina Interna e Metodologia Clinica al Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche dell'Università di Parma. Al neo Tesoriere, i complimenti dei colleghi piacentini.

## **AUSTRALIANA IN AUMENTO**

Un ampio servizio in proposito è stato dedicato al Presidente dell'Ordine Dott. Giuseppe Miserotti e al Segretario dei Pediatri di libera scelta Dott. Giuseppe Gregori, che hanno fatto il punto, alla fine di gennaio, sulla situazione dell'epidemia influenzale. Il Dott. Miserotti ha messo in rilievo la copertura che dà il vaccino antinfluenzale praticato, dichiarando che sui suoi 350 vaccinati, solo uno, almeno per ora, è in corso nella sindrome. Il Dott. Giuseppe Gregori da parte sua ha confermato che la forma tende a colpire maggiormente i bambini e che pure secondo lui, la vaccinazione anche per loro, è stata un successo, specie per quelli a rischio. Entrambi hanno puntualizzato le misure da prendere per cercare di evitarla e la tipologia dei farmaci da assumere specie al suo esordio.

## **GIORNATA MONDIALE DELLA LOTTA CONTRO IL CANCRO**

Interessante relazione del Prof. Luigi Cavanna, Direttore Area Oncologica dell'Ausl a tutta pagina, riguardante l'aumento percentuale dei tumori del 20% nel 2008 sul territorio piacentino, dato dovuto anche all'aumento di

pazienti che si fermano a Piacenza per le cure oncologiche. L'aumento delle diagnosi oncologiche è dovuto anche al merito dei vari screening.

Sarebbe sempre importante la presenza di un registro dei tumori che da anni si attende.

Sulle cure l'Oncologo ha puntualizzato che "negli ultimi anni si stanno facendo passi da gigante".

### **UROLOGIA DELL'AUSL DI PIACENZA**

E' ritornato tra noi dal mese di dicembre 2008, il Dott. Gaetano Oliva quale Primario della Unità Operativa di Urologia, calorosamente ri accolto da Medici e Infermieri del Reparto già da lui magistralmente diretto e dove aveva lasciato un ricordo di alta professionalità. Così pure è stata una confortante notizia per la popolazione piacentina che già aveva avuto modo di apprezzarlo.

### **SOFFERENZA UMANA**

Giuseppe Smerieri, Psicanalista dell'AUSL ha parlato alla Fondazione, in un Convegno che ha affollato l'Auditorium, della sua esperienza quanto mai vasta in proposito. Lo ascoltavano i giovani del Liceo Classico "Gioia" e del "San Vincenzo" di Piacenza e dello Scientifico "Novello" di Codogno per imparare la voce del dolore. Solo negli anni '50 si è scoperto che dei due emisferi cerebrali, nel sinistro ha sede il centro del calcolo e della ragione e nel destro quella della emotività e della sofferenza. Ha detto il Dott. Smerieri, che così ci riportiamo al vecchio concetto di Aristotele sul cuore e sulle sue relazioni.

### **TRAPIANTI: CELLULE STAMINALI, PIACENZA SEMPRE IN PRIMA LINEA**

Ha avuto luogo presso l'Auditorium della Fondazione di Piacenza e Vigevano un Convegno sui trapianti e sull'uso delle cellule staminali indetto dai dipartimenti di oncoematologia e Patologia Clinica dell'Ausl di Piacenza, Convegno multi-disciplinare, coordinatore il Prof. Luigi Cavanna, Direttore dell'area. Il primo trapianto autologo di midollo e cellule staminali è stato eseguito nel novembre 1998. Da allora ne sono seguiti 165. Nel 2002 è stato introdotto il trapianto allogenico con 23 casi. Attualmente a Piacenza il trapianto di cellule staminali è stato utilizzato nella Sclerosi multipla, in Ortopedia per ricostruire la matrice ossea, atta a ricevere le protesi e in Chirurgia Vascolare per ricostruire vasi nei pazienti diabetici, evitando così l'amputazione.

### **AMBIENTE E SALUTE**

Presso l'Università Cattolica ha avuto luogo una giornata di aggiornamento su tale tema dedicato a Medici di famiglia e Pediatri. Il giorno prima presso l'Ordine dei Medici, il Presidente Dott. Miserotti aveva provveduto al coordinamento dei vari temi, insieme alla Dott.ssa Annamaria Andena, il Dott. Pasquale Romano e il Dott. Roberto Sacchetti. Questi i Relatori del Corso di Aggiornamento, insieme al Dott. Giuseppe Biasini e della Dott.ssa Maddalena Avitabile. Dopo un'ampia discussione si è proceduto alla compilazione dei questionari per l'ECM, distribuiti ai partecipanti al Corso.

*Gianfranco Chiappa*



# Sintesi della riunione della Commissione Albo Odontoiatri del 22/01/2009

In data 22/01/2009 alle ore 18 presso la sede dell'Ordine dei Medici di Piacenza si è riunita per la prima volta la neoletta Commissione Albo Odontoiatri, convocata dal nuovo presidente Paolo Generali. Tutti presenti i commissari, Dario Inzani, Stefano Pavesi, Antonio Toscirì e Marco Zuffi; prima dell'inizio della riunione, è stato accolto come gradito ospite l'ex-presidente Gaetano Noè, al quale è stato consegnato un ricordo da parte della commissione entrante, in considerazione dell'impegno e del tempo dedicato in passato all'attività Ordinistica. La riunione ha dovuto purtroppo occuparsi di una vicenda disciplinare, nata da una comunicazione di un cittadino che aveva lamentato alcuni problemi riguardo ad una serie di terapie odontoiatriche alle quali era stato sottoposto da parte di un iscritto. In particolare, il cittadino aveva lamentato un'insufficiente informazione ed una mancata raccolta del consenso alle cure, ed il fatto di essere stato sottoposto a terapie odontoiatriche anche da parte di altri operatori. Il collega è stato dunque sentito dal presidente della commissione, ed in tale occasione è stato possibile per fortuna chiarire, tramite la esibizione di prove documentali controfirmate dal paziente stesso, che in realtà

l'informazione al paziente era stata fornita, e che i collaboratori del collega erano identificabili in colleghi iscritti a questo o ad altri Ordini. Dunque la vicenda è stata archiviata, fermo restando il fatto che la Commissione non può né deve entrare nel merito di eventuali inadempienze contrattuali od extracontrattuali riguardanti terapie odontoiatriche, ma solo dell'aspetto deontologico.

La vicenda viene comunque qui riportata al fine di ricordare a tutti i colleghi l'importanza dell'adeguata informazione e dell'acquisizione del consenso informato, il più individualizzato possibile, come sancito dall'art. 33 e 35 del Codice Deontologico, la necessità di far conoscere preventivamente al cittadino l'ammontare degli onorari, ai sensi dell'art.54, e l'opportunità di una corretta identificazione di tutti gli operatori che eventualmente collaborino all'interno di un ambulatorio o di una struttura, eventualmente utilizzando i tesserini a suo tempo inviati a tutti gli iscritti. Proseguendo con il resoconto della riunione, si sono poi affrontati alcuni visti di equità di parcelle rimaste inevase di alcuni colleghi. Uno di questi visti è stato negato a causa dell'indicazione di onorari il cui importo non era proporzionato alla

terapia eseguita, in assenza di un'opportuna documentazione in grado di evidenziare una particolare difficoltà e complessità della prestazione, come da art. 54 del Codice di Deontologia Medica.

La riunione è proseguita poi con l'esame della corrispondenza e con le varie ed eventuali, durante le quali è stata eseguita una ricognizione dell'offerta di aggiornamento ai fini ECM per il corrente anno nel territorio piacentino. Si è evidenziata un buona offerta di eventi formativi, tale da far ritenere che ciascun iscritto dovrebbe riuscire, senza la necessità di troppi gravosi spostamenti, a raccogliere i crediti prescritti per l'anno in corso, e si è quindi deciso di astenersi per il momento dal programmare altri

eventi, mantenendo comunque un'attenta vigilanza su quelli in corso. La seduta si è dunque conclusa, ed i due rappresentanti della CAO che fanno parte anche del Consiglio dell'Ordine, Paolo Generali e Dario Inzani, si sono poi trattenuti per la seduta di Consiglio convocata a seguire. La novità di quest'anno, rappresentata dalla convocazione della CAO nell'orario immediatamente precedente a quella del Consiglio dell'Ordine, si è rivelata positiva, consentendo un'ottimizzazione del tempo dedicato alla Commissione ed una più facile comunicazione tra le due strutture Ordinistiche, rinforzando dunque le già solide basi di una concorde e sinergica attività in favore della Professione.

*Paolo Generali*

## REVISIONE DEGLI STUDI DI SETTORE

La congiuntura economica negativa sta colpendo anche gli iscritti all'Albo Odontoiatri, i cui redditi sono in tutto o in parte legati all'attività libero – professionale.

La Federazione si è pertanto impegnata per ottenere una revisione degli Studi di Settore applicati agli iscritti.

Per poter svolgere tale compito, la Federazione ha necessità che ciascun iscritto:

- 1) Qualora fosse risultato non congruo, o al limite della congruità nei pregressi periodi d'imposta, trasmetta alla Federazione, all'indirizzo e – mail [ufficiodontoiatri@fnomceo.it](mailto:ufficiodontoiatri@fnomceo.it), le informazioni relative al proprio Studio di Settore;
- 2) Compili sul sito [www.sose.it](http://www.sose.it) il questionario sulla crisi relativo ai professionisti (che per comodità di consultazione viene allegato alla presente unitamente alle relative istruzioni).

Quanto sopra entro il 5 marzo p.v., al fine di consentire ai nostri rappresentanti di argomentare al meglio la situazione degli iscritti nelle prossime riunioni finalizzate alla revisione degli Studi di Settore.

# EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

La Federazione ci comunica che il 5 febbraio u.s. si sono insediate le varie sezioni della Commissione Nazionale per la Formazione Continua. Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri Nazionale, dott. Giuseppe Renzo, è stato nominato Coordinatore del Gruppo sulla Libera professione, che svolgerà compiti di:

- individuazione delle agevolazioni e degli incentivi per i liberi professionisti in relazione ai costi sostenuti per l'adempimento dell'obbligo formativo;
- individuazione delle modalità per agevolare il debito formativo;
- individuazione degli obiettivi formativi per i liberi professionisti;
- valutazione di tutte le attività prodotte dalle Sezioni per conformarle alle attività dei liberi professionisti

Si coglie l'occasione per ricordare a tutti gli iscritti la necessità di partecipare agli eventi formativi, nel rispetto delle norme concernenti la corretta verifica della presenza.

Al proposito, una ricognizione recentemente eseguita dalla Commissione Albo Odontoiatri dell'OMCeO di Piacenza ha riscontrato la presenza di un'adeguata offerta di eventi ECM sul territorio, alla quale si aggiungono anche gli eventi di Formazione a Distanza offerti da varie riviste scientifiche e reperibili su Internet.

## *On line il giornale della CAO*

Le CAO Provinciali e Nazionali hanno dato vita ad un giornale che affronterà le problematiche legate alla Professione e fornirà gli aggiornamenti sulle attività delle Commissioni.

Questo l'indirizzo del giornale delle CAO  
**[www.dentisti.cao](http://www.dentisti.cao)**

**Dott. Claudio Testuzza:**

*Medico - Pubblicista Esperto Collaboratore de "Il Sole 24 Ore"* - Via Pietro  
Capparoni 15 - 00151 Roma - [espertest@libero.it](mailto:espertest@libero.it) - 0658202852 - 3490584858

## LE PENSIONI DEI MEDICI DIPENDENTI

Rientrano nel sistema *retributivo* :

**coloro che al 31 dicembre 1995 erano in possesso di almeno  
18 anni di contribuzione**

Rientrano nel sistema *contributivo* :

**i nuovi assunti ad iniziare dal 1° gennaio 1996**

Rientrano nel sistema *misto* \*:

**coloro che al 31 dicembre 1995 avevano meno di 18 anni di contribuzione**

\* Nel sistema *misto* la pensione viene calcolata con:

**il sistema di calcolo *retributivo* per le anzianità maturate sino al 31 /12 /1995 +  
il sistema di calcolo *contributivo* per le anzianità maturate successivamente.**

## QUANDO SI PUO' ANDARE IN PENSIONE

Nel sistema retributivo dal 1° gennaio 2008 si può andare in pensione d'anzianità:

	Dipendenti	Autonomi
Dal 2008 al 30/6/2009	35 + 58	35 + 59
Dal 1/7/2009 al 31/12/ 2010	Quota 95 (60+35 / 59+36)	Quota 96 (61+35 / 60+36)
Dal 1/1/2011 al 31/12/2012	Quota 96 (61+35 / 60+36)	Quota 97 (62+35 / 61+36)
Dal 1/1/2013	Quota 97 (62+35 / 61+36)	Quota 98 (63+35 / 62+36)

**in pensione di vecchiaia**

**con 60 anni d'età per le donne e 65 anni d'età per gli uomini**

**ovvero**

**con almeno 40 anni di contribuzione: pensione assimilata alla vecchiaia**

Nel sistema contributivo si può andare in pensione:

**Con 60 anni di età, se donne, e 65 anni, se uomini, e almeno 5 anni di contribuzione effettiva.**

**Con i requisiti per il pensionamento d'anzianità previsti dal sistema retributivo.**

**A prescindere dal requisito anagrafico con un'anzianità contributiva pari o superiore a 40 anni.**

*N.B. Il diritto alla pensione di vecchiaia nel sistema contributivo prima del compimento del 65° anno di età rimane soggetto alla condizione che l'importo della pensione non sia inferiore a 1,2 volte l'importo dell'assegno sociale.*

**I limiti per le pensioni d'anzianità (almeno 57 anni d'età e 35 anni di contribuzione), previsti dalle norme precedenti, sono validi per andare in pensione anche nei successivi anni per chi li abbia maturati entro il 31 dicembre 2007.**

**Le lavoratrici donne, dal 1° gennaio 2008 e sino al 31 dicembre 2015, potranno andare ancora in pensione con 35 a. di contribuzione e 57 a. d'età, ma la loro pensione sarà calcolata con il metodo contributivo**

## LE PENSIONI DELL'ENPAM

### **FONDO DI PREVIDENZA GENERALE**

La pensione ordinaria è concessa a tutti gli iscritti alle seguenti condizioni:

che abbiano compiuto il 65° anno di età;

che al compimento di tale età siano iscritti al Fondo e possano contare su almeno cinque anni di anzianità contributiva effettiva;

Liscritto, tuttavia, entro il 31 dicembre dell'anno precedente il compimento del 65° anno di età, può chiedere di proseguire nella contribuzione fino, al massimo, al raggiungimento del 70° anno di età.

### **FONDO DI PREVIDENZA A FAVORE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E ADDETTI AI SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

Il trattamento ordinario è riconosciuto a favore dell'iscritto che dopo il compimento del 65° anno di età sia cessato dal rapporto professionale.

Il trattamento ordinario è riconosciuto anche all'iscritto che sia cessato dal rapporto professionale prima del compimento del 65° anno, ove possa contare su una anzianità contributiva di 40 anni ovvero abbia raggiunto i requisiti d'età previsti dalle disposizioni previdenziali in vigore (58 anni) e sempre che egli abbia conseguito presso il Fondo una anzianità contributiva effettiva o riscattata ovvero ricongiunta non inferiore a 35 anni, e sia in possesso da almeno 30 anni del diploma di laurea in medicina e chirurgia.

### **FONDO DI PREVIDENZA A FAVORE DEI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI**

Il trattamento ordinario è riconosciuto a favore dell'iscritto che dopo il compimento del 65° anno di età sia cessato dal rapporto professionale. Il trattamento ordinario è riconosciuto anche all'iscritto prima del compimento del 65° anno, ove possa contare su una anzianità contributiva di 40 anni ovvero abbia raggiunto i limiti di età previsti dalle disposizioni previdenziali in vigore (58 anni) e sempre che egli abbia conseguito presso il Fondo una anzianità contributiva effettiva o riscattata ovvero ricongiunta non inferiore a 35 anni, e sia in possesso da almeno 30 anni del diploma di laurea in medicina e chirurgia o in odontoiatria.

### **FONDO DI PREVIDENZA A FAVORE DEI MEDICI ED ODONTOIATRI SPECIALISTI ESTERNI**

Il trattamento ordinario è riconosciuto a favore dell'iscritto che dopo il compimento del 65° anno di età sia cessato dal rapporto professionale. Il trattamento ordinario è riconosciuto anche all'iscritto prima del compimento del 65° anno, ove possa contare su una anzianità contributiva di 40 anni ovvero abbia raggiunto i requisiti di età dalle disposizioni previdenziali in vigore (58 anni) e sempre che egli abbia conseguito presso il Fondo una anzianità contributiva effettiva o riscattata ovvero ricongiunta non inferiore a 35 anni, e sia in possesso da almeno 30 anni del diploma di laurea in medicina e chirurgia ovvero in odontoiatria.

# Pensione in 12 o 13 mensilità?

Ogni lavoratore provvede alla propria pensione, futura erogazione economica nel post lavorativo, mediante versamenti di contributi durante l'attività lavorativa con trattenute alla fonte da parte del datore di lavoro.

Infatti la pensione non è una regalia, ma il corrispettivo derivato dai sacrifici contributivi a valore corrente del lavoratore durante tutta la vita attiva.

Per questi contributi ne deriva una prestazione periodica mutualistica con aspetti solidaristici.

Le prestazioni economiche che derivano, maturati i requisiti di età e di anzianità contributiva, scaturiscono da calcoli attuariali per il mantenimento dell'equilibrio di cassa. La pensione viene calcolata su base annua. Il montante annuo viene poi suddiviso e pagato in rate mensili: di solito 13 mensilità (ma in alcuni settori 14), dando una doppia mensilità nel mese di dicembre.

L'Enpam, invece, divide la spettanza annuale per 12. In altri termini non c'è la "tredicesima" perchè anticipata

in ogni singola mensilità. Per gli economisti la tredicesima favorirebbe il consumismo in spese spesso superflue e, pertanto, nell'economia familiare sarebbe più utile avere l'equivalente dello spezzone della tredicesima alla fine di ogni singolo mese.

Molti medici dicono però che L'Enpam non dà la gratifica natalizia, in realtà l'anticipa subito dal mese di gennaio.

A chi poi chiede a fronte della chiusura attiva dei bilanci della Fondazione una erogazione aggiuntiva come "tredicesima", ricordiamo che in previdenza nulla può essere regalato perchè quello che viene regalato a uno, viene tolto ad un altro. Inoltre i bilanci attivi sono una esigenza di risparmio a fronte del pagamento delle future pensioni, cioè è mettere nel salvadanaio di ciascuno che versa, i soldi della sua futura pensione: l'attivo non è altro che il risparmio forzoso e doveroso correlato ai contributi che vengono versati ora per le future prestazioni.



# Sanità: noi e gli altri

di Mario Falconi

*Vice presidente vicario Enpam*

Siamo stati abituati da sempre a pensare di vivere, pur in periodi di grande difficoltà, in un meraviglioso Paese che, per soria, tradizione e cultura, tutto il mondo ci invidia.

Siamo stati anche capaci, pochi decenni orsono, di risorgere dalle ceneri di una guerra mondiale persa portando in breve tempo l'Italia nel novero dei Paesi più avanzati e sviluppati.

L'orgoglio, la capacità, l'intelligenza e l'amore per la nostra Italia ci hanno fatto arrivare a livelli di benessere e di conquiste sociali insperati, ma ora stiamo rischiando una caduta verticale rovinosa al punto che moltissimi nostri giovani cittadini ritengono di non poter programmare un futuro dignitoso nella terra natia.

Quanto ancora potremo e dovremo sopportare di vedere il nostro Paese arrancare, arretrare soprattutto in delicati settori della vita sociale quali la scuola, la giustizia, la sanità, eccetera? La sanità è un esempio emblematico del nostro progressivo degrado. Sempre più vicino è il rischio che "qualcuno" pensi di gettare la spugna e dichiarare definitivamente insostenibile economicamente il servizio sanitario



nazionale. **In uno scenario di tal genere anche il nostro Ente previdenziale potrebbe essere danneggiato, vanificati anni di proficuo lavoro nei quali, grazie all'impegno di molti consiglieri di**

**amministrazione e di uomini dell'apparato amministrativo guidati da Eolo Parodi, la Fondazione Enpam è diventata una grande realtà che molte professioni non mediche ci invidiano e che "alcuni" guardano con occhi "concupiscenti".**

Siamo in "zona cesarini", ma, fortunatamente, riteniamo che sia ancora possibile, con uno scatto d'orgoglio da parte di tutti, invertire la rotta. Stranamente, ma non troppo, siamo vittime di una "sindrome schizofrenica" per la quale da una parte molto spesso ci facciamo contagiare da modelli d'oltre oceano e in particolare dagli USA, ma dall'altra, per quanto riguarda la sanità, non teniamo in nessuna considerazione l'illuminante lezione americana.

Non è più un mistero che personaggi autorevoli della vita politica italiana stiano ipotizzando il ricorso a fondi privati a cominciare dal "project

financing” per passare poi ad appalti esterni per attività anche mediche, sino ad arrivare a pagare l’assistenza sanitaria con assicurazioni private. Esattamente quello che hanno fatto negli Stati Uniti, iniziando molti decenni fa, per arrivare a spendere attualmente il 14% del Pil, con 40 milioni di americani non assicurati in maniera completa e 50 milioni, di cui 9 milioni di bambini, senza alcuna copertura. Non credo possa destare meraviglia il fatto che molte migliaia di medici americani stano chiedendo un modello di sanità molto simile al nostro, con assicurazione governativa per tutti e di rimettere al centro del sistema l’interesse del cittadino malato e non quello delle assicurazioni o delle industrie farmaceutiche.

Le recenti affermazioni di Barak Obama potrebbero dar ragione ai nostri colleghi d’oltralpe. La nostra spesa sanitaria è tra le più basse dei Paesi industrializzati, con risultati complessivi nella tutela della salute che solo i sistemi solidali riescono a conseguire. Perché dovremmo cambiare percorrendo strade che sono state fallimentari in altri Paesi e non piuttosto correggere i difetti, che pur esistono, del nostro sistema sanitario?

Tutti i sistemi complessi, quale ad esempio l’organizzazione sanitaria di una nazione, hanno bisogno di essere governati con appropriatezza e soprattutto rimodulati razionalmente in itinere soprattutto per adeguare efficacemente l’offerta ad una domanda che muta nel tempo.

L’invecchiamento della popolazione ne è un esempio emblematico, al punto che oggi, lungi dall’essere un risultato importante di efficacia del sistema di cui essere orgogliosi, si sta trasformando, in assenza di decisioni appropriate, in un elemento di forte destabilizzazione.

Siamo assolutamente convinti che un governo della sanità pubblica possa far risparmiare molti miliardi di euro da reinvestire in maniera appropriata nel sistema.

Rinnoviamo l’appello al valore della Responsabilità che tutti dobbiamo mettere in campo, a partire dai governi ai vari livelli istituzionali. La Politica può e deve essere l’architetto dell’intero sistema e non certo il gestore. La meritocrazia può e deve essere l’unico elemento da valorizzare e premiare.

L’informazione da parte di qualsiasi media può e deve essere corretta e non privilegiare il sensazionalismo e lo scandalismo; in tal senso reiteriamo la richiesta di un’Authority indipendente che vigili sull’intero sistema a cui si possano rivolgere i cittadini ma anche i medici.

Molte altre potrebbero essere le terapie, semplici e possibili, da praticare per un sistema pur malato, ma assolutamente valido e integro nella sua intelaiatura.

In ogni caso la priorità assoluta è un diverso e corretto modo di operare della politica e dei media, rimettendo contestualmente al centro della agenda riformatrice una piccola grande parola: Meritocrazia.

# *Alcune riflessioni sulle nostre pensioni*

**di Marco Perelli Ercolini**

Le pensioni di annata sono delle pensioni dannate! Infatti, purtroppo le pensioni in Italia sono solamente dei debiti di valuta e non di valore e conseguentemente si sviscerano negli anni arrivando a somme, talora e purtroppo non raramente, veramente da fame, pur avendo il lavoratore versato durante tutto l'arco lavorativo, con grossi sacrifici contributivi, soldi a valore reale. Stabilito un assegno alla cessazione del rapporto di lavoro, avendo raggiunto l'età pensionabile e/o i requisiti di anzianità contributiva, questo corrispettivo rimane pressoché statico nel tempo e solo parzialmente ancorato ad una perequazione automatica (quando poi non viene addirittura congelata) distante anni luce dalla reale svalutazione monetaria che intercorre anno dopo anno. In Italia abbiamo ora tre indici Istat per il calcolo della perdita del potere di acquisto di stipendi e pensioni: l'indice Istat dell'inflazione programmata, stabilita per decreto ministeriale di solito a novembre, l'indice Istat del costo della vita quale indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati che ogni mese viene pubblicato ufficialmente dall'Istituto Nazionale di Statistica e l'Istat del costo reale dei beni di consumo corrente, tenuto nelle retrovie. Il primo indice, sempre inferiore agli altri due indici, è quello che viene applicato nella rivalutazione delle pensioni in atto, salvo poi eventuali conguagli nell'anno successivo.

Il secondo indice viene calcolato su un paniere irrealistico nella vita quotidiana e il terzo, più aderente alla realtà, è due o tre volte quello calcolato per i prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati... pubblicato un mese è stato poi frettolosamente oscurato e zittito...

Purtroppo le nostre pensioni non sono agganciate alla dinamica salariale dei colleghi in attività di servizio come in passato era stato proposto e come era stato adottato per alcune realtà.

Teniamo anche presente che ogni lavoratore durante l'attività lavorativa contribuisce alla sua futura pensione con versamenti a valore reale corrente. Sarebbe, dunque, un atto di giustizia sociale non tanto un aumento nel calcolo dei trattamenti di pensione, quanto piuttosto una loro valorizzazione costante nel tempo. Le pensioni obbligatorie andrebbero quanto meno sottoposte a un prelievo fiscale a tassazione separata con aliquote sociali, come del resto viene già fatto per i trattamenti delle pensioni complementari e le reversibilità non andrebbero sottoposte a ulteriori tagli ancorati al reddito del coniuge superstite, creando chiaramente delle disparità di trattamento.

Ed ecco che i pensionati sono costretti, per sbarcare il lunario, fino a quando testa e gambe reggono, a riprendere a fare alcuni lavori, magari in nero e portare via spazi occupazionali ai giovani. Purtroppo, quando dopo alcuni anni i bisogni sono proprio più pressanti vengono meno le forze e le possibilità di lavoro e sono costretti a razionare le spese togliendosi il superfluo quali vacanze o svaghi, appoggiarsi ai figli o addirittura vendere gioielli ricordi di famiglia o anche la casa che si era comprata coi sacrifici nei tempi belli ormai purtroppo passati.

Ricordiamoci, infine, e sia a ben tutto chiaro che le pensioni in Italia non sono un assegno elargito dallo Stato, ma il corrispettivo di versamenti del lavoratore per il suo futuro postlavorativo.

## REGISTRO NAZIONALE INFORMATIZZATO MEDICI VOLONTARI NEI PAESI EMERGENTI

L'Associazione Medici in Africa - ONLUS sta realizzando il progetto informatico: **“Registro Nazionale Medici Volontari nei Paesi Emergenti”**. Il progetto, presentato a Genova il 30 luglio scorso da Medici in Africa, unitamente all'Università di Genova e all'Ordine dei Medici della Provincia di Genova, ha visto l'interessamento del Ministero degli Affari Esteri - sez. Cooperazione allo Sviluppo - del Ministero della Salute e della C.R.I. Scopo del registro è mettere in contatto coloro che desiderano offrire la propria opera di volontari medici e paramedici con le organizzazioni ONG e ONLUS, che ne hanno bisogno.

**Gli operatori sanitari interessati ad iscriversi alla ONLUS tramite il sito: [www.medicinafrica.it](http://www.medicinafrica.it).**

**L'iscrizione sarà gratuita fino all'inizio del prossimo corso, che si terrà a Genova dal 17 al 20 giugno 2009.**

Il corso sarà articolato in una parte generale di informazione delle realtà africane, in una parte specifica riguardante l'autoprotezione, le malattie endemiche in Africa, la pratica specialistica nei PVS, l'etica del volontario e si chiuderà con un incontro con i rappresentanti di alcune ONG.

*Edoardo Berti Riboli*

PRESIDENTE MEDICI IN AFRICA ONLUS

**Medici in Africa Onlus – 340/7550809**  
**[medicinafrica@unige.it](mailto:medicinafrica@unige.it) – [www.medicinafrica.org](http://www.medicinafrica.org)**

Comunichiamo l'indirizzo del nuovo sito internet  
dell'Associazione Medici Fotografi Italiani:

**[www.amfi.it](http://www.amfi.it)**

Dal sito è possibile iscriversi gratuitamente e avere  
possibilità di essere aggiornati su tutte le iniziative in corso,  
proporre eventi ed esporre delle proprie opere.

*dr. Renato Corradi*  
SEGRETARIO AMFI

## SOSTITUZIONE MEZZI ANTINCENDIO PER SCADENZA REVISIONE E COLLAUDO

*Di seguito pubblichiamo l'offerta pervenutaci dalla Società SEPRIN per la sostituzione di tutti i mezzi che rientrano in questa operazione (fabbricati prima del 2003):*

**Costo per la fornitura, consegna e installazione comprensiva di ritiro e smaltimento dei vostri mezzi:**

Estintore a polvere da Kg. 6 omologato a Norme CE	€/cad.	85,60
Estintore ad Anidride carbonica da Kg. 5 omologato CE	€/cad.	177,36
Estintore ad anidride carbonica da Kg. 2 omologato CE	€/cad.	122,24

Nel caso gli estintori siano posizionati a terra, quindi non conformi alle disposizioni Normative, dovranno essere necessariamente installati a muro oppure appesi a piantane idonee, da noi fornite al costo di: €/cad. 54,40

### **Oggetto: MANUTENZIONE MEZZI ANTINCENDIO**

La Società opera direttamente presso la sede del cliente con l'impiego di personale qualificato e l'ausilio di officine mobili attrezzate per qualsiasi intervento di manutenzione ordinaria (verifica delle condizioni generali, lubrificazione, controllo e ingrassaggio delle parti meccaniche e verifica della pressione d'esercizio), e straordinaria (ricariche complete di qualsiasi tipo, anche ad alta pressione per estintori al CO<sub>2</sub>).

Qualora gli estintori fossero usati, sarà effettuato il ripristino dando tempestiva comunicazione per telefono o via fax.

La Società garantisce inoltre di mantenere inalterata l'omologazione, sia per i pezzi di ricambio che per le ricariche eseguite su qualsiasi tipo o marca di estintore e che tale servizio, è svolto in ottemperanza alle Norme UNI9994 e dal D.M.10 Marzo 1998.

**Per il contratto della manutenzione annuale, comprensiva di N° 2 controlli semestrali, di seguito si indica il costo che sarà applicato in merito al numero dei mezzi dislocati nei vari centri:**

per N°1 mezzi	€	68,00
per N°2 mezzi	€	82,00
per N°3 mezzi	€	92,00
per N°4 mezzi	€	110,00
per N°5 mezzi	€	124,00

Pagamenti: all'ordine

Costi al netto di IVA 20%

*Per eventuali chiarimenti  
contattare la SEPRIN S.a.S.  
Sig. Andrea Ganzaroli  
cell. 349-4735208  
oppure te. 0523-498905*

## IN BREVE

*a cura di Marco Perelli Ercolini*

### SLITTA L'EXTRAMOENIA ALLARGATA

E' stato approvato da parte del Senato un emendamento al Dl 154 che dispone lo slittamento del termine per l'esercizio della libera professione intramoenia in strutture esterne a quelle pubbliche.

La proroga si è resa necessaria per permettere il completamento delle strutture che dovrebbero rendere possibile lo svolgimento dell'attività privata dei medici all'interno degli ospedali, in scadenza a gennaio 2009. I medici potranno dunque continuare ad esercitare la libera professione in studi o altri spazi al di fuori degli ospedali sino al 31 gennaio 2010. L'adozione delle iniziative per adeguare le strutture pubbliche dovrà essere completata entro il 31 dicembre 2012.

Le modifiche sono state approvate con il parere positivo del Governo.

**Ricordiamo che entro il 30 novembre il medico dipendente del SSN deve esercitare mediante domanda alla propria Amministrazione la variazione d'opzione per l'eventuale esclusività o meno di rapporto con decorrenza del 1 gennaio 2009.**

### PERIZIA MEDICO LEGALE

*da Sole 24 ore - Risposta 4522*

**D** - Si può inserire del mod.730 la

fattura con IVA 20% emessa da un medico con la seguente descrizione della prestazione sanitaria: "Perizia medico legale".

Se si, in quale casella (codice)?

**R** - La risposta è affermativa: l'amministrazione finanziaria si era già espressa insenso favorevole con la circolare 95/E del 12 maggio 2000 (paragrafo 1.1.4). Tale tipologia di spesa potrà essere indicata al rigo E1 colonna 2.

### **Circolare Ministeriale - Ministero delle Finanze, 12 maggio 2000, n. 95/E**

*"Irpef - Videoconferenza modello 730/2000. Risposte a quesiti vari."*

### **1.1.4 Spese mediche per perizie medico legali - detraibilità**

**D.** *Le spese mediche sostenute per perizie medico legali sono detraibili?*

**R.** Sì, le spese mediche sostenute per perizie medico legali sono detraibili.

### **DIMINUITI I PRIMARI**

***Tra il 2005 e il 2007 aboliti  
557 primariati medici.***

La razionalizzazione della rete ospedaliera legata al miglioramento dei servizi, ma soprattutto al controllo della spesa, ha portato all'accorpamento in diverse aree funzionali di numerosi reparti e anche, in alcuni casi, alla loro soppressione per sottoutilizzo o



duplicazioni, con una riduzione media del 5,5% dei dirigenti di struttura complessa.

In crescita invece il numero di primari donna, che in controtendenza registrano nel biennio un aumento del 2.9%, e i dirigenti in esclusiva.

**MEDICI ATTENZIONE  
ALLA DISMISSIONE DI PC,  
CD e ALTRI  
SUPPORTI ELETTRONICI  
(come per es. i telefonini)**

Non si sa mai chi può sbirciare nella tua spazzatura elettronica. Per questo il Garante ha messo a punto una serie di indicazioni per evitare che, al momento di dismettere apparecchiature elettriche ed elettroniche (anzitutto pc, ma anche cd rom o dvd), rimangano in memoria nomi, indirizzi mail, rubriche telefoniche, foto, filmati, numero di conto bancario, dati personali in generale, anche di tipo sensibile come quelli sanitari, riferiti non solo all'utilizzatore, ma anche a terzi.

I privati cittadini, professionisti, ma anche aziende pubbliche che intendono dismettere il proprio "usato" o consegnarlo ai punti di raccolta per lo smaltimento debbono dunque preoccuparsi di cancellare in maniera definitiva - anche con l'aiuto degli stessi rivenditori o se proprio necessario di tecnici specializzati - i dati personali memorizzati.

Attenzione anche quando si danno in consegna per riparazioni o sostituzione di componenti.

**PRIVACY (con Dps)  
PIU' SEMPLICE**

Documento programmatico sicurezza (Dps) ridotto ai minimi termini e istruzioni ai dipendenti anche orali sulle misure di sicurezza privacy. Frequenza annuale (e non semestrale) per l'aggiornamento dei programmi antivirus e frequenza mensile (e non più settimanale) per il backup dei dati.

Sono queste le semplificazioni dell'allegato b) al Codice della privacy (disciplinare tecnico sulle misure minime di sicurezza) decisa dal Garante con il provvedimento 27 novembre 2008 pubblicate G.U. n.287 del 9 novembre 2008.

Il Garante ha così attuato l'articolo 29 del Dl 112/2008, introducendo modalità semplificate per l'applicazione delle misure minime di sicurezza previste dal codice della privacy.

**ALIQUOTA RIDOTTA  
PER GLI SPECIALIZZANDI**

A firma del Capo di Gabinetto Lucrezio Monticelli in data 18 dicembre 2008 è stato emesso un provvedimento che congela gli effetti della circolare INPS numero 88/2008 che imponeva per i medici in formazione specialistica l'aliquota impositiva piena per la previdenza nella gestione separata. Pertanto in attesa che il Ministero dell'Economia e delle Finanze si pronunciasse in merito per gli specializzandi è vigente l'aliquota contributiva ridotta in quanto assicurati presso altra forma di previdenza obbligatoria (ENPAM

quota A). Ricordiamo che proprio l'INPS in passato colla circolare 201 del 17 ottobre 1996 aveva dichiarato che i medici, pagando obbligatoriamente la quota fissa al Fondo generale, andavano addirittura ritenuti esclusi dal contributo all'INPS, cui sono tenuti coloro che esercitano un'attività professionale in maniera abituale anche se non esclusiva, in quanto i redditi di lavoro autonomo derivati dall'esercizio della professione (indipendentemente dal fatto che siano già assoggettati al contributo proporzionale della Quota "B") rientrano tra quelli assoggettati a un prelievo obbligatorio, sia pur determinato forfettariamente.

Pertanto le aliquote impositive sono: per il 2006 il 10% anziché il 18,20, per il 2007 il 16% anziché il 23,50-23,72, per il 2008 il 17% anziché il 24,72.

### **REPERIBILITA'**

La pronta reperibilità non può essere equiparata alla prestazione effettiva di attività di lavoro.

Nella specie il diritto in esame trova la sua fonte nell'articolo 49 del Dpr n. 333/1990, secondo cui «*qualora la pronta reperibilità cada in un giorno festivo, spetta un riposo compensativo senza riduzione del debito orario settimanale*».

In forza di tale disposizione il dipendente in servizio di pronta reperibilità in giorno festivo, che non abbia reso prestazione lavorativa, ha diritto a un giorno di riposo compensativo, ma non alla riduzione dell'orario di lavoro settimanale, con

la conseguenza che è tenuto a recuperare le ore lavorative del giorno di riposo distribuendole nell'arco della settimana.

*Cassazione sez. Lavoro del 19 novembre 2008 n.27477*

### **INFERMIERI IN ITALIA**

Secondo l'Ipasvi (Federazione nazionale Collegi Infermieri Professionali) e l'Ocse in Italia mancano almeno 60mila infermieri.

### **SPECIALIZZANDI e CONTRIBUTUZIONE INPS GESTIONE SEPARATA**

L'aliquota contributiva applicabile ai medici in formazione specialistica è quella "ridotta" e non quella "piena". Infatti il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - con una nota del 18 dicembre - ha disposto la sospensione dell'efficacia delle disposizioni contenute al punto 1) della circolare n. 88 del 1° ottobre 2008, concernenti i medici "specializzandi".

Pertanto le aliquote contributive restano quelle del 10% per il 2006, del 16% per il 2007, e del 17% per il 2008.

Dal punto di vista previdenziale, com'è noto, la gestione separata non è ricongiungibile ex legge 45/90, non essendo citata nell'elenco tassativo delle gestioni coinvolte.

E' invece totalizzabile, come previsto dall'art. 1, comma 1 del Decreto Legislativo 2 febbraio 2006, n. 42: «*...Tra le forme assicurative obbligatorie di cui al periodo*

*precedente sono altresì ricomprese la gestione separata di cui all'articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335, e il Fondo di previdenza del clero..."*.

Viene così riconosciuta la natura previdenziale del Fondo generale dell'ENPAM anche se non derivante da una contribuzione secondaria ad una prestazione lavorativa, come del resto ben riconosciuta a suo tempo quando colla circolare 201 del 17 ottobre 1996 aveva dichiarato che i medici, pagando obbligatoriamente la quota fissa al Fondo generale, andavano addirittura ritenuti esclusi dal contributo all'INPS, cui sono tenuti coloro che esercitano un'attività professionale in maniera abituale anche se non esclusiva, in quanto i redditi di lavoro autonomo derivati dall'esercizio della professione (indipendentemente dal fatto che siano già assoggettati al contributo proporzionale della Quota "B") rientrano tra quelli assoggettati a un prelievo obbligatorio, sia pur determinato forfettariamente.

Quindi, sul versante previdenziale, per gli specializzandi, va detto che i contributi versati alla Gestione Separata producono un trattamento autonomo, con il sistema contributivo, al compimento del 65° anno di età, solo in presenza di un'anzianità assicurativa di almeno 5 anni. Fortunatamente, le nuove norme (che continuano ad escludere la ricongiunzione onerosa) consentono invece la totalizzazione

gratuita di questi periodi, se sono pari almeno a 3 anni; così la maggior parte degli specializzandi ha la certezza che, all'atto del pensionamento, questi soldi non andranno perduti, anche se è lecito presumere che, con il sistema contributivo, la quota di pensione ad essi riconducibile resterà irrisoria.

### **MEDICI STRUTTURATI e SPECIALIZZANDI**

Molto spesso negli ospedali il medico in formazione specialistica viene incaricato a svolgere attività di istituto in sostituzione dello strutturato.

Riteniamo interessante uno studio sulla problematica del Dott. Mauro Di Fresco, Responsabile Affari Giuridici Sindacato Università UGL, pubblicato il 13 gennaio 2009 da La Previdenza, Osservatorio Giuridico Previdenziale.

### **RIFIUTO ALLE CURE**

*da Sole 24 ore*

Il paziente ha il pieno diritto di rifiutare interventi terapeutici indesiderati o contrari alle sue convinzioni religiose, ma solo a condizione di risolvere il contratto di cura e lasciare la struttura sanitaria; non può invece pretendere di rimanere ricoverato, di essere salvato ma di scegliere a sua discrezione le terapie cui sottoporsi, riducendo così i sanitari a meri esecutori delle sue determinazioni.

**Tribunale di Milano V sezione  
civile 14883/2008**

## LA CONVENZIONE E' UN TEST PER LE PENSIONI DEL FUTURO

L'attuale squasso del mondo economico avrà (e ha già) ripercussioni sul secondo pilastro della previdenza complementare. Non dovrebbe invece incidere più di tanto sulla previdenza obbligatoria. Che di suo appare abbastanza martoriata dalle varie riforme.

Il mugugno di pensionati e pensionandi per trattamenti sempre più bassi e, dall'altra parte, la preoccupazione degli amministratori per l'aumento dei pensionati a fronte di disponibilità in netto calo (non essendo stata attuata una capitalizzazione dei contributi versati) impongono serie riflessioni e la ricerca di impianti previdenziali che diano garanzie più certe nel post-lavorativo.

La concezione di una retribuzione secondo prestazioni e meritocrazia, e non più basata sugli scalini fissi e prestabiliti degli aumenti nella carriera, ha portato al sistema contributivo di calcolo della prestazione economica di pensione. Altra novità degli ultimi anni: la progressiva apertura della forbice tra ultima retribuzione e primo rateo di pensione (indice di sostituzione). Di fronte al gap tra le due cifre si è indotti a pensare che forme integrative risolverebbero in parte i problemi.

Ma mentre la pensione obbligatoria dà certezze in uscita, la pensione complementare, ancorata ai flussi del

mercato finanziario, non può garantire rendite certe.

Ergo, potrebbero essere interessati altri schemi di erogazione previdenziali nel post-lavorativo. Data una base minima di pensione, peraltro agganciata al reale potere di acquisto, ciascun lavoratore potrebbe modulare il suo trattamento futuro stabilendo un piano di versamenti contributivi, rivalutati annualmente a valore reale, con aliquote di prelievo dalla busta paga stabilite dello stesso lavoratore: esempio, 15 per cento base per tutti aumentabile ad opzione di 3, 6, 9, 12, 15 punti percentuali per blocchi almeno di 5 anni.

Inoltre, nella normativa italiana esiste un difetto "di fabbrica".

Oggi il fisco detassa i contributi, per gravare invece sul piano dell'accumulo contributivo e del trattamento di pensione. In prospettiva, sarebbe più solidaristica una fiscalizzazione in entrata - poichè nel pieno dell'attività lavorativa, il taglio operato dal fisco sarebbe meglio sopportato - per avere poi un'abolizione del balzello fiscale sulla pensione che nel tempo tende a prendere potere di acquisto a fronte dei bisogni che possono rendersi impellenti e dell'assenza di altre entrate per il "menage familiare", che di fatto si salva solo grazie ad eventuali risparmi progressivi.

Per aumentare la rendita della pensione Enpam nel Fondo della medicina generale e della pediatria di libera scelta, nel rinnovo degli

accordi della convenzione - entrato in questi giorni alla stretta finale - si parla appunto di poter operare con opzione volontaria una maggiorazione contributiva di 5 punti sull'aliquota, come avviene già per gli iscritti ad altre casse di previdenza: il medico potrebbe scegliere la linea della contribuzione

al 18 per cento oppure optare per una al 23 per cento, ovviamente con miglioramenti di pensione in proporzione alla maggiore aliquota contributiva. Staremo a vedere.

**Marco Perelli Ercolini**

*Presidente Federspev  
Regione Lombardia*

## *Norme principali per una coretta certificazione*

Vogliamo qui sottolineare alcuni punti di notevole importanza medico-legale in merito ai certificati:

- i certificati devono sempre essere redatti dopo costatazione diretta;
- la data deve sempre essere quella nella quale si effettua la costatazione oppure per alcuni peculiari casi, purchè comprovabili, quella in cui si rilasciano se si riferiscono a precedente e realmente eseguita prestazione, precisandone però la data di effettuazione;
- non possono quindi essere mai retro o postdatati;
- devono sempre corrispondere a verità ed essere compilati in modo chiaro e leggibile;
- l'eventuale precisazione della diagnosi dovrà tenere conto del

segreto professionale e delle vigenti norme di tutela della privacy per cui potrà essere indicata solo su espressa richiesta e dietro consenso, preferibilmente scritto, da parte del paziente. Si consiglia quindi in mancanza di assenso di usare la formula: "... affetto/a da forma morbosa...";

- la prognosi dichiarata, ovviamente s.c., deve sempre decorrere dalla data di rilascio e sarà pertanto:
  - con scadenza nei giorni seguenti nel caso di due o più giorni di malattia;
  - con scadenza nella stessa data di rilascio nel caso di un solo giorno di malattia;
  - ogni correzione deve sempre essere controfirmata.

*Bollettino dell'Ordine di Milano*

*Riceviamo dall'avv.to ANTONIO FUNARI e pubblichiamo  
ulteriori note di commento all'art.10 del nuovo  
Codice di Deontologia che integrano quello già pubblicato  
sul segreto professionale.*

## **SULL'ART. 10 DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO SEGRETO PROFESSIONALE**

Ho concluso il precedente articolo di commento sull'art. 10 del nuovo Codice Deontologico rilevando la maggiore severità della norma deontologica - che sancisce il divieto per il medico di astenersi dal testimoniare su fatti che formano oggetto del segreto professionale - rispetto alla norma penalistica che prevede non già il dovere, ma il diritto di astensione.

Ne discende che il medico che non eserciti tale diritto di astensione nel processo penale e che pur non essendo quindi obbligato a deporre renda ugualmente la sua testimonianza può essere sottoposto a procedimento disciplinare.

L'art. 201 C.P.P. prevede, a tutela del "segreto d'ufficio" l'obbligo dei pubblici ufficiali e degli incaricati di un pubblico servizio "di astenersi dal deporre su fatti conosciuti per ragioni del loro ufficio che devono rimanere segreti", ma fa "salvi i casi in cui hanno l'obbligo di riferirne all'autorità giudiziaria" a norma dell'art. 331 C.P.P.

Giova a questo proposito ricordare che i medici esercenti la libera attività professionale sono, a norma

dell'art. 359 C.P. "esercenti un servizio di pubblica necessità", ma molte categorie di medici rientrano invece nella nozione di "pubblico ufficiale" (art. 357 C.P.) ovvero nella nozione di "persona incaricata di pubblico servizio" (art. 358 C.P.).

La giurisprudenza ha identificato infatti in una delle due predette categorie, ad esempio, i medici ospedalieri, i medici esercenti per il Servizio Sanitario Nazionale, i consulenti tecnici, ecc. Per essi il segreto professionale acquista il carattere di segreto d'ufficio ed è quindi sottoposto alle particolari norme penalistiche che non solo escludono l'obbligo di astensione dalla deposizione, ma configurano piuttosto l'obbligo del referto (art. 334 C.P.P. e art. 365 C.P.).

A norma dell'art. 334 C.P.P. sussiste l'obbligo di inoltrare il referto entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al Pubblico Ministero. L'art. 365 C.P. fa carico non solo ai medici pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, ma a qualsiasi medico che abbia prestato la propria assistenza nei casi che possono presentare carattere di un



delitto per il quale si debba procedere d'ufficio di riferire senza ritardo all'Autorità Giudiziaria.

È importante tuttavia rilevare che tale norma che va sotto il titolo "omissione di referto" non si applica quando il "referto esporrebbe la persona a processo penale" (art. 365 C.P.).

Il Codice di Procedura Penale disciplina all'art. 200 la tutela del segreto professionale prevedendo, in coerenza con l'art. 351 C.P.P. che ho già citato nel precedente articolo, che i medici "non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragione del proprio ministero, ufficio o professione", ma fa salvi anch'esso i casi in cui essi hanno l'obbligo di riferirne all'Autorità Giudiziaria ai sensi degli artt. 331 e 334 C.P.P.

Particolari norme di legge tutelano l'obbligo del segreto in situazioni che la legge considera meritevoli di speciale tutela.

Ad esempio, la Legge del 4.5.1983 n. 184 ha vietato tassativamente di rilevare qualsiasi notizia atta a rintracciare un minore nei confronti del quale sia stata pronunciata adozione e prevede la pena della reclusione da sei mesi a tre anni se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio.

\* \* \* \* \*

Il testo dell'art. 10 del nuovo Codice Deontologico ha modificato il

vecchio art. 9 che al secondo comma recava testualmente:

*"la rilevazione **assume particolare gravità** quando ne derivi profitto, proprio o altrui, o nocumento della persona o di altri"*.

Esso è stato così sostituito:

*"l'inosservanza del segreto medico **costituisce mancanza grave** quando possa derivarne profitto proprio o altrui ovvero nocumento della persona assistita o di altri"*.

La modifica fra i due testi potrebbe far ritenere che l'inosservanza del segreto professionale costituisca mancanza grave soltanto quando vi sia profitto proprio o altrui e costituisca quindi una mancanza lieve negli altri casi.

Il vecchio testo comportava invece la gravità di qualsiasi violazione del segreto professionale definendo invece di "particolare gravità" la violazione comportante profitto proprio o altrui.

A confermare la maggiore severità della norma deontologica sul segreto professionale rispetto alla norma penale segnalo che l'art. 622 C.P. punisce la rilevazione del segreto professionale a condizione che essa sia avvenuta senza giusta causa, ovvero sia impiegata a proprio o altrui profitto e se dal fatto possa derivare nocumento.

Si tratta di una triplice condizione di punibilità che limita l'applicabilità in concreto della norma la quale inoltre prevede la procedibilità soltanto a querela di parte.

## ULTERIORE NOTA DI COMMENTO SULL'ART. 10 DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO SEGRETO PROFESSIONALE

In entrambi gli articoli di commento che ho dedicato all'art. 10 del nuovo Codice Deontologico ho concluso segnalando la maggiore severità delle norme deontologiche rispetto a quelle penali.

Torno sull'argomento per segnalare come tale differente rigorosità trovi riscontro proprio in pronunce sia del massimo Giudice di legittimità che del Giudice amministrativo.

La Corte di Cassazione Sezione seconda con la sentenza 1723 del 15.12.1961 assolse un medico al quale un paziente aveva richiesto un certificato sulle lesioni ai nervi ottici che aveva riportato in occasione di un infortunio.

Quel medico, essendo fiduciario di una Società di assicurazione, inviò quel certificato alla Compagnia dichiarando che la lesione al nervo ottico riportata dal paziente poteva derivare non solo dall'infortunio bensì anche da una infezione dalla quale il paziente era affetto.

Il paziente sparse querela contro il medico per violazione del segreto professionale, ma il Pretore mandò assolto il medico perché ritenne che egli avesse agito per giusta causa stante il suo rapporto fiduciario con la Società assicuratrice.

Il Tribunale in grado di appello confermò l'assoluzione del medico ritenendo che la Società assicuratrice avrebbe potuto accertare, attraverso indagini eseguite a mezzo di altri medici, la causa delle lesioni riportate dal paziente al nervo ottico.

Il paziente propose ricorso in Cassazione che confermò l'assoluzione del medico stabilendo le seguenti massime che pongono in evidenza la distinzione fra la scorrettezza professionale e quindi la mancanza deontologica (che sussisteva nella fattispecie) e gli estremi dell'illecito penale che invece non ricorrevano:

*“Se la condotta del medico può ritenersi **professionalmente scorretta**, per non aver egli informato il paziente del suo rapporto contrattuale con l'ente assicuratore invitandolo a farsi visitare e curare da altro medico, **mancano tuttavia gli estremi dell'illecito penale** ex art. 622 c.p., non essendo ingiusto il documento, cui era esposto il paziente, di non ricevere l'indennizzo che non gli spetti o di essere sottoposto a procedimento penale per la sua attività illecita. Né l'ingiustizia del documento può ravvisarsi nella possibilità che sia divulgata la notizia della malattia (nella specie: sifilide) con discredito del soggetto, perché l'azione del sanitario in proposito, essendosi limitata all'informativa dell'ente assicuratore, è nei limiti dell'uso di un diritto di ogni cittadino, qual è quello di impedire l'esecuzione di un reato; e l'obbligo del segreto professionale non comporta l'obbligo di occultare un reato”.*

Da questa sentenza della Corte di Cassazione risulta in tutta chiarezza che il medico avrebbe potuto essere perseguito disciplinarmente per la scorrettezza della sua condotta

avendo egli rivelato alla Società assicuratrice notizie che egli aveva appreso nell'ambito di un rapporto professionale con il cliente, ma non per questo era punibile penalmente potendo egli invocare la discriminante della giusta causa.

Altra sentenza di rilevante interesse sull'argomento è la n. 1009 del 10.7.1989 con la quale il TAR Lazio Sezione prima ter accolse il ricorso di un medico psichiatra contro le disposizioni della Regione e della USL che imponevano ai Dipartimenti di Salute Mentale l'obbligo di dare indicazioni e classificazioni sulle sindrome psichiatriche nonché sui disturbi e sulle devianze sessuali.

In quella sentenza il TAR affermò testualmente che doveva *“ritenersi legittimato il sanitario ad impugnare provvedimenti lesivi del diritto alla salute allorché la lesione si attui nell'ambito della relazione professionale fra l'utente ed esso sanitario o in occasione della stessa, in modo da incidere contemporaneamente sulla sfera personale dell'assistito e su quella propria del sanitario chiamato ad apprestare le sue cure”*.

Il TAR aggiunse queste testuali pronunce che sottolineano la particolare importanza della tutela del segreto medico sotto il profilo deontologico:

*Il medico, non soltanto viene a conoscere la patologia del soggetto affidato alle sue cure in ragione della propria potestà di diagnosticare, ma apprende o addirittura intuisce e comprende aspetti inerenti alla più intima sfera della persona, degli interessi, dei rapporti del paziente,*

*sicchè l'impegno alla riservatezza insito nel rapporto con l'assistito opera non soltanto nei confronti dell'ammalato, ma garantisce in assoluto la massima sicurezza circa l'esercizio stesso di un'attività medica che sia libera da sospetti e da riserve. Il segreto del medico è posto a salvaguardia della persona dell'utente dal giuramento di Ippocrate, dall'antico statuto della facoltà di medicina di Parigi, dall'attuale codice deontologico e costituisce un corollario dei fondamentali diritti civili, in funzione di un interesse pubblico che discende dai principi recepiti dalla Costituzione (fra cui principalmente il diritto alla salvaguardia della salute individuale, che non può attuarsi appieno se non nel rispetto del diritto alla riservatezza del malato e della sua dignità). E' agevole anche rilevare che l'esercizio medico viene ad investire interessi sociali che esorbitano l'ambito del rapporto medico-paziente e, per tale ragione - per la pubblica finalità cui si dirige - può venire condizionato da norme e imperativi che si pongono in contrasto con l'obbligo di segretezza e riservatezza. Esistono di ciò numerosi esempi nel nostro ordinamento: tutta una serie di atti liberano il medico dall'osservanza del segreto professionale, con finalità amministrative (artt. 20 e 138 R.D. 9 novembre 1939 n. 1238), penali (artt. 361, 362 e 365 Cod. pen.), sanitarie (artt. 103, 195, 254 T.U. L.S. 99; art. 11 L. 22 marzo 1978, n. 184; L. 25 luglio 1956, n. 837; art. 12 L. 2 dicembre 1975, n. 638; art. 96 L. 22 dicembre 1957, n. 685; D.P.R. 30 giugno*

1965, n. 1124) e previdenziali”. La sentenza del TAR così concludeva: “Nel sistema normativo della L. n. 833 la salute è certo riguardata come diritto dell’individuo e come interesse della collettività che può anche giustificare a pieno titolo la predisposizione di strumenti informativi utilizzabili ai fini di sorveglianza epidemiologica (art. 27 quinto comma) ma ciò deve comunque avvenire **nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana** (art. 1), nel cui ambito deve essere ricompreso il diritto del malato alla segretezza ed alla riservatezza e l’obbligo correlativo dell’operatore

al segreto medico dal quale non può essere sciolto in forza di un mero provvedimento amministrativo regionale, in difetto di una norma che attribuisca all’Autorità amministrativa in questione un siffatto potere”.

Segnalo infine che l’osservanza necessariamente puntuale e rigorosa del segreto professionale non può confondersi con il cosiddetto segretismo e cioè con il comportamento certamente riprovevole tenuto dal medico per esprimere le proprie diagnosi e prognosi con formule incomprensibili al paziente nella erronea opinione di aumentare con ciò il proprio prestigio.

## IL SEGRETO PROFESSIONALE E L’OBBLIGO DI DENUNCIA

Le notizie riguardanti attuali iniziative legislative volte a introdurre l’obbligo o comunque la possibilità per il medico di fornire segnalazioni alle Autorità competenti circa l’accesso di un paziente privo di permesso di soggiorno mi induce a integrare il commento sull’art. 10 del nuovo Codice Deontologico relativo al segreto professionale.

Giova anzitutto ricordare che l’art. 365 del Codice Penale nel testo tuttora in vigore reca testualmente: “*Chiunque, avendo nell’esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto pel quale si debba procedere d’ufficio, omette o ritarda di riferire all’Autorità indicata nell’articolo 361, è punito con la multa fino a euro 516.*

***Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale***”. Questa norma ha voluto espressamente garantire al paziente la possibilità di recarsi dal medico per ricevere le cure senza che il medico sia obbligato a inoltrare il referto laddove il referto stesso esporrebbe il paziente ad un procedimento penale.

Venendo al caso concreto, poiché le attuali iniziative legislative paiono rivolte alla introduzione del reato di immigrazione clandestina del quale sarebbe imputabile ogni cittadino extracomunitario sfornito del permesso di soggiorno, l’inoltro del referto o anche di una semplice comunicazione da parte medico circa l’accesso del paziente alle prestazioni curative esporrebbe quest’ultimo ad

un procedimento penale. Nell'attuale vigenza dell'art. 365 C.P. il medico può assistere ogni cittadino extracomunitario sfornito di permesso di soggiorno senza essere obbligato all'inoltro del referto. L'innovazione legislativa comporterebbe la sostanziale abolizione del secondo comma dell'art. 365 C.P. sopra riportato in quanto eliminerebbe la clausola che attualmente esonera il medico dall'obbligo del referto nei confronti di un paziente esposto al rischio di procedimento penale.

La norma che questa innovazione legislativa vorrebbe introdurre ha suscitato comprensibilmente ampi dibattiti perché è di tutta evidenza che la garanzia offerta dall'attuale testo dell'art. 365 C.P. è volta a consentire l'accesso alle cure sanitarie da parte di pazienti esposti a rischio di procedimento penale.

Qualora il paziente dovesse essere sottoposto al rischio di referti o di denunce per il solo fatto di essersi recato dal medico sarebbe comprensibilmente indotto a rinunciare alle cure piuttosto che subire un procedimento penale.

L'art. 10 del nuovo Codice Deontologico non ha espressamente riportato la norma sancita dal secondo comma dell'art. 365 Codice Penale avendola ovviamente ritenuta superflua stante la garanzia offerta dalla norma penale, ma ha in tutta chiarezza stabilito l'obbligo per medico di mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o di cui venga a conoscenza nell'esercizio della professione.

Nei precedenti commenti all'art. 10

abbiamo espresso la nostra preferenza per il testo dell'art. 9 del vecchio Codice Deontologico che imponeva al medico il silenzio anche sulle prestazioni da lui effettuate, ma in ogni caso l'attuale art. 10, accompagnato dal vigente testo del 365 C.P. fornisce sufficienti garanzie al paziente nella possibilità di accedere al medico senza rischi di procedibilità penale.

Di fronte alle iniziative legislative volte a sottrarre al paziente la garanzia offerta dal segreto professionale del medico diventano quanto mai attuali le sentenze che abbiamo citato nelle precedenti note di commento in quanto hanno sottolineato l'estrema importanza del segreto professionale del medico a tutela appunto di diritti fondamentali del paziente.

Il nostro Legislatore ha avuto due recenti occasioni per ribadire la tutela del segreto professionale a garanzia dei pazienti che accedono a cure sanitarie.

L'art. 95 della Legge n. 685 del 22.12.1975 sulla **disciplina degli stupefacenti** ha introdotto :

- al comma 3 l'espressa possibilità per i pazienti di beneficiare, a loro richiesta, dell'**anonimato** nei rapporti con i servizi, i presidi e le strutture delle USL nonché con i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale addetto o dipendente;
- al comma 6 il diritto dei pazienti a che la loro scheda sanitaria non contenga le generalità o altri dati che valgano alla loro identificazione;



- al comma 9 l'obbligo per la scheda sanitaria di prevedere un sistema di codifica atto a tutelare il diritto all'anonimato del paziente e ad evitare duplicazioni di carteggio.

L'art. 96 sempre della Legge n. 685/1975 ha stabilito testualmente *"l'esercente la professione medica che visita o assiste persona che fa uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope deve farne segnalazione al servizio pubblico per le tossicodipendenze competente per territorio.*

*La segnalazione avviene fermo restando l'obbligo dell'anonimato".*

L'art. 11 della Legge 180 del 13.5.1978 che ha radicalmente riformato la normativa sulle **malattie mentali** ha espressamente abrogato l'art. 717 del Codice Penale che invece sanciva *"l'obbligo di denuncia di malattia di mente o di grave infermità pubbliche pericolose"* ed ha nel contempo soppresso tutta un'altra serie di norme, ivi comprese quelle relative alla tenuta delle liste elettorali, ritenute incompatibili con la nuova disciplina introdotta da quella legge. Ho voluto ricordare queste specifiche norme che il nostro Legislatore ha adottato a garanzia del diritto del paziente ad usufruire delle cure senza possibili ripercussioni sul piano penalistico.

Credo si possa in tutta tranquillità affermare che agli extracomunitari sforniti del permesso di soggiorno debbano essere offerte garanzie sulla

possibilità di accesso alle cure sanitarie senza rischio di denuncia almeno pari a quelle che il nostro ordinamento dà ai malati di mente e ai tossicodipendenti.

Non si può nemmeno considerare accettabile la nuova disciplina per il fatto che essa preveda per i medici **non già l'obbligo, ma la possibilità** di inoltrare la denuncia. Tale possibilità, ove riconosciuta dalla legge, verrebbe ad infrangere direttamente il principio deontologico che vieta al medico di inoltrare qualsiasi denuncia del genere e verrebbe così a determinare una pericolosa divaricazione fra gli obblighi di denuncia o referto sanciti dal Codice Penale e il principio dell'assoluta tutela del segreto professionale sancito dal Codice Deontologico e convalidato da pronunce giurisprudenziali che abbiamo già ricordato.

Si determinerebbe a carico del medico l'alternativa fra due possibili procedimenti:

- quello penale per omessa denuncia all'Autorità competente;
- quello disciplinare qualora la denuncia fosse stata inoltrata.

Già questo sarebbe un inconveniente di notevole rilievo, ma il danno maggiore e immediato sarebbe subito dal paziente il quale si troverebbe nel drammatico dilemma di rinunciare alle cure ovvero di subire un procedimento penale che potrebbe sfociare nella espulsione.

*Avv. Antonio Funari*



*Gentili Colleghi*

*vi informiamo che l'ambulatorio che si occupa delle patologie respiratorie sonno-correlate è aperto al pubblico il **martedì e il giovedì dalle ore 14 alle ore 16.***

*Per evitare disagi ai pazienti, che continuano a pervenire al di fuori dei suddetti orari e quindi rimandati e riprenotati, si consiglia quanto segue:*

*i MMG che richiedono una visita pneumologica per sospetta patologia sonno correlata, devono specificare sulla richiesta SSN: **“visita specialistica pneumologica per sospetta patologia respiratoria sonno-correlata”***

*le farmacie prenotanti tale prestazione devono inserire la richiesta nell'apposita voce - già attivata - sull'apposito programma e non negli spazi riservati alle visite specialistiche pneumologiche del mattino.*

Dott.ssa Giovanna Garavaldi  
AUSL PIACENZA



**Centro Counseling Piacenza**

Via Lanza, 2, Piacenza

Tel.: 0523.755481

E-mail: [counseling@laricerca.net](mailto:counseling@laricerca.net)

**Orari di apertura:**

*dal Lunedì al Venerdì*

*dalle 15.00 alle 18.00*

**Responsabile:** Sergio Bernazzani

(Associazione "La Ricerca" ONLUS)

## PROFESSIONI DI AIUTO

Un intervento di counseling consiste in un processo di aiuto articolato in un numero ristretto di colloqui, volti a rispondere ad una domanda di aiuto posta da un cliente (individuo, coppia, famiglia o sottosistema familiare) in relazione a transizioni evolutive percepite come faticose o critiche.

Dall'aprile 2008 è attivo a Piacenza un nuovo servizio di ascolto e consulenza

*Chiunque fosse interessato a maggiori informazioni (o a materiale informativo), può rivolgersi direttamente presso la sede di via Lanza, 2.*

Abbiamo ricevuto e ben volentieri pubblichiamo dell'ex Primario del Centro Trasfusionale Dott. Lionello Spada, apprezzandone la simpaticissima e piacevole ironia il seguente articolo

## Unità Operativa Complessa: toh, chi si rivede!

“Unità Operativa Complessa”, una cosa di cui veramente si sentiva la mancanza; soprattutto da parte dei ministri del culto burocratese, in crisi forse di astinenza dopo aver già partorito questa originale creatura, fra le tante di questi ultimi anni in ambito ospedaliero.

Infatti - permettetemi una digressione - una volta in ospedale c'erano: il “reparto”, di cui era a capo il “primario” affiancato da un “aiuto” (medico esperto in grado di sostituirlo all'occorrenza) e da alcuni “assistenti”. Poi ogni secondario venne denominato aiuto. Ma questo non bastava, bisognava che tutti i medici diventassero uguali, cioè “dirigente medico”, anzi il primario, con la nuova qualifica (“dirigente medico di secondo livello”) veniva “tragicamente” confuso con l'assistente (“dirigente medico di secondo livello”). Poi, forse per rimediare, ma sempre alla disperata ricerca di tenere nell'oblio l'odiato primario, hanno partorito... “direttore”. Quando dunque per anni, per individuare il dirigente di un reparto ospedaliero bastava dire “primario”, e si capiva che mestiere faceva (troppo banale!) ora per dire la stessa cosa occorrono cinque parole: “direttore di unità operativa complessa”, più tutte le parole necessarie per spiegare a chi ti ascolta che non si tratta di un direttore di banca o direttore di sala in un ristorante. Quante parole e soldi spesi per la Sanità! Ma che non hanno accorciato di un giorno le liste di attesa. Ma veniamo all'oggi.

Non bisogna mai fermarsi con l'innovazione, e allora eccoti che ti scodellano nuovamente, anche nel

settore ambulatoriale, la magica soluzione dell'Unità Operativa Complessa. Struttura con competenza estesa a 30.000 pazienti. Per la città di Piacenza quindi tre maxistrutture (che sia la sindrome del Palazzo Uffici?) fra le quali verranno distribuiti i medici di famiglia - pardon di base - nelle quali visiteranno i propri pazienti invece che nel proprio ambulatorio. Praticamente progettano ora i organizzare una sorta di supermarket dell'assistenza medica con la fornitura al cliente/utente/paziente di prestazioni erogate in continuo dall'azienda, 24 ore su 24 (e la continuità terapeutica?) nell'ambito di una rigorosa programmazione che consenta la razionalizzazione di tutto il settore ambulatoriale con una maggiore apertura verso il sociale da parte del medico e la relativa stretta monitorizzazione dello stesso cioè del suo grado di condivisione e di partecipazione al progetto di offerta sanitaria al territorio...

Basta non ne posso più!

Ma dimenticavo una cosa. I medici (poverini) avranno bisogno di essere coordinati, indirizzati, aggiornati, assistiti da una figura... “apicale”.

Quindi in ogni UOC non potrà mancare certo un direttore (e magari anche un vice). Cioè su 270.000 abitanti una decina di poltrone magari sono garantite, Si fa un gran parlare della necessità di sfrondare la pubblica amministrazione, di diminuire la componente pubblica in ogni settore lavorativo, si dice: “più privato meno stato”, “bisogna affamare la bestia”.

Ma la bestia in Italia è dura a morire.

Lionello Spada

# IL COSIDDETTO OLIO 31

E' prassi dei Dottori parlar male  
della Farmacopea non Ufficiale,  
pensando che la Fitoterapia  
sia come in Religione l'Eresia,  
mille difetti in lei trovando ognuno  
ed invece di pregi mai nessuno.

Remar vo' invece contro l'uditorio,  
usando un tono un po' dissacratorio:  
perché io ne ho trovato almeno uno  
(e sarebbe il famoso Olio 31),  
che sollievo mi diede in ogni male,  
dal vomito all'Artrite Cervicale;  
guarigion non di certo ma sollievo,  
chè bisogno di questo almeno avevo.

Costituito di ben trentuno erbe,  
che per me rivelaronsi superbe,  
modificar mi ha fatto il vecchio detto,  
che afferma che "nessuno è mai perfetto"

.....  
con "niente non c'è mai proprio imperfetto"  
così che pur la Fitoterapia  
la benvenuta qualche volta sia!

*Gianfranco Chiappa*

Piacenza, 8 gennaio 2009

## “Le peculiarità sociali delle Medicine Non Convenzionali”

a cura di *Costantino Cipolla*

e *Paolo Roberti di Sarsina*

Prefazione di *Bruno Silvestrini*

Franco Angeli Edizioni 2009,

Collana “Salute e Società”,

sezione “Teoria e Metodologia”, pp. 256

€ 22,00



### IL DOTT. FLAVIO DELLA CROCE ALLA SUA SECONDA IMPORTANTE FATICA LETTERARIA

Della Croce dopo aver dato alle stampe nel 2006 il libro: “*Amare, educare, far vivere la speranza*”, ha ora edito un nuovo volume: “*Il padre prodigo*”.

Egli tratta il grosso problema dell’educazione, che deve essere impartita dal padre, detto da lui l’“*educatore degli educatori*”, argomento da lui ben sviscerato in quanto da lui ben conosciuto per i suoi studi sulla adolescenza.

Il volume è edito da Berti e la copertina è di Franco Corradini, che ha pure illustrato gli interni. Al colleda di Ziano il più caldo applauso e l’invito a proseguire nella sua preziosa opera, da parte del Presidente Miserotti e dai Redattori di Piacenza Sanitaria.

S.C.

#### SCUOLATAO

organizza un seminario per il **7 e 8 marzo 2009** di 12 ore sull’uso esterno delle erbe cinesi nelle ....

Per ulteriori informazioni e iscrizioni consultare il sito internet

**www.scuolatao.com** (sezione Master)

oppure contattare la Segreteria Scuolatao

tel. 0523623168 – 3466183551 e all’indirizzo email

**info@scuolatao.com**

**DR. GIANPIERO BRIGADA**

Ci ha lasciato ai primi di gennaio, dopo una malattia, portata con un grande spirito di sopportazione e dignità, il Dott. Gianpiero Brigada, Medico Condotta a Bobbio.

Laureato a Pavia nel 1968 fu prima Medico Condotta a Coli e poi definitivamente a Bobbio, in tutto 35 anni. Dotato di ben tre specialità, tutte attinenti alla sua attività: Igiene e Medicina Preventiva - Idrologia Medica e Clinica Termale - Anestesia Generale. Da sempre maggior esponente del Mondo Sanitario della Val Trebbia, con una sua presenza costante ad ogni Assemblea ordinistica e sindacale, dove la sua voce si levava autorevole. Dotato di notevoli capacità professionali e di una affettuosa comunicativa con i suoi pazienti, lascia in tutti un caro

ricordo, in particolare lo piange il Dott. Giovanni Pilla, Presidente del S.I.M.E.T. e Segretario dell'Intersindacale, suo carissimo amico, che riferisce che il Dott. Brigada della vita voleva vedere solo il lato positivo, mai quello negativo. Appassionato di viaggi, aveva percorso quasi tutto il mondo, anche per visitare importanti mostre artistiche all'estero, essendo appassionato di ogni forma espressiva.

Lascia la moglie Signora Maria Pia e la figlia Cecilia, avvocato a Pavia, che hanno posto in rilievo la sua profonda Fede religiosa, che gli è stata di conforto fino all'ultimo momento.

Alla Famiglia vanno le affettuose condoglianze del Presidente Miserotti, di tutti i Colleghi, specie i Condotti e della Redazione di Piacenza Sanitaria.

*Gianfranco Chiappa*

**DR.SSA ANTONIETTA MILANI**

E' mancata nello scorso dicembre la Dott.ssa Antonietta Milani, da sempre una delle figure più rappresentative del mondo laboratoristico sanitario piacentino a carattere privato.

Laureata a Parma nel 1951, si è specializzata in Anatomia Patologica e Tecnica di Laboratorio nel 1954.

Ha esordito presso l'ambulatorio INAM di via Cittadella, aprendo poi un proprio centro in Via Sopramuro, insieme alla Dott.ssa Gabriella Rangognini.

Lì ha sempre esercitato la sua professione fino agli ultimi giorni, conseguendo specie nei primi

tempi un grande afflusso di pazienti per lo specifico carattere privato della struttura.

Di carattere affabile, direi affettuoso, si era conquistata la più calda simpatia dei piacentini, che ricorrevano volentieri al suo laboratorio. Non aveva particolari hobbyes, ma solo una grande passione per la sua professione.

Al fratello Guido, già collega Otorino e decano dei Medici piacentini (avendo raggiunto la ragguardevole età di 95 anni) e ai parenti tutti, l'affettuoso cordoglio del Presidente Miserotti, dei Medici piacentini e di Piacenza Sanitaria.

*Gianfranco Chiappa*