

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

Notiziario bimestrale n. 5/6
Novembre - Dicembre 2010
Finito di stampare nel mese di Dicembre 2010

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

PIACENZA SANITARIA

2010



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

DIREZIONE, REDAZIONE
29121 Piacenza - Via San Marco, 27
Tel. 0523 323848 - Fax 0523 324979
e-mail: info@ordinemedici.piacenza.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

Paolo Bordignon

COMMISSIONE ODONTOIATRI

PRESIDENTE

Paolo Generali

COMPONENTI

Dario Inzani

Stefano Pavesi

Antonio Toscirci

Marco Zuffi

REDAZIONE

Direttore Responsabile

Giuseppe Miserotti

Capo Redattore

Giuseppina Dagradi

Redattori

Roberto Andreoli

Oreste Calatroni

Luigi Cavanna

Giovanni Dieci

Mauro Gandolfini

Paolo Generali

Dario Inzani

Giovanni Pilla

Carolina Prati

Maurizio Zampetti

STAMPA

Tipolitografia Pignacca

Via Boreca, 11/13 - 29121 Piacenza

Tel. 0523 482323

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

Piacenza SANITARIA

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

N. 5/6

NOVEMBRE - DICEMBRE 2010

2

PAGINA DEL PRESIDENTE

4

VITA ORDINISTICA

8

INFORMAZIONI

23

CORSI E CONVEGNI

31

FNOMCEO-ENPAM-ONAOSI

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.

ENPAM 2010: L'INIZIO DI UN NUOVO CORSO

L'ultimo week-end di novembre corrisponde tradizionalmente al Consiglio Nazionale dell'ENPAM. Si pone all'approvazione dell'Assemblea dei Presidenti d'Ordine sia il bilancio consuntivo che quello preventivo per l'anno successivo. Le recenti elezioni per il rinnovo del consiglio d'amministrazione hanno confermato la fiducia a molti dei colleghi che ne facevano già parte. Ad attirare una particolare attenzione da parte dei medici italiani nei confronti del nostro Ente di previdenza, vi sono alcuni temi di cui bisognerà tenere obbligatoriamente conto non solo nei prossimi anni ma anche nei decenni a venire.

Siamo in presenza di un progressivo invecchiamento della popolazione in un tempo di crisi economica senza precedenti; è in atto un cambiamento generazionale importante che ha preso corpo dopo un periodo forse impropriamente definito come "plethora medica". Vi è la reale possibilità che in futuro possa prodursi una carenza di medici. La seconda conferenza nazionale della

professione, in svolgimento mentre scrivo, pone all'attenzione della società civile alcune cifre che parlano da sole. Centoquindicimila medici, oggi compresi nella fascia di età tra i 51 e i 59 anni, ovvero il 38% della popolazione medica attiva, andranno in pensione nei prossimi 10-15 anni. Tra questi sono compresi il 48% dei medici occupati in regime di dipendenza dai servizi sanitari regionali e dall'Università, il 62% dei medici di medicina generale, il 58% dei pediatri di libera scelta, il 55% degli specialisti convenzionati interni. Al di là di una vera e propria emergenza formativa, vi è pertanto un serio problema di carattere previdenziale. Stiamo inoltre assistendo ad una progressiva femminilizzazione della professione tanto da poter parlare di una mutazione di "genere". Di fronte al rapido cambiamento di questi parametri occorrerà pensare ad una serie di misure adeguate non solo in senso di puro calcolo attuariale. Il neo Vice Presidente vicario dott. Oliveti con una dettagliata relazione ha sostenuto

la necessità di lavorare intorno ad un rinnovato statuto della Fondazione in modo da renderlo molto più aderente e funzionale rispetto alle nuove esigenze. Occorrerà ridisegnare la gestione dei fondi e ridefinire le aliquote contributive in una logica di ridefinizione del patto tra generazioni. Lo scopo dell'ENPAM rimane quello di garantire il massimo possibile di pensione per i medici, purché sostenibile dal sistema. E' necessario rivedere anche la comunicazione con gli iscritti migliorando le relazioni con i medici tutti, ma soprattutto con le nuove generazioni affinché sentano forte il legame di ap-

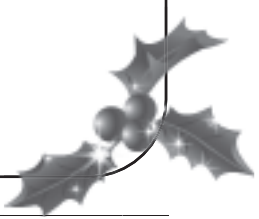
partenza al proprio ente previdenziale. Maggiore trasparenza e vicinanza anche con i medici meno giovani. Nei prossimi mesi i medici italiani saranno raggiunti dall'ENPAM in modo personale con l'invio di una "busta arancione" nella quale saranno descritti i dati relativi alla pensione maturata fino a quel momento. Sarà un modo nuovo e chiaro per poter mettere i medici in condizione di fare tutte le valutazioni utili ad una proficua programmazione del personale futuro previdenziale ed assistenziale.

GIUSEPPE MISEROTTI



AUGURI DI BUONE FESTE

*Il Presidente dr. Giuseppe Miserotti
e i componenti tutti del Consiglio Direttivo,
del Collegio dei Revisori dei Conti e della Commissione
per gli iscritti all'Albo Odontoiatri,
porgono i più vivi auguri di
Buon Natale e Felice Anno Nuovo
a tutti i Colleghi
e alle loro famiglie*



Ricordo di un amico: Gianfranco Chiappa

Scrivere di Gianfranco Chiappa dopo la sua scomparsa mi è difficile senza ricordare l'amicizia e la stima che mi legavano a lui da più di mezzo secolo, amicizia e stima che hanno avuto inizio con le comuni discussioni e lotte sindacali mediche, culminate nel 1954 nel primo sciopero nazionale dei medici indetto dal sindacato nazionale al quale per prima, ancora una volta Primogenita, aderì a Piacenza.

In quell'occasione fu un telegramma (usava ancora) a comunicare l'adesione di Piacenza, telegramma firmato da Riggio, Chiappa, Gatti, Braibanti.

Negli anni successivi, Chiappa divenne segretario del sindacato provinciale, mentre io entrai come segretario dell'Ordine dei Medici, allora presieduto da Ezio Castelli.

Poco più tardi, Chiappa, pur restando sempre alla guida del sindacato, entrò nel Consiglio dell'Ordine, fino a diventare Vicepresidente.

Nel frattempo, io ero diventato Presidente dell'Ordine, nel 1960.

Per venticinque anni è stato il mio alter ego, validissimo ed efficientissimo.

Nel corso di circa mezzo secolo, Chiappa ed io abbiamo potuto assistere all'evoluzione e alle mutazioni della medicina e della professione, e percorrere la strada difficile ed accidentata dei mutati rapporti tra medicina e società, tra medicina della malattia e medicina della salute, tra medicina privata, mutualistica e Servizio Sanitario Nazionale.

Ma in ogni momento la preoccupazione di Chiappa è stata sempre la difesa della dignità e della indipendenza della professione, la tutela del rapporto individuale medico-paziente, l'affermazione del medico come medico della persona, nella convinzione che l'assenza della professione fosse soprattutto nel contatto tra la persona che soffre e la persona che cura, al di là della riparazione della macchina per vivere.

A questi principi Chiappa, divenuto nel frattempo Presidente dell'Ordine da oltre dieci anni, si è sempre ispirato nella sua attività professionale e rappresentativa.

Ai suoi pazienti si è sempre dedicato come medico della persona con tutta l'amicizia, l'affetto e la sollecitudine, in una parola con tutta l'umanità, che è stata l'autentica ricchezza dell'anima di Gianfranco Chiappa.

Per questo i suoi pazienti gli hanno voluto bene, lo stesso bene che gli hanno voluto i Medici piacentini, dei quali, per oltre dieci anni, è stato Presidente. Io, che ho potuto seguirlo negli ultimi anni durante la lenta e faticosa discesa verso la fine, ho potuto vedere la sua forza di sopportazione, la sua serenità, la sua ostinata volontà a partecipare alla vita dell'Ordine, di cui era stato prima Presidente.

Io, come vecchio Presidente e oggi come l'ultimo degli iscritti, debbo dire che gli ho voluto bene per oltre sessant'anni.

Rino Riggio

MALATI ONCOLOGICI ED EMATOLOGICI IN TRATTAMENTO O MENO CON CHEMIOTERAPIA E' MEGLIO O NO VACCINARSI CONTRO L'INFLUENZA? LA RISPOSTA E' SI, MA VEDIAMO LE EVIDENZE SCIENTIFICHE.

Le dr.sse Patrizia Mordenti, Elisa Stroppa ed Elena Zaffignani del Dipartimento Oncologico dell'ASL di Piacenza hanno preparato una sintesi di una recentissima ricerca pubblicata quest'anno sulla prestigiosa rivista Journal Clinical Oncology da parte dei ricercatori (D.A. Pollyea, J.M.Y. Brown and S.J. Horning) della Stanford University.

Tutti gli anni, con l'arrivo della stagione invernale, i pazienti oncologici e i loro familiari domandando al loro oncologo-ematologo ed al medico di famiglia se e quando devono essere vaccinati per l'influenza stagionale. I CDC (Centers for Disease Control and Prevention) raccomandano la vaccinazione annuale per le fasce di popolazione a rischio come i professionisti sanitari, gli anziani e soggetti immunocompressi o con patologie croniche. Anche i pazienti affetti da neoplasia in corso di trattamento chemioterapico presentano un rischio aumentato di contrarre l'influenza e potrebbero anche presentare più complicanze ed un maggiore tasso di mortalità rispetto alla popolazione generale. Inoltre l'influenza potrebbe pro-

vocare un ritardo nella somministrazione della chemioterapia determinando così in un potenziale subottimale risposta dal punto di vista oncologico. Pertanto i CDC raccomandano la vaccinazione antinfluenzale anche nei pazienti oncologici.

Pazienti pediatrici oncoematologici

I pazienti pediatrici presentano un'incidenza più elevata ed tasso di morbilità e mortalità incrementati da virus dell'influenza se confrontati con la popolazione pediatrica sana. Inoltre, l'infezione virale in questa popolazione può portare ad un ritardo o a una interruzione del trattamento chemioterapico in più dell'80% dei casi. Molti ricercatori hanno osservato nelle loro ricerche che i pazienti pedia-

trici in corso di trattamento chemioterapico presentano solo una lieve riduzione della loro capacità di rispondere dal punto di vista immunologico alla vaccinazione antinfluenzale se confrontati con paziente che invece hanno completato il trattamento. Questi dati sono stati recentemente supportati da una Cochrane Review in cui sono stati analizzati nove trials clinici concludendo che, sebbene il vaccino antinfluenzale sia meno immunogenico nei pazienti pediatrici affetti da neoplasia rispetto ai controlli sani, ha comunque dimostrato efficacia e un eccellente profilo di tollerabilità. La vaccinazione in questi pazienti è pertanto raccomandata.

Pazienti adulti con tumori solidi

Diversi studi di pazienti con tumori solidi, affetti soprattutto da neoplasie del polmone e della mammella, hanno dimostrato la capacità di questi pazienti di sviluppare un'adeguata risposta immunologica e un ottimale titolo anticorpale se confrontati con soggetti sani. Pertanto, in considerazione della conservata capacità di questi pazienti di rispondere alla vaccinazione e della sicurezza di tale intervento, la maggior parte degli autori raccomanda la vaccinazione antinfluenzale per i pazienti in corso di

trattamento chemioterapico. E' stato inoltre osservato che i pazienti oncologici che vengono vaccinati presentano un tasso ridotto di mortalità e di morbilità per complicanze infettive.

Pazienti adulti con tumori ematologici

I regimi di trattamento immunosoppressivo ad ampio spettro e le nuove terapie biologiche (es. rituximab) hanno portato molti autori a chiedersi se esista effettivamente un beneficio e un rationale della vaccinazione in questa popolazione di pazienti. I pazienti affetti da mieloma multiplo e da linfoma non Hodgkin (LNH) in trattamento presentano una ridotta capacità di sviluppare la risposta immunologia nei confronti del vaccino rispetto ai soggetti sani o anche rispetto ai soggetti con neoplasia solida. Tuttavia è stato osservato che pazienti ematologici non in trattamento ottengono la stessa risposta anticorpale media nei confronti degli antigeni virali rispetto ai soggetti di controllo sani, suggerendo che la neoplasia di per sé non è responsabile del fallimento del vaccino rispetto al trattamento chemioterapico in corso. Il trapianto di cellule staminali ematopoietiche (HSCT) è un tipo di trattamento ormai comune e potenzial-

mente guaritivo, di consolidamento o di salvataggio, per i pazienti con neoplasia ematologica. Gli studi di immunogenicità del vaccino antinfluenzale in questa popolazione di pazienti sono limitati dalla mancanza di uniformità nel tempo della vaccinazione rispetto al tempo del trapianto così come dal ridotto numero di pazienti, in particolare per quei pazienti sottoposti a regimi di condizionamento a intensità ridotta, trapianti aploidentici e trapianti da sangue cordonale. Il tempo della vaccinazione in questi pazienti sembra essere cruciale; non c'è beneficio nella vaccinazione che viene effettuata entro i primi sei mesi dopo HSCT: un intervallo più lungo tra HSCT e immunizzazione correla con una migliore risposta immunologica. Tuttavia, se esiste un rischio maggiore di infezione influenzale, alcuni centri preferiscono somministrare la vaccinazione 3 o 4 mesi dopo HSCT in due somministrazioni anziché una sola. Nel complesso, la vaccinazione antinfluenzale in questa particolare popolazione è raccomandata.

Quando vaccinarsi se si è in trattamento chemioterapico?

In merito a questo argomento esistono pochi dati ed eterogenei: pertanto

esistono varie opinioni riguardanti il tempo ideale della vaccinazione incluse le raccomandazioni di vaccinare due settimane prima dell'inizio della chemioterapia, un mese dopo il completamento del trattamento chemioterapico o dopo che la conta dei globuli bianchi rientra a valori maggiori di $1000/\text{mm}^3$, due mesi dopo il completamento della chemioterapia o semplicemente prima della stagione influenzale. Per i pazienti che sono in fase di trattamento attivo, la vaccinazione viene raccomandata al time-point più lontano possibile dal trattamento durante il ciclo di chemioterapia.

Le dr.sse Mordenti, Stroppa e Zaffignani concludono prudentemente:

“Queste sono notizie basate su evidenze scientifiche e possono essere di utilità al paziente ed ai suoi familiari. Nella pratica, tuttavia si raccomanda sempre al singolo paziente prima di procedere alla vaccinazione di confrontarsi con il proprio medico di famiglia e con lo specialista oncologo o ematologo che conoscono bene la sua situazione clinica complessiva, comprensiva del numero dei globuli bianchi e di altri parametri utili”.

Prof. Luigi Cavanna

DEPOSITO DIPLOMA DI SPECIALITA' PRESSO GLI UFFICI DI SEGRETERIA

Si ricorda agli iscritti in possesso di diploma di specialità conseguito nel corso degli anni di volerne depositare una copia presso gli uffici di segreteria dell'Ordine, che provvederanno alla relativa registrazione sull'Albo e a computer. Quanto sopra, al fine di evitare spiacevoli disagi in caso di controllo da parte di altri Enti Pubblici.

REGISTRAZIONE NUOVA RESIDENZA ANAGRAFICA

Si fa presente agli iscritti che in caso di cambio di residenza anagrafica, è necessario compilare un modulo in carta semplice – in dotazione presso gli uffici di segreteria – con il quale si comunica la variazione di cui sopra, onde evitare spiacevoli disagi di consegna posta o cartelle esattoriali ad un indirizzo errato.

Si comunica che, a decorrere dal 1 gennaio 2011, la quota associativa al Club Medici è fissata in € 80,00, per i Soci ordinari, ed in € 50,00 per i medici iscritti alle Associazioni ed agli Ordini provinciali convenzionati.

L'OMCeO di Piacenza è convenzionato al Club Medici

CHIUSURA UFFICI PERIODO NATALIZIO

Si comunica che nel periodo natalizio gli Uffici di Segreteria dell'Ordine osserveranno il seguente orario:

Venerdì 24 dicembre 2010, venerdì 31 dicembre 2010 e venerdì 7 gennaio 2011 CHIUSO.

Da lunedì 27 dicembre 2010 a mercoledì 5 gennaio 2011 aperto dalle ore 9,00 alle ore 14,00 (tranne i giorni di chiusura totale).

Gli uffici riprenderanno l'orario regolare a far data da lunedì 10 gennaio 2011 (da lunedì a venerdì dalle ore 9,00 alle ore 14,00 e nei pomeriggi di lunedì e giovedì dalle 15,30 alle 17,30).

La dottoressa Eleonora Savi è stata recentemente eletta nel Consiglio Direttivo Nazionale dell'Associazione Allergologi Immunologi Territoriali Ospedalieri: AAITO

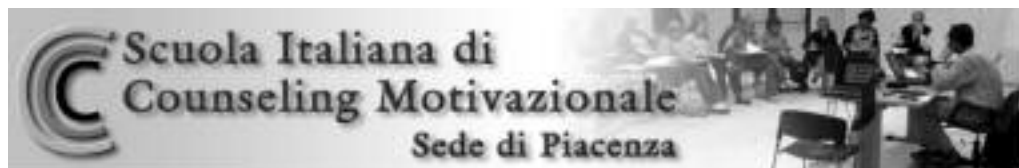
AAITO è una società scientifica che si cura della formazione e dell'aggiornamento permanente dei suoi Soci in rapporto stretto con i Medici di Medicina Generale e Specialisti di altre Discipline. Costruisce percorsi diagnostici terapeutici integrati, efficaci ed attenti al rapporto costi benefici, valorizzando un approccio globale al malato.

La Società Scientifica AAITO si pone come interlocutore privilegiato con il Ministero della Salute e gli Assessorati Regionali per il riconoscimento delle patologie allergiche e la gratuità di farmaci salvavita come l'Adrenalina Pronta e di farmaci im-

portanti come gli steroidi rinologici, e la immunoterapia specifica per la cura di queste patologie

Piacenza è stata scelta dal Direttivo Societario come sede del prossimo Congresso Nazionale che si terrà nei giorni 20 e 21 novembre 2011

Alla dottoressa Eleonora Savi, per questo importante riconoscimento, vanno i complimenti e le felicitazioni del Presidente e di tutto il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Piacenza



Nella pratica di tutti i giorni il **medico** affronta problemi sanitari per la cui risoluzione o il miglioramento è fondamentale la **partecipazione attiva dei suoi pazienti**. In questi casi è utile che il **paziente** sia stimolato a diventare **sogetto protagonista della propria cura**, piuttosto che oggetto passivo dell'agire professionale.

La cura delle malattie croniche e neoplastiche, la profilassi e la prevenzione, le attività riabilitative, le problematiche di salute mentale richiedono al medico **competenze relazionali** sempre più raffinate per **costruire e mantenere un'efficace alleanza terapeutica** finalizzata all'aumento **dell'adesione ai trattamenti e ai cambiamenti di stili di vita problematici**.

Il **Counseling Sanitario Motivazionale**, favorisce l'utilizzo di **strumenti e strategie** che, a partire dall'indecisione e dall'ambivalenza, sono utili a costruire un percorso orientato al superamento di difficoltà di adattamento e di cambiamento di stili di vita problematici anche per la tutela della salute.

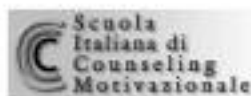
La Scuola Italiana di Counseling Motivazionale Sede di Piacenza

organizza
presso la sede
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Via S. Marco, 27

seminari gratuiti ad iscrizione di presentazione del Counseling Motivazionale

condotti dal
dr. Vitantonio Scagliusi, medico chirurgo, psichiatra
e dalla dott.ssa Stefania Venuti, assistente sanitaria specialista, art counselor

Le date delle presentazioni e la possibilità di iscriversi gratuitamente sono disponibili sul sito internet www.scuoladicounseling.it cliccando il link "Partecipa ai Seminari Gratuiti sul Counseling Motivazionale" scegliendo poi la data preferita



Via Benedettine, 64 - 29121 Piacenza
Tel. 0523.071727 - Fax 0523.070729

www.scuoladicounseling.it
E-mail: info@scuoladicounseling.it

IN BREVE

a cura di Marco Perelli Ercolini

CONTRIBUTI PREVIDENZIALI INEFFICACI

La manovra Tremonti (legge 122/2010) comporta uno scivolamento di 12 mesi dell'uscita per la pensione dei lavoratori dipendenti sia pubblici che privati. Di conseguenza chi matura i 40 anni di contributi percepirà il trattamento economico di pensione dopo un anno, avendo maturato un ulteriore anno di piena contribuzione previdenziale. Ma poiché i 40 anni sono l'anzianità massima contributiva, i contributi degli ulteriori 12 mesi sono inefficaci per ogni ulteriore miglioramento economico certamente nel sistema retributivo e rimane non ben definito se nel sistema contributivo andranno oppure no ad aumentare il montante su cui calcolare la pensione mediante l'applicazione dei coefficienti di trasformazione.

Ma la contribuzione previdenziale non dovrebbe essere strettamente correlata alla rispettiva prestazione facendo maturare non solo il diritto alla pensione, ma anche il quantum?

DALLA CASSAZIONE e TAR

Nell'orario il tempo per cambiarsi

E' orario di lavoro e di conseguenza computabile ai fini retributivi, l'intervallo temporale dedicato alla vestizione e svestizione per indossare

gli indumenti prescritti nel luogo di lavoro.

Corte di Cassazione sez.Lavoro - sentenza n. 19358 del 10 settembre 2010

PENSANDO ALLA PENSIONE - Spigolature

Ospedalieri: addio in silenzio al premio di servizio

Dal 1 gennaio 2011 addio al premio di servizio per gli ospedalieri. La manovra Tremonti senza nessuna protesta, in uno strano assoluto silenzio sindacale, ha trasformato a suo modo in trattamento di fine rapporto la vecchia buonuscita dei pubblici dipendenti e, in particolare, degli ospedalieri.

Addio dunque al vecchio premio di fine servizio, seppur con natura previdenziale assicurativa su base mutualistica.

Vengono tolti i vantaggi dell'indennità premio di servizio, ma non vengono però dati i vantaggi del Tfr: non più il calcolo dell'indennità sulle voci fisse e continuative della retribuzione degli ultimi 12 mesi, con le franchigie fiscali, ma una erogazione degli accantonamenti delle somme solamente rivalutate annualmente secondo il 75% dell'indice Istat di svalutazione monetaria con un aumento dell'1,5 su base annua.

Ed ecco allora una domanda: al lavoratore sarà abolita la trattenuta in ca-

so di Tfr come nell'impiego privato? Ne dubitiamo dato che già per i neo assunti dal 2000 esiste un Tfr, ma con trattenute sulla busta paga per la sua costituzione.

E agli effetti fiscali? Verrà scomputata annualmente l'imposta sostitutiva nella misura dell'11% sui rendimenti cioè sulle rivalutazioni operate (decreto legislativo 47/2000 e 168/2001)? Il Tfr sarà quindi soggetto ai fini fiscali per la sola quota capitale? E sulle eventuali somme versate forzosamente dal lavoratore verrà scorporato dall'imponibile la somma percentuale corrispondente all'aliquota versata dal dipendente come per l'indennità premio di servizio? (legge 154/88: l'ammontare netto delle indennità equipollenti al trattamento di fine rapporto, comunque denominate, alla cui formazione concorrono contributi previdenziali posti a carico dei lavoratori dipendenti e assimilati, è computato previa detrazione di una somma pari alla percentuale di tali indennità corrispondente al rapporto, alla data del collocamento a riposo o alla data in cui è maturato il diritto alla percezione, fra l'aliquota del contributo previdenziale posto a carico dei lavoratori dipendenti e assimilati e l'aliquota complessiva del contributo stesso versato all'ente, cassa o fondo di previdenza).

Ma, soprattutto, come mai il silenzio di tutti e nessuna obiezione sindacale?

MANOVRA TREMONTI MA NON PER TUTTI da Sole 24 ore

Nel cantiere di una manovra che ha

tagliato gli stipendi a dirigenti pubblici, professori e magistrati, congelando inoltre le buste paga del personale, e che ha chiesto un sacrificio anche ai parlamentari (bontà loro!), il contributo di sindaci assessori e consiglieri senza il decreto attuativo con le varie limature scaduti i termini rimane sulla carta.....

Per deputati e senatori, dunque, dal 1 gennaio rinuncia di circa mille euro al mese per i prossimi tre anni: nella busta paga di gennaio i senatori comunque troveranno 13.295 euro e i deputati 12.679 (cifre nette!). Per i ministri 16.620 euro lordi al mese, mentre per i sottosegretari 15.716.

Per ministri e sottosegretari non parlamentari la busta paga subirà un taglio più modesto rispetto ai colleghi parlamentari: a gennaio i ministri porteranno a casa 16.085 euro e i sottosegretari 15.272.

Infatti la riduzione del 10% si applicherebbe solo sulla retribuzione base (ministri 5.351 e sottosegretari 4.447) e non sull'indennità di 11.269 euro eguale per entrambi.

A fronte di queste cifre avranno il coraggio di congelare la perequazione automatica sulle pensioni, riducendole a debiti di valuta e non di valore, rendendo le pensioni di annata pensioni dannate?

ENPAM e manovra Tremonti

La manovra Tremonti non opera sulle pensioni ENPAM, fatta eccezione per le pensioni degli specialisti ambulatoriali ex convenzionati transitati alla dipendenza che hanno optato

per il mantenimento della posizione contributiva nel Fondo speciale EN-PAM, per i quali opera, in relazione ai requisiti per il diritto alla pensione e alla decorrenza della stessa, l'applicazione delle norme per i dipendenti pubblici.

Per quanto sopra nelle pensioni di anzianità non è richiesto il requisito previsto dalla normativa ENPAM dei 30 anni di laurea.

FEDERALISMO FISCALE, MA QUANTO MI COSTI?

Il federalismo fiscale non sarà indolente per il singolo contribuente.

Studi Uil hanno evidenziato che a regime nel 2015 le attuali aliquote regionali Irpef potrebbero comportare aumenti della addizionale di 226 euro medi annui per ogni contribuente cioè un +82,8%.

Per quanto riguarda lavoratori dipendenti e pensionati passerebbe dagli attuali 280 euro ai 498 medi annui.

Per i redditi compresi tra 15mila e 28mila euro su un lavoratore dipendente l'addizionale peserà mediamente 287 euro in più (+16,7%), su un pensionato 276 (+16,5%) e su un autonomo 445 euro (+150%). Per i redditi sopra i 28mila euro i lavoratori dipendenti verserebbero mediamente una maggiorazione di 864 euro, i pensionati 846 e i lavoratori autonomi 907 euro.

Ma queste sono medie.....pertanto per alcuni il federalismo fiscale potrebbe costare molto di più.

Tremonti dice: le tasse no debbono

aumentare...il fisco locale non deve aumentare.

Ma attenzione togliere alcune tasse, vedi l'Irap, andrà certamente ad incidere su altre voci e per i contribuenti inevitabilmente ci saranno maggiori tasse.

Una curiosità: con l'addizionale le regioni incassano 8,5 miliardi di euro di cui il 7,9 provengono dai redditi dei lavoratori dipendenti e pensionati (il 92,94% del totale del gettito).

Ma lavoratori dipendenti e pensionati sono così tanti e così ricchi?

PENSANDO ALLA PENSIONE - Spigolature

Ospedalieri addio al premio di fine servizio

Dal 1 gennaio 2011 per tutto il pubblico impiego, compresi dunque anche i medici pubblici dipendenti (ospedalieri), scompare il premio di servizio o la buonuscita e si passa al trattamento di fine rapporto (tfr), per fortuna in pro rata! cioè l'anzianità maturata sino al 31 dicembre 2010 sarà utile per un calcolo con le vecchie regole, quella a partire dal 1 gennaio 2011 per il tfr attraverso l'applicazione dell'aliquota del 6,91. L'Inpdap ha subito precisato che la normativa ha cambiato solo le regole della prestazione (in pejus!), ma non la natura. Pertanto le voci retributive ai fini dell'accantonamento rimangono le stesse e nulla cambia anche circa le modalità di finanziamento, rimanendo confermata l'entità del contributo e l'attuale ripartizione in

quota a carico del lavoratore e del datore di lavoro!!! Cioè si continua a pagare il contributo al contrario del lavoratore privato.

Dunque solo i lati negativi senza nessuno degli aspetti positivi del tfr.

A prescindere che il tfr rispetto all'indennità premio di fine servizio, specialmente nel tempo, sarà economicamente più penalizzante, si pensi come, oltre alle modalità di calcolo e di riferimento base, potrebbe scomparire la franchigia agli effetti imponibili Irpef, rimanendo invece le trattenute contributive per costituire la riserva matematica utile per l'erogazione della prestazione, contribuzione che invece nel privato è a totale carico del datore di lavoro essendo il tfr inteso come retribuzione differita....ma, attenzione, dovrà essere ben chiarito inoltre se secondo le regole generali entro i sei mesi il lavoratore dovrà esprimere la propria volontà in caso di scelta al mantenimento del tfr per evitare di entrare nel calderone delle previdenza complementare come è stato nel recente passato per i lavoratori dipendenti privati. Il silenzio infatti era stato considerato come assenso alla previdenza complementare.

Ovviamente, ma non troppo, per la frazione di contribuzione a carico dell'ospedaliero dovrebbe essere esclusa dall'imponibile fiscale la parte di tfr in relazione ai contributi versati dal lavoratore, nel caso dei medici ospedalieri il 40,98 per cento.

Viene precisato dall'Inpdap che in caso di riscatto, anche con domanda

inoltrata dopo il 31 dicembre 2010, rimane il riferimento al periodo temporale cui il riscatto si riferisce: se prima del 1 gennaio 2011 viene calcolato in conto trattamento di fine servizio, se dopo il 31 dicembre 2010 avrà l'effetto di trasformare i relativi periodi di retribuzione da accantonare unitamente a quelle calcolate in base alle modalità previste per il tfr. Ma attenzione: mentre per l'indennità premio di servizio gli arrotondamenti per frazioni di anno dell'anzianità contributiva vengono fatti col calcolo di meno di sei mesi eguale a zero e più di sei mesi come anno intero, in caso di tfr il calcolo è su base mensile, cioè le frazioni dell'ultimo anno saranno proporzionalmente ridotte e l'aliquota del 6,91% applicata alla retribuzione utile mensile con l'arrotondamento a mese intero delle frazioni di giorni oltre il 15esimo.

Grosso strale dunque questo provvedimento, sul quale c'è stato il più assoluto silenzio dei sindacati, come del resto già in passato, quando dal 2001 ogni nuova assunzione prevedeva il tfr pur continuando la contribuzione prevista per l'indennità premio di servizio.

TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO

Per il trattamento di fine rapporto è previsto un accantonamento pari alla retribuzione annua (per ciascun anno di servizio o frazione di anno) divisa per 13,5, pagato interamente dal datore di lavoro.

Per i lavoratori pubblici l'aliquota di computo è del 6,91 per cento cioè uno 0,50 per cento in meno rispetto a quella dei lavoratori privati (7,41 %) che hanno compresa la contribuzione a loro carico destinata al fondo di garanzia per il Tfr istituito presso l'INPS.

Per il pubblico dipendente la retribuzione utile contiene le stesse voci prese a calcolo del premio di servizio (ogni ulteriore modifica dovrà essere prevista nella contrattazione di comparto).

Le quote accantonate, con esclusione della quota maturata nell'anno, sono rivalutate al 31 dicembre di ogni anno, con la applicazione di un tasso costituito dall'1,5 % fisso più il 75 % dell'aumento dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati accertato dall'ISTAT, rispetto al mese di dicembre dell'anno precedente.

Dalle somme accantonate, figurativamente dall'INPDAP, viene scomputata annualmente l'imposta sostitutiva nella misura dell'11% sui rendimenti cioè sulle rivalutazioni operate (decreto legislativo 47/2000 e 168/2001).

Il Tfr sarà quindi assoggetto ai fini fiscali per la sola quota capitale senza la pregressa riduzione di euro 309,87 (600mila lire) per ogni anno.

INDENNITA' PREMIO DI SERVIZIO

Per il premio di servizio, pagato in

parte dal lavoratore (2,50 per cento) e in parte dal datore di lavoro (3,60 per cento), spetta invece al lavoratore un quindicesimo dell'80 per cento delle voci fisse e continuative della retribuzione degli ultimi 12 mesi per ogni anno di servizio effettivo o riscattato. Da questo imponibile vanno detratte le ritenute fiscali con un abbuono di €308,87 per ogni anno utile al calcolo del premio di servizio e lo sgravio dall'imponibile delle somme in relazione ai contributi versati e cioè di 40,98 per cento.

AUMENTI 2011

Pensioni minime

| | |
|--------------------|----------|
| pensione sociale | € 343,90 |
| assegno sociale | € 417,30 |
| trattamento minimo | € 467,43 |

Pensioni superiori al minimo (Inps e Inpdap)

Importi al dicembre 2010

Aumenti 2011

fino a 1.382,91 1,4% pari a 100%

Istat

da 1.382,92 a 2.304,85 1,26% pari a 90% Istat

da 2.304,86 1,05% pari a 75% Istat

I disturbi mentali oggi. In particolare sulla Depressione

Quale approccio internistico e neurologico ai disturbi mentali?

Se ne è parlato nell'aula Magna del seminario di Via Scalabrini nel Convegno dell'11 novembre 2010.

Relatori Carlo Mistraletti, Antonio e Manfredi Saginario, Piero Cristini.

Il presidente della società Medica chirurgica piacentina Carlo Mistraletti ha delineato tutte le malattie psichiatriche che interessano in particolare la Medicina Interna e il medico di famiglia. Quelle legate all'ansia, quelle in cui predominano i disturbi dell'umore, le somatoformi con tipiche somatizzazioni, le forme associate ad altre patologie (cardiache, tumorali, neurologiche, dismetaboliche), la schizofrenia, le forme collegate alla violenza e alla droga, oppure alla povertà e alla mancanza di dimora.

Dopo una panoramica dello psichiatra Antonio Saginario sulla diffusione delle malattie mentali e sull'interpretazione della depressione nei suoi aspetti biologici e farmacologici, come anche in quelli psicosociali, il neurologo e psichiatra parmigiano piacentino Manfredi

Sagarino ha descritto i meccanismi della Depressione; le sue manifestazioni cliniche, il decorso e la storia dei possibili trattamenti. Anche in relazione alle modificazioni dei neurotrasmettitori e della farmacogenomica.

Fra i nuovi approcci terapeutici sono da ricordare alcune molecole che agiscono su più recettori e prive o con scarsi effetti collaterali. Il primario emerito bergamasco Piero Cristini ha infine analizzato un insieme di problemi e comportamenti nella nostra società, cui la Medicina interna può dare risposte classiche ma ultimamente attente alle modificazioni ambientali e culturali. Rispondendo alle domande del pubblico su alcuni temi di fondo, si è ricordato che le emergenze ecologiche e politico sanitarie attuali erano state preconizzate dal libro profetico di Luigi Oreste Speciali negli anni '70 dal titolo: "L'uomo senza futuro"; da una medicina riumanizzata la speranza per sopravvivere, edizione Mursia, oggi introvabile.

E' seguito un interessante dibattito.



Il prof Plinio Richelmi Ordinario di Farmacologia,

*Direttore della Scuola di
Specializzazione in Idrologia Medica
Direttore del Master in Medicina
Termale*

Informa che per l'anno accademico 2010/2011 l'Università di Pavia propone un Master di 2° livello in Idrologia Medica e Medicina Termale in sostituzione della Scuola di Specializzazione

Il Master Universitario ha caratteristiche professionalizzanti ed ha come obiettivo la formazione di medici esperti nella valutazione dell'efficacia delle terapie ideologiche, nella gestione del paziente in ambito termale e nell'organizzazione medica delle strutture termali.

Il programma formativo comprende l'insegnamento e l'approfondimento delle seguenti discipline:

Igiene, Epidemiologia, Legislazione Sanitaria, Morfologia strutturale ed applicazioni dei mezzi per le cure termali.

Fisiopatologia e Clinica delle malattie di interesse termale e climatico, Terapie termali di interesse internistico e specialistico

Bioclimatologia, Medicina Sociale, Terme e Benessere

Strumenti informatici e Organizzazione termale

Il corpo docente è costituito dai professori universitari di Pavia e di altre Università ed esperti esterni e funzionari della Sanità Pubblica

Il Master ha validità europea e costituisce titolo per esenzione dai crediti ECM per l'anno del in cui si svolge

Le attività didattiche consentono la frequenza anche ai medici che lavorano

Le lezioni si terranno in parte presso le sedi delle Terme Convenzionate che forniranno pacchetti scontati per gli alberghi per i discenti e per gli accompagnatori.

Il Master permette un miglioramento delle opportunità di lavoro presso gli Stabilimenti Termali come Medico Termale e Direttore Sanitario, presso le Aziende Sanitarie ed aumenta la possibilità di attività libero professionale.

Requisiti per l'iscrizione: Laurea in Medicina e Chirurgia

Periodo di svolgimento marzo-dicembre 2011 al Master sono ammessi 30 candidati

Quota di iscrizione Euro 2500 .

Per il Bando e la presentazione delle domande consultare il sito:

www-3.unipv.it/labtime

La sede didattica :

Università degli Studi di Pavia,
Campus Universitario via Ferrata, 9
27100 Pavia

Tel 0382 986346 Fax 0382 986347

e-mail master

nicoletta.breda@unipv.it

Il programma preliminare può essere consultato presso la segreteria dell'Ordine dei Medici di Piacenza.

COMMENTO CONCLUSIVO ALL'ART. 13 DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

RESPONSABILITA' CIVILE E PENALE DEL MEDICO PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI

Concludo il commento all'art. 13 del Codice Deontologico con questo articolo dedicato interamente alla sentenza n. 10741 dell'11 maggio scorso della Corte di Cassazione Sezione terza civile.

Si tratta di una sentenza di particolare importanza perché, nel decidere sulla responsabilità dei medici per malformazioni causati da farmaci somministrati per favorire l'ovulazione, ha fissato criteri valevoli in via più generale per la responsabilità professionale medica.

La vicenda che ha dato origine al procedimento conclusosi con la sentenza della Corte di Cassazione prende le mosse dalla somministrazione di un farmaco contenente clomifene ad una donna per favorire l'ovulazione. Il bambino fin dalla nascita presentò gravissime malformazioni consistenti in ectrodattilia del tipo monodactylus agli arti superiori, lobster olge agli arti inferiori, ipospadia ed atresia anale.

I genitori del bambino in proprio e quali esercenti la patria potestà sul

bambino promossero in sede civile un giudizio di responsabilità.

Il procedimento si è sviluppato nel corso di vari anni sicché il bambino, divenuto maggiorenne, poté proseguire in nome proprio il giudizio assieme ai genitori.

Fu obiettivamente escluso che le malformazioni del bambino fossero di origine ereditaria e rimase quindi pacifico il fatto che esse erano dipese dalla somministrazione del medicinale volto a favorire l'ovulazione.

Il Tribunale dichiarò la responsabilità esclusiva del medico che aveva prescritto la somministrazione del medicinale e lo condannò al risarcimento del danno in favore del bambino e dei genitori.

La Corte d'Appello, dopo aver sospeso il pagamento del risarcimento per le somme eccedenti un determinato importo, confermò la pronuncia del Tribunale estendendo la condanna per la responsabilità anche ad altro medico della stessa struttura sanitaria che aveva avuto in cura la paziente prima e durante la gravidanza.

Il giudizio si è concluso con la sentenza della Corte di Cassazione che ha confermato le condanne già determinate dal Tribunale e dalla Corte d'Appello cogliendo l'occasione per fissare una serie di massime di rilevante interesse sul tema della responsabilità professionale medica.

La Corte di Cassazione ha anzitutto individuato la colpa dei medici che avevano prescritto il farmaco contenente clomifene nel non avere illustrato ai coniugi i rischi rappresentati dal farmaco prescritto e ciò non già per consentire loro il ricorso all'aborto terapeutico, ma per permettere di valutare a pieno la scelta di ricorrere o meno a quel farmaco per indurre l'ovulazione rendendoli consapevoli della possibilità, cui andavano incontro, della insorgenza di malformazioni nel feto.

Nel dare un così determinante rilievo alla necessità del consenso informato dei pazienti la Corte di Cassazione ha espressamente richiamato le norme fissate agli artt. 30 e 32 dal Codice Deontologico ora trasfuse negli artt. 33 e 35 del nuovo Codice attualmente in vigore ponendole in relazione all'art. 32 della Costituzione a norma del quale "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge" e all'art. 13 della Costituzione che garantisce la inviolabilità della libertà

con riferimento alla salvaguardia della propria salute e integrità fisica.

La Corte di Cassazione ha in particolare precisato che il consenso del paziente ha "come presupposto una attività di corretta informazione, sia nella fase antecedente che in quella di esecuzione del contratto".

La Corte di Cassazione ha preso in esame la limitazione stabilita dall'art. 2236 del Codice Civile che dispone che il professionista risponde solo per dolo e colpa grave nei casi in cui la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale gravità.

La Corte di Cassazione ha precisato che, neppure nei casi di particolare difficoltà, il medico può venir meno ai suoi obblighi di diligenza professionale e all'applicazione delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione.

La Corte di Cassazione si è poi soffermata ad esaminare i diversi principi che regolano la valutazione della responsabilità professionale in sede penale rispetto a quella civile soprattutto per quanto riguarda l'onere della prova.

La Corte di Cassazione ha così statuito:

"stante la diversità dei valori in gioco tra la responsabilità penale (in cui principale punto di riferimento per il legislatore è l'autore del reato, in relazione a fattispecie tipiche) e quella

civile (in cui il legislatore è di regola equidistante dalle parti contendenti, con particolari situazioni di tutela del danneggiato, e vige, per l'illecito aquiliano, la regola generale del *neminem laedere*), nel primo caso occorre che sia fornita la prova "oltre ogni ragionevole dubbio" (in tal senso l'ormai consolidato indirizzo della giurisprudenza penale di questa Corte) mentre in materia civile vige il diverso principio del "più probabile che non", ovvero della prevalenza probabilistica, rispetto alla (quasi) certezza".

Questa massima della Suprema Corte comporta che in sede civile sia maggiormente possibile che in sede penale l'affermazione della responsabilità del medico perché in sede civile è sufficiente dimostrare che è "più probabile" l'insorgenza di effetti negativi mentre in sede penale l'affermazione di colpevolezza deve avvenire "oltre ogni ragionevole dubbio".

La Corte di Cassazione ha affermato che alla responsabilità dell'Istituto di cura si associa quella del medico che vi opera e ciò testualmente perché "l'inserimento di un medico in una struttura pubblica o privata non lo esime certamente da responsabilità personale per l'opera professionale prestata ai pazienti, in considerazione del fatto che è proprio il me-

dico che valuta il caso del paziente, decide il programma terapeutico da attuare e ne controlla l'evolversi nel tempo".

La Corte di Cassazione ha dedicato una particolare motivazione alla dichiaratoria della insussistenza di un "diritto del bambino a non nascere se non sano" rispetto al sussistente "diritto del bambino a nascere sano". Quest'ultimo discende dal diritto di ogni persona a godere di una piena integrità psico-fisica, diritto che non può non essere riconosciuto anche al nascituro.

L'altro diritto e cioè quello "a non nascere se non sano" non sussiste secondo la precisa indicazione della Corte di Cassazione "perché, in base alla Legge n. 194 del 1978, sull'interruzione volontaria di gravidanza, e in particolare agli articoli 4 e 6 nonché all'articolo 7, comma 3, che prevedono la possibilità di interrompere la gravidanza nei soli casi in cui la sua prosecuzione o il parto comportino un grave pericolo per la salute o la vita della donna, deve escludersi nel nostro ordinamento il cosiddetto aborto eugenetico. Pertanto il concepito, poi nato, non potrà avvalersi del risarcimento del danno perché la madre non è stata posta nella condizione di praticare l'aborto; tale circostanza non è in contrasto con la tutela riconosciuta al nascituro, quale so-

speso giuridico, ed ai suoi interessi e non prospetta profili di incostituzionalità per quanto affermato anche dalla Corte Costituzionale, con la pronuncia n. 27/1975”.

Questa massima della Corte di Cassazione potrà dar luogo a ulteriori riflessioni della dottrina e della giurisprudenza anche perché la sentenza n. 27/1975 fu pronunciata dalla Corte Costituzionale tre anni prima della approvazione della Legge n. 194/1978.

Quella sentenza fu adottata dalla Corte Costituzionale per dichiarare l'illegittimità dell'art. 546 del Codice Penale nella parte in cui puniva chi cagionava l'aborto di donna consenziente e la donna stessa “anche qualora sia stata accertata la pericolosità della gravidanza per il benessere fisico o per l'equilibrio psichico della gestante, senza che ricorrano gli estremi dello stato di necessità di cui all'art. 54 del codice penale”.

La Corte Costituzionale osservò che l'art. 546 del Codice Penale esigeva non soltanto la gravità e l'assoluta inevitabilità del danno o del pericolo, ma anche la sua attualità, mentre il danno o il pericolo conseguente al protrarsi di una gravidanza non poteva essere previsto, ma non sempre era immediato.

La Corte Costituzionale concluse rilevando che l'intervento abortivo

anche nei casi leciti, doveva sempre “essere operato in modo che sia salvata, quando ciò sia possibile, la vita del feto”.

Peraltro, la Corte Costituzionale aveva rilevato che “l'interesse costituzionalmente protetto relativo al concepito può venire in collisione con altri beni che godano pur essi di tutela costituzionale”. Da ciò la necessità di contemperare l'interesse della salute della madre a quelli del concepito.

Nella premessa della sentenza la Corte rilevò che nel Codice Penale allora vigente l'aborto volontario era rubricato come “delitto contro l'integrità della stirpe” e che i lavori preparatori e la Relazione al Re che accompagnava il Codice stabiliva che il bene protetto era “l'interesse demografico dello Stato”.

La Corte Costituzionale dette con la sentenza n. 27/1975 il primo colpo alla disciplina dell'aborto risalente al Codice Penale del 1931.

La sentenza la Corte di Cassazione che qui ho commentato dimostra che non è affatto diminuita né tanto meno conclusa a partire dagli anni '70 (la sentenza n. 27 della Corte Costituzionale è del 1975 e la Legge n. 194 è del 1978) l'attenzione della giurisprudenza sulla necessità di tutelare adeguatamente i diritti della donna e quelli del concepito.

Avv. Antonio Funari

ULTERIORE COMMENTO ALL'ART. 14 DEL CODICE DEONTOLOGICO

PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Abbiamo concluso la precedente nota di commento sulle disposizioni impartite dal Ministero della Salute e dalla Conferenza Permanente Stato - Regioni in tema di sicurezza delle cure dando notizia delle disposizioni adottate congiuntamente dal Ministero della Salute e dalle Regioni attraverso la riunione della Conferenza Permanente Stato - Regioni del 20.3.2008.

Dobbiamo ora segnalare che, oltre che della sicurezza del paziente, quella Conferenza si occupò in modo molto articolato della gestione del rischio clinico.

Si tratta infatti di un fenomeno complementare e inscindibile rispetto a quello della sicurezza del paziente dal momento che quella sicurezza non può che realizzarsi attraverso la gestione e prevenzione del rischio clinico.

Il problema del rischio clinico congiuntamente a quello della sicurezza dei pazienti ha fatto oggetto di una proposta, elaborata dal Coordinamento interregionale della Sanità l'11.1.2008 e trasmessa al Ministero della Salute, posta a base

dei lavori della Conferenza Stato - Regioni che nella riunione del 20.3.2008 stabilì, fra l'altro, che il Comitato Paritetico di indirizzo previsto dal D.M. del 20.1.2007 assumesse la nuova denominazione di Comitato Strategico Nazionale per la gestione del rischio clinico.

A sua volta il Ministero della Salute ha elaborato un documento recante la "definizione di Governo Clinico" e i concreti provvedimenti per effettuare la "gestione del rischio clinico". Il Ministero ha segnalato come il concetto di governo clinico fosse stato introdotto in Inghilterra già alla fine degli anni '90 e poi fatto proprio anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha individuato nella qualità tecnica dei professionisti e nella efficienza nell'uso delle risorse gli strumenti più adeguati per la gestione del rischio clinico.

È attualmente all'esame della Camera dei Deputati - che nel periodo dal novembre 2008 all'ottobre 2009 le ha dedicato ben dodici sedute della propria Commissione Permanente Affari Sociali - una proposta di legge sui "Principi fondamentali in materia di

governo delle attività cliniche” che secondo l’art. 1 della proposta “consiste nella programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie”.

È interessante rilevare che tale proposta di legge affida il governo delle attività cliniche ai Collegi di Direzione delle Aziende sanitarie appositamente istituiti con il compito di formulare parere obbligatorio al Direttore Generale che è tenuto a seguire quel parere salvo a discostarsene con provvedimento motivato.

Gli operatori sanitari chiamati a far parte di tale Collegio di Direzione con i propri più qualificati rappresentanti assume quindi il compito e la responsabilità di concepire e realizzare le misure volte ad assicurare la migliore gestione del rischio clinico.

Del nuovo Collegio di Direzione al quale incombono questi poteri e queste responsabilità sono chiamati a far parte, oltre al Direttore Sanitario che lo presiede e al Direttore Amministrativo, i Direttori di Presidio e tutti i Direttori di Dipartimento nonché una componente elettiva costituita da tre Direttori di Unità Operativa complessa, da due Dirigenti primo livello, da un rappresentante del settore infermieristico, da un rappresentante del settore tecnico-sanitario e da un rappresentante dei medici convenzionati.

L’affidamento del governo delle atti-

vità cliniche e quindi della gestione del rischio clinico a un Organo così ampiamente rappresentativo dimostra come il Legislatore intenda chiamare la classe sanitaria nel suo complesso, e ovviamente in primo luogo i medici, alla gestione di un settore così delicato.

La composizione così ampia e articolata del Collegio di Direzione i cui componenti elettivi sono, in base alla stessa proposta di legge, designati dalle rispettive assemblee appositamente convocate è garanzia della democraticità e professionalità dell’Organo che sfugge quindi a logiche puramente politiche.

Ancora più importante è il fatto che la stessa proposta di legge abbia specificatamente preso in considerazione – per modificarlo significativamente – il sistema di selezione e di nomina dei primari finora caratterizzato dalla più ampia discrezionalità delle Aziende e causa, non ultima, della predominanza del potere politico.

È noto, infatti, come ai fini della nomina dei primari ospedalieri si è gradatamente passati dal sistema instaurato dalla Riforma Sanitaria del 1968, secondo cui per l’accesso al primariato occorreva acquisire l’idoneità nazionale attraverso un esame nazionale e poi acquisire l’idoneità in un concorso ospedaliero con prove scritta, pratica e orale, fino a giungere all’attuale sistema che, lungi dall’esigere il possesso della ido-

neità nazionale e lungi anche dal sottoporre il candidato a qualsiasi esame scritto, pratico e orale, affida a una Commissione di Esperti il compito di selezionare gli idonei senza la formazione di alcuna graduatoria e affida infine al Direttore Generale il potere assoluto di nominare il candidato da lui preferito.

Per giungere al migliore governo delle attività cliniche e quindi alla migliore gestione del rischio clinico la norma modifica in modo rilevante la regolamentazione per la nomina dei primari stabilendo alcuni paletti che ne devono garantire l'imparzialità ai fini della scelta del migliore.

La nuova norma prevede infatti che :

- della attribuzione degli incarichi debba darsi previo avviso da pubblicare sulla Gazzetta Ufficiale almeno tre mesi prima che il posto si renda vacante;

- la Commissione Esaminatrice delle domande sia presieduta dal Direttore Sanitario e composta da due dirigenti di struttura complessa individuati attraverso pubblico sorteggio nell'ambito dell'elenco regionale;

- della sede e dell'ora del sorteggio sia data comunicazione ai candidati con preavviso di almeno dieci giorni;

- la commissione presenti una terna dei candidati al Direttore Generale.

Secondo l'originario testo della norma il Direttore Generale era vinco-

lato alla nomina del primo classificato nella graduatoria formata dalla Commissione, ma, secondo l'ultimo testo modificato in sede parlamentare, egli conferisce l'incarico con provvedimento motivato che, proprio perché motivato, può quindi essere oggetto di ricorso alla Magistratura.

La proposta di legge dimostra così la stretta connessione che sussiste fra la gestione del governo clinico e la qualità degli operatori sanitari, in particolare dei medici, garantita attraverso un procedimento non politico, ma meritocratico.

L'attuale testo della proposta contiene una articolata descrizione dei criteri atti a garantire il migliore governo delle attività cliniche senza tuttavia fornire alcuna definizione del concetto di rischio clinico che è data per implicita.

Molto opportunamente l'art. 14 del nuovo Codice Deontologico parla di "prevenzione del rischio clinico" in quanto lo scopo della normativa in proposito è quello di limitare al massimo possibile l'insorgere e gli effetti di un rischio clinico.

La parola "rischio" sta di per sé stessa a identificare un evento non certo, ma probabile e che sia idoneo a produrre un danno eventuale.

Il rischio clinico può quindi identificarsi in un complesso di fattori, eventi o situazioni che, anche indipendentemente dall'errore dell'operatore e quindi per fenomeni a lui

non imputabili, possano produrre un danno al paziente venendo a incidere su quella sicurezza che con ogni efficace misura si vuole garantire.

Mi occuperò nella prossima nota di commento – sempre dedicata all’art. 14 – dell’errore come fattore del rischio clinico che può essere determinato anche da fattori del tutto diversi

In un articolo pubblicato nel giugno scorso su questa Rivista il Dott. Miserotti, Presidente dell’Ordine, poneva in evidenza alcuni fattori di rischio ai quali resta estraneo qualsiasi eventuale errore dell’operatore sanitario.

Il Dott. Miserotti citava, ad esempio, che i principi attivi che costituiscono i farmaci hanno effetti farmacologici che non sempre sono prevedibili e costanti.

Egli segnalava il rischio di aumentare gli effetti collaterali ipoteticamente insorgenti dalla somministrazione degli effetti del metabolismo o della interazione dei farmaci.

Egli auspicava che venisse stabilita una “modalità di contatto tra colleghi tramite strumenti efficaci e certi” e la proposta di legge volta in modo specifico al governo delle attività cliniche e i concreti suggerimenti forniti dal Ministero della Salute si propongono di realizzare quel sistema di informazione e monitoraggio auspicato dal Presidente dell’Ordine.

Il documento del Ministero della Salute ha dato infatti ampio rilievo allo scambio direzionale di informazione che dovrebbe avvenire fra operatori sanitari e pazienti, fra colleghi delle diverse figure professionali nonché all’esterno dell’organizzazione con altri istituzioni, servizi, ecc..

Il Ministero ha anche precisato che “l’organizzazione sanitaria deve garantire ai pazienti la possibilità di accedere allo staff medico per discutere la diagnosi, il trattamento e la prognosi relativa alla relativa alla specifica condizione clinica” e che all’atto della “dimissione ogni paziente deve essere consapevole della diagnosi e del tipo di terapia”.

Il Ministero ha raccomandato la raccolta e la conservazione della documentazione da parte del paziente e dell’organizzazione sanitaria e che ogni annotazione effettuata su qualsiasi documento concernente il paziente deve essere accompagnata dalla data, nome e firma del medico.

Da queste segnalazioni perché è evidente che alla consapevolezza della crescente importanza del ruolo del medico come fondamentale presidio della salute non solo individuale si accompagnino necessariamente impegni crescenti del medico stesso verso i suoi pazienti, verso i suoi colleghi e verso la collettività.

Avv. Antonio Funari

AMCI – Ord. Medici- Ass. Parco- FAI – Soc.MedChir. – Fond. S. Benedetto - MEIC – ISDE Italia

XII PERITI Day
La BIOETICA- la MEDICINA- l'ECOLOGIA - il NUCLEARE
“Puer-Senex”- 2010- 1920

Lunedì 27 dicembre 2010 – ore 9

Sala dei Teatini ex chiesa San Vincenzo - Via Scalabrini 9 - Piacenza
Ingresso libero

Saluti Presidente, Sindaci e Assessori P. Dosi e PP. Gallini - Preside A. Novarini

- *Introduzione* C. Mistraletti, G. Miserotti

Da Piacenza la soluzione della “guerra civile” bioeticapolitica tra tutela della VITA e libertà di SCELTA (perdurante nell'era postEnglaro!?).

- *La sostenibilità ambientale nell'Antropocene; le BASI ECOLOGICHE della sopravvivenza e della salvaguardia del pianeta (aspetti locali e dimensione globale).*

P.L. Viaroli

- *Come non consumare, bensì conservare e valorizzare il TERRITORIO, per noi e per i posteri.*

D. Ferrari e coll.

- *Dalle cure palliative in Italia alla soppressione dei diritti umani in Cina. Si possono regolamentare per LEGGE i grandi temi bioetici?*

M. Polledri e coll.

- *Il PO e la sua rinaturazione. Il sistema delle nostre ACQUE, simbolo e mezzo di benessere.*

G. Marchetti, C. Ghelfi, G.F. Scognamiglio

- *Origine e fine di una centrale NUCLEARE (e possibile rinascita !?). Tra energia, ambiente, salute.*

F. Callori, S. Lanza, R. Guerzoni, G. Bolla

Interventi preordinati di: F. Arisi, G. Bertoni, L.R. Capra, G. Degli Antoni, C. Ferrandi, A. Maffi, L. Muratori, F. Pugliese, A. Roversi, M. Sgroi

Ore 12 Discussione e Conclusioni

con M. Saginario et al.

Segreteria R. Cesena tel 338 9016554 - A. Speroni tel 335 7159171 - F. Periti tel. 0523 33061
www.piacenzamed.it - www.teleponte.tv - www.Piacenzasera.it



Periti, Zeveli e Mistraletti



*Associazione ScuolaTao si dedica all'insegnamento professionale della
Medicina Tradizionale Cinese*

Corso quadriennale di agopuntura e tecniche complementari

Il corso prevede l'apprendimento teorico e pratico dell'agopuntura e di molte altre tecniche che fanno parte della medicina cinese (stimolazione dei punti auricolari, elettroagopressione, moxibustione, etc). Fornisce un'ampia e diversificata conoscenza, utilizzabile a seconda della situazione del proprio cliente, delle proprie competenze ed abilitazioni professionali.

Medici e odontoiatri, iscritti al IV anno di agopuntura, possono conseguire il master universitario di II° livello "Integrazione tra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale", grazie alla collaborazione ScuolaTao e l'Università La Sapienza in Roma. Unitamente all'attestato di fine corso di ScuolaTao, riceveranno l'attestato del master universitario, che possiede valore legale di titolo nei concorsi pubblici.

Sede del corso: Bologna. Lezioni di 12 ore svolte durante i fine settimana

Durata del corso: 4 anni

Inizio corsi: 11 dicembre 2010

Ore di lezioni frontali nel quadriennio: 584

Pratica-tirocinio presso studi accreditati: minimo 32 ore

Per ulteriori informazioni e chiarimenti:

Segreteria ScuolaTao

0523180519 - 3466183551 - info@scuolatao.com - www.scuolatao.com

Entro il 55° Congresso nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria SIGG, che si terrà a Firenze a Palazzo Congressi dal 30 novembre al 4 dicembre 2010, dal titolo "Invecchiamento e Longevità: più geni o più ambiente?",

Venerdì 3 dicembre alle ore 20,30 a Palazzo Vecchio- Salone dei cinquecento, il dr Carlo Mistraretti ha tenuto una relazione sul tema: **"Volte della Gerontologia e Geriatria italiana: le Specialità e la Medicina Interna"**

**L'OBESITA' NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA:
ERRORE NUTRIZIONALE E FATTORE DI RISCHIO.
QUALE STRATEGIA DI PREVENZIONE?**

PIACENZA 19 Marzo 2011

Auditorium della Fondazione di Piacenza e Vigevano
Via Santa Eufemia n. 12

Registrazione partecipanti ore 8,30 - Inizio lavori: ore 9 - Fine lavori: ore 13

Presidente del Convegno: Dott Francesco Rasi Governatore del Distretto Lions 108 IB3
Moderatore: Dott Giovanni Fasani Coordinatore del Dipartimento della Salute Distretto 108 IB3

Saluti istituzionali

Dott. Francesco Rasi Governatore del Distretto Lion 108 IB3

Dott Giuseppe Miserotti Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Piacenza

Introduzione

Dott. Giovanni Fasani

- La funzione endocrina del tessuto adiposo - Relatore: Prof Filippo Rossi
- Fattori di rischio nell'obesità - Dott.ssa Sara Riboni
- Il ruolo dell'alimentazione nella prevenzione dell'obesità in età pediatrica - Relatore: Prof Giacomo Biasucci
- La depressione giovanile come fattore di rischio obesità - Relatore: Dott Stefano Mistura
- La prevenzione della cardiopatia ischemica : un problema pediatrico - Relatore: Dott. Loris Maj
- Il ruolo del pediatra di famiglia nella prevenzione e nella cura dell'obesità - Relatore: Dott. Giuseppe Gregori

Coffee Break

-Più movimento per la salute del cuore. Strategie di salute pubblica per il trattamento e la prevenzione dell'obesità infantile - Relatore : Dott.ssa Daniela Aschieri

-L'importanza della collaborazione scuola – famiglie- società per la formazione di stili di vita corretti nei bambini - Relatore: Roberto Lovattini . Insegnante della Scuola Primaria Caduti sul Lavoro

- Comunicazioni di massa ed educazione alla salute - Relatore: Dott Gaetano Rizzuto
- Conclusioni: Prof Giacomo Biasucci
- Chiusura: Dott Francesco Rasi Governatore del Distretto Lions 108Ib3

L'evento è in via di accreditamento ECM per Medici, Pediatri, Dietiste e Farmacisti. Le iscrizioni (gratuite) verranno accettate secondo l'ordine cronologico di arrivo e devono essere fatte inviando la richiesta al provider al seguente indirizzo e-mail è proteo@proteo-srl.it



FNOMCeO

*Il Presidente*FNOMCEO 10/12/10
RGP.0011119 2010
CI. 01.10.01/1**AGLI ORDINI PROVINCIALI DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI****E-mail**

OGGETTO: Corso fad blended "Governo clinico"

Cari amici,

come già preannunciato durante i lavori dell'ultimo Consiglio Nazionale la FNOMCeO mette a disposizione dei colleghi, medici e odontoiatri, un nuovo evento di formazione a distanza, proposto sulla piattaforma dedicata "**FadInMed**". Si tratta di un Corso fad- blended, gratuito, su tematiche attinenti il *Governo clinico* che prenderà il via il **15 dicembre** attraverso il Portale della FNOMCeO dove sarà disponibile il [link di accesso](#).

Promosso in collaborazione con il Ministero della Salute e IPASVI, il progetto complessivo di formazione a distanza sul GOVERNO CLINICO è articolato in tre step. Il primo, con il quale si parte il 15 dicembre, sulla RCA (Root Cause Analysis) prevede l'assegnazione di 12 crediti ECM. Seguirà, (probabilmente con inizio entro il mese di febbraio) un corso sull'Audit clinico, mentre l'ultimo step sarà dedicato al Governo clinico nella sua più ampia accezione.

Il corso sulla "Root Cause Analysis" è proposto inizialmente solo in modalità web, e nei prossimi mesi (*entro febbraio*) potrà essere attivato anche in forma "residenziale" a cura degli Ordini. A tal fine è in via di elaborazione il set di diapositive e i quiz da mettere a disposizione delle sedi provinciali.

E' nostra intenzione avviare, successivamente, anche la versione fad mediante formazione su volumetto inviato agli iscritti, contenente il test di valutazione da spedire per fax.

COME ACCEDERE ALLA PIATTAFORMA WEB

Accedere a FadInMed è semplice. La prima volta è **obbligatorio** passare dal sito della Federazione (www.fnomceo.it), dove si verrà riconosciuti e dal quale si arriverà direttamente alla scheda di registrazione sulla piattaforma tecnologica.

Compilata la scheda, si riceveranno direttamente alla propria e-mail le *password* per entrare nel programma. Da questo momento in poi si potrà accedere

direttamente alla piattaforma (www.fadinmed.it) senza più passare dal sito della Federazione.

L'accesso al corso, come detto, è semplice e una volta entrati (dopo aver inserito la propria *password*) basta cliccare su "**vai ai corsi**" o direttamente su **RCA-Root Cause Analysis** per svolgere le proprie attività formative.

Si ricorda che è fondamentale seguire l'iter propedeutico consigliato per affrontare le varie attività proposte nel percorso FAD.

Una volta terminato il corso si avrà la conferma del superamento direttamente dalla piattaforma. Stiamo lavorando per predisporre il format di intestazione e certificazione che insieme alla firma digitale di ciascun Presidente di Ordine potrà consentire al singolo professionista di scaricare e stampare il proprio attestato con i relativi crediti. Non è previsto un termine entro il quale concludere il percorso.

L'unica scadenza è quella relativa al periodo di validità online che è di un anno (entro tale data pertanto deve essere concluso). In caso di esito negativo si può di nuovo accedere al corso in qualunque momento senza alcun bisogno di re-iscrizione.

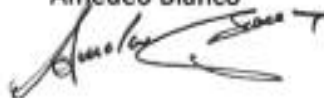
A conclusione di questa breve nota illustrativa permettetemi di ringraziare tutti coloro che hanno consentito, grazie al loro impegno e alla loro professionalità, di promuovere e realizzare questo importante evento di aggiornamento.

Ad iniziare dal dr. Alessandro Ghirardini referente del programma per il Ministero della Salute e dalle colleghe Rosetta Cardone ed Angela De Feo.

Un ringraziamento speciale ai referenti per la FNOMCeO, l'amico Luigi Conte che ha seguito passo dopo passo lo sviluppo del corso, nonché il Gruppo di monitoraggio del programma composto dai colleghi, Sergio Bovenga, dallo stesso Conte, da Luigi Arru, Roberto Stella e Valerio Bruccoli. Senza dimenticare l'ing. Matteo Cestari per la consulenza informatica e Sesto Francia responsabile, per la Federazione, del Corso.

Un sentito ringraziamento mi sento di rivolgerlo a tutti Voi amici e colleghi presidenti che avete accolto con grande entusiasmo questa nuova iniziativa, che vede coinvolta l'intera istituzione ordinistica su una tema di grande attualità come è quello del governo clinico.

Amedeo Bianco



POLIZZA SANITARIA

E' stata sottoscritta tra Enpam e Unisalute la nuova Convenzione 2011 per l'assistenza sanitaria integrativa. Sono previsti due Piani sanitari diversi: un Piano sanitario base per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi e un Piano sanitario integrativo per ulteriori interventi chirurgici ed altre prestazioni

ILLUSTRAZIONE SINTETICA DEI CONTENUTI

Il **Piano sanitario base** è aperto a tutti gli iscritti senza limiti di età e copre i "Grandi Interventi chirurgici" e i "Gravi Eventi Morbosi"

Il **Piano sanitario integrativo** è possibile solo per chi aderisce al Piano base ed è riservato a coloro che al 31/12/2010 non hanno ancora compiuto 80 anni. Prevede la copertura per i ricoveri per interventi chirurgici

ci diversi da "Grandi Interventi Chirurgici" (già coperti dal Piano sanitario base) e per i ricoveri senza intervento chirurgico diversi dai Gravi Eventi Morbosi (già coperti dal Piano sanitario base).

Vengono assicurate prestazioni in forma diretta, senza applicazione di scoperti o franchigie, per interventi chirurgici effettuati in Centri clinici convenzionati con Unisalute SpA ed effettuati da equipe mediche anch'esse convenzionate. Sono previsti rimborsi spese se gli interventi sono effettuati in strutture private non convenzionate: in questo caso l'assicurazione rimborsa le rette di degenza con indennizzo di €200,00 per ogni notte di ricovero e le altre spese con applicazione della franchigia del 30% ed il minimo non indennizzabile di 1000,00. Infine, se i ricoveri avvengono in strutture pubbliche senza alcuna richiesta di rimborso spese a carico della Compagnia, viene rimborsata una indennità sostitutiva di

120,00 per un massimo di 90 gg., per i ricoveri rientranti nel Piano sanitario base, e una indennità di 65,00 per ogni notte di ricovero per un massimo di 30 gg. in caso di ricovero rientrante nel piano sanitario integrativo.

I PREMI (DIFFERENZIATI PER FASCE DI ETÀ):

PIANO SANITARIO BASE UNDER 40 anni €170,00 OVER 40 anni €420,00

PIANO BASE+INTEGRATIVO UNDER 40 anni €85,00 (170+415) da 41 A 79anni €1090 (420+670)

applicazione di uno sconto del 5% sul premio se si aderisce con un familiare, del 10% con due familiari, del 20% con tre, del 25% con quattro o più familiari.

Il premio si articola, pertanto, per fasce di età, “under 40” o “over 40”

anni.

Per “under 40” anni si intendono coloro che al 31/12/2010 non hanno ancora compiuto 41 anni.

Non può aderire al piano integrativo chi ha compiuto 80 anni al 31/12/2010.

Il premio (sia per il piano base che per piano base più integrativo) prevede sconti per i nuclei familiari: il premio complessivo viene ridotto del 5% se l'assicurato aderisce per sé e un familiare, del 10% se aderisce per sé e due familiari; del 20% se aderisce per sé e tre familiari; del 25% se aderisce per sé e per 4 o più familiari.

Questa informativa sintetica riassume i due piani sanitari: prima dell'adesione è necessario leggere il testo integrale: www.enpam.it

Sul numero 10 della rivista il “Giornale della Previdenza” è stato pubblicato il testo dei Piani sanitari ed il modulo di adesione.