



MEDICO TRENTINO

marzo 2014
nuova serie - numero 5

ORGANO UFFICIALE
DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA
DI TRENTO

DIRETTORE responsabile
Alberto Folgheraiter

DIRETTORE editoriale
dott. Giuseppe Zumiani

COORDINATORE dell'edizione
dott. Fabrizio Zappaterra

CONSIGLIO DIRETTIVO
dott. Giuliano Brunori, dott.ssa Monica
Costantini, dott. Giulio Del Dot, dott. Mario
Virginio Di Risio, dott. Germano Fachinat,
dott. Fausto Fiorile, dott. Marco Ioppi,
dott.ssa Imelda Menghini, dott. Michele Motter,
dott. Carlo Pedrolli, dott. Silvano Piffer,
dott. Domenico Siccheri, dott. Fulvio Spagnoli,
dott. Maurizio Virdia, dott. Fabrizio Zappaterra,
dott. Mario Zuanni, dott. Giuseppe Zumiani

Editore: Ordine Medici Chirurghi
e Odontoiatri della provincia di Trento
Via V. Zambra, 16 - 38121 Trento

I Colleghi sono invitati a collaborare
alla realizzazione del Bollettino

CONTATTI:
Ordine: Tel. 0461 825094
Fax 0461 829360
e-mail: info@ordinemedicitn.org
Posta certificata:
segreteria.tn@pec.omceo.it
Odontoiatri:
presidenzacao.tn@pec.omceo.it

Medico Trentino
Bollettino d'informazione dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Trento
Reg. Trib di Trento n. 28 del 16/05/51
Stampa: Nuove Arti Grafiche s.c. - Trento
Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46)
art. 1 comma 2, DBC Trento
Anno LXII - N. 1/2014
Tassa pagata - Taxe parçue • Propr.:
Ordine dei Medici e Odontoiatri
della provincia di Trento

Medico Trentino

Bollettino d'informazione

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Trento

In questo numero

SCUOLA DI FORMAZIONE

2 Hanno vent'anni
i corsi per i medici
di Medicina Generale

3 Medicina Generale
Professione plurale

COLLEGHI PER SEMPRE

9 La morte a Rovereto
del dott. Corrado Belci

Il cordoglio di Rovereto
per la morte di Tonino
Lepore

10 Lutto a Villa Rendena
per Aldo Defranceschi

11 Dottori del sorriso:
Barbara Soini
Corrado Contro
Livio Sommadossi

ATTUALITÀ

12 Interruzioni
terapeutiche
di gravidanza dal 1999
al 2011

15 Intervento di cataratta
al Day Surgery
di Villa Igea a Trento

PROFESSIONE

16 Servono medici...
Non è vero! Bastano
infermieri specialisti

ODONTOIATRIA

17 Da un episodio di
cronaca un progetto
di prevenzione

18 Premio Pezcoller
a una ricercatrice USA

COMUNICAZIONI FNOMCeO

19 POS: pagamenti
elettronici per medici
e odontoiatri

20 Imposta da bollo sul
rilascio dei certificati

21 Indirizzi di posta
elettronica

Rimborso IRAP:
sentenza della
Cassazione

22 Pubblicità: l'Ordine
non può censurare
senza chiare
motivazioni

26 Informativa sulla
pubblicità
delle attività
libero-professionali

Patente di guida:
rinnovo telematico

29 Medici competenti
ciclo di aggiornamento

31 Quale colesterolemia?
Forse è opportuno
rivedere la nota 13

LA NOSTRA STORIA

33 Professione medica
e società in Trentino
nel XX secolo:
L'archivio dell'Ordine
dei Medici

35 La terapia del dolore:
un convegno presso
la sede dell'Ordine

Scuola di Formazione

Hanno vent'anni i corsi specifici per i medici di Medicina Generale

Dal 1994 anche in Italia per poter svolgere l'attività di medico di Medicina Generale per il SSN è necessario ottenere il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale, come avviene negli altri paesi dell'Unione Europea. Dal 1992 (anno nel quale è iniziato un biennio sperimentale) numerosi medici di Medicina Generale della provincia di Trento hanno collaborato alla gestione didattica del corso sia come docenti sia come tutor. Nell'agosto del 1999 il D.L. 368 istituisce e regola il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, in ottemperanza alle normative europee in materia, riaffermando l'attuazione alle Regioni e Province Autonome. Nella provincia di Trento, un accordo convenzionale tra PAT e Ordine dei Medici, stipulato nel 2000, attribuisce a quest'ultimo la quasi totalità della gestione organizzativa

e didattica del Corso. La struttura organizzativa scaturita dall'accordo convenzionale ha permesso di predisporre già dal 2000 un apposito programma didattico e culturale attingendo soprattutto alle risorse della medicina generale provinciale. Negli anni successivi tale programma si è evoluto confrontandosi con altre realtà formative nazionali ed estere e la Scuola ha assunto un ruolo di laboratorio e di interfaccia culturale fra Medicina Generale e Ospedale.

Nel 2013 il programma formativo della Formazione specifica in Medicina Generale della Scuola è stato approvato dalla Giunta della Provincia Autonoma di Trento. La didattica e l'insegnamento della scuola si ispirano ai principi definiti dall'organizzazione europea dei medici di medicina generale per i quali la Medicina Generale (Medicina di Famiglia) è una disciplina accademica e scientifi-

ca con propri contenuti educativi, con una propria specificità nel campo della ricerca, della EBM e dell'attività clinica ed è orientata alle cure primarie.

Negli ultimi anni la Scuola ha accresciuto il suo impegno nel campo della formazione continua dei medici di medicina generale e della ricerca, anche attraverso la nascita e lo sviluppo di numerose collaborazioni con l'APSS di Trento, l'Università ed Enti di ricerca.

Il particolare percorso della Formazione Specifica in Medicina Generale della provincia di Trento è stato possibile per il clima culturale e formativo che si è creato negli anni Novanta con iniziative specifiche formative orientate alla didattica rivolte alla medicina generale dalle istituzioni pubbliche (Azienda Sanitaria - ex USL - e Provincia Autonoma) e per gli articolati percorsi culturali e professionali di molti medici di Medicina Generale della Provincia sviluppatasi in ambito nazionale ed internazionale con esperienze nel campo della formazione e della didattica.

Sei un giovane medico o odontoiatra? La Fnomceo chiede la tua opinione

La laurea in Medicina offre ancora sbocchi professionali sicuri? E quella in Odontoiatria? E dopo quanto tempo un giovane professionista trova lavoro? L'occupazione è sempre all'altezza delle aspettative e delle vocazioni?

Per scattare un'istantanea che inquadri l'accesso al mondo del lavoro dei Medici e degli Odontoiatri, la Fnomceo, su proposta dell'Osservatorio Giovani professionisti – coordinato da Domenico Montemurro e Giulia Zonno – ha lanciato un'indagine conoscitiva, alla quale possono partecipare i laureati da non più di dieci anni.

Primo step, la compilazione di un **questionario** (<http://portale.fnomceo.it/questionario/iscrizione-questionario.html>), che è stato inviato via mail a un campione selezionato di medici e che è anche disponibile sul sito della Fnomceo.

Il giovane medico o odontoiatra dovrà iscriversi a questo link (<http://portale.fnomceo.it/questionario/index.php/551572/lang/it>) e, una volta ottenuta la password, compilare il questionario on line (tempo stimato: quindici - venti minuti).

I dati così ottenuti saranno elaborati dalla Commissione Giovani Professionisti, che sarà disponibile per informazioni e chiarimenti alla mail osservatoriogiovani@fnomceo.it.

Scuola di Formazione

Medicina Generale, professione plurale

Dott. Giuseppe Parisi

LEZIONE MAGISTRALE TENUTA IL 26 NOVEMBRE 2013
IN OCCASIONE DELL'INAUGURAZIONE DEL CORSO
TRIENNALE IN MEDICINA GENERALE 2013-2016

Ho abbracciato la professione di medico di Medicina Generale nel 1981 per mia scelta, perché mi sembrava una professione "singolare".

In trent'anni di lavoro ho assistito e sono stato protagonista di un cambiamento, anzi di una rivoluzione copernicana difficilmente descrivibile, che mi porta ora a definire ben diversamente il lavoro che sto svolgendo in questi ultimi anni di professione e che un giovane collega dovrà andare a svolgere: esso è oggi una professione "plurale" in un mondo plurale.

Non è un dato di fatto, è il risultato della mia analisi sulla base della mia esperienza e in controtendenza rispetto alla cultura, alle aspirazioni e alle idee della categoria.

Infatti ancora oggi la maggior parte dei colleghi considerano la professione al singolare e gli amministratori e i vari *stakeholder* pure.

È per questo che raccontando la mia vicenda professionale, il mio adattamento attivo al cambiamento, cercherò di spiegarvi perché sono arrivato oggi a proporre una definizione "plurale" della medicina generale,

Spero che tale definizione serva ai giovani futuri colleghi per capire meglio cosa sia la professione oggi, quali siano le opportunità e i limiti per il futuro.

Voglio mostrarvi come anche dal lavoro sul campo, "in trincea", possa venir prodotta conoscenza e

che tale sapere è forse quello più importante e utile per il futuro professionista.

LE CINQUE TRANSIZIONI

Paolo Pombeni, storico, afferma: "La nostra è un'età perno attorno a cui è ruotato il mondo, è un giro di boa da cui non si torna indietro. Si modificano i paradigmi - cambiano le nozioni di famiglia, di lavoro, di sessualità, di dovere civile, di identità - ma rimaniamo aggrappati alle vecchie certezze. Non vogliamo mollare i nostri modi di pensare, perché abbiamo paura che senza di loro saremmo nel vuoto. Al massimo cerchiamo di inquadrare il nuovo nei parametri del vecchio". Sta avvenendo una transizione, qualcosa di più forte di un progresso, qualcosa che cambia l'impostazione mentale degli individui.

Ciò sta succedendo anche nella nostra professione: i medici sgomenti spesso guardano indietro e utilizzano strumenti datati per far fronte al nuovo, invece di entrare nel nuovo e inventare nuovi strumenti.

Ho identificato cinque aree di grosso cambiamento che, secondo me, hanno condizionato pesantemente la pratica professionale.

Per prima cosa è cambiata la medicina: per la prima volta nella storia dell'umanità esiste la possibilità di curare con certezza di successo un buon numero di malattie a patto di riuscire a fare una diagnosi di cer-



Il dott. Giuseppe Parisi, componente del direttivo della scuola

tezza e scegliere correttamente tra le opzioni che si propongono. È necessaria una conoscenza esatta, certa e specialmente aggiornata, quindi solo in parte padroneggiata dal medico di medicina generale, che deve utilizzare spesso la conoscenza dettagliata dello specialista. Si tratta di una transizione da un lavoro ad alta incertezza, alta opacità del futuro e confini confusi tra i vari possibili esiti ad un lavoro a macchia di leopardo: zone che permangono ad alta opacità del futuro e incertezza, affiancate da zone in cui l'azione deve rispondere ad un sapere esatto, certo e aggiornato anche se l'esito presenta comunque l'incertezza. Sono cambiati gli strumenti per la diagnosi di certezza, è diminuito il primato della clinica tradizionale al letto del malato e aumentato il primato dell' imaging e degli esami strumentali. Di conseguenza è nata una "babele" di servizi.

La seconda transizione è relativa allo status di malato: quella che chiamo transizione da paziente "vuoto" a paziente "pieno". Da contenitore di segni e sintomi che



Da sin: la dott.ssa Berloff, il dott. Laurino e il dott. Ortolani, docenti della Scuola

soggiace all'entità della malattia, addirittura identificato con la malattia, si trasforma in un portatore di domanda complessa, di bisogno, di desiderio. È un paziente "intenzionato": infatti la maggior parte dei pazienti non "complianti" lo sono consapevolmente e deliberatamente, non per cattiva comunicazione da parte del medico, ignoranza, errore. Perfino il termine stesso di "paziente" è stato messo in discussione: è stato utilizzato inizialmente il termine utente, poi cliente ed infine cittadino. Questi termini sottendono che egli è portatore di diritti, non necessariamente malato, ma "soggetto di vita", rispetto al quale il professionista è chiamato ad agire.

La terza transizione si ha nella moltiplicazione degli *stakeholder* e nella forza delle richieste da essi presentate. Mentre negli anni Ottanta riuscivo facilmente a focalizzarmi sul paziente come portatore di interessi e gli altri attori rimanevano sullo sfondo, oggi devo tenere seriamente in conto una gamma di richieste di soggetti "altri" al paziente, dalle esigenze dell'Azienda per i Servizi Sanitari alle esigenze

ze delle associazioni di malati, alle osservazioni degli specialisti il cui sapere dettagliato mostra il limite delle conoscenze generaliste.

La quarta transizione è quella della ICT (*Information Communication Technology*). Essa è responsabile del fenomeno della conoscenza diffusa: il paziente diviene sempre più spesso padrone delle informazioni riguardo ai propri problemi, e talvolta riesce a diventare il nostro miglior consulente.

Ma l'ICT è responsabile anche di una transizione formidabile del rapporto che abbiamo con la comunicazione e con il tempo. L'idea che si fa strada è che il tempo reale non sia il tempo dell'attesa e dei ritmi biologici, ma sia l'immediato. La connessione multipla e permanente fa sì che non venga contemplata una latenza temporale nella comunicazione, e tanto più in sanità il servizio si situa nell'immediato.

L'ultima transizione è la pluriculturalità ambientale, su cui non mi soffermo perché è nota. Voglio solo osservare che abbiamo a che fare con etnie diverse ma anche con una maggior distanza culturale tra le generazioni.

La moltiplicazione di opzioni, di bisogni, di interessi, di canali comunicativi, di etnie, di culture, sono tutte transizioni che hanno come caratteristica comune appunto il passaggio dal singolare al plurale.

UNA SCELTA SINGOLARE

Perché la medicina generale nel 1981, quando ho iniziato a fare il medico di medicina generale mi sembrava "singolare"?

Per prima cosa perché volevo lavorare singolarmente, mi identificavo direttamente con il medico condotto, amico e compaesano, che lavora solo ed eroicamente.

Ma la professione mi pareva singolare anche perché mi permetteva di fare qualcosa di diverso.

I medici del tempo avevano la convinzione che gestire la relazione con il paziente fosse questione di attitudine: la gentilezza, l'umanità, erano un complemento benvenuto ma non strettamente necessario per un buon medico. Io invece pensavo, al contrario, che fosse un questione di tecnica e che si potesse apprendere. Stavo seguendo un percorso di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica e quindi volevo essere sì medico di medicina generale, ma diverso dagli altri: il mio obiettivo era di risolvere i problemi psicologici del paziente in modo consapevole, e non incidentalmente.

Balint, psicoanalista inglese, nel suo libro "Medico, paziente e malattia" del 1957 scrive che il farmaco comunemente più usato in medicina di famiglia è il medico stesso, che esercita una psicoterapia inconsapevole ai propri pazienti. Secondo Balint tutto ciò è consentito dalla particolare atmosfera della medicina generale, dove si stabilisce una relazione stretta tra due persone, e in cui il medico è il terapeuta, il curante, il principale se non unico riferimento per il paziente: in questo senso ambivo ad essere singolare, unico per i miei pazienti.

LA PRIMA APERTURA

Eccomi nel 1992, poco più di dieci anni dopo l'esordio: l'impatto della pratica in trincea, il paziente che comincia a rivelarsi nella sua "pienezza" mi aveva posto parecchi problemi.

Non solo il modello psicologico di approccio alla malattia era di difficile applicazione in quel contesto, ma non era sufficiente per descrivere compiutamente l'attività del medico.

Mi sentivo "di serie B", come si diceva ai tempi, e non "di serie A", come lo specialista ospedaliero o come lo psicoanalista. Cercai allora nuovi stimoli aprendomi alla letteratura anglosassone specifica della medicina generale: la prima apertura fu al concetto di orientamento al paziente, portato con forza da Ian Mac Whinney dell'università di North Ontario in Canada. Secondo questo autore il compito del medico è duplice: capire e gestire la malattia da un lato, e capire e gestire il paziente dall'altro. Il medico deve indirizzarsi alla diagnosi e contemporaneamente alla comprensione dell'esperienza che il paziente ha del suo disturbo, considerato nella sua valenza psicofisica. Il paziente, che si sente compreso nelle sue idee, aspettative e preoccupazioni, può uscire più soddisfatto dalla consultazione, e ciò è un fattore favorevole la compliance del paziente.

Un'altra riflessione di questi anni è quella sulla consultazione, che non viene considerata un supporto morto alla pratica clinica, bensì un sistema organizzato di elementi che sostengono la relazione professionale con le sue regole, la sua logica e anche, si potrebbe affermare, con una sua vita propria. La consultazione si può analizzare, si può mappare, si può valutare perché ha un esito: ci sono consultazioni buone e consultazioni cattive e ci sono i criteri per identificarle.

In questo periodo un altro concetto importante su cui faccio una riflessione congiunta con Fabrizio Valcanover, in uno scritto non pubblicato dall'ambizioso titolo "Verso un nuovo modello di analisi della relazione medico-paziente in medicina generale", è il "setting". In psicoterapia il setting è l'insieme delle regole del trattamento proposte dal terapeuta, che ha rapporti logici e non solo circostanziali con altri elementi del processo di terapia, e in termini latini è di fatto anche la cornice, il dominio, il luogo del rito del guaritore, ciò che rende possibile la cura, fino ad arrivare ad essere la definizione stessa di istituzione e di organizzazione. Fatte queste premesse, ci chiede-



Dott. Marco Clerici, responsabile formazione continua e ricerca

vamo cosa fosse il setting in medicina generale e concludevamo che esso coincide con l'organizzazione del lavoro che il medico si è dato. L'organizzazione non è casuale, ma è il concretizzarsi dell'idea di relazione terapeutica che ha il medico, si basa su esigenze istituzionali ma anche strategiche ben precise. Setting e comportamenti nella relazione sono due facce della stessa medaglia: l'atteggiamento del medico di fronte al malato e alla malattia. Il paziente si scontra, oppure

incontra queste regole e opportunità, vincoli e spazi.

Il setting quindi poteva essere la cerniera concettuale che univa l'approccio organizzativo con l'approccio relazionale e psicologico. In conclusione affermavamo che l'organizzazione del medico di medicina generale ha una valenza psicologica, è un potente strumento terapeutico. Per parafrasare Balint, oltre al medico, il farmaco più usato in medicina generale è l'organizzazione dell'ambulatorio.

IL SERVIZIO

Quindi negli anni Novanta per me l'organizzazione dell'ambulatorio veniva vista principalmente come un dispositivo che poteva rassicurare il paziente. Ma in quegli anni mi accorgo che organizzazione è anche l'offerta di un servizio. Il medico non è lì solo per diagnosticare e curare, ma per dare un servizio che riesca ad erogare queste competenze professionali, nel rispetto dell'accessibilità, delle esigenze del singolo, del comfort nell'attesa. È inutile essere medici eccellenti dal punto di vista delle conoscenze e delle capacità relazionali se poi quando un paziente ha bisogno di noi non può raggiungerci. La concettualizzazione veniva esemplificata dal "modello dei tre cerchi", che illustrava efficacemente come il medico di medicina generale agisca su tre aree di uguale dignità: quella antropologica, quella clinica e quella organizzativa. Valcanover ed io utilizzavamo il termine "antropologico" per segnalare che non è necessario essere psicologi per essere bravi medici, semplicemente è utile avere attenzione per gli aspetti umani, per gli affetti, le paure e i pensieri dei pazienti attorno al corpo e alla malattia, senza impegnarsi in concettualizzazioni psicologiche complesse. Inoltre, l'agire del medico per noi era ologrammatico, in



Il dott. Fulvio Spagnoli, responsabile dell'attività pratica ospedaliera, e il dott. Laurino

quanto ogni sua azione si declinava nelle tre aree contemporaneamente: ad esempio la visita medica ha valenza clinica ma anche rassicuratoria, situandosi quindi anche nell'area antropologica.

Ciò che è interessante di quegli anni è che il nostro entusiasmo per lo studio si traduceva anche nel nostro lavoro: oltre a studiare, mettevamo in pratica ciò che studiavamo. Abbiamo così organizzato il servizio del nostro ambulatorio costruendo nel tempo un'organizzazione flessibile sulla base della mediazione tra le esigenze dei medici e dei pazienti. La flessibilità ci permetteva di modificare in breve tempo l'assetto tenendo conto delle nuove esigenze che emergevano. Una organizzazione preparata a tavolino, seguendo criteri definiti a priori, con vincoli amministrativi che tendano ad omogeneizzare il lavoro, come oggi le Aziende tendono a fare, non potrebbe riuscire a essere così flessibile e attenta ad esigenze evolutive dei clienti.

Un esempio specifico è la risposta telefonica: dal 1981 al 1996 da un'unica linea telefonica siamo passati a due linee telefoniche per medico, una per il servizio di appuntamenti e l'altra per la chiamata diretta al professionista. Inoltre, nel 1996 ho istituito una finestra

temporale di due ore al giorno dedicata unicamente alla risposta a richieste dirette del paziente, venendo incontro alle nuove esigenze dei pazienti di utilizzare il telefono come mezzo di consultazione. Purtroppo per i medici, era venuto meno il primato della consultazione come unità di tempo e spazio imprescindibile per far lavorare l'expertise del professionista: grazie all'organizzazione flessibile l'avevamo subito captato mettendoci in condizioni di lavorare bene.

Un altro esempio di utilizzo astuto dell'ambulatorio su prenotazione, da me adottato fin dal 1994. Fa sorridere l'acquisizione semplicistica di questo strumento organizzativo da parte di molti colleghi: appena adottano il sistema di prenotazione tendono a non essere più rintracciabili per l'urgenza, e i tempi normali di attesa tendono ad allungarsi più di quello che sarebbe logico aspettarsi da un servizio di cura di primo livello. La prenotazione dovrebbe essere esattamente il contrario: un sistema di prioritizzazione della domanda che riesce a creare dei percorsi a diversa velocità permettendo in questo modo percorsi privilegiati per pazienti selezionati. Ai pazienti deve essere spiegato che la prenotazione

ne serve a dare la possibilità di una visita immediata a coloro i quali ne hanno bisogno.

La caratteristica del servizio in medicina generale è che è un primo livello di accesso per qualsiasi problema di salute: questa tensione universalistica non può essere compressa privilegiando velleitariamente una o l'altra area di pazienti liquidando come poco rilevanti certi problemi. Il medico di medicina generale, come era stato concepito nel disegnare il sistema sanitario nazionale, doveva risolvere con la consultazione o con l'invio al secondo livello ogni problema, e in questo stava la sua peculiarità.

Tale peculiarità con il cambiamento della medicina e l'importanza crescente della diagnosi di certezza diventa fondamentale: per far questo l'organizzazione basata su percorsi differenziati è importante. Si possono identificare tre grandi aree di problemi, e questo schema tra l'altro è stato alla base della costruzione del percorso triennale alla scuola di medicina generale di Trento: l'area del problema acuto, quella del problema cronico e quella dei problemi complessi. Per ciascuna di queste aree esiste un percorso ben preciso con una velocità di prestazioni e intensità di cura e attenzione definita. Uno dei sistemi per dare un buon servizio, è costruire l'organizzazione dal punto di vista del paziente, mettersi nei suoi panni e scoprire cosa può volere. Immaginiamo il signor A che ha il mal di pancia, il signor B che deve fare il controllo per il diabete e il signor C che deve essere visto con i famigliari per un colloquio riguardo ai problemi di alcool. In un sistema su prenotazione se questi signori invece di presentarsi in ambulatorio aderiscono al sistema e sono costretti a telefonare per avere la prenotazione, possono essere indirizzati con

successo ad una visita immediata o al massimo in giornata per il signor A, ad una visita entro pochi giorni per il signor B, e ad un colloquio lungo ma in giornata per il signor C.

Una conseguenza logica all'attenzione per il servizio è l'attenzione per la valutazione dello stesso. Nel 1996 ho ideato un processo di miglioramento continuo del servizio partendo dalla sua valutazione, e sono tutt'oggi convinto della sua fattibilità e importanza, anche se l'opinione della comunità professionale è ancor oggi diversa, osteggiando qualsiasi tentativo di valutazione delle propria pratica.

L'APERTURA ALLA COMPLESSITÀ

Siamo nel 2000 e sono passati quasi vent'anni da quando ho iniziato a lavorare. Ho superato il problema della fecondazione reciproca tra medicina generale e psicoanalisi, trovando nella cultura anglosassone riferimenti pragmatici alla gestione della malattia e dei problemi dei pazienti, e ho implementato un'organizzazione funzionante.

Ma dopo vent'anni la relazione con i pazienti comincia ad essere più distesa, nasce l'amicizia medica, gli affetti divengono importanti, e i fenomeni relazionali, silenziosi ma non per questo poco incisivi, da una parte aiutano, dall'altra ostacolano il lavoro del medico.

Per spiegare quello che succede ad un medico di medicina generale nella relazione di lunga durata con i suoi pazienti serve ancora una volta ritornare a mettere in discussione il proprio sapere e trovare altre forme di interpretazione. Nasce così per me una seconda fase di apertura alla complessità come visione del mondo, come pensiero, come approccio alla realtà che vede nella pluralità di modelli di lettura della realtà il modo miglio-

re per comprendere l'essere biologico, e come descrizione storica e contingente il processo di cura.

L'APERTURA INTEPROFESSIONALE

Una terza fase di apertura è quella interprofessionale del 2005.

Negli anni novanta avevo mutuo da Samir Stephanos, psicoanalista di Ulm, la sua teorizzazione sofisticata sulla "famiglia dei curanti", che evidenziava la funzione di contenimento dell'angoscia da parte di un team multiprofessionale sui pazienti gravi, e la auspicavo nella pratica sul territorio. Ma solo dopo la bella esperienza di lavoro in team con infermieri e colleghi nel servizio di cure palliative nei primi anni di questo secolo mi sono reso conto del valore aggiunto dell'interprofessionalità. Ho vissuto il cambiamento del lavoro sul territorio, dove la babele di servizi offre molti diversi operatori preparati a rispondere alle nuove esigenze assistenziali dei pazienti cronici. Di fatto mi sono trovato ad essere spodestato dal trono di guaritore, e ad essere uno dei professionisti in rete, un semplice nodo di una rete complessa, un centro di collegamento che deve confrontarsi continuamente con i saperi degli altri professionisti della salute. Ho dovuto quindi agire sì secondo scienza e coscienza, confrontarmi con il paziente, ma non solo: ho dovuto imparare a confrontarmi con altri professionisti. Mi sono reso conto del tempo e della fatica che ciò implica.

Quindi la visione ristretta alla relazione bipersonale tra medico e paziente che per il medico di medicina generale moderno era il nucleo strutturante di ogni accadimento di salute o malattia nel nostro secolo è venuta a cadere. Anche la consultazione non può essere definita come l'unità operativa centrale: essa è un momento, un pas-

so, in una rete organizzativa la cui influenza sul comportamento del paziente deve essere valutata nel suo insieme. Il paziente non viene generalmente curato da un solo sanitario e la relazione con il proprio medico di medicina generale, per quanto unica e dettata da "amicizia medica" non è la sola che il paziente intrattiene. Molto spesso, a seguito della consultazione, intraprende un percorso pensato e pianificato durante la consultazione stessa, che lo porta ad incontrare altre figure professionali o altri medici. Il percorso procede però con regole proprie, condizionando conseguentemente il successivo contatto con il medico al quale può imporre cambiamenti nella strategia di assistenza.

In questa rivoluzione si perde qualcosa ma si guadagna qualcos'altro. Sicuramente il medico perde l'illusione onnipotente della sua unicità di guaritore, perde la sua illusione di libertà curante, ma guadagna possibilità di confronto, piacere di essere in gruppo, confronto d'equipe nella presa di decisione. Ma i medici sono riluttanti a questo cambiamento: la rinuncia alla propria unicità di decisore non è poi tanto semplice. Significa perdere l'illusione del pensiero monotetico e ammettere che solo la pluralità garantisca l'apprensione del reale. In questa apertura al terzo millennio in cui il mondo occidentale non può più rincorrere una verità unica e una superiorità rispetto ad altre visioni e culture, e in cui il rispetto del pluralismo è condizione stessa della sua sopravvivenza, si devono prendere seriamente in considerazione le idee, le aspettative e le preoccupazioni dell'altro. Anche nell'assistenza territoriale di primo livello esiste un pluralismo di idee e culture. È un microcosmo che allude al macrocosmo multi-etnico della nostra società.

LA CENTRALITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE

Per vent'anni ho insegnato a gestire la consultazione nell'ambito del corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale e nell'ambito della formazione medica continua basandomi su modelli teorici riconosciuti e sulla mia esperienza di lavoro. Inizialmente vedevo come punto qualificante di una consultazione efficace l'orientamento al paziente, atteggiamento che nello specifico si manifesta con la capacità di ascolto e di focalizzazione dei problemi presentati dal paziente non limitatamente ai problemi di salute. In un secondo tempo però mi sono accorto che la difficoltà maggiore in medicina generale non sta tanto nell'apertura al paziente, favorita dal contesto stesso della pratica, quanto nella chiusura della consultazione con una decisione soddisfacente per il medico e per il paziente, chiara e documentata. Dal 1998 ho iniziato a presentare ai giovani colleghi e a mettere in pratica un modello di consultazione centrato sul processo decisionale, che oggi è quanto mai attuale perché esalta le competenze necessarie a gestire la *multiopzionalità clinica*, le opinioni del paziente fondate sull'informazione diffusa, il caos dei percorsi assistenziali nella babele dei servizi. Quest'anno nella scuola di Trento, per la prima volta, il corso sulla consultazione si integrerà con quello tenuto da Luca Pasolli sul metodo clinico e sarà centrato sulla gestione del processo decisionale.

LA SFIDA DEL TEMPO REALE

L'esigenza del servizio in tempo reale, cioè nell'immediato, non è un capriccio dei pazienti occidentali viziati, come qualcuno ama definirli, ma è una necessità culturale da cui non si può prescindere, piaccia o non piaccia.



La dott.ssa Maria Perlot, vicedirettrice della Scuola

Se fin dal 1996 mi era chiaro che un buon *triage* riusciva a garantire il servizio differenziato a seconda delle esigenze delle diverse tipologie di pazienti, dal 2005 in poi la sfida è stata come costruire una medicina di gruppo che potesse funzionare offrendo un servizio in tempo immediato, rispettando però le esigenze di equità, accessibilità e, per i medici, diritto ad avere spazio per pensare, oltre che diritto alla disconnessione.

L'idea era di superare la medicina di attesa in cui il medico prende in affitto un ambulatorio, scrive sulla porta gli orari e aspetta che i pazienti arrivino, e costruire una medicina "di connessione" in cui il medico è immerso nei dati dei suoi pazienti, gestisce e non si fa travolgere dallo tsunami delle informazioni. Per arrivare a questo il medico deve possedere un valido sistema di controllo e di monitoraggio dei percorsi dei pazienti. La consultazione diventa maggiormente una stazione del flusso informativo e meno luogo decisionale autonomo e slegato dal contesto, sempre più un passo nel percorso, sempre meno situazione diadica puntuale. Il buon *triage* che immette il paziente nel

percorso giusto che implica il giusto monitoraggio è determinante. L'impegno è poi nel recuperare i dati, integrarli nelle cartelle cliniche, chiamare e richiamare i malati. La qualità del servizio migliora a patto che il paziente sia inserito nel percorso corretto che garantisce l'intensità di assistenza corretta per la sua situazione. Il carico di lavoro aumenta esponenzialmente e deve essere riconosciuto.

Io questa sfida l'ho accettata ma la soluzione organizzativa specifica è la sfida che spetta ai futuri medici di medicina generale.

LA PROFESSIONE OGGI

Per quanto riguarda la mia generazione, io vedo che ancora troppi colleghi medici di medicina generale sono stati arroccati per trent'anni sulle posizioni iniziali e non hanno perseguito alcuna innovazione. L'ambulatorio è organizzato con criteri spesso lontani dal concetto di servizio e funzionali al mondo di trent'anni fa, spesso ritengono che la buona relazione con il paziente sia semplicemente il risultato di un'attitudine innata invece di una conquista alla quale si arriva anche mediante l'apprendimento di tecniche relazionali e comunicative. L'idea di essere di "serie B" è rimasta, a mio avviso, invariata: troppo spesso ci si vergogna a presentare la propria pratica, si invidia chi ne parla, non si scrive, non si documenta. Non si tiene conto del cambiamento intercorso in questi anni e ci si comporta come la multiopzionalità clinica non esistesse e come la richiesta della diagnosi certa fosse un capriccio del paziente e non l'esito di un processo irreversibile in seno alla medicina. Anche il rapporto con i colleghi ospedalieri o con le altre professioni è improntato al sospetto e alla paura. L'idea di molti colleghi non è che il medico di medicina generale sia un nodo in una

rete, ma che debba essere il centro della rete, senza pensare che tale posizione non è invidiabile, visto che è lì che finisce la preda. Ancora è presente quest'immagine della centralità, o meglio dell'auto-centratura che prepotentemente reclama un potere decisionale autonomo che non è più proponibile nella medicina attuale.

LE SFIDE DEL DOMANI

Mi auguro che i medici di domani riescano a costruire autonomamente la loro organizzazione flessibile del servizio, che è uno strumento di cura e non deve essere lasciato costruire ad altri. Inoltre riuscire ad erogarlo a diverse velocità e diverse intensità di intervento, attraverso un *triage* di buona qualità, effettuato da personale sanitario, e una buona gestione dei percorsi dei pazienti.

Per quanto riguarda il lavoro in consultazione, mi auguro che riescano a condurre consultazioni che esitino sempre in una decisione finale che abbia un grado di condivisione con il paziente congruo alla situazione, e che tenga conto di tutti gli interessi in gioco. Per quanto riguarda il dialogo con gli altri professionisti, mi auguro una capacità di interagire in modo efficace, accettando di essere un nodo nella rete, un "ordinatore di caos" e un traduttore nella babele dei servizi.

Infine mi auguro che i colleghi di domani riescano a scrivere e documentare, fare ricerca e diffondere, insegnare e fare scuola: dalla pratica alla riflessione, alla documentazione, alla diffusione, al cambiamento.

La parola d'ordine rimane comunque: "Pensiero plurale, rapporto con il plurale, lavorare al plurale!", in modo da poter dire al paziente: "Noi, medici...".

Bibliografia a richiesta:

giuseppe.parisi.trento@gmail.com

Colleghi per sempre

La morte a Rovereto del dott. Corrado Belci



Il giornale "Trentino" del 5 gennaio 2014 ha pubblicato un lungo articolo per ricordare la figura del dott. Corrado Belci, morto a Rovereto il 3 gennaio 2014.

Ecco i passi salienti: "E' stato uno dei *fondatori* del moderno ospedale cittadino, dove arrivò da Thiene alla fine degli anni Settanta per coprire il ruolo di primario nel reparto di oculistica. Ed è in quella

che veste che Corrado Belci - persona estremamente riservata e di pochissime parole - è ricordato dalla gran parte dei roveretani. Era un professionista stimato, capace di far crescere anche i colleghi più giovani - lo ricordano in ospedale - una guida importante per il reparto. Che aveva retto fino alla pensione. Uscito dal Santa Maria, aveva poi lavorato ancora per qualche anno alla clinica *Solatrix*, per poi cessare definitivamente l'attività, ormai una quindicina di anni fa. [...] Senza figli, a Rovereto Corrado Belci aveva una cerchia ristretta ma solidissima di amicizie, compagni di una intera vita. Lo ricordano come persona elegante, estremamente cordiale, capace di affrontare i rovesci di una vita non sempre fortunata con solidità d'animo e facendosi forte dei rapporti umani profondi che era riuscito a costruire".

Il cordoglio di Rovereto per la morte di "Tonino" Lepore

Più di cinquecento persone hanno partecipato al funerale del dott. Antonio Lepore, morto per infarto il 6 gennaio 2014. "Eri un uomo non comune ed era impossibile non volerti bene - lo ha ricordato un'amica sul giornale - Non ti incontreremo più e non potremo più vedere il tuo sorriso... Credo che Rovereto sia un po' più vuota senza di te. Eri conosciuto, eri il bravo dottore. Ma eri semplice, modesto, generoso e altruista".

Nato a San Severo in provincia di Foggia, medico e aiuto primario nel reparto di medicina dell'ospedale di Rovereto per 40 anni, il dott. Lepore aveva concluso la sua carriera alla fine del 2012 come direttore sanitario della casa di riposo di Nomi. "Non aveva mai accusato problemi cardiaci" ha dichiarato al giornale "Trentino" il collega e amico Paolo Dorigotti, già primario di ortopedia al "Santa Maria del Carmine". Si erano co-



nosciuti a Bologna, dove entrambi frequentavano la facoltà di medicina. Poi la laurea e nel 1972 il concorso che porterà Lepore a lavorare in medicina a Rovereto e Dorigotti in ortopedia. “Per le sue doti e le sue capacità era diventato il prediletto del dottor Gobbi fino a diventare l’aiuto primario. Un collega stimato e apprezzato, preparato e radicato nel territorio. Ma al di là di questo, Antonio è sempre stato una persona superonesta, un uomo generoso e disponibile, un uomo di compagnia, pronto ad animare con le sue battute e le sue barzellette ogni incontro tra amici” ha ricordato Dorigotti. Sempre allegro, disponibile, divertente e pronto a dare una mano a chiunque ne avesse bisogno: questo era per tutti “Tonino”.

Il ricordo del collega Giuseppe Gottardi a nome degli “amici di Quei del martedì”: “Ho incontrato per la prima volta il dottor Antonio Lepore una mattina di maggio quando, giovane studente del secondo anno di medicina, mi az-

zardai con una collega ad andare nel vecchio Ospedale per chiedere al mai dimenticato professor Gobbi se potevamo fare presenza ed esperienza. Acconsentì e ci presentò al suo giovane assistente: il dottor Lepore. Grazie alla pazienza e disponibilità di Antonio mi trovai subito a mio agio. Durante le massacranti sedute al letto dei malati nelle grandi sale, dove Gobbi alternava le visite con amabili ma terrificanti lezioni private, il suo aiuto fu indispensabile. Di nascosto dal professore, lui tutto rosso in viso, ci suggeriva opportune risposte. Fosti sempre tu poi a consigliarmi di continuare nella mia passio-

ne per la chirurgia, vedendo che per la medicina interna non ero proprio tagliato. Ma il tempo scorre e le persone si attardano in altri sentieri, finché un giorno, un bel giorno, ci ritrovammo insieme nel gruppo di medici di *Quei del martedì*. Ogni volta che ci incontravamo era tutto un fiorire di citazioni latine. Cominciavo io e tu seguivi a ruota e tra il mio latino-trentino e il tuo latino-pugliese era tutta una cacofonia che avrebbe fatto ridere per secoli l’esimio professor Tait. Non ci scambiavamo solo facezie ed aneddoti. Spesso le discussioni vertevano su Seneca e sulla Brevità della vita...”.

Lutto a Villa Rendena per il dott. Aldo Defranceschi

Il 21 gennaio, dopo lunga malattia, se ne è andato il dott. Aldo Defranceschi. Così lo ha ricordato Walter Facchinelli sul giornale “Trentino”: “Defranceschi era molto conosciuto e stimato come medico, ma anche come appassionato di sport, amico e confidente di tante persone. Tutti lo ricordano riconoscenti per l’impegno e le energie dedicate nel campo medico, amministrativo e sociale. Medico convenzionato dal 1980, dopo più di trent’anni, a causa di una malattia debilitante, aveva lasciato la professione che tanto amava e per la quale è stato apprezzato dagli assistiti di Villa Rendena,



Tione, Roncone, Zuclò e Bolbeno. [...] Defranceschi è stato per anni assessore comunale alla sanità, politiche sociali e assistenza. Nel periodo della sua presidenza aveva preso a cuore il futuro dell’ospedale di Tione. Amava lo sport, in particolare il tennis tanto che faceva parte del direttivo del Tennis Club Tione, ma era pure appassionato di calcio. Infatti era il medico sportivo del Fc Tione.

Medici specialisti per Tribunale penale

Il Ministero degli Affari Esteri, tramite il Ministero della Sanità, ha girato la richiesta alla FNOMCeO. Il Tribunale Penale, che ha il compito di perseguire i crimini commessi nel territorio della ex Jugoslavia a partire dal 1991, cerca medici legali specializzati in arteriologia, neurologia e cardiologia i quali intendano collaborare, in qualità di esperti indipendenti, con il suddetto Tribunale Internazionale.

Dottori del sorriso

Ricordo di Barbara Soini e Conrado Contro

A fine gennaio, altri due colleghi ospedalieri hanno prematuramente interrotto la loro attività professionale, svolta per anni al servizio della Sanità trentina:

Barbara Soini, 49 anni oncologa al "S. Chiara" di Trento e Conrado Contro, 53 anni, chirurgo all'ospedale di Cles. Due pilastri per le loro Unità Operative, accomunati, oltre che da un doloroso destino, da una grande dedizione al lavoro, profusa con generosità a quanti si accostavano a loro, da una forza e vitalità inesauribili ed anche da un sorriso terapeutico che sapeva "contagiare" tutto l'ambiente.

Barbara Soini, dopo una breve parentesi a Padova, era ritornata a Rovereto per svolgere la sua attività di ematologia e medicina interna a Tione ed Arco, per dedicarsi poi all'oncologia presso l'ospedale S. Chiara di Trento, prestando intenso servizio nel reparto di



degenza, day hospital

e cure palliative. Gioiale, ironica, propositiva anche quando dedicava il suo relax a lunghe passeggiate in bicicletta in compagnia di colleghe, quasi per scaricare tensioni emotive vissute nella quotidianità del suo operato professionale. Pure quattro anni fa, dopo la diagnosi della sua inesorabile malattia, affrontata con coraggio e forza, ha saputo fino alla fine trasmettere ai colleghi, dalla sua diretta esperienza, valori, esigenze ed una visione del malato in aspetti che solo "stando dall'altra parte" si possono capire ed interiorizzare.

Conrado Contro, nato in Venezuela da famiglia di origine italiana, era arrivato in Italia nel 1992 e, dopo i dovuti passaggi accademici, aveva esercitato la sua specializzazione in chirurgia generale prima a Vicenza e poi per undici anni nell'ospedale di Cles.



Anch'egli era stimato per la professionalità e passione profuse nel proprio lavoro di medico, ma è altresì ricordato da pazienti e colleghi per la sua generosità. Persona solare ed immediata, riusciva a trasmettere la propria vitalità ed allegria a malati e colleghi, creando il clima giusto magari per affrontare problemi e difficoltà. Pienamente consapevole della gravità della sua malattia, aveva espresso il desiderio di indossare l'amato camice da medico per il suo ultimo viaggio terreno, quasi incapace di svestirsi da quella professione che tanto aveva amato.

A Sonia e Conrado, dottori dal sorriso, va il nostro grazie con la speranza che l'esempio del loro sorriso sappia ancora illuminare le nostre corsie d'ospedale.

Livio Sommadossi

il dottor "No podò"

Il 4 febbraio è mancato a 92 anni il dott. Livio Sommadossi, apprezzato odontoiatra roveretano, appassionato musicista e grande cultore di molti generi musicali; fu per molti anni nel direttivo della Filarmonica ed ha lasciato alla Scuola Civica uno straordinario archivio musicale.

Figlio d'arte, suo padre era infatti pure odontoiatra, era imparentato con la famiglia regnante in Italia, in quanto sua madre era montenegrina e cugina della regina Elena. Benchè disponibile all'incontro, era tuttavia tanto schivo e riservato da essere soprannominato dagli amici "No podò".

Quota iscrizione Ordine

Nuove modalità di pagamento con Itالرiscossioni

Si comunica che la quota associativa sarà riscossa in unica soluzione con scadenza 30 aprile 2014 da Itالرiscossioni s.r.l.

Secondo le nuove disposizioni non sarà più possibile pagare la quota tramite domiciliazione bancaria.

Gli iscritti riceveranno un avviso con le modalità per procedere direttamente al pagamento.

Le interruzioni terapeutiche di gravidanza in provincia di Trento negli anni 1999-2011

Riccardo Pertile¹, Francesca Rivieri², Mariangela Pedron¹, Silvano Piffer¹

¹Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

²Servizio Clinico di Genetica Medica, Dipartimento di Laboratorio e Servizi – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Questo articolo ha lo scopo di descrivere in modo sintetico l'andamento delle interruzioni terapeutiche di gravidanza per patologia malformativa in provincia di Trento nel periodo 1999-2011.

La registrazione e la sorveglianza epidemiologica delle malformazioni congenite riveste un ruolo importante sia per il monitoraggio della prevalenza alla nascita e delle variazioni nel tempo e nello spazio della patologia malformativa, sia per la valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari di prevenzione primaria e secondaria. Inoltre, la rilevazio-

ne delle malformazioni congenite effettuata in modo sistematico e continuativo contribuisce all'identificazione dei fattori di rischio, alla verifica di eventuali allarmi ecologici e alla ricerca e valutazione dei possibili fattori eziologici

Il Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa dell'APSS di Trento raccoglie i dati relativi alle anomalie congenite identificate nei nati (vivi e morti) e nelle interruzioni terapeutiche di gravidanza provenienti dai flussi informativi correnti (CedAP, SDO, modello *ISTAT D12*) integrati con i dati relativi alle interruzioni terapeutiche di gravidanza forniti dalle U.O. di Ostetricia e Gi-

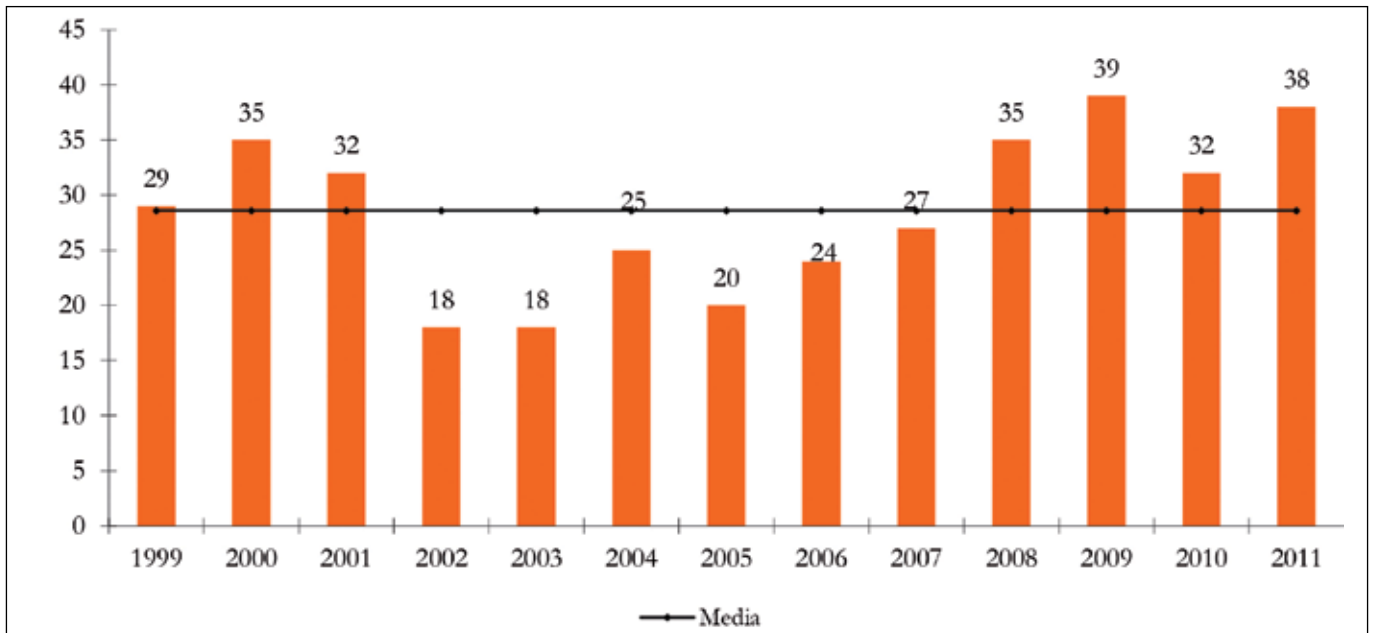
neologia di Trento (Ospedale Santa Chiara) e Rovereto (Ospedale Santa Maria del Carmine), insieme ai dati dei casi con patologia malformativa afferiti al Servizio di Genetica Medica dell'APSS di Trento. I casi raccolti sono validati e classificati da un medico genetista, secondo le linee guida internazionali (www.eurocat-network.eu/; www.icbd.org/). L'utilizzo di indagini strumentali e di laboratorio con elevata sensibilità e specificità in gravidanza (screening biochimici prenatali, ecografie fetali, indagini genetiche) e l'esperienza e professionalità del personale sanitario dedicato alla diagnosi prenatale hanno permesso di aumentare nel corso del tempo la capacità diagnostica della patologia malformativa in epoca prenatale. A livello internazionale, il monitoraggio delle malformazioni congenite identificate in epoca prenatale costituisce un importante indicatore sanitario per la valutazione delle politiche sanitarie nazionali di salute pubblica.

Come riportato nella tabella a fianco, la casistica di patologia malformativa identificata in provincia di Trento nel periodo 1999-2011 è costituita per più di un quarto da interruzioni terapeutiche di gravidanza (ITG), con percentuali che variano dal 19% nel 2005 al 34,8% nel 2009. L'incidenza dei casi malformati alla nascita (nati e ITG) nello stesso periodo è pari a 2,2%, in accordo con i dati della letteratura.

Tab 1. Proporzioni di ITG e di nati (vivi e morti) sul totale dei casi di patologia malformativa identificati in provincia di Trento e tasso d'incidenza alla nascita (nati e ITG) dei casi con anomalie congenite per 100 nati vivi da donne residenti e partorienti in Trentino e in età fertile (15-49 anni). Anni 1999-2011

Anno	ITG N (%)	Nati (vivi e morti) N (%)	Totale N (%)	Incidenza %
1999	29 (29,9%)	68 (70,1%)	97 (100,0%)	2,0
2000	35 (23,3%)	115 (76,7%)	150 (100,0%)	2,9
2001	32 (23,4%)	105 (76,6%)	137 (100,0%)	2,8
2002	18 (23,4%)	59 (76,6%)	77 (100,0%)	1,5
2003	18 (21,2%)	67 (78,8%)	85 (100,0%)	1,7
2004	25 (24,5%)	77 (75,5%)	102 (100,0%)	2,0
2005	20 (19,0%)	85 (81,0%)	105 (100,0%)	2,0
2006	24 (30,0%)	56 (70,0%)	80 (100,0%)	1,6
2007	27 (26,7%)	74 (73,3%)	101 (100,0%)	1,9
2008	35 (27,3%)	93 (72,7%)	128 (100,0%)	2,4
2009	39 (34,8%)	73 (65,2%)	112 (100,0%)	2,3
2010	32 (27,1%)	86 (72,9%)	118 (100,0%)	2,3
2011	38 (29,9%)	89 (70,1%)	127 (100,0%)	2,6
1999-2011	372 (26,2%)	1.047 (73,8%)	1.419 (100,0%)	2,2

Fig. 1 Provincia di Trento. Trend delle malformazioni congenite su ivg terapeutiche. Anni 1999-2011



Osservando la distribuzione delle frequenze assolute di ITG, si registra una media di 29 casi nel periodo 1999-2011. Dopo un calo ne-

gli anni 2002-2005, si riscontra un trend positivo negli ultimi 7 anni. Anche il tasso d'incidenza di ITG per mille nati vivi da donne resi-

denti e partorienti in Trentino mostra un analogo trend con un piccolo di 8 ITG su mille nati vivi nel 2009.

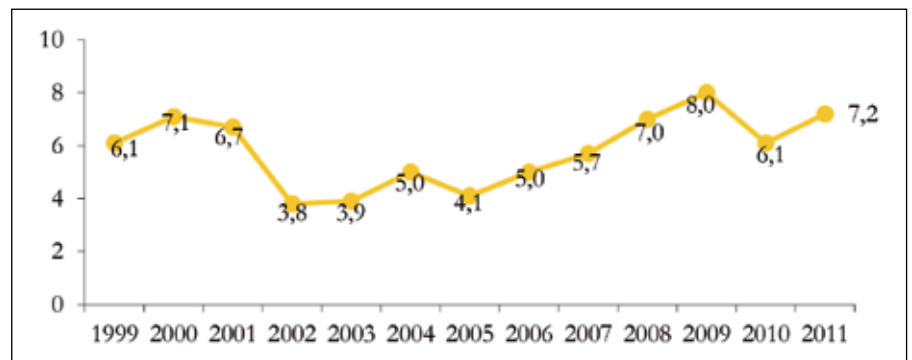


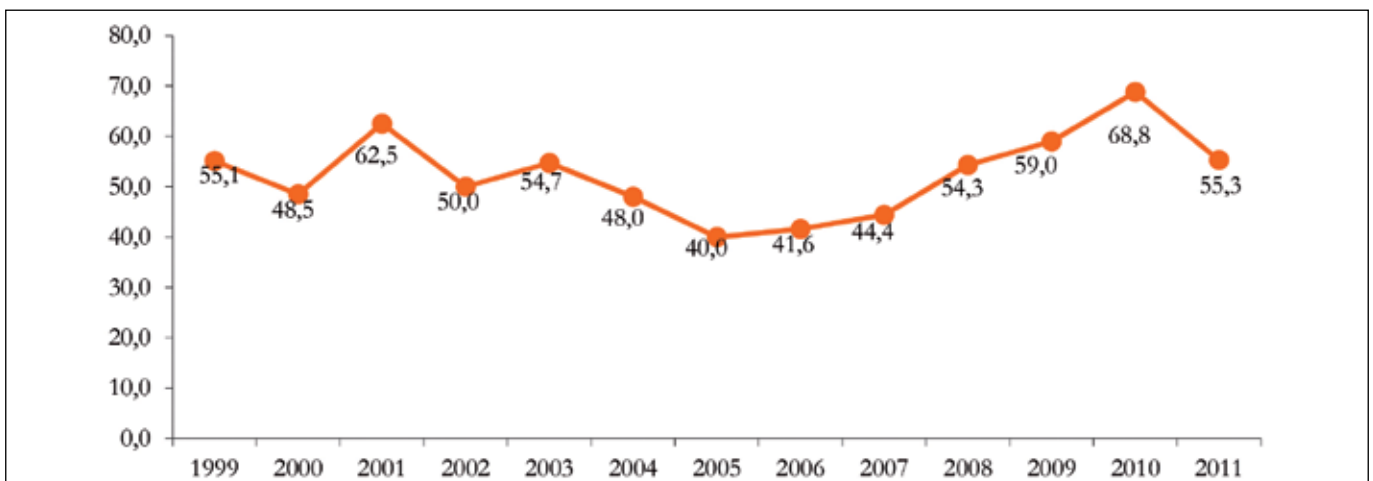
Fig. 2 Provincia di Trento. Trend temporale del tasso d'incidenza di ITG, per 1000 nati vivi da donne residenti e partorienti in Trentino e in età fertile (15-49 anni). Periodo 1999-2011

Negli ultimi anni, si osserva un aumento delle ITG a seguito di diagnosi prenatale di anomalie cro-

mosomiche. Sul totale delle ITG annuali, la proporzione di casi con diagnosi di anomalie cromosomi-

che va dal 40,0% nel 2005 al 68,8% nel 2010.

Fig. 3 Provincia di Trento. Trend temporale della proporzione di ITG effettuate per presenza di anomalie cromosomiche nel feto. Periodo 1999-2011



Occorre far presente che l'età materna media nello stesso periodo è andata aumentando nella provincia di Trento, come a livello na-

zionale. Nella figura 4 è riportata la proporzione di parti con età materna ≥ 35 anni, passando da un 20,7% del 1999 al 35,9% nel 2011.

E' noto che un'età materna avanzata (≥ 35 anni) costituisce un fattore di rischio di patologia cromosomica fetale.

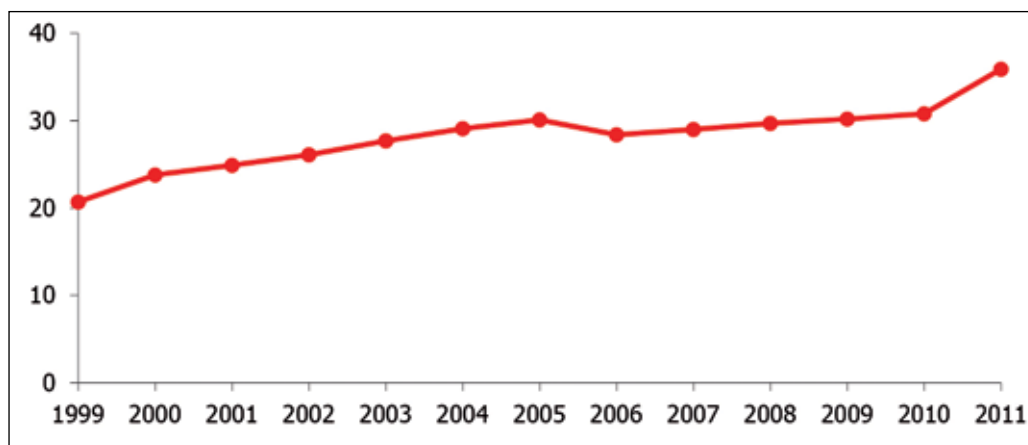


Fig. 4 Provincia di Trento. Proporzione di parti con età materna ≥ 35 anni. Anni 1999-2011

Per gli ultimi tre anni oggetto di studio (2009-2011), sono presentate le categorie diagnostiche che hanno portato alle ITG (per una descrizione dettagliata si può prendere visione dei report specifici nel sito dell'APSS - ww.apss.tn.it - alla voce Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa).

Le ITG per malformazioni sono classificate in isolate o associate ad altre anomalie congenite.

I casi che presentano malformazioni associate sono ulteriormente suddivisi in:

- cromosomici, quando la condizione è riconducibile ad una anomalia cromosomica;

- condizioni note (sindromi o associazioni);
- anomalie congenite multiple non identificate (MCA), quando il quadro clinico presentato non è inquadrabile entro una specifica condizione nota.

Tab. 2 Provincia di Trento. Categorie delle malformazioni su ITG. Anni 2009-2011

Categoria	2009		2010		2011		TOTALE	
	N° ITG	%	N° ITG	%	N° ITG	%	N° ITG	%
ISOLATE								
Sistema cardiovascolare	0	0,0%	1	3,1%	0	0,0%	1	0,9%
Sistema nervoso centrale	6	15,4%	3	9,4%	5	13,2%	14	12,8%
Arti muscolo scheletrico	1	2,6%	0	0,0%	1	2,6%	2	1,8%
Genitourinario	3	7,7%	3	9,4%	1	2,6%	7	6,4%
Altre isolate	3	7,7%	1	3,1%	1	2,6%	5	4,6%
TOTALE ISOLATE	13	33,4%	8	25,0%	8	21,0%	29	26,5%
ASSOCIATE								
Anomalie cromosomiche	23	58,9%	22	68,7%	21	55,3%	66	60,6%
Anomalie multiple	3	7,7%	0	0,0%	3	7,9%	6	5,5%
Condizioni note	0	0,0%	2	6,3%	6	15,8%	8	7,4%
TOTALE ASSOCIATE	26	66,6%	24	75,0%	30	79,0%	80	73,5%
Totale	52	100,0%	32	100,0%	38	100,0%	109	100,0%

Nel periodo 2009-2011, le ITG con malformazione isolata (non associata ad altre anomalie congenite) costituiscono il 26,5% del totale dei casi (29/109). Tra esse, le anomalie del sistema nervoso centrale (soprattutto difetti del tubo neurale), rappresentano la maggioranza

dei casi (quasi il 50%; 14/29), seguite dalle anomalie del sistema genitourinario (in particolare anomalie renali) e muscolo scheletriche (difetti degli arti e della parete addominale). Va sottolineato che esiste una sottotifica delle anomalie cardiovascolari isolate ri-

spetto all'atteso. Tale dato potrebbe trovare una spiegazione nel trasferimento extraprovinciale di tali casi.

I casi associati rappresentano la maggioranza dei casi interrotti (74,4%; 80 su 109) nel periodo in esame.

Le ITG con anomalie cromosomiche costituiscono oltre il 60% dei casi totali (82,5% dei casi associati) nel triennio 2009-2011, con un'età media delle madri pari 35,9 anni. La trisomia 21 rappresenta circa il 44,0% (29/66) di tale categoria.

Le condizioni note rappresentano il 7% dei casi interrotti. Tra esse, le displasie scheletriche sono le più frequentemente rilevate in epoca prenatale.

Le ITG con anomalie congenite multiple non altrimenti classificabili rappresentano il 5,5%. La maggioranza dei casi presenta l'associazione di 2 difetti. Considerando gli apparati più frequentemente coinvolti si osservano le associazioni tra sistema cardiovascolare e sistema nervoso centrale e tra sistema degli arti muscolo scheletrico e sistema nervoso centrale.

Per i casi di ITG con anomalie isolate l'età media delle madri è di 30,7 anni e per i casi di anomalie associate pari a 33,4 anni.

Nel periodo in esame, oltre l'80% dei casi interrotti a seguito di diagnosi prenatale di malformazione congenita (soprattutto casi associati) sono stati inviati al Servizio di Genetica medica dell'APSS di Trento per le valutazioni sul caso ed in riferimento anche a future gravidanze.

Il ruolo della consulenza genetica nei casi con patologia malformativa resta infatti fondamentale per l'inquadramento diagnostico, la determinazione del rischio di ricorrenza (spesso incrementato, in particolare per i casi associati, rispetto alla popolazione generale) e la discussione delle opzioni disponibili a supporto delle decisioni autonome e consapevoli della coppia.

Si coglie l'occasione per ringraziare tutti coloro che hanno collaborato attivamente alla raccolta dei dati per la sorveglianza epidemiologica della patologia malformativa della provincia di Trento.

Intervento di cataratta al Day Surgery di Villa Igea a Trento

dr. Roberto Zeni, Coordinatore Centro Multidisciplinare di Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale Villa Igea - Ospedale di Trento. Tel. 0461-904230 Cell. 3356951879

Richiamata la I.D. 45230580, del 24 dicembre 2013 da parte della Governance dell'APSS di Trento, con oggetto: chirurgia ambulatoriale per cataratta presso la struttura di Villa Igea. Si trasmette, nel rispetto delle indicazioni della Governance e in accordo con la Direzione Medica dell'Ospedale S. Chiara di Trento e il Direttore f.f. dell'U.O. di Oculistica dell'Ospedale di Trento Dr. Roberto Fozzer, il percorso diagnostico terapeutico ed organizzativo per intervento ambulatoriale di cataratta presso il Centro Multidisciplinare di Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale di Villa Igea.

L'INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE codice 13.71, è una prestazione a "pacchetto" che include esami pre-operatori (visita oculistica=cod.95.02, eco biometria=cod. 95.13, biomicroscopia corneale con conta endoteliale=cod. 95.13.2) e controlli post-operatori (visita di controllo=cod. 89.01)

Il paziente in possesso di un'impegnativa SSN riportante l'indicazione all'intervento, posta da un medico specialista:

- prenota tramite CUP la visita oculistica per valutazione pre-intervento (prestazione compresa nel "pacchetto")
- il giorno della valutazione pre-intervento si reca all'ufficio cassa per la registrazione dell'impegnativa e relativo pagamento ticket, se dovuto.

Lo specialista:

- visita il paziente;
- conferma l'indicazione all'intervento in regime ambulatoriale;
- individua le prestazioni correlate all'intervento (pre-intervento) e le registra sul SIO ambulatoriale;
- se, per il caso singolo, ritiene necessari ulteriori specifici esami

rispetto a quelli inclusi nel "pacchetto", li prescrive con impegnativa del SSN, con conseguente pagamento del ticket da parte del paziente, se dovuto;

- a completamento delle indagini effettuate, confermerà l'operabilità del paziente all'infermiere Case Manager del Centro Multidisciplinare di Villa Igea che contestualmente assegnerà e comunicherà al paziente la data e l'ora in cui presentarsi per l'intervento;
- salvo eccezioni lo stesso specialista che effettua la valutazione pre-intervento, a garanzia di continuità di cura e per motivi tecnico-assistenziali effettua l'intervento ambulatoriale, documentandolo sul SIO ambulatoriale;
- per il tramite del Case Manager del Centro Multidisciplinare di Villa Igea, prenota su agenda CUP riservata all'Unità operativa le necessarie prestazioni post-intervento (visite di controllo), lo stesso Case Manager comunicherà al paziente, data ed ora delle visite di controllo;
- esegue le prestazioni post-intervento e le registra su sistema SIO ambulatoriale.



Negli anni trenta del XX secolo "Villa Igea" fu una filiazione della "clinica Merler" che operava in via Serafini. (Fotografia dell'epoca, biblioteca comunale di Trento)

Professione

Servono medici ... Non è vero! Bastano infermieri specialisti

Fabrizio Zappaterra

Questi ultimi mesi, con notizie talvolta contrastanti, non si seguono più i ragionamenti politici tendenti a regolare e programmare la nostra professione.

La *spendig review* ha imposto un blocco del turn-over dei medici nei vari reparti ospedalieri, tanto che le sostituzioni sono solo a tempo determinato e riguardano maternità o lunghe aspettative per malattia. I pensionamenti non vanno incontro a sostituzione e molti servizi, specialmente quelli caratterizzati da turnistiche stringenti, stanno andando in crisi, nonostante il sovraccarico di lavoro a cui vengono sottoposti alcuni colleghi.

La carenza di medici pediatri di libera scelta, ha costretto l'Azienda ad allargare il numero degli assistiti per ogni specialista.

Al Consiglio dell'Ordine qualche settimana fa ragionavamo sulla situazione dei medici di base e, pur con una valutazione superficiale e grossolana, nei prossimi 5-6 anni circa 150 medici di base su poco più di 400 cesserà il servizio per raggiunti limiti di età. E non conosciamo la situazione ospedaliera perché molti medici ospedalieri non sono iscritti all'Ordine di Trento.

La nostra Scuola per Medici di Medicina Generale, con oltre 20 iscritti all'anno, in realtà prepara meno di 10 medici intenzionati a lavorare in Trentino.

Tutto questo sembrerebbe indirizzare alla richiesta di allargare il numero degli specialisti con borsa

trentina e favorire le iscrizioni a Medicina e Chirurgia dei trentini, chiedendo eventualmente l'accREDITAMENTO del S. Chiara per il tirocinio pre-laurea degli studenti di Medicina per incentivare la loro voglia a restare in questo territorio.

Viceversa veniamo a scoprire che ci sono troppi medici disoccupati e che quest'anno il Ministro dell'Istruzione del Governo Letta ha deciso che le iscrizioni alla Facoltà di Medicina e Chirurgia saranno ridotte di circa 2.000 unità.

Ma cosa sta avvenendo davvero?

È imminente la firma dell'Accordo, licenziato dalla Commissione Sanità, e presentato alla Conferenza Stato-Regioni del 21 febbraio. Secondo la Commissione sanità, formata dagli assessori regionali alla sanità, l'atto medico è "*diagnosi e terapia*", tutto il resto dell'assistenza entra, invece, nell'area professionale dell'infermiere che potrà effettuare ecografie, esami strumentali, usare apparecchiature, ed altre prestazioni sanitarie fino ad oggi prerogativa esclusiva del medico, al fine dei controlli nella routine assistenziale dei pazienti.

È la conclusione di un anno di lavoro in cui il Tavolo tecnico istituito al Ministero della salute (con le Regioni) e coordinato dal direttore generale della sanità veneta Domenico Mantoan, ha elaborato una proposta che sancisce la summa delle nuove competenze e, quindi, delle nuove responsabilità proprie delle professioni sanitarie, in linea

con le più avanzate esperienze in atto nel nostro Paese e in Europa. La nuova bozza di accordo individua sei macro-aree di sviluppo delle competenze specialistiche dell'infermiere:

- 1) area cure primarie e servizi territoriali/distrettuali,
- 2) area intensiva e dell'emergenza-urgenza,
- 3) area medica,
- 4) area chirurgica,
- 5) area neonatologica e pediatrica,
- 6) area salute mentale e dipendenze.

Il Ministero dell'Università dovrà emanare gli indirizzi per la formazione dell'infermiere specialista, rivedendo i piani di studio di laurea e master universitari per adeguare corsi e didattica, nonché i criteri per riconoscere i titoli già acquisiti. Dopo la firma dell'Accordo le Regioni, d'intesa con i sindacati e le rappresentanze professionali, dovranno indicare in sei mesi, in collaborazione con l'Università, i percorsi attuativi e formativi dai quali si partirà anche per la revisione dei contratti nazionali di lavoro sul fronte giuridico, economico e normativo.

Le Regioni potranno avviare specifiche sperimentazioni clinico-assistenziali, e gestionali-formative, per integrare rapidamente gli infermieri del nuovo corso all'interno di équipe multiprofessionali.

Ognuno conosce l'importanza e la necessità degli infermieri, dei quali è riconosciuta la competenza nell'erogare interventi di cure primarie, ma è evidente che gli infermieri non sono intercambiabili con i medici. Le due professioni sono complementari, ma non equivalenti.

Sono già trascorsi dodici anni da quando sono stati resi disponibili anche per la formazione infermieristica italiana i tre cicli formativi tradizionali (laurea di base; laurea specialistica/master di primo livel-

lo; dottorato di ricerca/master di secondo livello) previsti dall'ordinamento universitario nazionale con il DM 509/1999.

Sono inoltre trascorsi sette anni dall'approvazione della legge 43/2006, che sancisce la possibilità di attribuire le funzioni di coordinamento e quelle specialistiche agli infermieri in possesso di uno specifico diploma di master.

Ebbene ora il Servizio Sanitario Nazionale, pressato anche da ragioni economiche, ma in linea con l'Europa e gli USA, è in procinto di introdurre queste figure nei propri ruoli, in particolare gli infermieri specialisti in possesso di un master clinico.

- 1) La laurea in scienze infermieristiche non ha causato alcun mutamento di sostanza nei rapporti medico-infermiere;
- 2) Il medico mantiene la totale responsabilità della diagnosi e cura del paziente ed è l'unica figura sanitaria autorizzata a svolgere tali attività;
- 3) L'infermiere esegue quanto ordinato dal medico che ne controlla la corretta esecuzione di cui rimane responsabile **insieme** all'infermiere.

La cura, infatti, non si esaurisce esclusivamente nella prescrizione e somministrazione di farmaci (to cure), ma si articola in molte attività della cui realizzazione è responsabile l'infermiere proprio per gli effetti del decreto di cui sopra (to care). In ospedale, nelle residenze assistenziali, a casa delle persone assistite e nei tanti luoghi in cui esercita la sua professione, l'infermiere si occupa dei bisogni di salute, del «prendersi cura» della persona, spesso con risultati sovrapponibili o superiori a quelli del medico.

Gli infermieri laureati "dottori" in infermieristica, adeguatamente valorizzati, sono ormai destinati a sostituire molti laureati "dottori" in Medicina e Chirurgia.

Odontoiatria

Da un episodio di cronaca un progetto di prevenzione

di Fausto Fiorile

Il caso della ragazza morta nella notte tra il 6 e 7 febbraio 2014 a Palermo a causa di uno shock settico polmonare, complicanza di un ascesso dentale trascurato, deve far riflettere tutti. Non soltanto pesa il tragico epilogo di un evento che, anche se raramente, può verificarsi, ma desta sensazione leggera che la famiglia della ragazza di 18 anni e che abitava nel quartiere Brancaccio, non avrebbe avuto disponibilità economiche per intervenire prima.

Il fatto, oltre che dimostrare ancora una volta quanto la salute della bocca sia direttamente collegata alla salute della persona in toto, evidenzia come in alcune aree del paese si stia tornando alla situazione di degrado di un secolo fa, per colpa della crisi che restringe l'accesso alle cure, ma anche per colpa di una situazione di incomunicabilità sociale di cui sono vittime le fasce economicamente più deboli e più anziane della popolazione.

Volendo approfondire l'argomento, c'è da dire che ormai inequivocabilmente studi scientifici dimostrano come un bravo dentista attraverso le visite odontoiatriche che andrebbero fatte almeno una volta all'anno, può individuare oltre ad eventuali malattie del cavo orale, anche alcune patologie sistemiche. Intercettando alcuni stili di vita sbagliati, quali cattiva alimentazione, fumo, abuso di alcol, che accomunano le malattie della bocca alle principali categorie delle malattie croniche, si può migliorare lo stato di salute generale.

Questo è il motivo per il quale, accanto ad un efficace servizio di urgenze odontoiatriche che dia risposte alle situazioni di emergenza, si deve sempre più e con maggiore convinzione lavorare ad un progetto di prevenzione globale in ambito odontoiatrico.

Sembra che circa il 70% della popolazione oggi non esegua controlli dal dentista. Se a questo uniamo il fatto che in molti dei paesi più industrializzati quasi il 10% della spesa sanitaria che in Italia è di circa 115 miliardi di Euro, è destinata proprio alle cure del cavo orale, è evidente la necessità di alzare il livello di attenzione dell'opinione pubblica sull'importanza della prevenzione odontoiatrica.

Anche in Trentino gli Odontoiatri parlano da tempo della necessità di un piano di prevenzione globale che purtroppo non esiste. Un piano che non può essere realizzato con semplici interventi isolati come spesso avviene, ma che deve invece essere concretizzato prevedendo un progetto organico che coinvolga tanti Attori, che non possono e non devono essere solo operatori sanitari.

Se vogliamo essere efficaci in merito ai temi della prevenzione delle patologie orali, in primis rivolgendoci alle azioni più importanti nei confronti dei soggetti in crescita e successivamente nei confronti della popolazione adulta, dobbiamo intraprendere azioni coordinate e continuative nel tempo, condivise da tutti i soggetti che a vario titolo possono svolgere un ruolo im-



portante. Ricordiamo che in Trentino lavorano circa 450 odontoiatri che per il 90% operano quotidianamente nella rete degli studi distribuiti capillarmente sul territorio provinciale. Questa risorsa insieme a molte altre va valorizzata. Se vogliamo arrivare nell'arco di un periodo relativamente breve a risultati concreti, Istituzioni (Ordine, Assessorato, APSS), Odontoiatri, Igienisti Dentali, Medici di Medicina Generale, Pediatri, ma soprattutto Educatori (Genitori e Insegnanti) e tutta la Popolazione, devono lavorare insieme in una squadra compatta, motivata e ben coordinata per un'azione efficace. Il 20 marzo si è celebrata la Giornata mondiale della salute orale ed anche in Italia è stato rilanciato il messaggio *"Di prevenzione ce n'è una sola"*. Partendo dalla prevenzione si è sottolineata l'assoluta necessità che si crei una coscienza sull'importanza della salute orale puntando alla salute generale dell'individuo attraverso le corrette abitudini.

Prendendo spunto da questo episodio, noi intendiamo presentare un "Progetto di prevenzione odontoiatrica" al quale stiamo lavorando con tutte le rappresentanze della professione chiedendo tra le altre cose, vista l'indubbia necessità di ottimizzare le risorse economiche per rendere sostenibile il

sistema, che una parte importante dei fondi nell'ambito della legge 22/2007 possa essere indirizzata proprio per interventi di prevenzione delle patologie più frequenti nella fascia di età da 0 a 18 anni. Siamo convinti, come sempre, che solo questo sia l'unico vero reale investimento che si possa fare in termini di salute generale.

In un momento storico in cui siamo pervasi da un "pessimismo cosmico", in cui notizie come quella di Palermo ci rattristano e ci pongono mille interrogativi, vogliamo paradossalmente continuare ad infonderci terapeuticamente dosi sempre più importanti di "ottimismo"! Vogliamo continuare a pensare che i problemi si possano anche risolvere ed i progetti intelligenti concretizzare. Cerchiamo insieme, anche in questi fatti drammatici, il seme di qualcosa di positivo ed importante che deve poter germogliare per evitare che tragedie così possano ripetersi, ma soprattutto per permettere che gli elementi che ne sono stati causa possano cambiare in positivo.

Noi continuiamo a lavorare, rinnovando l'invito a chi ora ha la responsabilità di governare i processi, di ascoltare il contributo importante che la professione può dare! Siamo a disposizione, come sempre, fiduciosi.

Il 17. premio Pezcoller a una ricercatrice USA sul cancro della pelle

“Per i suoi numerosi contributi alla biologia e ai meccanismi molecolari, nei quali ha evidenziato lo sviluppo e la differenziazione dell'epidermide e delle sue cellule staminali (Scs)", la prof. Elaine V. Fuchs (nella foto) riceverà il 17esimo "International award for cancer research". Il "premio Pezcoller", del valore di 75mila euro sarà assegnato alla scienziata americana nel corso di una cerimonia che si terrà alle 18 del 9 maggio 2014 nel salone dei Cinquecento al castello del Buonconsiglio a Trento.

Nata a Chicago da una famiglia di ricercatori, phd in biochimica a Princeton e postdoctoral fellow al Massachusetts Institute of technology, la prof. Elaine V. Fuchs è responsabile del laboratorio di Sviluppo e biologia delle cellule mammarie dell'Howard Huges medical Institute della Rockefeller University di New York.



Comunicazioni FNOMCeO

POS: pagamenti elettronici per medici e odontoiatri

COMUNICAZIONE N. 99

Facendo seguito alla Comunicazione n. 89 del 16 ottobre 2013 concernente la fattispecie indicata in oggetto, si ritiene opportuno segnalare che da fonti di stampa (articolo pubblicato sul Sole 24 ore del 19 dicembre 2013



Il perimetro di applicazione del decreto attuativo farebbe riferimento ai pagamenti oltre 30 euro e a esercenti per lo svolgimento di prestazioni di servizi, anche professionali, con ricavi oltre i 200 mila euro. Pertanto in fase di prima applicazione e cioè fino al 30 giugno 2014 la norma si applicherebbe **limitatamente ai pagamenti effettuati a favore degli esercenti per lo svolgimento di attività di vendita di prodotti e prestazioni di servizi, anche professionali, il cui fatturato dell'anno precedente a quello nel corso del quale è effettuato il pagamento sia superiore a 200 mila euro**".

Con riferimento alla decorrenza del termine del 1° gennaio 2014, previsto dalla disposizione di cui all'art. 15, comma 4, del D.L. 179/12, che impone ai soggetti che effettuano

prestazioni professionali di accettare pagamenti effettuati attraverso carte debito, le interpretazioni dei tecnici governativi sarebbero volte ad escludere che, in assenza della piena operatività del decreto attuativo, possa far testo la data del 1° gennaio 2014.

Con riferimento ai terminali POS, il testo sembrerebbe aprire "all'accettazione di strumenti di pagamento tramite diverse tecnologie, in aggiunta a quella a banda magnetica o a microchip".

Si ricorda ad ogni buon conto che la legge non prevede alcuna sanzione per il professionista che non si doti di POS e quindi non sia in grado di accettare pagamenti in formato elettronico con carte di debito.

Si rileva peraltro che per i pagamenti superiori a mille euro esiste già l'obbligo di utilizzo di un sistema tracciabile, non essendo consentito effettuare il pagamento in contanti.

Ciò detto, considerata la rilevanza della materia per tutti i professionisti medici e odontoiatri, verrà monitorato con particolare attenzione l'iter di emanazione del suddetto decreto.

segnalato dall'Ufficio stampa della FNOMCeO) risulterebbe che il Ministero dello Sviluppo Economico, ai sensi dell'art. 15, comma 5, del D.L. 179/12, convertito nella L. 221/12, abbia trasmesso alla Banca d'Italia il decreto attuativo con il quale dovrebbero essere disciplinati gli importi minimi, le modalità e i termini di attuazione delle disposizioni inerenti al pagamento delle prestazioni di servizi, anche professionali, attraverso carte di debito.

Ministero della Salute Disposizioni di cosmetovigilanza

COMUNICAZIONE N. 5

Trasmettiamo la nota informativa del Ministero della Salute dell'8 gennaio u.s. concernente l'applicazione delle disposizioni europee in materia di cosmetovigilanza di cui all'art. 23 del Regolamento CE n. 1223/2009 e, in particolare, le modalità per

l'invio delle segnalazioni di effetti indesiderabili gravi associati all'utilizzo di prodotti cosmetici.

Egregi professionisti, con la presente comunicazione si intende fornire un'informazione puntiforme sulle disposizioni in

materia di cosmetovigilanza definita dalla nuova normativa vigente sui prodotti cosmetici, il Regolamento (CE) n. 1223/2009 del Consiglio e del Parlamento europeo del 30 novembre 2009 che si applica in tutto il territorio dell'Unione europea dall'11 luglio 2013.

Tale regolamento stabilisce l'obbligo per le Aziende in qualità di Persona responsabile e/o Distributore di prodotti cosmetici, di notificare all'Autorità competente in materia di cosmetici (in Italia è il Ministero della Salute) tutte le segnalazioni di effetti indesiderabili gravi (EIG) ricevute dai consumatori e associate presumibilmente all'utilizzo di prodotti cosmetici nelle normali o ragionevolmente prevedibili condizioni di uso.

Le segnalazioni di effetti indesiderabili gravi possono anche essere notificate all'Autorità competente direttamente dagli utilizzatori finali, consumatori o professionisti del settore che utilizzano e applicano i cosmetici nella loro attività professionale, oppure dai professionisti sanitari quali medici, pediatri, dermatologi, dentisti, farmacisti o altro, nel trattamento di persone che manifestano effetti indesiderabili attribuibili a prodotti cosmetici. Le Autorità Competenti trasmettono immediatamente le informazioni ricevute sugli EIG alle Autorità Competenti degli altri Stati membri dell'Unione europea.

Allo scopo di facilitare l'applicazione delle disposizioni sulla cosmetovigilanza definite dall'art. 23 del Regolamento n. 1223/2009 e di stabilire un sistema armonizzato per la gestione e comunicazione delle segnalazioni di effetti indesiderabili gravi attraverso l'Unione europea, la Commissione europea, in collaborazione con gli Stati membri, ha definito la modulistica per l'invio delle segnalazioni e le relative linee guida.

A tale riguardo si rappresenta che su portale del Ministero della salute

(www.salute.gov.it), alla sezione "Cosmetici – Vigilanza – Segnalazioni di effetti indesiderabili gravi", è stata pubblicata la modulistica da utilizzare per le segnalazioni e le pertinenti linee guida.

Il Ministero della salute ha sviluppato una piattaforma informatica centralizzata per la raccolta e la gestione delle segnalazioni di effetti

indesiderabili gravi e non, al fine di acquisire nuove informazioni sulla qualità e sicurezza di cosmetici sul mercato e adottare tempestivamente misure correttive o preventive a tutela della salute pubblica. Sarà cura di questo Ministero fornire ulteriori aggiornamenti in materia.

*Il direttore generale
dott.ssa Marcella Marletta*

Imposta da bollo sul rilascio dei certificati

COMUNICAZIONE N. 6

Si ritiene opportuno segnalare che i commi 591 e ss. della L.147/2013 (legge di stabilità 2014) prevedono che le **istanze trasmesse per via telematica agli uffici** e agli organi, anche collegiali, dell'Amministrazione dello Stato, delle regioni, delle province, dei comuni, loro consorzi e associazioni, delle comunità montane e delle unità sanitarie locali, **nonché agli enti pubblici in relazione alla tenuta di pubblici registri, tendenti ad ottenere l'ema-**

nazione di un provvedimento amministrativo o il rilascio di certificati, estratti, copie e simili sono soggette ad imposta di bollo dovuta nella misura forfettaria di euro 16,00 a prescindere dalla dimensione del documento.

Si rileva in particolare che il comma 596 stabilisce che "al fine di consentire a cittadini e imprese di assolvere per via telematica a tutti gli obblighi connessi all'invio di una istanza a una pubblica amministrazione a qualsiasi ente o autorità competente, **con provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate d'intesa con il capo del Dipartimento della funzione pubblica, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità per il pagamento per via telematica dell'imposta di bollo dovuta per le istanze e per i relativi atti e provvedimenti, anche attraverso l'utilizzo di carte di credito, di debito o prepagate**".

Si ricorda infine che i certificati di iscrizione in bollo sono validi e utilizzabili solo nei rapporti tra i privati. Pertanto gli Ordini dovrebbero invitare i medici e gli odontoiatri iscritti all'Albo a usare le dichiarazioni sostitutive di certificazioni.

LE RAGIONI DEL CUORE

Sabato 12 aprile, alle 9, all'Auditorium del MART, a Rovereto, convegno sul tema "Le ragioni del cuore", al quale possono partecipare centocinquanta medici della regione. Il convegno, che vale 6 crediti formativi, è strutturato su due relazioni e un simposio. Al mattino: "Pianeta ipertensione" (moderatore Roberto Bonmassari); seguirà simposio sul tema "Non solo anticoagulazioni" (Mauro Del Greco e Walter Spagnoli). Al pomeriggio, la sessione sul tema: "Dislipidemie e dintorni" (moderatori: Antonio Maggi e Domenico Catanzariti).

Indirizzi di posta elettronica

COMUNICAZIONE N. 7

Facendo seguito alla Comunicazione n. 81 del 18 settembre 2013, si ritiene opportuno segnalare che il Ministero dello Sviluppo Economico — Dipartimento per l'impresa e l'internazionalizzazione - con nota del 15 gennaio 2014, prot. N. 6391 (All. n. 1), ha chiarito che, ai fini dell'adempimento INI-PEC (Indice Nazionale degli Indirizzi di Posta Elettronica Certificata istituito dal Ministero dello Sviluppo Economico), per i professionisti iscritti agli Albi non è valida la posta elettronica gratuita

“CEC-PAC”, il cui dominio è ©postacertificata.gov.it.

Tali indirizzi di posta elettronica sono attribuiti infatti alla sola categoria ‘cittadino’. La CEC-PAC, infatti, pur costituendo una normale posta elettronica per il cittadino, permette di comunicare esclusivamente con la pubblica amministrazione e non può essere utilizzata per comunicazioni ufficiali tra aziende e cittadini. Tali considerazioni debbono trovare applicazione anche nel caso delle CEC-PAC dei professionisti visto anche il

concorde parere dell'Agenzia italiana digitale (nota del 10 dicembre 2013 prot. N. 8943).

Il Ministero dello Sviluppo Economico ritiene che non si ravvisi una coincidenza di ambiti e scopi previsti dalla legge tra l'utilizzo dell'indirizzo CEC-PAC e INI-PEC. Si verificherebbe, infatti, una consultazione allargata a soggetti che non sono indicati dalla legge quali uniche entità autorizzate alla consultazione degli elenchi CEC-PAC. Ciò detto, sono così rifiutati quegli indirizzi costituiti come CEC-PAC e comunicati da Ordini e Collegi professionali.

Per gli allegati rivolgersi all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Trento.

Rimborso IRAP: sentenza Cassazione interessa i medici di Medicina generale

COMUNICAZIONE N. 9

Si ritiene opportuno segnalare che la Corte Suprema di Cassazione con sentenza n. 958/2014 (All. n. 1) ha rigettato l'appello promosso dalla Agenzia delle Entrate avverso una sentenza che riconosceva ad un medico di base il diritto al rimborso dell'IRAP, chiarendo in particolare che **“la sussistenza di un dipendente part time non costituisce elemento che di per sé provi l'assunto dell'Agenzia, specie in relazione ad un medico di base tenuto nell'interesse della**

sanità pubblica ad un'efficienza e continuità del servizio”.

La Corte di Cassazione ha quindi chiarito che nel caso di specie non sussiste una stabile organizzazione di supporto dell'attività del contribuente.

La sentenza della Corte di Cassazione riconosce quindi la peculiarità dell'attività del medico di medicina generale che di fatto è inserito in una organizzazione altrui quale è il SSN.

24.01.2014 Corte di Cassazione - Civile (IRAP: l'efficienza

del servizio e la presenza del dipendente)

Fatto e profili giuridici

L'Agenzia delle Entrate ha impugnato in Cassazione la sentenza della Commissione Tributaria Regionale della Campania che respingeva l'appello dell'ufficio, stabilendo il rimborso in favore di un medico di base delle somme versate a titolo di Irap.

La Corte ha ritenuto corretta la motivazione del giudice di merito in ordine alla non sussistenza di una stabile organizzazione di supporto all'attività del contribuente ed ha precisato che la presenza di un dipendente part-time non costituisce elemento che di per sé provi l'esistenza di autonoma organizzazione.

In particolare, i giudici, hanno affermato che il medico di base è tenuto, nell'interesse della sanità pubblica, alla efficienza e continuità del servizio, con ciò riconoscendo la specificità del ruolo del convenzionato e la opportunità che si possa dotare degli elementi strumentali finalizzati alla realizzazione ditale obiettivo.



SENTENZA N. 958 DEL 17/01/2014

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE SESTA SEZIONE CIVILE - T

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. MARIO CICALA - Rei. Presidente -

Dott. MARCELLO IACOBELLIS - Consigliere -

Dott. ANTONINO DI BLASI - Consigliere -

Dott. GIUSEPPE CARACCILOLO - Consigliere -

Dott. ANTONELLO COSENTINO - Consigliere -

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

sul ricorso 3431-2013 proposto da:

AGENZIA DELLE ENTRATE 06363391001 in persona del Direttore pro tempore, elettivamente domiciliata in ROMA, VIA DEI PORTOGHESI 12, presso l'AWOCATURA GENERALE DELLO STATO, che la rappresenta e difende, ope legis;

ricorrente - contro

S. A., elettivamente domiciliato in ROMA, VIA MONTE ACERO 2/A, presso lo studio dell'avvocato B. G., che lo rappresenta e difende unitamente all'avvocato P. A., giusta procura in calce al controricorso;

controricorrente -

avverso la sentenza n. 172/45/2012 della Commissione Tributaria Regionale di NAPOLI del 26.1.2012 depositata il 21/06/2012;

udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del 04/12/2013 dal Presidente Relatore Dott. MARIO CICALA.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO E MOTIVI DELLA DECISIONE

1. L'Agenzia delle Entrate ricorre per cassazione avverso la sentenza della Commissione Tributaria Regionale della Campania 172/45/12 del 21 giugno 2012 che respingeva l'appello dell'ufficio affermando la spettanza al dott. A. del rimborso IRAP relativamente agli anni 2002-2007.

2. Il contribuente si è costituito in giudizio.

3. Il ricorso appare -secondo il relatore - infondato in quanto il giudice di merito ha adeguatamente motivato in ordine alla non sussistenza di una "stabile organizzazione" di supporto all'attività del contribuente. In particolare la sussistenza di un dipendente part-time non costituisce elemento che di per sé provi l'assunto della Agenzia, specie in relazione ad un medico di base tenuto nell'interesse della sanità pubblica ad un'efficienza e continuità di servizio.

Il Collegio ha condiviso la proposta del relatore.

Stante il non univoco indirizzo giurisprudenziale in materia, appare opportuno compensare le spese.

P. Q. M.

La Corte rigetta il ricorso, compensa fra le parti le spese del presente grado. Così deciso nella camera di consiglio della sesta sezione civile il 4 dicembre 2013.

Il Presidente e relatore

Cons. Mario Cicala

Publicità: sentenza Cassazione l'Ordine non può censurare senza chiare motivazioni

COMUNICAZIONE N. 11

Si ritiene opportuno segnalare che la Corte Suprema di Cassazione con sentenza n. 870/14 in materia di procedimenti disciplinari ha chiarito che, pur rimanendo fermo il potere-dovere degli **Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri** di verificare, ai fini dell'applicazione delle sanzioni disciplinari, la trasparenza e la veridicità del messaggio pubblicitario, **essi non possono censurare la pubblicità senza chiare motivazioni.**

La Corte Suprema di Cassazione ha quindi sancito che è illegittima la decisione sanzionatoria perché in contrasto con la disciplina che informa la materia della pubblicità sanitaria ed i riflessi che essa assume sul codice di deontologia medica, **e comunque adottata senza un reale supporto argomentativo.** Pertanto, secondo la Corte, la decisione della Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, "omettendo di esamina-

re le doglianze sul punto dal dott. ---, non spiega il percorso logico seguito per giungere alla decisione impugnata, limitandosi ad affermare, apoditticamente, che nel provvedimento impugnato vengono esaminate in modo dettagliato ed esauriente le circostanze di fatto contestate al ricorrente, alle quali sono puntualmente ricollegate le violazioni delle norme che disciplinano l'attività degli iscritti all'albo degli odontoiatri: **ma non dà conto di quali sarebbero in concreto gli aspetti di non trasparenza e veridicità del messaggio pubblicitario relativo all'attività odontoiatrica, né indica in punto di fatto sotto quale profilo e che cosa consenta di qualificare servili o autocelebrativi le pubblica-**

zioni e gli articoli apparsi sulla rivista”.

Inoltre la Corte Suprema di Cassazione ha chiarito che non può dirsi che il sanitario, convocato in sede istruttoria per rispondere a domande in ordine ad un esposto presentato nei suoi confronti con riguardo a fatti integranti ipotesi di illecito disciplinare, sia tenuto a osservare il dovere di verità e a dare risposta a richieste di chiarimenti. Se così fosse, sarebbe vulnerata la regola, basilare di ogni procedimento

disciplinare, abbia esso movenze giurisdizionali o amministrative, del nemo tenetur contra se edere, espressione del diritto di difesa costituzionalmente garantito e prevalente sull'esigenza del pieno e corretto esercizio delle funzioni istituzionali degli ordini professionali. Pertanto la Corte Suprema di Cassazione ha sancito che “non costituisce illecito disciplinare, sanzionato dall'art.1 codice di deontologia medica, prevedente il dovere del sanitario di prestare la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti

con il proprio ordine professionale, **la mancata presentazione dell'odontoiatra ad una convocazione disposta, nella fase istruttoria anteriore all'apertura del procedimento disciplinare, dal presidente della commissione odontoiatri per ottenere chiarimenti su segnalazioni o esposti in relazione a fatti disciplinarmente rilevanti a carico dello stesso iscritto”.**

In conclusione al fine di consentire un esame più approfondito si pubblica il testo della sentenza.

PROFESSIONI INTELLETTUALI - SANITÀ E SANITARI - Cass. civ. Sez. II, Sent., 17-01-2014, n. 870

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

SEZIONE SECONDA CIVILE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. BUCCIANTE Ettore - Presidente -

Dott. PETITTI Stefano - Consigliere -

Dott. MANNA Felice - Consigliere -

Dott. SAN GIORGIO Maria Rosaria - Consigliere -

Dott. GIUSTI Alberto - rei. Consigliere -

ha pronunciato la seguente:

sentenza

sul ricorso proposto da:

S.N. dott., rappresentato e difeso, in forza di procura speciale a margine del ricorso, dagli Avv. Pietragalla Lucia, Contaldi Mario e Contaldi Gianluca, con domicilio eletto presso lo studio di quest'ultimo in Roma, via Pierluigi da Palestrina, n. 63;

- ricorrente -

contro

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI POTENZA -

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI, in persona del legale rappresentante pro tempore; MINISTERO DELLA SALUTE, in persona del Ministro pro tempore; PROCURATORE GENERALE PRESSO LA CORTE DI CASSAZIONE; PROCURATORE DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE DI POTENZA;

- intimati -

avverso la decisione della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie in data 15 marzo 2012. Cn. (2/12);

Udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 21 giugno 2013 dal Consigliere relatore Dott. Alberto Giusti;

udito l'Avv. Mario Contaldi;

udito il Pubblico Ministero, in persona del Sostituto Procuratore Generale dott. CAPASSO Lucio, il quale ha concluso per il rigetto dei primi tre motivi di ricorso, per l'accoglimento del quarto motivo e l'assorbimento del quinto.

Svolgimento del processo

1. - Con deliberazione in data 13 ottobre 2010, la Commissione albo odontoiatri dell'Ordine di Potenza ha irrogato al dott. S. N. la sanzione della sospensione dall'esercizio della professione di odontoiatra per mesi tre, avendolo ritenuto colpevole dei seguenti fatti a lui addebitati:

- violazione dell'art. 1 codice deontologico, per non avere prestato la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con il proprio Ordine, non presentandosi per ben due volte ad una convocazione del presidente della Commissione odontoiatri, disposta per ottenere chiarimenti in ordine alla pubblicità sanitaria da parte della Medical Dental Project s.a.s., di cui lo stesso dott. S. è socio accomandatario;

- violazione degli artt. 55 e 56 codice deontologico, per non avere usato la dovuta cautela nel fornire, negli articoli apparsi sulla rivista “Controsenso”, una efficace e trasparente informazione al cittadino, per aver diffuso a mezzo stampa, Internet ed altri mezzi, una informazione arbitraria e discrezionale, priva di dati oggetti vi e controllabili, e per non avere escluso qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale, personale o a favore di altri;

- violazione dell'art. 65 codice deontologico, per avere partecipato alla Medical Dental Project s.a.s. (di cui risulta socio accomandatario, nonché operatore medico odontoiatra), con oggetto sociale prevedente un insieme di voci riconducibili ad attività sanitaria non in linea con le norme che regolamentano l'esecuzione, ad esempio, di manufatti protesici, prevedendosi addirittura il noleggino degli stessi in totale assenza di una regolare autorizzazione ministeriale, mancando, altresì, l'indicazione di un responsabile odontoiatra (direttore sanitario) della società.

2. - Con decisione depositata in data 15 marzo 2012, la Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie ha respinto il ricorso dello S.

La Commissione centrale ha rilevato che, senza incorrere in alcun vizio procedimentale, l'ordine ha comunicato, con nota prot. 1580 del 20 ottobre 2010, il dispositivo della decisione assunta nella riunione del 13 ottobre 2010, della quale è stata contestualmente data lettura all'interessato, riservandosi di depositare le motivazioni in seguito, e ciò trattandosi di procedura che, benché non espressamente prevista dalla specifica disciplina delle professioni sanitarie, non è lesiva del diritto di difesa del sanitario, come dimostrato dalla stessa condotta processuale del dott. S., il quale ha prodotto, dopo il deposito della motivazione, motivi aggiunti che sono stati presi in esame ad integrazione e completamento del ricorso introduttivo.

La Commissione centrale ha poi escluso le altre ragioni di doglianza, prospettate sotto il profilo: (a) della violazione delle norme sui contraddittorio, per essere stato l'incolpato convocato per la prevista audizione, non davanti al presidente dell'ordine, ma dinanzi al presidente della Commissione degli odontoiatri; (b) della viola-

zione del principio di immodificabilità del collegio giudicante; (c) della omessa circostanziata contestazione degli addebiti.

Infine, la Commissione centrale ha ritenuto infondate le censure rivolte sia al merito del provvedimento impugnato, sia alla misura della sanzione inflitta.

3. - Per la cassazione della decisione della Commissione centrale il dott. S. ha proposto ricorso, con atto notificato il 25 ottobre 2012, sulla base di cinque motivi.

Nessuno degli intimati ha svolto attività difensiva in questa sede.

Motivi della decisione

1. - Con il primo motivo (violazione dei D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, artt. 39 e 47, della L. 7 agosto 1990, ti. 241, artt. 21-septies e 3, in relazione all'art. 360 c.p.c., nn. 3 e 5, e insufficiente e contraddittoria motivazione) ci si duole che sia stata esclusa la nullità del provvedimento che ha inflitto la sanzione, nonostante lo stesso manchi dell'intera motivazione. Ad avviso del ricorrente, l'art. 47 del regolamento per l'esecuzione del D.Lgs. del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione dell'ordine delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse, approvato con il citato D.P.R. ti. 221 del 1950, non consentirebbe dispositivo ed una separata motivazione (quest'ultima nella specie comunicata all'interessato dopo circa 50 giorni), anche in considerazione del fatto che il provvedimento deve essere impugnato nel termine di trenta giorni.

1.1. - Il motivo è infondato.

Ai sensi del D.P.R. n. 221 del 1950, ad. 47, la decisione conclusiva del procedimento disciplinare deve, a pena di nullità, contenere la indicazione della data in cui è stata adottata, dei fatti addebitati e delle prove assunte e l'esposizione dei motivi, il dispositivo; essa, una volta sottoscritta, è pubblicata mediante deposito dell'originale negli uffici di segreteria che provvede a notificarne copia all'interessato.

Secondo la costante giurisprudenza di questa Corte (Sez. 3, 3 aprile 2000, n. 4009; Sez. 3, 2 marzo 2005, n. 4465), nel procedimento disciplinare dei sanitari che si svolge innanzi al Consiglio dell'ordine, la fase di decisione si scompone in due momenti successivi, trattazione orale e deliberazione della decisione, e nulla impedisce che, dopo la chiusura della trattazione orale, il Consiglio rinvii ad altra seduta la deliberazione della decisione, senza l'obbligo di darne avviso all'interessato e di riconvocare questo per detta seduta, pacifico essendo che quest'ultima fase del procedimento deve svolgersi fuori della presenza dell'incolpato.

Nella specie, all'esito della seduta svoltasi, alla presenza dell'incolpato e del suo difensore, il 13 ottobre 2010, il Collegio deliberante ha immediatamente dato lettura del dispositivo con cui è stata inflitta la sanzione della sospensione dall'esercizio della professione per mesi tre, riservandosi, con lo stesso atto, di depositare nei successivi trenta giorni

la motivazione del provvedimento sanzionatorio. Il che è avvenuto, come risulta dalla nota prot. n. 1677 dell'11 novembre 2010, con la quale la Commissione albo odontoiatri dell'Ordine dei medici di Potenza ha comunicato all'incolpato di avere depositato il provvedimento completo, avvertendolo che contro di esso poteva essere proposto ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie ai sensi del D.P.R. n. 221 del 1950, ad. 53. Nel procedimento disciplinare a carico degli esercenti le professioni sanitarie, ai sensi del D.P.R. n. 221 del 1950, ad. 47, come è consentito scomporre la fase di decisione in due momenti successivi, trattazione orale e deliberazione della decisione, completa di dispositivo e di esposizione dei motivi, così non integra violazione delle norme sul procedimento deliberare la decisione immediatamente dopo la discussione, con lettura del dispositivo nella stessa seduta, e rinviare, sul modello previsto dal codice di rito penale, la stesura della motivazione che appaia particolarmente complessa a data successiva fissata dal Collegio deliberante, fermo restando

che, in tal caso, il termine per l'impugnazione alla Commissione centrale, di trenta giorni dalla notificazione o dalla comunicazione del provvedimento (art. 53 D.P.R. cit.), decorre, non dalla lettura del dispositivo, ma dalla comunicazione integrale del provvedimento, completo di motivazione.

2. - Con il secondo mezzo (violazione del D.P.R. n. 221 del 1950, ad. 39 e della L. 24 luglio 1985, ti. 409, artt. 1, 2 e 6, nonché insufficienza e contraddittorietà della motivazione) si contesta la legittimazione del presidente dei Commissione dell'albo degli odontoiatri a svolgere gli accertamenti istruttori di cui al D.P.R. n. 221 del 1950, ad. 39, in origine riservati al presidente dell'ordine.

2.1. - Il motivo è infondato.

La L. 24 luglio 1985, n. 409 - istituendo, come distinta dalla professione di medico-chirurgo, la professione sanitaria di odontoiatra, e prevedendo la creazione, presso ogni Ordine dei medici-chirurghi, di un separato albo professionale per l'iscrizione di coloro che sono in possesso del diploma di laurea in odontoiatria e protesi dentaria e della relativa abilitazione all'esercizio professionale, conseguita a seguito del superamento di apposito esame di Stato - ha altresì istituito, in seno ai consigli direttivi degli ordini provinciali, la commissione per gli iscritti all'albo dei medici-chirurghi e la commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri. Poiché queste commissioni esercitano - per espressa previsione normativa contenuta nell'art. 6 legge cit., che richiama le attribuzioni di cui al D.Lgs. Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, art. 3, comma 1, lett. f), ed al relativo regolamento di esecuzione approvato con il D.P.R. n. 221 del 1950 - il potere disciplinare nei confronti di sanitari liberi professionisti iscritti nei relativi albi, deve ritenersi che, essendo state sottratte al consiglio dell'Ordine e trasferite alle due commissioni le funzioni disciplinari, i compiti, di acquisizione delle prime informazioni su fatti che possono formare oggetto di un procedimento disciplinare, che l'art. 39 del D.P.R. cit. affidava al presidente del consiglio dell'Ordine, sono, ora, svolti dal presidente della competente commissione, e quindi, trattandosi di odontoiatri, dal presidente della commissione degli iscritti all'albo degli odontoiatri.

3. - Il terzo motivo (violazione del D.P.R. ti. 221 del 1950, artt. 39, 45 e 47, della L. n. 241 del 1990, art. 2 e 7, ad. 2697 cod. civ., artt. 115 e 116 cod. proc. civ., nonché insufficiente e contraddittorietà della motivazione) denuncia la violazione del principio di corrispondenza tra la contestazione e la decisione ovvero la immutazione dei fatti, con conseguente nullità del provvedimento irrogativo della sanzione disciplinare.

3.1. - La censura è infondata perché muove da un erroneo presupposto.

Infatti, dal verbale di celebrazione del procedimento disciplinare a carico del dott. 5., redatto ai sensi del D.P.R. n. 221 del 1950, ad. 46, risulta per tabulasi (a) che nei confronti dell'incolpato, previamente convocato a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (prot. 1189 del 1 luglio 2010), in apertura della seduta, celebrata il 21 luglio 2010, sono stati formulati addebiti circostanziati, recanti non solo l'indicazione delle disposizioni del codice deontologico assuntivamente violate, ma anche la menzione specifica degli addebiti; (b) che dinanzi al collegio disciplinare il dott. 5. si è presentato assistito da un difensore, l'Avv. P.D.; (c) che, a seguito della relazione effettuata dal componente del collegio, il procedimento è stato rinviato ad altra seduta, al fine di permettere al dott. 5. di esaminare la documentazione in atti e all'Avv. P. di depositare una memoria difensiva.

La semplice scansione procedimentale, puntualmente emergente dal testo della decisione impugnata, dimostra che vi è stata una circostanziata contestazione dei comportamenti lesivi dei precetti deontologici, tale da permettere la piena esplicazione del diritto di difesa da parte dell'incolpato ed il rispetto di esigenze di trasparenza ai fini di un adeguato controllo giurisdizionale della

decisione dell'organo disciplinare; mentre non possono avere ingresso in questa sede doglianze relative ad una assenta manipolazione o non genuinità del verbale delle sedute del collegio disciplinare, debitamente sottoscritto dal presidente e dal segretario del collegio.

Cade, pertanto, la censura che con la decisione assunta in sede disciplinare si sarebbe avuta una immutazione dei fatti rispetto ad una generica contestazione iniziale.

4. - Con il quarto mezzo (violazione del D.P.R. n. 221 del 1950, artt. 40, 47, 48 e 66, nonché del D.L. 4 luglio 2006, ti. 223, ad. 2, convertito nella L. 4 agosto 2006, n. 248, e degli artt. 1, 55, 56 e 65 codice di deontologia medica, nonché degli artt. 112 e 116 cod. proc. civ. e ad. 2697 cod. civ. e omessa motivazione su un punto decisivo della controversia) si prospetta l'illegittimità della decisione sanzionatoria siccome in contrasto con la disciplina che informa la materia della pubblicità sanitaria ed i riflessi che essa assume sul codice di deontologia medica, e comunque adottata senza un reale supporto argomentativo. Inoltre si deduce che, poiché il D.P.R. n. 221 del 1950, ad. 39 non impone alcun obbligo al medico che sia eventualmente convocato per essere ascoltato, di rilasciare dichiarazioni o altra notizia che potrebbe poi essere utilizzata a suo carico, sotto nessun profilo la condotta di mancata presentazione alle convocazioni che hanno preceduto la fase del giudizio disciplinare potrebbe costituire una mancanza disciplinarmente rilevante.

4.1. - Il motivo è fondato.

4.2. - Il D.P.R. n. 221 del 1950, ad. 39 espressamente include nell'ambito del procedimento disciplinare il momento - anteriore alla formale apertura che si ha con la contestazione dell'addebito e con la fissazione della data della seduta per il giudizio - della raccolta delle opportune informazioni, comprendente l'audizione del sanitario interessato da parte del presidente della competente commissione. Poiché l'istruzione preliminare non è una fase esterna al procedimento disciplinare, non può dirsi che il sanitario, convocato in sede istruttoria per rispondere a domande in ordine ad un esposto presentato nei suoi confronti con riguardo a fatti integranti ipotesi di illecito disciplinare, sia tenuto a osservare il dovere di verità e a dare risposta a richieste di chiarimenti. Se così fosse, sarebbe vulnerata la regola, basilare di ogni procedimento disciplinare, abbia esso movenze giurisdizionali o amministrative, del *nemo tenetur contra se* edere, espressione del diritto di difesa costituzionalmente garantito e prevalente sull'esigenza del pieno e corretto esercizio delle funzioni istituzionali degli ordini professionali.

Questo approdo interpretativo - al quale le Sezioni Unite sono recentemente pervenute (con le sentenze 28 febbraio 2011, n. 4773, e 30 dicembre 2011, n. 30173) con riguardo all'ordinamento professionale forense, superando il tradizionale, opposto orientamento (sentenze 16 febbraio 1981, n. 6643, e 24 febbraio 1998, n. 1988) - merita di essere qui ribadito, essendo conforme alla giurisprudenza della Corte costituzionale. Invero, di fronte alla distinzione tra procedimenti disciplinari giurisdizionali e procedimenti disciplinari amministrativi, il giudice delle leggi ha più volte ricordato che la proclamazione contenuta nell'art. 24 Cost., se indubbiamente si dispiega nella pienezza del suo valore prescrittivo solo con riferimento ai primi, non manca tuttavia di riflettersi, seppure in maniera più attenuata, sui secondi, in relazione ai quali, in compenso, si impongono al più alto grado di cogenza le garanzie di imparzialità e di trasparenza che circondano l'agire della pubblica amministrazione (sentenza n. 460 del 2000).

V'è, insomma, un sensibile accostamento tra i due diversi tipi di procedimento disciplinare, che trova ragione nella natura sanzionatoria delle pene disciplinari, che sono destinate ad incidere sullo stato della persona nell'impiego o nella professione (sentenza n. 71 del 1995).

L'esito del procedimento, nell'un caso e nell'altro, può toccare invero la sfera lavorativa e, con essa, le condizioni di vita della persona e postula, perciò, anche in relazione ai procedimenti non aventi carattere giurisdizionale, talune garanzie che non possono mancare (sentenza n. 505 del 1995).

Pertanto, non costituisce illecito disciplinare, sanzionato dall'art. 1 codice di deontologia medica, prevedente il dovere del sanitario di prestare la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con il proprio ordine professionale, la mancata presentazione dell'odontoiatra ad una convocazione disposta, nella fase istruttoria anteriore all'apertura del procedimento disciplinare, dal presidente della commissione odontoiatri per ottenere chiarimenti su segnalazioni o esposti in relazione a fatti disciplinarmente rilevanti a carico dello stesso iscritto.

4.3. - E' fondato, sotto il profilo del vizio di motivazione, anche il motivo rivolto a censurare le statuizioni con cui la decisione della Commissione ha confermato la sussistenza dell'addebito relativo alla pubblicità sanitaria.

Va ribadito il principio secondo cui, pur a seguito dell'abrogazione, in conformità al principio comunitario di libera concorrenza, delle disposizioni legislative e regolamentari che prevedono, con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali, il divieto di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, resta fermo il potere-dovere degli ordini professionali, ai sensi del D.L. n. 223 del 2006, art. 2, comma 1, lett. b), convertito, con modificazioni, dalla L. n. 248 del 2006, di verificare, ai fini dell'applicazione delle sanzioni disciplinari, la trasparenza e la veridicità del messaggio pubblicitario (Cass., Sez. 3, 9 marzo 2012, n. 3717).

Senonché, la decisione della Commissione centrale, omettendo di esaminare le doglianze sul punto dal dott. S., non spiega il percorso logico seguito per giungere alla decisione impugnata, limitandosi ad affermare, apoditticamente, che nel provvedimento impugnato "vengono esaminate in modo dettagliato ed esauriente le circostanze di fatto contestate al

ricorrente, alle quali sono puntualmente ricollegate le violazioni delle norme che disciplinano l'attività degli iscritti all'albo degli odontoiatri": ma non da conto di quali sarebbero in concreto gli aspetti di non trasparenza e veridicità del messaggio pubblicitario relativo all'attività odontoiatrica, né indica in punto di fatto sotto quale profilo e che cosa consenta di qualificare servili o autocelebrativi le pubblicazioni e gli articoli apparsi sulla rivista.

5. Per effetto dell'accoglimento del quarto motivo, resta assorbito l'esame del quinto motivo (violazione dell'art. 112 cod. proc. civ. e del D.P.R. n. 221 del 1950, artt. 48 e 66, nonché omessa motivazione su un punto decisivo della controversia), con cui si lamenta che l'impugnata decisione abbia pretermesso l'esame del mezzo di impugnazione sulla misura della sanzione inflitta.

6. - La decisione impugnata è cassata in relazione alla censura accolta.

La causa deve essere rinviata alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

La Commissione centrale provvederà anche sulle spese del giudizio di cassazione.

P. Q. M.

La Corte rigetta i primi tre motivi di ricorso, accoglie il quarto e dichiara assorbito il quinto; cassa, in relazione alla censura accolta, la decisione impugnata e rinvia la causa, anche per le spese del giudizio di cassazione, alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Sezione Seconda Civile della Corte Suprema di Cassazione, il 21 giugno 2013.

Informativa sulla pubblicità delle attività libero-professionali

Dott. Fabrizio Zappaterra

La normativa che disciplina la pubblicità delle attività libero-professionali ed intellettuali si può così sintetizzare:

Il “decreto Bersani” (decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito in Legge 4 agosto 2006, n. 248) *abroga le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio;*

La c.d. “Manovra bis” (Decreto Legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito in legge 14 settembre 2011, n. 148), precisa che *la pubblicità informativa, con ogni mezzo, avente ad oggetto l'attività professionale, le specializzazioni ed i titoli professionali posseduti, la struttura dello studio ed i compensi delle prestazioni, è libera. Le informazioni devono essere trasparenti, veritiere, corrette e non devono essere equivocate, ingannevoli, denigratorie;*

Il D.P.R. 7 agosto 2012, n. 137, art. 4, afferma che:

E' ammessa con ogni mezzo la pubblicità informativa, avente ad oggetto l'attività delle professioni regolamentate, le specializzazioni, i titoli posseduti attinenti alla professione, la struttura dello studio professionale ed i compensi richiesti per le prestazioni

La pubblicità informativa di cui al comma 1 deve essere funziona-

le all'oggetto, veritiera e corretta, non deve violare l'obbligo del segreto professionale e non deve essere equivoca, ingannevole o denigratoria.

La violazione della disposizione di cui al comma 2 costituisce illecito disciplinare, oltre ad integrare una violazione delle disposizioni di cui ai Decreti legislativi 6 Settembre 2005, n° 206, e 2 Agosto 2007, n° 145.

In definitiva:

- 1) Non è più necessario chiedere il parere preventivo dell'ordine;
- 2) La pubblicità è in generale libera, anche sulle tariffe, e con i vari mezzi oggi a disposizione;
- 3) la pubblicità deve essere:
 - a) Corretta,
 - b) Informativa e solo funzionale all'oggetto della professione,
 - c) Veritiera e non ingannevole od equivoca,
 - d) Trasparente, palese e non occulta,
 - e) Non denigratoria,

f) Non deve in alcun modo violare segreti professionali.

Resta quindi una fondamentale differenza fra la pubblicità *commerciale* e la pubblicità *informativa* sulla propria attività professionale, sulla organizzazione e struttura dello studio e sulle specializzazioni possedute, sui titoli e sugli eventuali master riconosciuti in Italia, senza autocelebrazioni, sui compensi richiesti; deve essere trasparente, veritiera, corretta e mai comparativa con altri professionisti, perché diventerebbe denigratoria nei loro confronti.

La sentenza 3 maggio 2013, n. 10304 della Cassazione S.U. tratta infine la pubblicità mascherata da articolo giornalistico/intervista (e per ciò stesso vietata in quanto tendente a ingannare), valutandone proprio il contenuto ed affermando che *nel caso di specie, non è in discussione il “diritto” al libero esercizio di una “pubblicità promozionale” dell'attività professionale, bensì esclusivamente la modalità secondo la quale detta pubblicità sia realizzabile nel doveroso rispetto di precisi e specifici limiti deontologici disciplinarmente rilevanti.*

Patente di guida, rinnovo telematico

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 del 10 febbraio 2014 è stato pubblicato il decreto 21 gennaio 2014 recante “**Modalità di redazione della relazione tecnica per l'accertamento dei requisiti di idoneità psico-fisica per il rinnovo della patente di guida per via telematica**”. Tale decreto, emanato dal Ministero della Salute, definisce i contenuti e le modalità di redazione della relazione medica per l'accertamento dei requisiti di idoneità

psico-fisica per il rinnovo della patente di guida in via telematica.

L'art. 1 del provvedimento prevede che **la relazione della visita medica per il rinnovo di validità della patente di guida**, da cui estrarre i contenuti da comunicare telematicamente all'Ufficio centrale operativo del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici, **deve essere redatta utilizzando il modello riportato nell'allegato I al decreto (All. n. 1).**

ALLEGATO I

RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(Da conservare agli atti)

Conferma della patente di guida categoria.....

VISITA MEDICA iniziata in data relativo alla persona di:

(Cognome) (Nome)

nat__ a (.....) il

documento di riconoscimento nr.

rilasciato da il

il quale informato, in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato, a sottoporre, ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n° 575, a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa,

DICHIARA⁽²⁾:

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio Si No
(se Si quali
- sussiste diabete Si No
(se Si specificare se insulino-dipendente
- sussistono altre patologie endocrine Si No
(se Si quali
- sussistono turbe e/o patologie psichiche Si No
(se Si quali
- fa uso di sostanze psicoattive Si No
(se Si quali
- sussistono patologie del sistema nervoso Si No
(se Si quali
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche Si No
(se Si specificare quando si è manifestata l'ultima
- sussistono malattie del sangue Si No
(se Si quali
- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale Si No
(se Si quali
- sussistono patologie visive Si No
(se Si quali
- sussistono patologie uditive Si No
(se Si quali
- è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio Si No
(se Si specificare per quali malattie ed in quale misura (%/Tab.)

Data

Firma dell'interessato/a

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 con specifico riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D.Lgs 196/2003. In particolare, consapevole che l'accertamento medico legale è obbligatorio al fine di accertare l'assenza di condizioni ostative al rilascio dell'idoneità per il conseguimento o per la conferma di validità della patente di guida e che i dati riportati nel presente verbale saranno custoditi agli atti del medico responsabile del procedimento e titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità illustrate.

Data

Firma dell'interessato/a

Vista la sotto elencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti⁽²⁾:

- dichiarazione anamnestica sottoscritta dall'interessato/a
- attestazione del medico di fiducia dr..... rilasciata il.....
- certificazione rilasciata da il attestante l'assenza di condizioni di abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope
- valutazione specialistica⁽³⁾:
- certificazione del costruttore attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza delle protesi acustiche utilizzate dall'interessato/a

Verificato che l'interessato/a:

- **presenta** obiettività clinica di malattie fisiche o psichiche in atto, e/o anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico e deficienze organiche o minorazioni anatomiche o funzionali, che possano comunque pregiudicare la sicurezza della guida di veicoli ai quali la patente abilita⁽²⁾ Si No
- **presenta** obiettività clinica e precedenti anamnestici che facciano sospettare malattie progressive degli occhi richiedenti accertamenti strumentali del campo visivo⁽²⁾ Si No
- **presenta**, ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:
 - della sensibilità al contrasto⁽²⁾ Si No
 - della sensibilità all'abbagliamento⁽²⁾ Si No
 - dei tempi di recupero dopo abbagliamento⁽²⁾ Si No
 - della visione crepuscolare⁽²⁾ Si No
- **possiede** acuità visiva **naturale/corretta**⁽¹⁾ in visione⁽²⁾:
 - binoculare di/decimi all'occhio destro e di/decimi all'occhio sinistro
 - monoculare **anatomica/funzionale**⁽¹⁾, posseduta da un periodo **sufficiente/non sufficiente**⁽¹⁾ per consentire l'adattamento, di/decimi all'occhio **destro/sinistro**⁽¹⁾
- **percepisce** la voce di conversazione a m a destra e a m a sinistra **senza/con**⁽¹⁾ protesi acustica **monoaurale/biaurale**⁽¹⁾
- **possiede**, in relazione alla specifica categoria di patente, tempi di reazione a stimoli semplici e complessi, luminosi ed acustici, sufficientemente rapidi e regolari⁽²⁾ Si No

Si giudica lo/la stesso/a:

IDONEO/NON IDONEO^{(1) (4)} **per conferma**⁽¹⁾ della patente di guida di categoria con le seguenti indicazioni⁽²⁾:

- NESSUNA PRESCRIZIONE OBBLIGO LENTI cod.....
- VALIDITÀ DELLA PATENTE LIMITATA (su parere diabetologico) a :
- OBBLIGO DI..... cod..... (riservato a CML)
- LIMITAZIONE ALLA GUIDA cod.....(riservato a CML)
- MODIFICHE AL VEICOLO..... cod..... (riservato a CML)

Annotazioni

data

Firma del medico certificatore

(1) Cancellare la parte che non interessa
 (2) Contrassegnare con X la voce (o le voci) di interesse
 (3) Diabetologica, neurologica, oculistica, ecc.
 (4) In caso di giudizio di NON IDONEITÀ, il medico certificatore monocratico dovrà provvedere, ai sensi dell'art. 126, comma 6, del "Codice della Strada", a comunicare tale esito al competente ufficio del Dipartimento per i trasporti terrestri

Medici competenti ciclo di aggiornamento

COMUNICAZIONE N. 19

Il Ministero della salute ha comunicato che con la conclusione del ciclo di aggiornamento ECM 2011/2013, secondo quanto previsto dal D.lgs n. 81/08 all'articolo 38, comma 3, **“per poter continuare ad esercitare l'attività di medico competente occorre che i medici, iscritti nell'elenco nazionale dei medici competenti, abbiano maturato i 150 crediti previsti, di cui almeno il 70% (105) nella disciplina medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro e che, come stabi-**

to dall'articolo 2 del Decreto ministeriale 4 marzo 2009, gli stessi, a conferma del possesso di tale requisito, provvedano a trasmettere all'Ufficio Il della Direzione generale della prevenzione la certificazione o l'autocertificazione attestante il conseguimento dei crediti ECM previsti”.

L'art. 2, comma 2, del D.M. 4 marzo 2009 prevede infatti che “il conseguimento dei crediti formativi del programma triennale di educazione continua in medicina, ovvero il completo recupero

dei crediti mancanti entro l'anno successivo alla scadenza del medesimo programma triennale di educazione continua in medicina, previsto dall'art. 38, comma 3, del decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, quale requisito necessario per poter svolgere le funzioni di medico competente, **comporta, per l'interessato, l'obbligo della comunicazione del possesso del necessario requisito formativo mediante l'invio all'Ufficio indicato all'art. 1, comma 1, della certificazione dell'Ordine di appartenenza o di apposita autocertificazione”**.

Il Ministero della Salute ha chiarito che “il termine per provvedere alla trasmissione della certificazione o dell'autocertificazione può essere individuato entro il **15 gennaio 2015**, atteso che l'articolo 2, comma 2, del Decreto ministeriale 4 marzo 2009 prevede la possibilità del completamento dei crediti mancanti entro il 2014; per cui successivamente a tale termine, ai sensi dell'articolo 3, comma 2 del citato Decreto, dovranno essere necessariamente, attivate da parte dell'Ufficio, le procedure di verifica per la cancellazione dall'elenco nazionale dei medici competenti non in regola rispetto al requisito dell'obbligatorio aggiornamento professionale.

La trasmissione della certificazione o dell'autocertificazione attestante l'avvenuto conseguimento dei 150 crediti previsti deve avvenire, preferibilmente attraverso posta elettronica certificata, utilizzando l'indirizzo PEC dgprev@postacert.sanita.it.

Si rileva che ogni medico può verificare la propria situazione personale sulla sezione denominata “Anagrafe Crediti ECM” dal sito internet del Co.Ge.A.PS (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie).

Recensioni

“Appunti con disappunto”

Per i tipi della casa editrice TEMI di Trento, **Antonio Di Gregorio** ha pubblicato il suo nuovo libro “Appunti con disappunto”, col quale evita, come al solito, la semplice narrativa e si sofferma su tematiche esistenziali di ampio respiro, con lo scopo dichiarato di coinvolgere il lettore in osservazioni che egli riconosce come necessarie e spesso inevitabili.

Si tratta di pensieri sparsi su avvenimenti, situazioni e personaggi tradotti come appunti scritti di getto, senza il filtro del politicamente corretto per non alterarne la genuinità e di riflessioni su interrogativi che da sempre accompagnano l'uomo nella sua ricerca di senso. Il filo conduttore si concretizza in un disappunto a volte inteso come delusione, a volte come disagio corrosivo, alimentato dalla ricorrente necessità di scegliere tra accettazione e speranza.

Disappunto come inquietudine montante, col disincanto degli anni accumulati, lontano dai legittimi sogni o dai desideri promessi a se stessi sia da piccoli che da adulti.

Non mancano però ripetute pennellate di ironia che rendono lo stile piacevole e lasciano spazio a visioni più leggere delle cose e dei problemi che ciascuno deve affrontare.

Appropriati ed inseriti con delicatezza i riferimenti filosofici e letterari, intesi come invito alla lettura in generale, lontano dalle alluvioni di video spazzatura che ci perseguitano.

Lilia Giannini (Novamedia edizioni)

Registro generale degli indirizzi elettronici e incarichi di consulenza

COMUNICAZIONE N. 2

Si sottolinea in prima analisi, così come già evidenziato nella Comunicazione n. 32/2012, che i Tribunali e le Corti di Appello effettuano le comunicazioni e le notificazioni degli atti del processo civile e del lavoro, secondo quanto disposto dal decreto del Ministero della Giustizia n. 44 del 21 febbraio 2011, a mezzo di posta elettronica certificata, inviandole all'indirizzo di PEC risultante nello speciale registro istituito presso la Direzione Generale dei Sistemi Informativi Automatizzati del Ministero della Giustizia (ReGIndE). Ciò detto, al fine di chiarire il campo di applicazione della fattispecie indicata in oggetto appare opportuno precisare che:

1) La eventuale richiesta dei Tribunali e delle Corti di Appello può ritenersi legittima perché si fonda sulle disposizioni di cui all'art. 16 del DL. 179/12 e di cui al D.M. 44/2001 e alle specifiche tecniche emanate con provvedimento del 18 luglio 2001 e successive modificazioni e integrazioni.

2) Non è però un obbligo degli Ordini professionali, diversi dai COA, di aderire al ReGIndE, ma una possibilità ai fini di offrire un servizio ai professionisti (medici e odontoiatri) che svolgono funzioni di CTU e soprattutto alle cancellerie dei Tribunali che debbono effettuare le comunicazioni e notificazioni per via telematica.

3) I professionisti che svolgono funzioni di CTU possono infatti procedere autonomamente alla registrazione al ReGIndE (Rivolgendosi ad un Punto di Accesso o utilizzando il Portale Servizi Telematici: <http://pst.giustizia.it>).

4) Tra i dati inviati dal professionista e eventualmente quelli trasmessi dall'Ordine prevalgono i dati trasmessi dall'Ordine stesso.

5) Il ReGIndE non gestisce informazioni già presenti in registri disponibili alle PPAA. qualora questi siano accessibili in via telematica ai sensi dell'art. 16 del decreto-legge 29 novembre 2008 n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2.

In ordine al Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC) si rileva che le pubbliche amministrazioni appaltanti sono obbligate a richiederlo. La regolarità contributiva viene richiesta tra l'altro per tutti gli appalti pubblici, intendendo non solo gli appalti di lavori pubblici in senso stretto, ma anche gli appalti di servizi e forniture. In ordine alla validità temporale del DURC si precisa che il documento è valido per la durata di 120 giorni dalla data del suo rilascio. La Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione Pubblica - 31 maggio 2012, n. 6 ha chiarito che "per documento unico di regolarità contributiva si intende il certificato che attesta contestualmente la regolarità di un operatore economico per quanto concerne gli adempimenti INPS, INAIL, nonché cassa edile per i lavori, verificati sulla base della rispettiva normativa di riferimento.

Tale essendo la natura del DURC, deve concludersi nel senso dell'ap-

plicabilità allo stesso dei principi dettati dal D.P.R. n. 445 del 2000. Aggiungasi che l'art. 44 bis, D.P.R. n. 445 del 2000, introdotto dall'art. 15, comma 1, legge n. 183 del 2011 (applicabile per le fattispecie non rientranti nella previsione introdotta dall'art. 14, comma 6-bis, decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5), ha espressamente previsto che le informazioni relative alla regolarità contributiva sono acquisite d'ufficio, ovvero controllate ai sensi dell'articolo 71, dalle pubbliche amministrazioni procedenti, nel rispetto della specifica normativa di settore. In sostanza, il legislatore del 2011, nell'ambito della semplificazione delle certificazioni amministrative, ha tenuto conto delle peculiarità della disciplina relativa al DURC, prevedendo che lo stesso debba sempre essere acquisito d'ufficio dalle Amministrazioni procedenti, fatto salvo il caso in cui la specifica normativa di settore preveda la presentazione di una dichiarazione sostitutiva. In tale ultima ipotesi l'Amministrazione verificherà la veridicità di quanto dichiarato dal privato, ai sensi dell'art. 71, D.P.R. n. 445 del 2000". Ciò detto, si rileva che per i professionisti il DURC non può essere richiesto, in quanto non vi è iscrizione o contribuzione INPS per soggetti con previdenza obbligatoria delle Casse di Categoria autonome, (Cassa Forense per gli avvocati ecc.). Pertanto per i professionisti iscritti alle rispettive casse previdenziali il DURC non può essere peraltro acquisito attraverso lo Sportello Unico Previdenziale, in quanto trattasi di lavoratori autonomi non soggetti alla gestione previdenziale dell'INPS e dell'INAIL.

Giochi mondiali medicina e sanità

Dal 21 al 28 giugno 2014 a Wels, in Austria, la 35. edizione dei Giochi mondiali della medicina e della Sanità. Per informazioni: contattare Jeremie Roualet, in roualet@mediagames.com

Quale colesterolemia? Forse è opportuno rivedere la nota 13

di Fabrizio Zappaterra

Le nuove Linee Guida Americane [ACC/AHA Guidelines] sul trattamento delle dislipidemie ha rivoluzionato una parte del nostro modo di essere, di mangiare, di curare, di consigliare per prevenire: i livelli di colesterolo obiettivi nelle varie situazioni di rischio sono frutto di errori interpretativi.

La teoria delle "soglie" di colesterolo LDL per prevenire eventi cardiovascolari fatali e non, abbracciata prima da alcune linee guida americane [ATP III REV 2004] e poi dalle Linee guida europee (ESC/ESA 2011) ed in Italia dall' AIFA (AIFA 2011, AIFA 2012, AIFA 2013), deriva da una distorsione dei risultati della ricerca biomedica.

I principali trial clinici da cui è derivata la teoria delle soglie colesterolemiche erano stati impostati per dimostrare l'efficacia di una nuova statina ad un determinato dosaggio rispetto ad un diverso trattamento preso come controllo e la significatività raggiunta ($p < 0.05$)

sulla superiorità delle statine rispetto al diverso trattamento è stata traslata alla capacità della soglia colesterolemica LDL raggiunta di ridurre il rischio dell'end-point considerato.

Può sembrare un ragionamento illogico di lana caprina, infatti, se un trattamento con un farmaco abbassa il colesterolo LDL più di un altro e con tale trattamento più efficace si ha una riduzione degli eventi che si voglio prevenire, per la proprietà transitiva la maggior riduzione di colesterolo è un obiettivo da perseguire.

Ma gli esperti ci informano che per dimostrare il vantaggio di una determinata soglia di colesterolemia LDL rispetto a un'altra i pazienti dei vari trial avrebbero dovuto essere randomizzati a due o più soglie distinte, non a due trattamenti distinti, per cui le conclusioni formulate dai documenti di indirizzo che sostengono l'adozione di "soglie" risultano metodologicamente distorte.

Rivedendo i vari risultati, infatti, solo oggi emerge che l'efficacia delle statine non è correlata con il raggiungimento di una determinata soglia.

La nota 13 dell'AIFA, di cui si è fatto un ampio resoconto sul bollettino 2/2013 candida i pazienti "ad altissimo rischio cardiovascolare" al raggiungimento di un valore di colesterolemia LDL sotto 70 mg/dl. Ebbene solo due studi sui quindici trial internazionali prodotti hanno raggiunto questa soglia e solo uno di essi ha prodotto risultati significativi. Viceversa altri studi (4s del 1994) avevano dimostrato l'efficacia della simvastatina nel ridurre il rischio di end-point fatali e non fatali ad un livello di colesterolemia LDL pari a 122 mg/dl, ben lontano dalla soglia dei 70.

In altre parole ci sono solide prove che le statine siano efficaci nell'allungare l'aspettativa di vita nei cardiopatici ad alto od altissimo rischio cardiovascolare ($> 20\%$ in dieci anni), ma è altrettanto provato che questo non dipende esclusivamente all'abbassamento del colesterolo LDL, ma anche da un insieme di azioni note e non note che complessivamente identificano i cosiddetti "effetti pleiotropici" di queste molecole e le rendono

Crediti ECM - Consulta la banca dati My ECM di Cogeaps

E è possibile consultare la propria situazione crediti sul sito <http://ape.agenas.it> registrandosi all'indirizzo "Registrazioni professionisti sanitari".

Il Servizio è in fase sperimentale, visualizza solo i dati dell'ultimo triennio.

Sono registrati i crediti ECM già acquisiti a livello nazionale e/o provinciale. La disponibilità dei dati è subordinata ai tempi di trasmissione del flusso informatico ed all'aggiornamento delle anagrafiche degli iscritti agli Ordini/Collegi/Associazioni.

Per informazioni è attivo un call center il cui numero è 06/42749600 - opzione 4.

La linea è attiva dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 16.00. È stato altresì attivato un indirizzo e-mail dedicato, ecm@cogeaps.it <<mailto:ecm@cogeaps.it>>, per offrire un ulteriore supporto.

Per quanto riguarda la Provincia autonoma di Trento i dati relativi agli ECM di provider provinciali, già disponibili sul sito www.ecmtrento.it <<http://www.ecmtrento.it>>, sono regolarmente trasmessi a COGEAPS. Il nostro Ordine sta valutando con la Provincia le linee guida operative per migliorare il servizio.

superiori a qualsiasi altro trattamento ipocolesterolemizzante.

Quindi gli studi sul rapporto tra abbattimento della colesterolemia LDL e il rischio di eventi cardiovascolari nelle varie metanalisi stanno fornendo risultati contraddittori: assodato che solo il 50% dell'efficacia delle statine può essere attribuita alle variazioni di colesterolemia LDL, il rapporto fra livelli di colesterolemia ed eventi CV non è lineare, per cui abbassandola oltre determinate soglie il guadagno è irrisorio o addirittura dannoso, controproducente.

L'associazione ezetimibe-simvastatina e la soglia 70 mg/dl di colesterolemia LDL è proposta anche per i pazienti affetti da insufficienza renale grave, ma nello studio SHARP 2010 l'associazione dei due farmaci, scelta evidentemente per la nominale superiore capacità di ridurre la colesterolemia, non ha ri-

dotto la mortalità generale, la mortalità coronarica e l'incidenza di infarto in tali pazienti.

L'aggiunta di ezetimibe alle statine è in grado di incrementare di circa il 20% la riduzione dei livelli di colesterolemia LDL ottenibili utilizzando le statine da sole ma gli effetti sugli end-point maggiori non sono ancora assolutamente certi.

In nessuno dei trial in cui le statine erano state sperimentate in soggetti diabetici è stata raggiunta la soglia 70 mg/dl, che è, invece, raccomandata nella "nota 13" per i diabetici in cui la condizione dismetabolica viene accompagnata da almeno un altro fattore di rischio cardiovascolare.

La versione 2007 della Nota 13/2007 aveva indirizzato la rimborsabilità delle statine ai soggetti caratterizzati da un rischio assoluto di eventi vascolari superiore al 20% a dieci anni, in linea con l'am-

pia e consolidata letteratura a sostegno del buon rapporto rischio/efficacia delle statine in questi strati. Queste direttive sono state inoltre seguite da diffusi interventi formativi per la diagnosi di Alto Rischio in prevenzione primaria sulla base di uno studio sulla popolazione italiana, il Progetto Cuore.

Le nuove versioni della Nota 13 del 2011, 2012 e 2013, hanno invece enfatizzato il concetto "efficacia = potenza", che di fatto ha indirettamente promosso la prescrizione di farmaci efficaci sulla colesterolemia LDL, ma di efficacia non dimostrata su end-point maggiori (mortalità generale, mortalità cardiovascolare, morbilità cardiovascolare).

Così la nota 13/2013 ha escluso dalla rimborsabilità la rovistatina nei pazienti ad altissimo rischio aprendo all'associazione ezetimibe simvastatina.

RECENSIONE

Piero Salzarulo

Le parole del sonno

Il sonno è stato oggetto di grande interesse dall'antichità sino ai giorni nostri ed è stato rappresentato attraverso immagini e parole. Il modo di concepire il sonno e il rapporto con i processi psicologici (sogno e memoria) e patologici è stato influenzato dalle scoperte scientifiche e dai contesti socio-culturali; che il sonno sia oggi al centro dell'interesse e delle preoccupazioni di molti è dimostrato dal rilievo assunto nella comunicazione dei media e nelle conversazioni quotidiane.

Questo saggio riferisce e commenta le terminologie e le espressioni verbali utilizzate per definire le caratteristiche del sonno da parte dei contributi provenienti dalla medicina, dalla psicologia, dalla filosofia, così come dalla letteratura e dalla tradizione popolare, attraverso la scelta di temi che

hanno rappresentato nel corso dei secoli l'importanza fondamentale del sonno. Il rapporto che intrattiamo con il dormire è un aspetto del quale si sono interessati non soltanto la psicologia e la medicina ma anche la letteratura ed i proverbi, nei risvolti sia positivi che negativi, espressi nell'insonnia, e più in generale nella patologia.

Il corpo e le trasformazioni del suo funzionamento durante il sonno sono stati oggetto di descrizioni e ipotesi da parte di filosofi e medici nell'antichità e da ricerche fisiologiche sofisticate in tempi più vicini a noi. È cruciale, sviluppato sia in prospettiva filosofica che medica, il rapporto del sonno con la morte. Il saggio include anche un breviario delle parole utilizzate in fisiologia, psicologia e medicina del sonno.



PIERO SALZARULO, specialista in neuropsichiatria, già professore ordinario di Psicologia generale e Presidente della Società Italiana di Ricerca sul Sonno e Vicepresidente della European Sleep Research Society. Membro del comitato editoriale di "Journal of Sleep Research" e "Médecine du Sommeil". Autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali.

La nostra storia

Professione medica e società in Trentino nel XX secolo

L'archivio dell'Ordine dei medici-chirurghi e odontoiatri

di Rodolfo Taiani

Il decreto n. 1387 del 25 settembre 1921 estendeva anche alle province di nuova annessione la validità della legge nazionale n. 455 del 10 luglio 1910, che istituiva gli ordini sanitari dei medici-chirurghi, dei farmacisti e dei veterinari. Dal 1 gennaio 1922, dunque, anche in Trentino entrò in funzione l'*Ordine dei medici-chirurghi*, prima esteso alla provincia unica della Venezia tridentina e, dal 1927, alle singole province di Trento e Bolzano. Il nuovo organismo, che subentrava alla preesistente *Camera dei medici*, istituita in periodo di governo austriaco, costituiva "un ente di diritto pubblico che raccoglie[va] tutti i medici abilitati all'esercizio della professione, li rappresenta[va] presso le istituzioni pubbliche e private, vigila[va] affinché [fosse] rispettata la deontologia professionale".

Pertanto, su questa base si è supposto che la documentazione prodotta dall'Ordine nel corso della sua attività quasi secolare avrebbe potuto testimoniare l'evoluzione della professione medica nel Novecento in un'area dove nei secoli precedenti si erano a lungo incontrate, confrontate e talvolta scontrate due diverse tradizioni medico-scientifiche: di area tedesca e di area italiana. L'archivio avrebbe potuto, inoltre, evidenziare il contributo offerto da una precisa componente professionale alla definizione e all'organizza-

zione del sistema sanitario pubblico nel corso del Novecento, con arretramenti fino all'ultimo periodo di governo austriaco, tra gli anni ottanta dell'Ottocento e la fine della Grande Guerra. È da questa prospettiva di potenziale approfondimento e di lettura storiografica che ha preso le mosse l'ideazione e la realizzazione del progetto di ordinamento e inventariazione dell'archivio dell'Ordine dei medici, chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Trento.

L'archivio è stato riordinato dalla Fondazione Museo Storico del Trentino con il contributo determinante della Fondazione Cassa di Risparmio di Trento e Rovereto.

LE AZIONI

Il progetto si è sviluppato su due linee d'intervento:

Trascrizione, annotata, della cronaca istituzionale dell'*Associazione medica tridentina* (1882-1926), della *Camera dei medici di Trento* (1894-1921), della *Società d'igiene tridentina* (1902-1914) e non ultimo proprio dell'*Ordine dei medici* (1922-1935) comparsa sul *Bollettino dell'Associazione medica trentina*, poi *Bollettino medico trentino*. Sono stati riportati in ordine cronologico per il periodo 1882-1935 tutti i verbali dei rispettivi di-

rettivi, delle assemblee dei soci e delle eventuali riunioni intermedie con attenzione anche a relazioni, pareri e testi accessori.

ORDINAMENTO E INVENTARIAZIONE DELL'ARCHIVIO VERO E PROPRIO.

Nel primo caso è emerso un quadro abbastanza completo delle personalità coinvolte, dei temi trattati e dello sviluppo del dibattito interno alla categoria, tanto più importante poiché, per il periodo preso in esame, non si ha notizia dell'esistenza di nessun'altra documentazione archivistica originale né presso l'*Ordine dei medici*, né presso altre istituzioni archivistiche.

Lo strumento approntato rappresenta, pertanto, un supporto informativo fondamentale per avviare un percorso di lettura e analisi del ruolo svolto dalla componente medica trentina nel settore politico-sanitario fra Otto e Novecento. Un supporto che potrà essere ulteriormente arricchito con nuove ricerche in grado di delucidare situazioni, vicende personali e contesti istituzionali.

Quanto all'ordinamento archivistico si è proceduto in primo luogo al riordino sommario della documentazione, al fine di ricostruire la morfologia originaria dell'archivio, di individuare le serie principali e di redigere un primo elenco di consistenza. A tale scopo si è provveduto a organizzare in un unico spazio il materiale che all'inizio dei lavori risultava disperso su più locali, talvolta non idonei per la corretta conservazione della documentazione stessa e per un'agevole consultazione.

È seguita la fase di schedatura analitica delle unità archivistiche e il definitivo riordino.

Si è così compilato l'inventario, in una forma rispondente a tutti gli standard di descrizione accettati e condivisi dalla comunità archivisti-

ca. La disponibilità dell'inventario consentirà una conoscenza diffusa del contenuto dell'archivio presso le biblioteche e gli istituti archivistici trentini e nazionali. Inoltre, contribuirà ad accrescere l'interesse e l'autorevolezza nei confronti degli Enti che hanno promosso e sostenuto il progetto.

Parallelamente al riordino è stato redatto il profilo storico istituzionale del soggetto produttore dell'archivio, nonché la ricostruzione dei contesti, delle vicende e dell'attività che hanno accompagnato la storia dell'Ordine e della professione medica nel periodo considerato, con arretramenti su periodi preordinistici.

Tutte le fasi di riordino della documentazione sono state compiute seguendo il metodo storico, al fine di identificare e mantenere tutti i nessi di relazione intercorrenti tra i documenti e il contesto istituzionale che li ha prodotti, nonché di comprendere a fondo le condizioni in cui si è formata e sedimentata la documentazione, identificando per quanto possibile l'ordine originario. L'organizzazione delle informazioni archivistiche rispetta la tradizione descrittiva nazionale ed è conforme agli standard internazionali. A lavoro ultimato, che ha previsto anche il ricondizionamento in nuovi contenitori delle unità archivistiche, la consistenza complessiva della documentazione è risultata di 26 registri, 221 buste e 50

metri lineari circa di fascicoli nominativi. A questa consistenza si devono aggiungere i volumi del *Bollettino ufficiale dell'Ordine* e altro materiale a stampa che deve considerarsi come fondo bibliografico complementare all'archivio (bollettini ministeriali, gazzette ufficiali, bollettini delle leggi regionali).

Le principali serie e tipologie documentarie nelle quali l'archivio può essere suddiviso risultano essere originate dall'attività di amministrazione dell'Ordine, nonché dalle iniziative svolte da questa istituzione nel corso della sua storia in ottemperanza alle attribuzioni assegnate per legge.

Le componenti dell'archivio che potranno essere utili fonti per le ricerche sono costituite, da una parte, dalla cosiddetta "letteratura grigia" (dispense, materiale informativo e didattico approntato per le numerose attività di formazione organizzate dall'Ordine) e dall'altra, come già ricordato, dal *Bollettino dell'Associazione medica trentina*, poi *Bollettino medico trentino*, periodico ricco non solo di contributi scientifici, ma soprattutto organo ufficiale degli organismi di rappresentanza medica – Associazione medica tridentina (1882-1926), Camera dei medici di Trento (1894-1920), Società d'igiene tridentina (1902-1914) e Ordine dei medici – che hanno costituito organi di rappresentanza della componente medica.

Vari traslochi hanno contribuito allo stato di disordine nel quale è stata rinvenuta la parte di deposito dell'archivio, ma soprattutto hanno causato alcune gravi perdite. Stando alle testimonianze orali dei dipendenti con maggiore anzianità di servizio, tali perdite si sarebbero verificate nel trasloco (anni Novanta del secolo scorso) tra la sede di via Oss Mazzurana e l'attuale di via Valentina Zambra. Questo passaggio ha coinciso con un'operazione di scarto che, spesso, ha risposto più a criteri di urgenza che non a un attento esame dei contenuti. Risultano così mancanti serie di verbali del periodo immediatamente successivo alla seconda guerra mondiale, così come buona parte della corrispondenza della quale si ha traccia nei registri di protocollo.

L'intervento di riordino si è rivelato pertanto quanto mai opportuno per fotografare lo stato di salute dell'archivio e per salvaguardarlo da ulteriori dispersioni, contribuendo nel contempo a far crescere fra i vari responsabili una maggiore coscienza circa l'importanza di conservare quanto rimasto. Fra questo materiale risulta sicuramente importante e rilevante il nucleo di informazioni biografiche relative a tutti i medici associati all'Ordine provinciale a partire dalla sua entrata in funzione nel 1922 e ricostruiti a partire dai registri compilati sul finire degli anni trenta del Novecento.

La consultazione dei documenti sarà garantita, compatibilmente alle normative che regolano l'accesso agli archivi contemporanei, attraverso una serie di norme da concordare espressamente fra l'ente proprietario e la Fondazione Museo storico del Trentino, istituzione particolarmente attenta alla storia contemporanea e ai problemi posti da una documentazione ricca di dati sensibili.

Staff del progetto: **Rodolfo Taiani** (Fondazione Museo storico del Trentino, coordinamento scientifico, revisione inventari, redazione saggio storico, curatela editoriale); **Michela Fedrizzi** (Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Trento, coordinamento organizzativo e supporto amministrativo); **Sarah Di Felice** (archivista LP, riordino e inventariazione); **Francesco Micheletti** (ricercatore storico LP, redazione scheda soggetto produttore; indicizzazione *Bollettino dell'Associazione medica tridentina* poi *Bollettino medico trentino*, indagine storico-documentaria); **Francesca Rocchetti** (Fondazione museo storico del Trentino, comunicazione); **Caterina Tomasi** (Fondazione Museo storico del Trentino, supervisione riordino).

LE PROSPETTIVE

A progetto concluso, l'archivio risulta disponibile allo studio degli esperti nonché dei medici stessi. L'organizzazione di una serie di iniziative, anche a carattere divulgativo, sulla storia della sanità e della medicina in Trentino, potrà senz'altro contribuire a valorizzare i contenuti.

A tale scopo il 27 settembre 2011 è stato sottoscritto un accordo programmatico di collaborazione tra *Ordine dei medici* e *Fondazione Museo storico del Trentino* al fine di attivare una collaborazione pluriennale rivolta, da un lato, alla miglior valorizzazione del patrimonio archivistico dell'Ordine a beneficio della comunità di studiosi e, dall'altro, alla realizzazione di iniziative di divulgazione della storia e del ruolo dell'Ordine nella politica sanitaria del Novecento con particolare riferimento al Trentino.

Il riordino archivistico e la predisposizione dello strumento inventariale s'inseriscono a loro volta in un più ampio progetto di ricerca, denominato "Arsenale salute", attivo presso la *Fondazione Museo storico del Trentino* (responsabile: Rodolfo Taiani) volto a sviluppare, in chiave multi/interdisciplinare, temi legati alla formazione ed evoluzione storica del concetto di salute e dei vari aspetti collegati.

In questa prospettiva, sempre all'interno del progetto sostenuto dalla *Fondazione Cassa di Risparmio di Trento e Rovereto*, il 12 aprile 2013 si è svolto un confronto pubblico nel quale si è discusso di percorsi e strategie di studio condivise nell'ambito della "Storia della Sanità in Trentino".

Fra gli obiettivi attesi vi è anche quello di accrescere la sensibilità nei confronti dei temi storico-sanitari da parte degli operatori del settore, facilitando e promuovendo la raccolta di altre fonti utili ad ampliare il campo di conoscenze.

Oggi è possibile controllare il dolore

Un convegno presso la sede dell'Ordine a Trento

Un quarto della popolazione europea combatte ogni giorno con il dolore. Quindici milioni di italiani subiscono il dolore e più del 5% di questi deve ricorrere alla chirurgia, oggi praticata con tecniche mini invasive.

La lotta al dolore cronico ha avuto un'accelerazione in seguito alla promulgazione della legge n. 38 del 2010 che consente il controllo e la cura del dolore cronico.

Prende le mosse da qui il convegno che si è tenuto il 22 marzo

2014 presso la sede dell'Ordine dei medici, a Trento ed al quale ha partecipato una cinquantina di medici e di operatori del settore. L'incontro è servito al dott. Saverio Adilardi e alla neurologa Silvia Cerasa per presentare il nuovo centro di terapia del dolore che è stato attivato presso la casa di cura Villa Bianca a Trento.

I relatori, provenienti da Brescia e Udine, hanno spiegato l'uso dei farmaci specifici, la somministrazione e illustrato le tecniche di intervento quali la nucleoplastica cervicale (per il trattamento dell'ernia al disco), la vertebroplastica (per la cura delle fratture vertebrali). Si è parlato delle neuro lesioni e della neuro stimolazione midollare per il controllo del dolore neuropatico.

Il presidente dell'Ordine, Giuseppe Zumiani, ha sottolineato in una nota che "l'intento dell'équipe di terapia del dolore operante a Villa Bianca è l'approccio multidisciplinare al dolore per la salvaguardia e il rispetto della dignità dell'uomo come valore irrinunciabile".



Dott. Saverio Adilardi, specialista in rianimazione e terapia del dolore; dott.sa Silvia Cerasa, neurologa; dott.sa Mila Masorgo, direttrice sanitaria della clinica "Villa Bianca" di Trento

Ospedale infantile, anni '70 del XX secolo

