



Conservero l'integrità della mia vita e l'onore della mia arte (Ippocrate: Coo 460-375 a.C.)

# MEDICO TARENTINO

KEY-SUMMER

*Sotto dura stagion dal cielo accesa  
langue l'huom, langue il grege  
ed arde il pino*

- La nostra sede più comoda e sicura
- La responsabilità penale del medico
- La posta certificata attivata
- Progetto 3C
- Prescrizioni farmaci stupefacenti
- INPS per via telematica
- Opportuna precisazione
- I colleghi odontoiatri
- Le dimensioni del tempo
- Letto per voi
- Pezcoller, fondazione di prestigio
- IRAP per MMG
- Previdenza e assistenza ONAOSI

BOLLETTINO D'INFORMAZIONE  
DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI



*Dal basso da sinistra a destra: Imelda Menghini, Marco Ioppi, Laura Valzolgher, Fausto Fiorile, Daniele Ortolani.  
In piedi da sinistra a destra: Tomasz M. Machan, Virginio Pisoni, Paolo Pancheri, Maria Cristina Andreaus, Alessandro Reich ,  
Giuseppe Zumiani, Monica Costantini, Andrea Fasanelli, Alberto Mattedi, Carlo Pedrolli, Michele Togni.*

### **CONSIGLIO DIRETTIVO ATTUALE**

Presidente	*Dott. Giuseppe ZUMIANI
Vice Presidente	*Dott.ssa Monica COSTANTINI
Segretario	*Dott. Carlo PEDROLLI
Tesoriere	*Dott.ssa Imelda MENGHINI
Consiglieri	Dott.ssa Maria Cristina ANDREAUS Dott. Andrea FASANELLI Dott. Fausto FIORILE Dott. Marco IOPPI Dott. Alberto MATTEDI Dott. Daniele ORTOLANI Dott. Paolo PANCHERI Dott. Virginio PISONI Dott. Alessandro REICH Dott. Michele TOGNI Dott. Tomasz Maria MACHAN KACPRZYK Dott.ssa Laura VALZOLGHER

### **COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

Presidente	Dott. Fausto FIORILE
Componenti	Dott. Giulio DEL DOT Dott.ssa Angela FERRARI Dott. Tomasz Maria MACHAN KACPRZYK Dott. Mauro PAGLIERANI

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

Effettivi: Dott. Tiziano RUSSO - Dott. Marco SCIACCA - Dott. Franco URBANI  
Supplente: Dott. Lorenzo LUCIANI

# IL PRIMATO DELLA CULTURA

“*Audi doctrinam, si vis vitare ruinam:  
cum sine doctrina nil proficiat medicina*”

Autore ignoto - tardo latino



Tra i doveri che il Codice Deontologico impone ai medici e che da qualche tempo andiamo sottolineando in queste pagine grande rilievo ha la condotta professionale del medico in sintonia appunto con i dettati di Ippocrate fino all'ultima sua stesura ed abbiamo sempre

evidenziato l'importanza dell'etica e del comportamento che da essa proviene. Un altro caposaldo della nostra professione è la cultura intesa nel senso più ampio della parola e che ogni medico nel pronunciare il *giuramento* pone in evidenza: esercitare in scienza e coscienza la sua professione. E allora è importante che anche noi ci si domandi: chi è il *sior dottor*? E' solo una persona per bene o qualcosa di più? Certamente deve essere un professionista moralmente integro ma gli basta solo questa qualità o deve dimostrare di saper fare e quindi dimostrare nei fatti la sua cultura? Già, la cultura! Oli-Devoto nel classico Vocabolario la definisce “*sintesi armonica delle cognizioni di una persona con la sua sensibilità e le sue esperienze*” La cultura - dice Antonio Gramsci - è organizzazione, disciplina del proprio io interiore; è presa di possesso della propria personalità e conquista di coscienza superiore. Un uomo saggio non ha una vasta cultura; ma quella che possiede la esprime come espressione più alta del sapere, che può non essere infinito. L'uomo colto si differenzia dall'uomo dotto, che è un professionista con “una preparazione teorica in uno o più campi del sapere” L'erudito ha buona memoria di roba d'altri e l'erudizione è indice di una mentalità ristretta. La cultura invece è un “complesso di cognizioni e di principi organicamente elaborati e disposti sul piano teorico concretizzati nella pratica”. Il concetto di cultura veniva espresso dai romani con il termine di *humanitas* insistendo su quanto è idoneo a esprimere l'uomo nella sua interezza. Nel Medioevo il concetto aristocratico di cultura fa di essa lo sgabello perché l'uomo si innalzi alla conoscenza della vita nella sua interezza ed in cui realizza veramente se stesso. Si fa fatica a discernere bene il limite tra dottrina e cultura ma

è necessario che ognuno di noi si ponga costantemente un interrogativo: conosco il nome della malattia ma so bene il nesso di causalità della sua manifestazione?... E' un discorso infinito e a noi non resta che il beneficio dell'umiltà: *ignoramus et ignorabimus*... Questo senso del limite ci spinge ad essere timidi ed umili; a non essere tronfi e vanitosi e a valorizzare *il peso* del dubbio: il dubbio, si dice, è il sale della certezza! Oggi è facile cercare in un sito del PC tante nozioni e tante notizie magari sotto la spinta della paura o della curiosità; quello che ci fa essere saggi però è la conoscenza diretta e sofferta dei problemi che affrontiamo quotidianamente: ciò che ci nobilita non è il *quanta* ma il *quantum* scimus. E non serve che graviamo il Servizio Sanitario di esami e ricerche spesso inutili, magari sotto la spinta della paura o delle richieste pretestuose e pretensiose di quanti arrivano nei nostri ambulatori, senza l'esame obbiettivo che ci pone in diretto contatto con organi ed apparati di cui dovremmo conoscere consistenza e patologie. La cultura ci pone al riparo di beghe e liti con i pazienti se i nostri studi, le nostre esperienze, i nostri incontri con colleghi più esperti di noi ed i nostri Seminari ci consentono di aprirci verso orizzonti sempre nuovi e chiarire problemi spesso ignorati. Diamo quindi la prevalenza alla cultura e al modo con cui la esprimiamo nella quotidianità, spogliandola dalla boria delle parole e degli atteggiamenti, riconoscendo nella esperienza degli altri un elemento di crescita del nostro peso specifico. In genere i grandi uomini non sono degli eruditi ma colti ed “i medici, studenti a vita, devono avere l'umiltà di imparare da tutti, dai colleghi e soprattutto dai malati ed essere colti.” Prof. Lorenzo Bonomo Università Cattolica Roma . Solo con la cultura e la diligenza praticate ogni giorno eviteremo contenziosi fondati sui diritti e sui doveri di ogni cittadino ed esplicitati nella Costituzione di una nazione civile come la nostra. Vi lascio con un pensiero dell'astronomo e matematico francese *Laplace* morente - vissuto tra il 1700 e 1800- perchè esso ci possa sempre più spingere verso l'amore per la cultura: “*Quel che sappiamo è poco più che nulla, quel che ignoriamo è immenso. Io credo fermamente che la cultura sarà sempre più alleata della scienza quanto più profonde saranno le sue indagini e più costanti e vasti i suoi impegni*”.

AUGURI

# FACCIAMO PIÙ COMODA E PIÙ SICURA LA NOSTRA SEDE

L'ASSEMBLEA STRAORDINARIA del 17 giugno 2010 convocata dal Presidente Zumiani per discutere e approvare la delibera del Consiglio Provinciale dell'Ordine circa la ristrutturazione e la messa in sicurezza della sede ormai datata ha visto la presenza della quasi totalità dei Consiglieri e di un nutrito gruppo di colleghi. Rileviamo dal verbale dell'evento diligentemente redatto dal dott. Carlo Pedrolli, infaticabile segretario, quanto segue:

“L'Assemblea inizia alle ore 21.00 del 17.06.2010. Sono presenti i consiglieri: Zumiani, Costantini, Andreaus, Fasanelli, Fiorile, Macham, Meneghini, Joppi, Togni, Mattedi, Ortolani, Pancheri, Reich, Valzolgher e C. Pedrolli che redige il verbale.

Hanno presentato delega i colleghi: Arne Ludvick, Mauro Antolini, Gabriele Antolioni, vittoria Agostani, Pierluigi Rosina, Antonio Pollam, Francesco Corsini e Elisa Luminari.

Sono presenti inoltre l'architetto Borsetti, l'ingegner Condini ed il Dr. Decaminada quali consulenti dell'Ordine dei Medici. Il presidente Zumiani introduce il tema della riunione e lo motiva con l'esigenza inderogabile di ristrutturare la sede dopo la constatazione che la stessa non è nemmeno dotata del permesso di agibilità (abitabilità), dopo aver dato mandato al consigliere Mattedi di valutare globalmente lo stato della sede.

Dai rilievi emerge che oltre alla mancanza di agibilità, l'impianto di riscaldamento e raffre-



Ingresso central della sede dell'Ordine.



scamento è attualmente fuori norma; gli archivi cartacei sono negli stessi locali del server con rischio di incendio; vi è un eccesso dei consumi energetici, sia per il riscaldamento che per il raffrescamento; i due camini delle caldaie emettono fumi sulla terrazza in comproprietà fra Ordine ed altri proprietari.

Il Presidente riferisce inoltre che nel momento stesso in cui ci si è resi conto che la ristrutturazione idonea a sanare quanto sopra rilevato era nell'ordine di alcune centinaia di migliaia di euro si è pensato anche alla possibilità di effettuare una vendita o una permuta della sede con un nuovo immobile a norma, ma tale ipotesi è stata abbandonata dopo aver appreso dai tecnici che l'area occupata dalla nostra sede era stata costruita con finalità di utilizzo quale area espositiva dei negozi situati al piano terra e quindi non predisposta come abitazione civile pertanto difficilmente alienabile e/o permutabile per la mancanza strutturale di impianti idraulici, elettrici, camini etc.

L'architetto **Bosetti** ricostruisce la storia dell'immobile costruito negli anni '80 dalla Ditta Edilmat e progettato dall'architetto **Cristofolini**. Nel 1992 sono state accorpate le prime due porzioni immobiliari che sono state ammodernate e dotate di regolare agibilità. Nel 2001 è

stato dato mandato all'ingegner Scalet (allora Presidente dell'Ordine degli Ingegneri) di accorpare le altre due porzioni materiali e di effettuare una nuova ristrutturazione globale (che comprendeva tra l'altro l' Aula Magna); nel frattempo l'ingegner Scalet si è ammalato ed è rapidamente deceduto non ha potuto pertanto portare a termine i lavori, successivamente non è stata più richiesta la certificazione di agibilità delle due nuove porzioni materiali e la dichiarazione di conformità degli impianti.

#### Lavori proposti:

La ristrutturazione edilizia è indispensabile per compartimentare e mettere a norma anti incendio l'archivio cartaceo con il locale Server; inoltre anche l'Aula Magna, che pur non essendo soggetta a norme specifiche anti incendio avendo una recettività inferiore a 100 posti a sedere, dovrebbe essere dotata di uscite di emergenza, di pareti e porte resistenti al fuoco a tutela dell'incolumità dei presenti.

Oltre alla ristrutturazione edilizia vi è la necessità di mettere a norma l'impianto elettrico, l'impianto antintrusione, e l'impianto termoidraulico (riscaldamento e raffrescamento).

Attualmente sono presenti due caldaie a gas rispettivamente di 42 e 27 KW di potenza; la pri-

ma supera i limiti previsti dalle vigenti leggi in tema di sicurezza (max. 35 KW) e quindi risulta essere fuori norma per inidoneità del luogo dove è installata .

Per risolvere tale problema l'ingegner Condini formula due ipotesi:

1. Costruire una centrale termica alimentata a metano che dovrebbe essere dotata di camino, gli attuali camini non hanno le distanze previste dalla normativa per lo smaltimento dei fumi e potrebbero innescare un contenzioso con i condomini. Inoltre per l'accesso alla Centrale Termica si dovrebbe creare un ingresso dall'esterno e smantellare tutto l'impianto esistente (ipotesi non sostenibile).
2. Utilizzare pompe di calore, alimentate da motori elettrici con una potenza massima di 15 KW. Ciò supererebbe il problema dei camini, offrirebbe maggiori flessibilità di utilizzo, (possibilità di usare lo stesso impianto sia per scaldare che per raffrescare sia l'intero immobile che singole zone e le sale (saltuariamente occupate). Il progetto finale prevede due pompe di calore una per gli uffici ed una per le sale.

Nella ristrutturazione è prevista la distribuzione degli impianti di riscaldamento raffrescamento ed elettrico a soffitto per non dover rimuovere in parte le solette ed i pavimenti con oneri economici nettamente più alti. Vi sarebbe la possibilità di accedere a contributi per il risparmio energetico sia di tipo Provinciale che dallo Stato (cosiddetto 55%).



Il segretario Carlo Pedrolli.

Costo dei lavori preventivato:

€ 189.000 ristrutturazione edilizia

€ 94.000 riscaldamento e rinfrescamento

€ 105.000 impianto elettrico e trasmissione dati

€ 40.000 progettazione complessiva (Arch. Bosetti e Ing. Condini)

Interventi dalla sala :

Dr. Fumo: chiede informazioni sulla durata dei lavori. Viene risposto che essi dureranno circa 6 mesi dal loro inizio. La metodologia che sarà seguita prevede prima la ristrutturazione delle sale, per poi trasferirvi gli uffici provvisoriamente e quindi quella degli uffici che saranno sempre agibili e funzionanti.

Dr. Carbonaro: chiede se il nostro Ordine sarà in grado di fronteggiare economicamente la situazione. Viene risposto positivamente. Viene poi richiesto se potranno essere installati pannelli fotovoltaici, ma la cattiva esposizione ai raggi solari della terrazza di proprietà dell'Ordine (per altro indivisa e posta ad ovest) sconsiglia l'investimento.

La dr.ssa Menghini, Tesoriere, delinea la situazione economica dell'Ordine: come avanzo di cassa nel 2009 avevamo € 368.000, di cui già nel bilancio 2010 abbiamo accantonato € 150.000 per la ristrutturazione della sede; quindi avremo altri € 200.000 disponibili. Non è intenzione di questo Consiglio Direttivo aumentare le quote di iscrizione.

In futuro è prevedibile un risparmio energetico (spendiamo attualmente € 13.000 per gas



L'aula magna della nostra sede.

ed energia elettrica); si intende inoltre fare della economia di spesa su alcune voci di bilancio. Inoltre ci si attendono dei recuperi di spesa da contribuzioni provinciali e statali per il risparmio energetico.

Il dr. Decaminada esprime sinteticamente la situazione per la quale chiede una approvazione di una modifica di bilancio:

Spesa complessiva massima € 400.000

Copertura:

€ 150.000 già stanziati

€ 200.000 con accensione mutuo

€ 50.000 con risparmi di spesa

Inoltre si ipotizzano i seguenti riflessi sui bilanci consuntivi:

Maggiore spesa preventivata : € 21.000/anno per rata mutuo per i prossimi 10 anni

Minori spese previste:

- Contenimento consumi energetici € 3000/anno
- Contenimento manutenzione impianti € 1500/anno
- Minore imposta sui prossimi 5 esercizi (55%) € 6000

Il Presidente chiede votazione sulla necessità di ristrutturare la sede per la messa a norma . L'assemblea si esprime a favore all'unanimità

Il dr. Zumiani invita l'architetto Bosetti ad illustrare le modalità di espletamento dell'asta di aggiudicazione.

L'architetto Bosetti: fa presente che l'Ordine è un Ente Pubblico; al momento attuale la legislazione PAT prevede la possibilità di aggiudicare lavori in economia fino a un limite di



L'Ing. Condini e l'arch. Bosetti mentre espongono il piano di ristrutturazione.



Il dott. Decaminada espone la situazione economica.

€ 500.000; tuttavia prudenzialmente sarebbe opportuno gestire la cosa secondo la modalità dell'appalto "ufficioso" che prevede l'invito ad almeno 5 ditte e la nomina di un responsabile della Procedura che potrebbe essere l'arch. D'Andrea del Comune di Trento che è già stato sentito per le vie brevi.

Il dr. Mattedi esprime la sua contrarietà alla gara "ufficiosa" per la sua lungaggine ed i costi e per l'impossibilità di poter scegliere l'impresa in base a parametri di qualità e non solo economici; ritiene che sarebbe più agevole scegliere la procedura d'urgenza che permetterebbe di ovviare a questi inconvenienti.

L'architetto Bosetti risponde che la gara di appalto va eseguita comunque, sia che si tratti della procedura "ufficiosa" sia che si tratti della procedura "d'urgenza".

La dr.ssa Dell'Oglio esprime dubbi sul fatto di poter trovare € 200.000 al 3,75% (di solito all'OdM viene richiesto di più). Il dott. Decaminada risponde che se ci venisse chiesto un



La collega Imelda Menghini mentre traccia il bilancio delle spese dei lavori a fianco del presidente Zumiani.

tasso superiore di un punto percentuale rispetto a quello ipotizzato, l'operazione sarebbe comunque sostenibile essendo in tal caso l'incremento del mutuo di circa € 2000, cifra che i nostri bilanci possono sopportare con tranquillità.

Dopo discussione si pone in votazione la modalità di esecuzione della gara di appalto (Appalto ufficio).

Favorevoli: unanimità

Si pone in votazione infine la proposta di variazione di bilancio per l'anno in corso così come suggerito da dr Decaminada che prevede una entrata di € 200.000 mediante accensione di un mutuo e € 50.000 con economie di spesa.

La proposta è approvata a maggioranza con un solo voto contrario e nessun astenuto.

Alle ore 22.30 La assemblea viene sciolta.

*Il Verbalizzante*  
*Dr Carlo Pedrolli*

ESTATE TEMPO DI CALURA E DI STANCHEZZA:  
AI COLLEGHI CHE VANNO IN FERIE PER RITEMPRARE LE FORZE  
AUGURIAMO UN SERENO PERIODO DI RIPOSO ED UN ENTUSIASTA RITORNO  
AGLI IMPEGNI PROFESSIONALI

# LA RESPONSABILITÀ PENALE DEL MEDICO: PROBLEMATICHE ATTUALI ED ORIENTAMENTI GIURISPRUDENZIALI

*Alessandro Melchionda \**

1. Da tempo i profili di possibile responsabilità penale del medico formano oggetto di ampio dibattito.

Recentemente, poi, le problematiche si sono oltremodo acuite in ragione del fatto che, anche nel nostro ordinamento, stanno diventando sempre più frequenti le azioni giudiziarie (civili e penali) relative a casi di *malpractice*. Ciò ha addirittura indotto alcuni parlamentari alla presentazione di un disegno di legge, con il quale si propone di “riscrivere” gli artt. 40 e 41 c.p. in tema di causalità e di introdurre una specifica clausola di esclusione di responsabilità per l’attività medica (DDL Camera n. 1884/2008).

Fra le molte questioni che sono state affrontate dalla giurisprudenza, particolare rilievo ed importanza ha anche di recente assunto quella relativa alla possibilità di inquadrare l’attività medica nello schema previsto per il delitto di omicidio preterintenzionale, secondo il quale (art. 584 c.p.) «chiunque, con atti diretti a commettere uno dei delitti preveduti dagli articoli 581 [percosse] e 582 [lesioni], cagiona la morte di un uomo, è punito con la reclusione da dieci a diciotto anni».

In passato, tale qualificazione giuridica era stata riconosciuta in alcune sentenze (Cass., Sez. V, 21 aprile 1992, Massimo), destando aspre critiche in dottrina e nella giurisprudenza successiva, a causa dell’incompatibilità tra la finalità terapeutica dell’atto medico ed il dolo intenzionale, che deve connotare la condotta diretta a ledere o a percuotere (v. Cass., Sez. IV, 9 marzo 2001, Barese).



La questione è stata in seguito valutata anche con riguardo alla rilevanza penale dell’intervento medico privo di consenso.

Secondo una prima impostazione, l’attività medica sarebbe intrinsecamente legittima perché, pur consistendo in un’evidente alterazione dell’integrità fisica del paziente (di per sé riconducibile al reato di lesioni personali), essa ha sempre una finalità curativa. Questa lettura valorizza il fine dell’azione dal sanitario, che, agendo per curare, non può essere ritenuto colpevole di lesioni. Tale impostazione attribuisce al consenso il ruolo di presupposto di liceità del trattamento medico (v. Cass., Sez. IV, 11 luglio 2001, Firenzani; più di recente Cass., Sez. IV, 16 gennaio 2008, H. e altri; Cass., Sez. IV, 6 novembre 2008, n. 45126).

Secondo un'altra impostazione, qualsiasi intervento chirurgico comporta un'alterazione dell'integrità fisica, e quindi integra un fatto tipico di lesioni personali colpose (v. Cass., Sez. IV, 8 maggio 2008, n. 32423) o addirittura dolose (v. Cass., Sez. IV, 9 marzo 2001, Barese). Di qui la necessità di individuare una causa di giustificazione (o scriminante) che renda lecito un comportamento altrimenti illecito. Le scriminanti invocate per legittimare l'esercizio dell'attività medica sono quelle del consenso dell'avente diritto (art. 50 c.p.) – che, diversamente dalla prima impostazione, si ritiene sia chiamato a giustificare un'offesa all'integrità fisica altrimenti arbitraria – e dello stato di necessità (art. 54 c.p.).

Nel caso di intervento d'urgenza, è piuttosto agevole ascrivere l'intervento del sanitario (anche invasivo) all'art. 54 c.p., il quale prevede che non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona.

Il discorso sul consenso dell'avente diritto è, invece, più complesso. In sintesi, in base all'art. 32 della Costituzione ogni trattamento medico, per essere legittimo, deve essere previamente accettato dal paziente (salvi i casi, citati, di intervento d'urgenza). Condizione di liceità di ogni prestazione sanitaria è quindi la previa raccolta, presso il paziente, di un consenso informato ed espresso.

Quanto all'attività medica arbitraria (posta cioè in essere in assenza di consenso e di condizioni di urgenza), dottrina e giurisprudenza hanno talvolta ricondotto il fatto al reato di lesioni (Cass., Sez. IV, 11 luglio 2001, Firenzani), tal'altra hanno ravvisato esclusivamente una violazione della libertà di autodeterminazione del paziente, escludendo che il trattamento medico, in presenza di un esito fausto, potesse comportare una lesione dell'integrità fisica: di qui il richiamo all'art. 610 c.p. (violenza privata), con l'eventuale applicazione dell'art. 586 c.p. (morte o lesioni come conseguenza di altro delitto) in caso di esito infausto dell'intervento.

Sul punto sono di recente intervenute le Sezioni Unite che, con sentenza del 18 dicembre 2008 – 21 gennaio 2009, n. 2437, rispondendo al quesito sollevato dalla quinta sezione («se abbia o meno rilevanza e, nel caso di risposta afferma-

tiva, quale ipotesi delittuosa configuri, la condotta del sanitario che, in assenza di consenso informato del paziente, sottoponga il medesimo ad un determinato trattamento chirurgico nel rispetto delle “regole dell'arte” e con esito fausto») hanno affermato che la condotta del medico che sottopone il paziente ad un trattamento chirurgico nel rispetto delle *leges artis* e con esito fausto non assume rilevanza sotto il profilo penale, anche in assenza di un utile consenso informato.

2. Altre questioni hanno interessato il profilo della colpa medica.

Premesso che la responsabilità per dolo sussiste quando l'evento dannoso (o pericoloso) è “rappresentato” e “voluto” dall'agente quale conseguenza della propria azione o omissione (ovvero, nel caso del c.d. “dolo eventuale”, è legato ad evento previsto ed accettato quale possibile rischio della propria condotta) il sanitario è prevalentemente esposto ad un rischio da responsabilità colposa, essendo piuttosto rare le condotte volutamente dirette a cagionare una lesione personale o addirittura la morte del paziente (per le condotte “attive”, si veda la sentenza del 23 luglio 2007 – 17 ottobre 2007 emessa dal Tribunale di Roma nel caso Welby, nella quale l'assoluzione dell'anestesista è fondata sulla scriminante dell'adempimento del dovere).

Con specifico riferimento alla responsabilità colposa, va segnalato che deve ritenersi oramai superato quell'orientamento giurisprudenziale in base al quale il medico era ritenuto colpevole solo nel caso di violazioni particolarmente gravi delle *leges artis*. Detta impostazione, sposata anche dalla Corte Costituzionale (sent. 166/1973), richiamava, anche ai fini della responsabilità penale, il disposto dell'art. 2236 c.c., secondo cui il prestatore d'opera è esonerato dall'obbligo del risarcimento danni, quando la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, tranne che nell'ipotesi di commissione del fatto con dolo o colpa grave. Ritenendo che l'attività medica sia, di per se stessa, attività complessa, se ne ricavava l'esonero del sanitario da responsabilità penale salvo il caso di comportamenti manifestamente imperiti.

Detto orientamento è stato superato già dalle sentenze della Cassazione n. 204/1987, n.

1335/1987 e n. 1065/1987 (recentemente, Cass., Sez. IV, sent. 39592/2007), le quali hanno ribadito che, anche nell'ambito dell'attività medica, la valutazione della colpa del sanitario non può avvenire con criteri differenti rispetto ad altri rami dell'ordinamento, potendo il grado della colpa rilevare al più ai fini della commisurazione della pena (art. 133 c.p.).

3. Altro profilo particolarmente interessante in tema di responsabilità colposa del medico, riguarda la ricostruzione della c.d. posizione di garanzia.

L'art. 40, comma 2 del codice penale prevede che non aver impedito un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo. Questa "clausola di equipollenza", combinata con le singole norme sanzionatorie previste nella parte speciale del codice (e anche nella normativa complementare) dà luogo al cosiddetto reato omissivo improprio.

L'istituto è assai complesso. In sintesi, si può affermare che ha l'obbligo giuridico di impedire l'evento chi riveste una posizione di garanzia rispetto ai beni giuridici (nella specie: vita ed integrità fisica) di soggetti terzi che si trovano in una situazione di minorata tutela.

È piuttosto pacifico che il medico sia titolare di una posizione di garanzia nei confronti dei suoi pazienti (v. Cass., Sez. IV, sent. n. 9638/2000; Cass., Sez. IV, sent. n. 1126/2000 con riferimento alla posizione del primario; Cass., Sez. IV, sent. n. 12275/2005 con riferimento all'*equipe*). Ne segue che il sanitario sarà chiamato a rispondere nel caso in cui, non attivandosi in maniera efficace, abbia omissso di impedire il verificarsi dell'evento pregiudizievole in danno del paziente.

4. Da ultimo merita un cenno la problematica connessa alla c.d. responsabilità medica d'*equipe*.

Frequentemente nel corso di un medesimo intervento medico (specie se chirurgico) sono coinvolti più sanitari, ciascuno con diverse funzioni. Nel caso di intervento con esito infausto, si pone quindi il problema di individuare le responsabilità di ciascuno dei soggetti intervenuti (ad esempio, dell'anestesista piuttosto che del chirurgo) ovvero della *equipe* nella sua interezza.

Anche recentemente (v. la sentenza della sez. IV, 22 maggio 2009 – 6 agosto 2009, n. 32191, Riva e Gobetti), la Corte di Cassazione ha evocato il "principio dell'affidamento", secondo il quale «ciascuno risponde delle conseguenze della propria condotta, commissiva od omissiva, e nell'ambito delle proprie conoscenze e specializzazioni, mentre non risponde dell'eventuale violazione delle regole cautelari da parte di terzi». Si tratta di un principio che, tuttavia, non è di automatica applicazione quando più persone operano nel medesimo contesto, come, appunto, nel caso di un'*equipe* sanitaria. In tal caso, «l'agente ha l'obbligo di attivarsi se ha la percezione (o dovrebbe averla) della violazione delle regole da parte di altri partecipanti nella medesima attività o se, comunque, si trova in una situazione in cui diviene prevedibile l'altrui inosservanza delle regole cautelari». Di recente, in senso sostanzialmente conforme, cfr. Cass., Sez. IV, 9 aprile 2009, F.F., in Ced Cass. 243511 o Cass., Sez. IV, 26 giugno 2008, n. 40789.

\* Il Prof. Avv. Alessandro Melchionda  
è Ordinario di Diritto penale  
nell'Università degli Studi di Trento

#### AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

CONGRESSO REGIONALE DEI CARDIOLOGI A.R.C.A. INCONTRO E CONFRONTI  
CON I MEDICI DI MG IL 27 NOVEMBRE 2010 NEL G.H. "TRENTO"  
CON IL PATROCINIO DELL'ORDINE DEI MEDICI E DELL'ASSESSORATO  
ALLA SANITÀ DELLA P.A.T.

*Dalla Rivista dei Giornalisti - Aprile 2010*

# RIFLESSIONE ETICA SULLA COMUNICAZIONE SCIENTIFICA

*Qualcuno si interroga sulla precisione e la correttezza della notizia....*

In questi primi mesi del 2010, come già nel corso del 2009, tra le notizie *d'interesse sanitario* più frequentemente trattate sulla carta stampata,.... viene seguito l'iter legislativo sul "testamento biologico". Attenzione giustamente riservata ad un argomento che, di trasversale interesse sociale, non solo per implicazioni d'orientamento laico e religioso per una possibile conseguenza in tema di eutanasia con qualche ricaduta politica, è anche di notevole interesse individuale, a causa di interessi personali o per quelli di congiunti, parenti e casi particolari ripresi anche dalla cronaca.

Per le considerazioni di interesse scientifico sul come viene trattata ogni notizia relativa alla salute per quella garanzia di correttezza e completezza d'informazione propria di un giornalismo autonomo ed indipendente da condizionamenti è opportuno aggiungere alcune considerazioni sugli aspetti etici e morali delle notizie di medicina e sanità per almeno due aspetti: quello etico del contenuto dell'informazione e quello del comportamento deontologico del giornalista... La citazione di testi legislativi in fase di elaborazione potrebbe non essere oggetto di valutazione per la sottintesa responsabilità degli organismi coinvolti, anche se un rischio può derivare dall'uso di generiche terminologie, come per es. coma e staminali, ma è necessario fare attenzione nel riportare giudizi e valutazioni di commentatori sia pur qualificati, i nel tentativo da parte del giornalista di spiegare la terminologia spesso poco nota o inusuale. Due esempi di quanto sia facile usare una comunicazione imprecisa possono essere, negli ultimi mesi del 2009, quello della generica indicazione di "vaccino antivirale" usato in occasione della recente pandemia da virus A/H1N1 con quello di *vaccinazione antinfluenzale* già utilizzata in anni precedenti..... Più recente il caso di alcune dichiarazioni collegate all'adozione di nuove norme per la *terapia*

*palliativa* condivise per la finalità di limitare condizioni di sofferenza fisica, ma anche occasione per tornare su un tema bioetico, quale quello della *eutanasia* e dello stesso *testamento biologico* per la difficile soluzione del dilemma sul mantenimento della alimentazione e idratazione in caso di diagnosi di *stato vegetativo irreversibile*. Nella più ampia panoramica della formazione culturale del giornalista alla *comunicazione scientifica* quella medico-scientifica dovrà necessariamente essere tenuta presente per aspetti bioetici considerando il progresso multidisciplinare della ricerca in tema di salute per le potenziali conseguenze d'importanza in Medicina. Valgano a titolo d'esempio i recenti diversi pareri sulla autorizzazione all'impiego di OGM in agricoltura per la produzione di un particolare nuovo tipo di patata che, a prescindere dalla importanza economica ed industriale, sembra richiedere ulteriori studi non solo per effetti a distanza di tempo per la tutela della salute dell'uomo come alimento, ma anche come possibile contaminazione di altre limitrofe culture alimentari tradizionali. ...ritengo non inutile concludere considerando l'opportunità di una specifica qualificazione giornalistica per trattare argomenti di salute e che, per i contenuti medico-scientifici, sia da considerare necessaria proprio in applicazione di quanto è previsto nella Costituzione a tutela della salute come diritto garantito per ogni cittadino.

*Mario Bernardini - Presidente A.S.M.I.*

*A proposito di quanto detto dal collega ( medico) Bernardini che sottopongo alle riflessione dei colleghi medici confido nella disponibilità del nostro Presidente e di tutto il Consiglio a voler valutare una mia proposta: Facciamo un incontro ufficiale con i giornalisti trentini sul tema " La notizia sulla salute: come quando e perché darla". Ne riparleremo.*

REPETITA JUVANT...

# POSTA CERTIFICATA ATTIVATA PER GLI ISCRITTI ALL'ORDINE DELLA PROVINCIA DI TRENTO



Cari colleghi,  
ricordo che gli iscritti al nostro Ordine possono creare la casella di posta certificata aderendo alla proposta di attivazione gratuita della PEC per la durata di 3 anni secondo la Convenzione siglata con ARUBA.

Vi invitiamo a seguire le indicazioni per l'attivazione.

Cordiali saluti.

*Il Presidente*

## PROCEDURA

- L'utente accede al portale [www.arubapec.it](http://www.arubapec.it)
- Scorrere sul pannello di controllo verso destra in alto appare la voce "CONVENZIONI" di colore rosso, cliccare
- Inserire il codice convenzione OMCEO-TN-0011
- Nella pagina successiva inserire codice fiscale, cognome e nome
- Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della nostra provincia
- L'utente dovrà procedere ad inserire gli ulteriori dati richiesti
- La richiesta della casella PEC viene salvata e vengono generati in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC.
- Al medico non saranno presentate le pagine relative al pagamento della casella PEC, in quanto la fatturazione sarà effettuata al nostro Ordine secondo le scadenze concordate.
- **IMPORTANTE:** La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione tramite up load dei documenti richiesti digitalizzati seguendo le procedure indicate nel sito o inviando via fax la documentazione sottoscritta unitamente al documento identità al numero di fax **0575 862026**.
- Il servizio di help desk verrà erogato tramite il numero 0575/0500

Il presidente  
G. Zumiani

# PROGETTO 3 C

## *Interessante iniziativa dei medici della scuola di formazione*

*a cura di Andrea Moser*

In questi ultimi anni il numero di persone che accede regolarmente a Internet per motivi lavorativi, personali o di svago è andato sempre più aumentando; le statistiche riportano che uno degli argomenti di consultazione della rete di più frequente riscontro è la ricerca di informazioni in ambito sanitario, argomento che trova sempre maggior spazio.

In questo contesto generale e per rispondere al corposo piano di E-Government messo a punto dal Ministero per l'Innovazione con la richiesta di creazione di un fascicolo sanitario elettronico (FES) per l'informatizzazione dei dati sanitari, la Provincia Autonoma di Trento ha approvato il progetto "TreC: la Cartella Clinica del Cittadino", il cui obiettivo principale consiste nell'avviare un progetto di ricerca e innovazione in materia di sanità elettronica per lo studio, la realizzazione e la validazione sul campo di un modello di cartella clinica elettronica del cittadino.

Il progetto TreC si propone di fornire ai cittadini della P.A.T. una piattaforma di servizi online per accedere, consultare, condividere e aggiornare i propri documenti sanitari tramite l'uso di un portale internet. Questo nuovo sistema, ad adesione volontaria, potrà essere utilizzato dal cittadino, sia per supportarlo nella gestione della propria salute e di quella dei propri familiari, sia per entrare in rete con le strutture e gli operatori sanitari provinciali.

Nel dettaglio si possono identificare alcune dimensioni rilevanti:

- TreC come **Libretto sanitario elettronico**. Il sistema garantirà l'accesso alla documentazione clinica prodotta dalle strutture sanitarie provinciali. Referti, esami di laboratorio, lettere di dimissione, ecc..., attualmente disponibili al cittadino in formato cartaceo, tramite TreC potranno essere sempre disponibili attraverso internet ed eventualmente scaricabili su una memoria portatile (es. una chiavetta USB, chip elettronici...).

- TreC come **Diario della Salute**. Tramite il portale i cittadini potranno inserire dati relativi alla propria condizione di salute, per tenere traccia dell'evolvere di una patologia (es. una malattia cronica) o di una condizione di interesse (es. attività fisica e dieta) o, più semplicemente, per conservare uno storico dei medicinali assunti negli anni. Questi dati potranno, a discrezione del cittadino, essere condivisi con i propri medici.
- TreC supporterà **nuove forme di comunicazione con i medici e le istituzioni sanitarie**. Il sistema permetterà ai cittadini di interfacciarsi elettronicamente con gli operatori sanitari. Si potrà immaginare uno sviluppo di TreC in cui lo strumento potrà essere, ad esempio, un sistema di messaggistica protetta con i propri medici o un canale per ricevere informazioni personalizzate da parte delle istituzioni sanitarie (calendario dei pollini per gli asmatici, segnalazione di interazioni con farmaci da banco...)

I principali vantaggi attesi dall'introduzione di TreC sono legati, in primis, alla gestione elettronica dei propri dati sanitari: la ricezione dei documenti provenienti dalle strutture sanitarie e la possibilità di conservare in forma elettronica la propria storia clinica, costituiscono un vantaggio sia per le istituzioni sanitarie (es. gestione paperless) sia per i cittadini (es. disponibilità dei documenti anche in vacanza o in viaggio di lavoro).

Tramite TreC, inoltre, i cittadini potranno consentire ad altri di accedere alle proprie informazioni sanitarie. In questo modo, ad esempio, i genitori potrebbero "registrare" la storia clinica dei propri figli sin dalla nascita (continuità delle cure) oppure più figli potrebbero avere accesso alla documentazione clinica di un genitore anziano (es. lista dei medicinali). In casi come questo anche un caregiver (es. una badante) potrebbe avere accesso (parziale o totale) alle informazioni sanitarie. Più in generale, la possibilità di accedere ai documenti online consentirà forme di cura condivise tra persone non conviventi (es. genitori in casa di riposo).

Questa nuovo servizio apre quindi numerosi interessanti scenari con anche qualche possibile criticità: il fatto che la raccolta di numerosi dati non significhi necessariamente la disponibilità di un numero maggiore di informazioni; il problema dell'attendibilità delle informazioni stesse, che essendo inserite dall'utente "senza supervisione" potrebbero contenere inesattezze su cui poi un medico potrebbe basarsi; la difficoltà dell'aggiornamento costante di tali dati.

Quando si tratta di innovazioni tecnologiche è sempre difficile prevedere l'andamento delle cose, il loro sviluppo o deviazione su binari inaspettati e solo la sperimentazione sul campo permetterà una valutazione più attendibile dello strumento e del suo utilizzo.

Per tale motivo sta partendo una prima sperimentazione con adesione su base volontaristica, con il coinvolgimento di associazioni di volontariato, di scuole e dei medici di medicina generale interessati. Verrà data ad alcuni cittadini campione la possibilità di provare lo strumento per verificare l'usabilità dello stesso e per avere al contempo una prima valutazione dei possibili impatti positivi o critici che possono scaturire da esso.

I dati estratti da questo primo periodo di test verranno poi analizzati dai ricercatori dall'F. B.K. e dalla Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale per capire il reale utilizzo sul campo dello strumento e proporre progetti di studi pilota per implementare la cartella stessa.

## SEMPLIFICAZIONE DELLA PRESCRIZIONE DI MEDICINALI STUPEFACENTI PER LA TERAPIA DEL DOLORE LEGGE 15 MARZO 2010, N. 38, ART. 10

Con la legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", in vigore dal 03.04.2010, il Ministero della Salute ha previsto la realizzazione o il rafforzamento di interventi mirati a fornire un elevato e appropriato sostegno sanitario e socio assistenziale alle persone affette da patologie a prognosi infausta o patologie dolorose croniche e al loro nucleo familiare, al fine di assicurare l'assistenza e la qualità della vita fino al suo termine, nel rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana.

L'art. 10 della legge, in particolare, prevede un accesso più agevole ai medicinali analgesici stupefacenti impiegati nella terapia del dolore, dando continuità al processo di semplificazione avviato con l'Ordinanza ministeriale del 16 giugno 2009, e ancora prima con la Legge 8 febbraio 2001, n. 12, e semplifica inoltre ulteriori adempimenti (approvvigionamento, registrazione e tenuta della documentazione) a carico dei soggetti autorizzati alla movimentazione dei medicinali stupefacenti. Di seguito le novità più importanti apportate dalla legge in oggetto e dal più recente D.M.

31.03.2010 con il quale è stata revisionata la tabella II sezione D del DPR 309/90.

### **Medicinali allegato III-bis**

I medicinali dell'allegato III-bis (Buprenorfina, Codeina, Diidrocodeina, Fentanil, Idromorfone, Metadone, Morfina, Ossicodone, Ossimorfone) sono collocati come segue:

#### *Tabella II sezione A:*

- forme farmaceutiche parenterali (es. morfina fiale, buprenorfina fiale);
- forme farmaceutiche orali di metadone e buprenorfina;

#### *Tabella II sezione D:*

- forme farmaceutiche diverse da quelle parenterali (es. morfina cp, fentanil cerotti, ossicodone cp);
- composizioni di medicinali da soli o in associazione con altri principi attivi (es. paracetamolo + codeina, paracetamolo + ossicodone).

### **Medicinali allegato III-bis in tab. II sezione A** *Prescrizione*

- a carico SSN

La prescrizione dei medicinali della sezione A

(es. morfina fiale, buprenorfina fiale e cp) per il trattamento del dolore severo, in regime di Servizio sanitario nazionale, può essere redatta sulla ricetta SSN, oltre che sulla ricetta ministeriale a ricalco (RMR), purché siano rispettati gli stessi formalismi obbligatori.

Sulla ricetta SSN il medico riporta pertanto il numero delle confezioni, la posologia e le modalità di somministrazione.

La ricetta SSN (vedi nota del M.S. n. GFDM/VIII/P/C.1.a.c./16258 d.d. 11.05.2007) potrà contenere un numero di confezioni di medicinali della sezione A sufficienti a coprire un massimo di 30 giorni di terapia (es. morfina 10 mg fiale, 1 fiala sc. ogni 8 ore, 90 fiale).

- *non a carico SSN*

La prescrizione dei medicinali dell'allegato III-bis per la terapia del dolore non a carico del SSN (es. medicinali prescritti in regime privato o per uso veterinario) o per altre indicazioni terapeutiche, continua ad essere redatta *esclusivamente* su ricettario ministeriale a ricalco (RMR) con rilascio della copia originale per la farmacia e la copia per l'acquirente.

*Dispensazione*

Il farmacista annota sulla ricetta SSN, o sulla ricetta RMR, il nome, il cognome e gli estremi di un documento di riconoscimento dell'acquirente (per le ricette SSN l'annotazione può essere riportata sia sul fronte che sul retro della ricetta).

Consegna quindi all'acquirente la fotocopia della ricetta SSN o la terza copia della ricetta RMR, quale elemento giustificativo per il cittadino del possesso dei medicinali.

Nel caso in cui la ricetta, in base alla posologia indicata, contenga una cura di durata superiore ai 30 giorni di terapia, la farmacia può evaderla senza rinviare il paziente al medico per la correzione. Allo scopo può:

- consegnare al paziente un numero di unità posologiche superiori al fabbisogno di 30 giorni di terapia, nei casi in cui l'eccedenza sia dovuta al confezionamento del medicinale che non consente l'esatta corrispondenza alla posologia indicata (es: consegna 4 confezioni anche se la terapia di 30 giorni è completata con 3 confezioni e 1/2);

- consegnare un numero di confezioni sufficienti a coprire 30 giorni di terapia, nei casi in cui il medico abbia prescritto una/più confezioni in eccesso (es. il medico indica in ricetta 5 confezioni, ma

la terapia di 30 giorni è completata con 4 confezioni), dandone comunicazione al prescrivente.

*Conservazione delle ricette*

Il farmacista conserva una fotocopia della ricetta SSN o l'originale della ricetta RMR, riportanti i dati dell'acquirente e gli estremi del documento di riconoscimento, a supporto della movimentazione in uscita dal registro stupefacenti. Le ricette sono conservate per due anni dall'ultima registrazione.

## **Medicinali allegato III-bis in tab. II sezione D**

*Prescrizione*

Per i medicinali di tale sezione (es. morfina cp, fentanil cerotti, ossicodone cp) sono confermate le modalità di prescrizione introdotte con l'Ordinanza 16.06.2009.

La prescrizione a carico del SSN è *redatta*:

- su ricetta SSN per i medicinali rimborsabili;
- su ricetta (bianca) da rinnovarsi volta per volta (RNR) per i medicinali prescritti in regime privato o non rimborsati SSN (es. uso veterinario).

Riguardo al numero massimo di confezioni prescrivibili in ricetta SSN, valgono le indicazioni riportate al punto precedente.

*Dispensazione*

Le ricette da rinnovarsi volta per volta (SSN o "ricetta bianca") non prevedono l'obbligo dell'indicazione della posologia. In sua assenza il farmacista può procedere comunque alla spedizione, rimanendo in capo al medico la responsabilità di osservare il limite quantitativo di 30 giorni di terapia.

*Conservazione delle ricette*

Il D.M. 31.03.2010, di revisione della Tabella II sezione D, ha precisato che le ricette redatte in regime non SSN (bianche) contenenti la prescrizione di medicinali stupefacenti transitati dalla sezione A alla D con l'ordinanza 16.06.2009, devono essere conservate per due anni dalla data di "spedizione", con invio mensile dei dati all'Ordine professionale (sono pertanto escluse le associazioni di codeina e paracetamolo, ossicodone e paracetamolo, ossicodone a basso dosaggio ecc.). L'invio contestuale all'Azienda sanitaria è stato abolito.

## **Ricettario Ministeriale a ricalco (RMR)**

L'utilizzo del ricettario ministeriale a ricalco:

- rimane *possibile* per la prescrizione di tutti i medicinali dell'allegato III-bis, indipendentemente dalla loro sezione di appartenenza (A o D);

- è *obbligatorio* per la prescrizione dei medicinali dell'allegato III-bis - sez. A con indicazioni diverse dalla terapia del dolore (es. disassuefazione dalla tossico(alcol dipendenza) o per l'utilizzo in condizioni non rimborsate (es. per uso veterinario) o prescrizioni rilasciate in regime privato;
- è *obbligatorio* per la prescrizione di medicinali della tabella II sez. A non inclusi nell'allegato III-bis (es. flunitrapezam, metilfenidato, ketamina).

### **Spedizione frazionata**

La farmacia, su richiesta del cliente, può evadere frazionatamente le ricette contenenti medicinali stupefacenti della tabella II del DPR 309/90 (entro i 30 giorni di validità delle medesime), annotando di volta in volta il numero di confezioni consegnato, o può consegnare in via definitiva un numero di confezioni inferiori a quanto prescritto, annotandolo sulla ricetta e dandone comunicazione al medico prescrittore.

### **Approvvigionamento**

Con la modifica dell'articolo 38 del DPR 309/90, l'impiego del bollettario buoni-acquisto è limitato all'approvvigionamento delle sostanze e dei medicinali stupefacenti inclusi nelle Tabelle I e II sez. A, B e C. Tale semplificazione vale per tutti i soggetti autorizzati alla movimentazione dei medicinali stupefacenti, anche diversi dalle farmacie.

### **Registro stupefacenti**

È previsto che i distributori all'ingrosso (analogamente alle farmacie territoriali e ospedaliere, ai direttori sanitari e ai medici o veterinari titolari di gabinetto), tengano registrazione della movimentazione dei medicinali stupefacenti della sola tabella II, sezioni A, B e C.

È ridotto il periodo obbligatorio di conservazione del Registro di entrata e di uscita delle farmacie e del Registro di carico e scarico dei medici e dei veterinari (direttori sanitari di strutture prive di farmacia interna, medici o veterinari titolari di gabinetto) dai cinque anni a due anni dalla ultima registrazione (in analogia alla tempestica di conservazione delle ricette).

È introdotta la possibilità per i farmacisti territoriali ed ospedalieri e per i distributori all'ingrosso di effettuare la registrazione delle movimentazioni dei medicinali stupefacenti inclusi

nella Tabella II sezione A, B e C entro 48 dalla dispensazione (non più contestualmente).

È consentito l'utilizzo di registri contenenti un numero di pagine adeguate al numero di operazioni effettuate. In proposito si ritiene che, nelle more della predisposizione di modelli con un numero inferiore di pagine, sia possibile per il titolare del registro annullare le pagine in eccesso preventivamente alla sua vidimazione. In tale caso l'autorità competente alla vidimazione attesterà il numero effettivo di pagine valide per le operazioni di movimentazione).

### **Distruzione**

È recepita la prassi, ormai consolidata, secondo la quale lo smaltimento delle composizioni di medicinali stupefacenti non soggette all'obbligo di registrazione (tabella II, sez. D ed E), può avvenire senza particolari formalità, sempre avvalendosi di aziende autorizzate allo smaltimento di rifiuti sanitari.

Per le composizioni soggette ad obbligo di registrazione (Tabella II, sez. A, B e C), è possibile rivolgersi alla ASL o in alternativa ad aziende autorizzate allo smaltimento di rifiuti sanitari consegnando il relativo verbale alla ASL.

Le forze di polizia, ove possibile, assicurano adeguata assistenza alle operazioni di distruzione. Data l'attuale modalità adottata in provincia (organizzata e coordinata dalla APSS), tale disposizione sarà oggetto di successivi approfondimenti con le Associazioni rappresentative delle farmacie pubbliche e private.

### **Sanzioni**

Le inosservanze (formali) della normativa sulla tenuta dei registri (es. operazioni di chiusura annuale, ecc.) sono state depenalizzate (da sanzione penale ad amministrativa).

Si invitano le strutture in indirizzo, nell'ambito delle proprie competenze, a diffondere i contenuti della presente ai medici dipendenti e convenzionati, ai medici veterinari e ai farmacisti.

In allegato uno specchietto che riassume le aree della prescrizione, dispensazione, conservazione documenti e movimentazione dei medicinali stupefacenti alla luce della Legge 15 marzo 2020, n. 38.

Eventuali ulteriori chiarimenti da parte del Ministero della salute saranno puntualmente comunicati.

*Il Responsabile del Servizio Farmaceutico  
dott. Riccardo Roni*

# INPS: CERTIFICATI PER VIA TELEMATICA

Con il decreto del Ministero della Salute 26 febbraio 2010<sup>1</sup> sono state definite le modalità per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia all'INPS per il tramite del Sistema di Accoglienza Centrale (SAC), gestito dal Ministero delle Finanze e dell'Economia.

Il decreto conclude un lungo percorso normativo, iniziata nel 2003, mediante il quale il legislatore, ispirandosi ai principi di sviluppo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nell'azione amministrativa (Codice dell'amministrazione digitale) ha disposto il collegamento in rete dei medici curanti nonché la trasmissione telematica delle certificazioni di malattia all'Inps, per i lavoratori del settore privato.

Anche per il settore pubblico, il Dipartimento della funzione pubblica e il Dipartimento della digitalizzazione della Pubblica amministrazione e dell'innovazione tecnologica, con la circolare n. 1 del 19.03.2010, hanno fornito istruzioni operative per la trasmissione telematica dei certificati secondo le modalità stabilite per il settore privato, con il DPCM 26 marzo 2008<sup>2</sup>.

L'obiettivo dichiarato è quello di un monitoraggio delle prescrizioni mediche e delle malattie temporanee.

Il decreto è entrato in vigore con il 03/04/2010, tuttavia l'applicazione e la messa a regime, presso le singole regioni, delle disposizioni relative è definita attraverso accordi specifici tra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e le singole regioni, da conclu-

dersi entro il 30 aprile 2010 (le regioni che già dispongono di sistemi informatizzati potranno realizzare un Sistema di Accoglienza Regionale intermedio, che provvederà a trasmettere i dati giornalmente al SAC).

È previsto un periodo transitorio di tre mesi durante il quale è riconosciuta la possibilità per il medico di procedere al rilascio cartaceo dei certificati di malattia, secondo le modalità vigenti.

Medico curante

- Il Ministero dell'Economia e Finanze rilascerà delle specifiche credenziali di accesso al sistema SAC ai medici dipendenti o convenzionati con il S.S.N.

- i medici certificatori (dipendenti o convenzionati con SSN) acquisiscono ed inviano i certificati al sistema di accoglienza centrale (SAC) del Ministero dell'economia e delle finanze che provvede ad inoltrarli all'Inps; inoltre, **possono annullare i certificati entro il giorno successivo al rilascio e rettificare la data di fine prognosi entro il termine della stessa, sempre utilizzando i servizi erogati dal SAC;**

- dopo l'invio all'Inps, il SAC restituisce al medico il numero identificativo per la stampa del certificato e dell'attestato da consegnare, entrambi, al lavoratore;

- Il medico curante, alla restituzione del numero di certificato, rilascia al lavoratore copia cartacea:

A) dell'attestato di malattia per il datore di lavoro, privo di diagnosi;

B) del certificato di malattia per l'assistito che contiene i dati della diagnosi e/o il codice nosologico.

- In caso di impossibilità per il medico di stampare la certificazione, lo stesso comunicherà al lavoratore, il numero del certificato, attribuito dopo il controllo e l'accettazione dei dati trasmessi. Tale numerazione, potrà essere utilizzata dal lavoratore per ricercare, visualizzare e stampare il proprio attestato direttamente dal sito Internet dell'Istituto.

- Il certificato di malattia telematico compren-

1 DECRETO 26 febbraio 2010 "Definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC. (10A03028) Gazzetta Ufficiale 19 marzo 2010, n.65".

2 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri - 26 Marzo 2008 "Attuazione dell'articolo 1, comma 810, lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria, nell'ambito del Sistema pubblico di connettività".

de obbligatoriamente l'inserimento da parte del medico curante dei seguenti dati:

1. codice fiscale del lavoratore;
2. residenza o domicilio abituale;
3. eventuale domicilio di reperibilità durante la malattia;
4. codice di diagnosi, mediante l'utilizzo del codice nosologico ICD9-CM, che sostituisce o si aggiunge alle note di diagnosi;
5. data di dichiarato inizio malattia, data di rilascio del certificato, data di presunta fine malattia nonché, nei casi di accertamento successivo al primo, di prosecuzione o ricaduta della malattia;
6. modalità ambulatoriale o domiciliare della visita eseguita.

#### Assistenza agli utenti

Il sistema di accoglienza centrale (SAC) del Ministero dell'Economia e Finanze fornisce

l'assistenza agli utenti dello stesso tramite il servizio di Call Center, raggiungibile attraverso il numero gratuito 80003070 (ancora non attivato).

L'Inps fornisce assistenza ai datori di lavoro e ai lavoratori tramite gli operatori del Contact Center Integrato Inps-Inail, raggiungibile attraverso il numero gratuito 803164.

Gli operatori del Contact Center forniscono telefonicamente supporto nella navigazione e uso delle procedure di consultazione dei certificati, inviati telematicamente dal medico curante, nonché le informazioni e le risposte ai quesiti di interesse generale sulla materia.

Inoltre forniscono ai medici curanti informazioni e risposte riguardanti esclusivamente i quesiti di interesse medico legale in collaborazione con il Coordinamento Generale medico legale.

*Il Coordinatore Regionale Medico Legale  
Dottor Fabrizio Zappaterra*

# UNA GIUSTA PRECISAZIONE

## *Considerazioni sulla ortopedia e traumatologia trentina*

*Dr. Paolo Dorigotti \**

In qualità di Direttore del Dipartimento Provinciale di Ortopedia e Traumatologia desidero formulare alcune osservazioni in merito a due articoli comparsi recentemente sui quotidiani locali (Trentino venerdì 18 giugno e L'Adige domenica 20 giugno). Titoli come " Il mago dell'ortopedia a Villa Bianca " e " Protesi d'anca più veloci anche restando a Trento", pur essendo di sicuro effetto mediatico o per meglio dire pubblicitario, rischiano di ingenerare false aspettative nell'utenza trentina poiché non affrontano il problema nella sua essenza più vera e cioè compiti, ruolo, professionalità della classe medica che opera all'interno di una organizzazione sanitaria.

Nella nostra provincia da oltre trent'anni i responsabili politici hanno ritenuto opportuno orientarsi verso una sanità prevalentemente pubblica con medici assunti a tempo pieno. In questa logica è cresciuta e si è consolidata una classe medica fortemente motivata nell'affrontare e

risolvere le esigenze dell'utenza con risultati di qualità confermati e ribaditi in diverse sedi istituzionali e scientifiche. Anche l'attività espletata dai nostri specialisti ortopedici-traumatologi si colloca in tale contesto di sanità pubblica.

Nelle nostre Unità Operative è sempre stato ritenuto prioritario il trattamento chirurgico del paziente gravemente traumatizzato od affetto da patologia particolarmente complessa (incidenti stradali ed infortuni sul lavoro, politraumi, fratture dell'anziano, tumori etc...) cercando di garantire sempre una risposta all'urgenza nell'arco di 12- 24 ore. Inoltre le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono state espletate principalmente in funzione delle richieste provenienti dalla medicina territoriale (medici di base) e dal pronto soccorso (consulenze urgenti); richieste sempre più numerose ed impattanti sia in termini di carichi di lavoro che di impegno professionale.

A fronte di un significativo incremento dell'attività traumatologica di urgenza-emergenza e di consulenza ambulatoriale, i nostri sanitari sono

sempre riusciti a garantire prestazioni di alta qualità anche nella attività chirurgica programmata (ortopedia), ben consapevoli che questa rappresenta un importante banco di prova professionale. La stretta simbiosi fra attività traumatologica ed ortopedica si arricchisce e si integra quindi in un mix di elevato valore professionale come confermato dai buoni risultati in continuo incremento ottenuti in questi anni sia in termini quantitativi che qualitativi. (8210 gli interventi chirurgici, 119.773 le prestazioni ambulatoriali nel 2009.)

La difficoltà cronica di allestire spazi operatori rappresenta però un limite al soddisfacimento in tempi rapidi delle richieste per quanto riguarda gli interventi programmati (interventi protesici e non d'anca e ginocchio, artroscopie di spalla, ginocchio, gomito e caviglia, chirurgia del piede e della mano, chirurgia vertebrale etc...) con un inevitabile fenomeno di mobilità passiva. Questa può determinare una conseguenza: un atteggiamento di disaffezione e perdita di fiducia nei confronti delle nostre strutture sanitarie rispetto ad altre strutture extraprovinciali che, non svolgendo attività d'urgenza in quanto non remunerativamente interessante, sono in grado di essere concorrenziali solo per quanto riguarda i tempi di attesa.

E' quindi auspicabile una maggiore accessibilità dell'ortopedia trentina a spazi chirurgici adeguati finanziati anche attraverso il recupero di quelle risorse economiche che vengono impegnate annualmente per pagare le prestazioni eseguite fuori provincia. Appaltare invece tout-court le attività chirurgiche a professionisti esterni che si trovano ad operare in maniera completamente avulsa da un programma dipartimentale condiviso ci appare una scelta non oculata.

Il punto cruciale finisce quindi per essere il chiarimento dei ruoli e degli spazi del sistema pubblico e del sistema privato nella capacità di far fronte a progetti sanitari provinciali condivisi. In quest'ottica il Dipartimento Provinciale di Ortopedia e Traumatologia è sicuramente disponibile a coinvolgere la rete della sanità privata convenzionata provinciale e finanche ad utiliz-

zare per i propri sanitari quest'ultime strutture in spazi chirurgici resisi disponibili.

In una logica di "governance" sanitaria non vediamo comunque spazio per "i maghi dell'ortopedia". I risultati della attività chirurgica vanno misurati su standard che tengono conto delle moderne linee guida in tema di selezione dei pazienti, di utilizzo di tecnologie, di timing chirurgici -riabilitativi e di bassa/ assenza incidenza di complicanze (le capacità nel gioco del golf o lo svolgere attività chirurgica per sentirsi giovani non è riconosciuta come standard di qualità!). Sono inoltre richiesti interventi globali di sistema con il coinvolgimento di vari professionisti in un articolato gioco di squadra senza demandare il trattamento di una patologia a competenze e professionalità strettamente individuali.

Il nostro sistema sanitario pubblico provinciale infine fornisce quanto di meglio e di più attuale ci sia sul mercato in tema di tecnologie e di materiale protesico. Ciò nondimeno è del tutto scorretto e fuorviante affermare che un impianto protesico duri in eterno: in tal senso parlano i registri internazionali. Per quanto riguarda i tempi di attesa garantiamo trattamento protesico urgente per fratture del collo femorale entro le settantadue ore mentre per la protesica in elezione del ginocchio e dell'anca il tempo medio di programmazione è di due mesi (più di ottocento sono stati gli impianti di tal tipo eseguiti nel 2009 presso le nostre strutture con un trend annualmente crescente). Si tratta comunque di intervento entrato ormai da molto tempo nella routine della attività chirurgica di ogni qualificato reparto ortopedico-traumatologico; ben altri invece sono purtroppo gli interventi che complicano la vita all'ortopedico-traumatologo e che lo obbligano talvolta a trascorrere notti insonni.

*\* Il Dr. Paolo Dorigotti  
è Primario di Ortopedia e Traumatologia  
Ospedale S. Maria del Carmine Rovereto  
Direttore dipartimento di ortopedia e  
traumatologia dell' Azienda Provinciale  
Servizi Sanitari Trento*

# È UN ODONTOIATRA IL RAPPRESENTANTE DELLA LIBERA PROFESSIONE ALL'INTERNO DELL'ENPAM

Nella giornata di domenica 30 maggio 2010, si sono svolte presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento, le elezioni dei comitati consultivi dei Fondi speciali di previdenza presso la Fondazione ENPAM per il quinquennio 2010 – 2015. L'obbligo di iscrizione al Fondo di Previdenza Generale (ENPAM) cade su tutti i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri a partire dal mese successivo all'iscrizione al rispettivo Albo professionale e sino al compimento del 65° anno di età. Il dato significativo si riferisce all'elezione del rappresentante provinciale del fondo della Libera Professione Quota B del Fondo Generale ed al confronto che ha visto due candidati, entrambi Odontoiatri, sfidarsi per il posto di rappresentante. Il dott. Stefano Visintainer che si è imposto nettamente sul dott. Nicola Poli con 83 voti su 17, rappresenterà la Provincia Autonoma di Trento all'interno di un Tavolo Tecnico istituito a Roma dove sono rappresentate oltre alla Provincia Autonoma di Bolzano tutte le Regioni d'Italia con un proprio rappresentante dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri. Il Presidente della CAO, dott. Fausto Fiorile plaude all'elezione di un Odontoiatra, ampiamente indicato da Medici ed Odontoiatri a rappresentanza della libera professione medica. Gli aventi diritto al voto per la quota B erano circa 1000, 450 Odontoiatri e 550 Medici. Un riconoscimento all'impegno che gli Odontoiatri hanno sempre posto nel salvaguardare, in ambito ENPAM, il diritto alla pensione.

Questi gli altri risultati delle elezioni. Il Dott. Giuseppe Figlini quale Rappresentante nazionale del Fondo dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e addetti ai servizi di continuità assistenziale, il dott. Franco Cappelletti come Rappresentante provinciale del

Fondo Medici di Medicina Generale, il dott. Mario Virginio Di Risio quale Rappresentante provinciale del Fondo Specialisti Ambulatoriali ed il dott. Giorgio Martini come Rappresentante provinciale Fondo Specialisti Esterni.

*La redazione*

## LETTERA DEL DOTT. VISINTAINER RIVOLTA A TUTTI I COLLEGHI MEDICI E ODONTOIATRI

Care Colleghe e cari Colleghi,

Vi ringrazio per il sostegno che mi avete voluto concedere rinnovandomi la fiducia per l'incarico di rappresentante Provinciale alla Consulta ENPAM del Fondo della Libera Professione.

Il risultato elettorale mi conforta e spinge ad investire ulteriori energie nel compito assegnatomi. Sono quindi a disposizione per qualsiasi informazione sull'attività della Consulta ed anche, ovviamente, a ricevere suggerimenti.

Già durante il periodo del precedente incarico, in collaborazione con il collega di Bolzano Dr. Cocco, ho prodotto diversi "reports" sull'attività della Consulta. Mi riprometto di continuare a mantenere tale iniziativa, rinforzandola e predisponendone, in accordo con i Presidenti dell'Ordine e della Commissione Odontoiatri, una pubblicazione regolare sul bollettino del nostro Ordine.

Ricordo comunque che l'incarico presso la Consulta verte sul controllo a latere della gestione del patrimonio previdenziale del nostro Fondo condotta però dal Consiglio d'amministrazione dell'Ente.

Qualsiasi pratica amministrativa o richiesta riguardante problematiche previdenziali od assistenziali personali e particolari degli iscritti all'ENPAM trova invece sicura risposta presso gli uffici del nostro Ordine, che sono specificatamente deputati e preparati a risolvere ogni dubbio.

*Stefano Visintainer*

# ODONTOIATRIA LOW COST: "QUESTO E' IL SISTEMA DEL MASSIMO RIBASSO AI DANNI DELLA SALUTE"

*Dott. Fausto Fiorile \**

Il caso dei dentisti low cost, apparso nei giorni scorsi sul Corriere della Sera e che ha avuto un'ampia eco su tutti i telegiornali, ha suscitato preoccupazione ed un certo allarmismo anche nella nostra provincia. Si tratta di una vera e propria truffa: tre cliniche dentistiche spagnole con studi a Milano, hanno chiuso di colpo i battenti; i dentisti sono spariti nel nulla e con loro, anche i soldi dei clienti, mentre decine di dipendenti sono rimasti senza lavoro. L'odontoiatria low cost lascia purtroppo, ancora una volta, il segno indelebile di un'assistenza senza regole e senza paletti sul diritto alla salute.

A seguito della truffa di Milano, anche presso l'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Trento, come un po' in tutta Italia, sono arrivate telefonate da parte di pazienti preoccupati. In effetti, l'Ordine annovera tra i suoi, oltre al compito di tutela e controllo dell'attività degli Odontoiatri iscritti nel rispetto della legge e dei dettami del codice deontologico, anche quello di tutela della salute pubblica. L'unico consiglio che come sempre stiamo dando ai cittadini/pazienti, è di costruire un rapporto di stretta fiducia con il proprio Odontoiatra, perché la salute non può essere soggetta a massimi ribassi. Gli onorari dei dentisti sono giustificati dall'impossibilità per i medici di risparmiare su tecnologia, materiali, gestione, personale, aggiornamento culturale e professionale. Se fosse il contrario, sarebbe a scapito di sicurezza e qualità.

L'Odontoiatria low cost è un'Odontoiatria "imprenditoriale" basata su regole del commercio e della vendita, anziché sulla deontologia professionale. Troppo spesso è presentata come panacea per la difficoltà dei cittadini nell'affron-

tare le terapie odontoiatriche; purtroppo, gli episodi che si stanno verificando con sempre maggior frequenza, dimostrano che i danni per i pazienti si rivelano molto più dolorosi di una carie da curare. La preoccupazione di fronte a questo proliferare di esempi truffaldini inoltre, non coinvolge solo i pazienti, ma anche i giovani odontoiatri che, sfruttati per la loro poca esperienza, spesso vengono coinvolti in queste opportunità lavorative, deleterie per la loro professionalità.

Ma sono gli stessi messaggi, più o meno subliminali, lanciati da questa forma di Odontoiatria, ad essere altamente nocivi: pubblicità commerciale, ben lontana dalla pubblicità medica informativa, che millanta sconti, qualità delle prestazioni offerte e doti professionali dei medici; un'assistenza sanitaria completamente snaturata quando i trattamenti vengano abbinati ad offerte di tipo turistico ed enogastronomico. Il risultato è la perdita di credibilità e di affidabilità di una professione medica e la svalutazione della qualità e della sicurezza delle cure erogate. La Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Trento auspica l'apertura di un dibattito permanente su queste problematiche, per dimostrare in primis tutta la loro pericolosità, ma soprattutto, per informare e tutelare i pazienti nei confronti di questa piaga.

In occasione del recentissimo Consiglio Nazionale del 4 giugno scorso, i Presidenti CAO provinciali all'unanimità hanno deciso di intensificare i controlli sulle strutture presenti nei propri territori, partendo dalla questione che riguarda la diffusione di messaggi pubblicitari ingannevoli per arrivare alle verifiche sull'adeguatezza delle strutture sanitarie stesse.

Molte istituzioni, prima tra tutte l'antitrust, negli ultimi anni ci hanno accusato di corporativismo sventolando la bandiera della libera concorrenza che avrebbe dovuto risolvere i problemi dell'odontoiatria *"ric conducendo alla ragione i dentisti italiani troppo esosi e chiusi nei loro privilegi"*...questo si faceva intendere.

Non dimentichiamolo, la nostra è una professione intellettuale che si fonda su valori etici e

regole scritte all'interno del codice deontologico. Quello che non dobbiamo mai stancarci di segnalare alle istituzioni ed ai politici è la pericolosità di una odontoiatria imprenditoriale gestita secondo le più aggressive regole del commercio e del mercato slegata da regole a cui invece tutti noi abbiamo giurato fedeltà.

*\* Il dott. Fausto Fiorile  
è presidente CAO*

# GRANDE PARTECIPAZIONE AL CORSO DI RADIOESPOSIZIONE ORGANIZZATO DALLA CAO DI TRENTO

Gli Odontoiatri trentini impegnati fortemente nell'aggiornamento professionale al servizio dei propri pazienti.

La Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Trento ha organizzato, nel mese di aprile scorso in collaborazione con l'AIO (Associazione Italiana Odontoiatri), un Corso di Radioesposizione rivolto a tutti gli Odontoiatri esercenti la professione in Trentino, ma aperto anche ai colleghi provenienti da altre regioni.

Il Corso con valenza nazionale ha avuto per scopo l'aggiornamento dei professionisti che utilizzano nei propri ambulatori gli apparecchi radiologici ad uso diagnostico. Gli Odontoiatri, sempre molto sensibili ai problemi che riguardano la sicurezza dei propri pazienti, si sono iscritti numerosi con oltre 430 adesioni tra cui moltissime di colleghi provenienti dal vicino Veneto e Alto Adige.

Per la prima volta in Trentino è stato organizzato un corso di aggiornamento per medici/odontoiatri, prevedendo una parte del programma in modalità FAD (formazione a distanza). Questo significa che gli Odontoiatri iscritti hanno potuto approfondire buona parte dei contenuti di-

dattici, scaricando direttamente dal sito dell'Ordine i files in Pdf. Il programma, vista la grande partecipazione si è quindi concluso come previsto con lezioni frontali in aula nei giorni 10 e 17 aprile, presso la Sala della Cooperazione in via Segantini a Trento.

Detto questo i consiglieri CAO di Trento che hanno lavorato assiduamente ma molto volentieri per organizzare l'Evento, vorrebbero sottolineare tra i tanti, alcuni elementi importanti che emergono da questa iniziativa dell'Ordine.

- Siamo stati tra i primi in Italia ad aver organizzato questo importante Corso di aggiornamento sulla Radioesposizione rivolto agli Odontoiatri, previsto dal decreto legislativo nazionale n. 187/2000 nonché dalla delibera della Giunta provinciale n. 1575 del 2007. Penso che questo sia motivo di orgoglio per tutta l'Odontoiatria trentina.
- Il Corso organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri ha rappresentato un'esperienza importante per il lavoro di squadra che è stato condotto in sinergia tra più soggetti: Ordine professionale, Liberi Professionisti, Associazione Italiana Odontoiatri, Azienda Sanitaria di Trento e

Provincia Autonoma. In poche parole ottimo esempio di servizio in rete sul territorio, finalizzato a migliorare l'assistenza al cittadino/paziente; azione a cui la CAO crede moltissimo in un'ottica che deve vedere gli Ordini professionali riappropriarsi di funzioni importanti per promuovere iniziative utili ad elevare la qualità dell'assistenza sanitaria.

- Più nel dettaglio hanno collaborato alla realizzazione del Corso: l'Ufficio Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane della PAT diretto dalla dott.ssa Franca Bellotti per gli aspetti legali e legislativi; l'Azienda Sanitaria di Trento nelle persone del dott. Aldo Valentini Direttore del Servizio Fisica Sanitaria e della dott.ssa Monica Marani che opera all'interno della Direzione Igiene e Sanità Pubblica; la Libera professione attraverso il contributo del dott. Giorgio Zatta Medico Specialista in Medicina Nucleare e Radiodia-

gnostica; l'Associazione Italiana Odontoiatri nella persona del dott. Pierluigi Martini.

Nel ringraziare quindi calorosamente tutti coloro che hanno dato il proprio prezioso contributo, in modo particolare tutti i relatori (dott. Valentini, dott.ssa Marani, dott. Zatta, dott. Martini), l'augurio è che, parlando di Odontoiatria, tale esempio di collaborazione si possa estendere anche a progetti rivolti all'Assistenza Odontoiatrica più in generale di cui il territorio ha grande bisogno e sui quali la Commissione Albo Odontoiatri sta facendo, da oltre un anno, proposte concrete che ci auguriamo vengano accolte.

*La Commissione Albo Odontoiatri*

*Fausto Fiorile*

*Angela Ferrari*

*Tomasz Machan*

*Giulio Del Dot*

*Mauro Paglierani*

# L'ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO UNA NUOVA FIGURA A SUPPORTO DELL'ODONTOIATRIA

Il primo percorso formativo dedicato all'ASO e' stato realizzato grazie alla preziosa collaborazione della CAO (Commissione Albo Odontoiatri) dell'Ordine Provinciale dei Medici e Odontoiatri di Trento.

Nel 2006 grazie ad un progetto nato dalla collaborazione tra il Centro di Formazione Professione "Armida Barelli" di Rovereto e più Assessorati della Provincia Autonoma di Trento (Salute, Politiche Sociali, Istruzione e Formazione) è nato un nuovo percorso formativo individuato in un'area denominata "Servizi Sanitari e Socio Assistenziale alla Persona".

La Figura alla quale in primis si è pensato è stata quella di Operatore Socio Sanitario (OSS) a cui però, subito dopo, si è affiancata un'altra figura molto importante, quella appunto dell'Assistente di Studio Odontoiatrico (ASO) per la quale si è definito il profilo professionale stabilendo competenze e contenuti didattici. Il percorso OSS/ASO, che si sviluppa dopo le scuole medie, ha durata quadriennale. Una forte valenza ha l'orientamento nei primi due anni. Alla fine del primo quadrimestre del terzo anno, gli allievi hanno la possibilità di scegliere il percorso di qualifica a cui indirizzarsi e da marzo di que-

st'anno, per la prima volta, alcune studentesse hanno optato per la specializzazione di Assistenti di Studio Odontoiatrico.

L'ASO è la figura professionale che collabora direttamente con il medico Odontoiatra, lo assiste e lo aiuta in tutte le attività cliniche ed extracliniche, occupandosi dell'igiene dell'ambiente, degli strumenti e delle attrezzature e curando il paziente dall'accoglienza alle sue dimissioni.

La tutela della salute pubblica passa inevitabilmente attraverso un'elevazione del livello di assistenza, compresa quella odontoiatrica, che dovrà essere sempre più qualificata. Ciò significa migliorare sempre più la preparazione e l'aggiornamento medico, tecnico e professionale degli Odontoiatri, ma anche qualificare tutti gli operatori che gravitano attorno all'Odontoiatra all'interno del team, prime tra tutti, le Assistenti di Studio Odontoiatrico.

Il C.F.P. Barelli, per questo importante progetto formativo, opera come detto in stretta sinergia con la Provincia Autonoma di Trento ed ha attivato una importante collaborazione con la CAO (Commissione Albo Odontoiatri) dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Trento, alla quale è stata affidata la parte didattica ed il ruolo di tutoraggio per le ore di stage che dovranno essere svolte, attraverso il coordinamento degli Studi odontoiatrici presenti sul territorio.

La CAO vuole attivamente impegnarsi sul fronte della formazione e dell'aggiornamento professionale. Per questo motivo sta offrendo e offrirà sempre più in futuro proposte formative collaborando strettamente con le istituzioni che si occupano di questo comparto. In Trentino

sono presenti circa 330 Studi Odontoiatri, all'interno dei quali operano in moltissimi casi più assistenti. Facile immaginare quindi, con un calcolo per difetto, la presenza di circa 500 lavoratrici nel settore, che diciamo con forza, rappresentano una bella realtà economica. Oggi stiamo dandoci da fare affinché anche per le assistenti che già lavorano presso gli studi, possa essere dedicato un percorso di studi che permetta loro di ottenere la qualifica professionale di diplomate ASO, con soddisfazione loro, del loro Odontoiatra di riferimento e soprattutto dei pazienti.

Noi pensiamo che oggi più che mai, una cura adeguata e di qualità può essere garantita solo attraverso un continuo aggiornamento di Odontoiatri e personale ausiliario che insieme si fanno carico dei bisogni dei pazienti in ambito odontoiatrico. Oggi il paziente ha bisogno più che di prestazioni di cure mediche. Può sembrare questa una precisazione semantica, in realtà questo aspetto, per noi che abbiamo la responsabilità di garantire la salute dei cittadini, è una distinzione fondamentale. Siamo arrivati al punto in cui, più che l'attenzione ai bisogni veri dei nostri pazienti, chi governa l'assistenza odontoiatrica sembra attento a garantire un elenco di prestazioni da fornire al prezzo più basso possibile, molto spesso non ponendo sufficiente attenzione invece alla qualità della cura stessa. **Gli Odontoiatri non erogano prestazioni ma curano i pazienti ed un elenco di prestazioni pur ricco non può essere sufficiente a garantire un'assistenza di qualità.**

*Il Presidente CAO  
Fausto Fiorile*

LA PATOLOGIA CLINICA DELL'OSPEDALE CIVILE DI TRENTO  
ILLUSTRA ALCUNE NOVITÀ CHE RIGUARDANO LA

## **STRUTTURA SEMPLICE DI GENETICA MEDICA**

PER SAPERNE DI PIÙ ASPETTA IL PROSSIMO NUMERO O CHIEDI  
AL SERVIZIO DELL'OSPEDALE S. CHIARA DI TRENTO  
TEL. 0461.902747 OPPURE FAX 0461.902746  
REFERENTE LA DOTT.SSA SERENA BELLI

# DISQUISIZIONI ATTORNO AL TEMPO E NON SOLO...

*Dott.ssa Loretta Rocchetti*

Caro Giovanni,  
ho letto sul Bollettino il tuo articolo "il tempo è il miglior alleato dell'uomo". Mi dispiace di non aver partecipato all'incontro con il dott. Davi (che conosco fin dai miei primi passi di medico a Rovereto ... nel secolo scorso), dal quale hai preso lo spunto.

Il Tempo! Sapessi quanto mi tocca proprio oggi questo argomento! Domani concluderò la mia attività di Medico di Famiglia. Sì, hai capito bene VADO IN PENSIONE (governo permettendo). Entro nella sfera della *terza età e del tempo liberato*, come dicono quelli della famosa Università!

Sono in ansiosa (gioiosa?) attesa di vedere come sarà questa nuova dimensione della vita, quali

sorprese mi riserverà. Il mio tempo ora è ..... *skolè* (lo definirebbero così gli antichi greci): il tempo del quale si beneficia della sorpresa, del silenzio, della meditazione. E' il piacere della disponibilità ... dell'*otium* dei latini.

Esco da **Cronos**, il tempo che divorava i suoi figli. Il tempo del cronometro! Orario di ambulatorio, orario di visite domiciliari, appuntamenti, scadenza del progetto Diabete, scade anche il TAO, pagamenti IVA, F24, dipendente, bollette ambulatorio, distinte da presentare all'APSS, internet, Ampère, i grafici del consumo di farmaci, il report delle prescrizioni RAO.... Il telefono (tre apparecchi che squillano contemporaneamente e due orecchie sole!) ... tutto programmato, sempre più veloce, informatizzato, rendicontabile.... corsi ... convegni ... Il tempo del lavoro, del fare, del produrre, dei

## LA FORMAZIONE DEL MEDICO INTERESSANTE SEMINARIO

La FNM CeO, in collaborazione con l'Ordine dei medici di **Bolzano** – ai cui vertici è anche indirizzata la presente nota – sta organizzando un **Seminario sulla Formazione del Medico**, mettendo a confronto sul tema Italia, Austria e Germania.

La manifestazione si svolgerà a **Bolzano nei giorni 17 e 18 settembre 2010**.

Il programma è ancora allo stato embrionale ma in via di completamento con i nominativi dei relatori di lingua tedesca.

Nel frattempo desideriamo informarVi circa il ruolo che intendiamo affidare a Voi nell'ambito del Seminario, ruolo che potrete dedurre dal programma di massima allegato alla presente. Al termine del Convegno sarà firmato un Protocollo d'Intesa per l'organizzazione e il riconoscimento reciproco di stage di formazione sul campo-

Sarà nostra cura inviarVi al più presto, presumibilmente entro il corrente mese di luglio, il programma definitivo. In ogni caso, poiché tra il periodo attuale e lo svolgimento del Seminario intercorrerà il mese di agosto tradizionalmente dedicato alle ferie, Vi invitiamo fin d'ora a dare riscontri circa la Vostra partecipazione, segnalando le esigenze logistiche, di pernottamento e quant'altro, tenendo altresì presente che sarete per intero ospiti della FNOM CeO.

Ufficio di riferimento: Segreteria di Presidenza della FNOM CeO, 0636203210/211/268  
segreteria@fnomceo.it - info@ordinemedici.bz.it

punti ECM : è il tempo che conta (appunto!). Tanto tempo programmato per il fare, poco per il curare. Tanto tempo per la professione, poco per gli amici! Celiavo con i miei pazienti “il mio lavoro consiste nell’andare di corsa a dire alla gente di non correre”.

Tutto sommato mi è andata bene: non ho ancora il fiato troppo corto e non mi sono mai rotta gambe o braccia o altro correndo. Ho goduto del rapporto con i miei pazienti, quelli difficili erano una sfida stimolante, ... le quisquiglie tu dici? Sono solo il modo più accessibile per portare dal medico la paura: malati e sani, persone sempre più spaventate, confuse, ansiose. Spaventate da chi? Perché? Anche noi credo abbiamo la nostra parte di responsabilità, non la maggiore ... sono riusciti quasi a spaventare anche noi !! Mi è rimasta l’impressione di averlo vissuto il temp! Ma per me è il tempo di ieri.

Già, è arrivato, sorprendendomi quasi, il ... Kairos, il tempo giusto per fare qualcosa, ... c’è un tempo per seminare e un tempo per raccogliere, un tempo per ridere e un tempo per piangere, un tempo per amare e un tempo per odiare ..... (ti ricordi?) .. e c’è un tempo per fare e un tempo per lasciar fare ai giovani ... un tempo per dire “ragazzi io scendo, andate avanti voi”. Non starò certo con le mani in mano, ma il futuro è vostro io vado nelle retrovie.

L’uso del tempo nei nostri ambulatori? Metterei come sottotitolo del corso “come difendersi dall’invasività travolgente della tecnica, dell’organizzazione, della burocrazia. Come conside-

rarli per quello che sono: null’altro che mezzi (straordinariamente utili) per raggiungere un fine. Per noi fine intermedio è la cura, per tutti la meta è aumentare la felicità totale e permettere il compimento umano di ciascuno.

Oddio, inevitabile viene alla mente il binomio pensione eguale vecchiaia. Ma no ... è’ lontana, lontanissima certo, ma .... Che impegno! Dicono che sia il tempo dello “svelamento del carattere che appare nella sua unicità facendoci finalmente conoscere quello che davvero in fondo siamo nella nostra specifica tipicità” (Socrate, Hillman, Galimberti ...) . Le sorprese non sono finite allora! Intanto tenterò di sbarazzarmi della tirannia di Cronos, cercherò di essere ancora utile agli altri per esserlo anche a me (che poi è la stessa cosa) e cercherò come dice l’antica ballata irlandese di

#### TROVARE IL TEMPO

*Trova il tempo per riflettere perché è fonte di energia.*

*Trova il tempo per il gioco: è il fiorire della giovinezza.*

*Trova il tempo per i libri, fundamenta del sapere.*

*Trova il tempo di essere amabile: è una via della felicità.*

*Trova il tempo per sognare, salirai verso le stelle.*

*Trova il tempo per amare e godrai la gioia della vita.*

*Trova il tempo per pregare è la musica dell’anima.*

*Grazie, Loreta, per il tuo “regalo”. L’occasione mi permette di sottolineare ancora i tuoi molteplici impegni e la grande passione profusi nell’arco della tua onorata attività a favore dei medici trentini in tanti campi particolarmente in quelli della Deontologia e dell’insegnamento. Nei tuoi riguardi avremo sempre la nostalgia dei ricordi per quello che hai dato e per quella che sei stata: siamo sicuri comunque che ogni volta che ne avremo bisogno sarai ancora al nostro fianco. Auguri per i tuoi futuri impegni che per una “tosta” come te continueranno ad essere tanti e diversificati, perché scelti in libertà e per passione. Affettuosi auguri con immutata stiamia. GF*

## LETTO PER VOI

Sandra Frizzera:

# "LE TANTE VOCI DELL'AMORE"

*Cultura e tradizione attraverso le opere di una scrittrice trentina*

Stavo per uscire dal salotto di Bruno Frizzera, maestro di tutti i giovani commercialisti non solo trentini e Commendatore con decreto del Presidente della Repubblica per meriti socio-culturali, quando il grande studioso mi offrì il volume che vi presento: "L' ha scritto mia cognata, leggilo ti farà conoscere meglio il Trentino" mi disse. Lo ringraziai congedandomi e gli promisi che l'avrei letto con interesse. A dirvi

la verità conosco poco o nulla di questa scrittrice però mi ha subito convinto che lo stile, la passione, la fantasia e la misura delle descrizioni di personaggi, eventi ed ambienti mi hanno spinto a non lasciare per qualche giorno il volume: interessante, avvincente e con fondamenti storici importanti anche se "romanzati" come dice la scrittrice. Non è questo il primo libro della Frizzera, e non penso sarà l'ultimo perché dal modo di scrivere dell'autrice - sciolto e garbato - si avverte leggendo che la sua voglia di scrivere nasce da un bisogno interiore e si alimenta con una passione innata. "Sandra Frizzera ama e conosce profondamente questa sua terra alpina e la gente che vi abita e vi lavora."

Sa toccare in questa opera temi importanti ed universali come l'amore e l'accoglienza, l'ecologia, il ritorno della natura ed il rispetto dell'ambiente. Il confronto fra le generazioni, il quotidiano svolgersi dei rapporti umani, a volte allegro a volte tragico, che si evidenzia anche attraverso i volti e le gesta di personaggi che sono gli eroi della quotidianità e degli eventi grandi e piccoli che vanno dalla vita del condominio alle

stagioni, dagli eventi tragici all'annuncio un po' arcaico di... "convolare a giuste nozze" Leggendo con attenzione "Le tante voci dell'amore" ci si convince che esso "non è una teoria, un rosario di dolori senza fine, di sventure e di sfortune da far accapponare la pelle. Se, vi lasciate trascinare nella storia comprenderete che capitolo dopo capitolo che il senso di questo romanzo sta infatti all'opposto del dramma, è all'antitesi della tragedia: è la cronaca quotidiana di una funesta esplosione di affetti familiari, che malgrado tutto tenta di riannodare i fili dell'amore".

Questo libro insomma è un grande racconto dedicato alla fiducia nelle tante sfaccettature dell'amore; è una scommessa sulla possibilità dell'uomo di essere più forte della sventura, della malattia, della solitudine, dell'oblio. Il collega trentino troverà riferimenti più consoni alle tradizioni e alla cultura endogeni: noi foresti l'abbiamo trovato interessante perché riprende i temi mai svalutati della fiducia e della forza che l'uomo trova in se stesso ogni volta che la disgrazia il dolore la sventura

entra nella propria esistenza perché ancorato a valori immarcescibili espressi dall'amore nelle sue svariate manifestazioni e assonanze.

Non conosco personalmente Sandra Frizzera, ma il commendatore Bruno mi ha promesso che me la farà incontrare e forse qualche sua idea ve la comunicherò nel prossimo numero. Leggete il libro, sarà un buon compagno dell'estate! Lo troverete in qualunque Libreria al prezzo di € 14.00.

*Giovanni Fumo*



# FONDAZIONE PEZCOLLER: RAMPA DI LANCIO PER IL NOBEL

*Dott. Giuseppe Bernardi*  
*Presidente della Fondazione*

Il 7 maggio scorso nella prestigiosa sede del Castello del Buon Consiglio si è solennemente celebrato il trentennale della Fondazione Pezcoller assieme alla consegna del "2009 Pezcoller Foundation – AACR International Award for Cancer Research" al prof. Joseph Schlessinger con la straordinaria partecipazione della prof. Elizabeth Blackburn, presidente dell'associazione americana e vincitrice del più recente Premio Nobel per la Medicina.

Purtroppo la limitata capacità delle sale del Castello, peraltro sempre ammirate dagli scienziati stranieri, non sono state sufficienti a consentire la presenza di molti concittadini, fra i quali parecchi colleghi ed amici, motivo per il quale ritengo utile farne una breve sintesi per il nostro Bollettino.

Specialmente perché ritengo possa essere motivo di soddisfazione per la classe medica trentina conoscere la storia di questa realtà, voluta da un illustre nostro collega e che, attraverso l'impegno di chi ha portato avanti il suo illuminato progetto, ha raggiunto la massima considerazione scientifica internazionale ed ha, fra le altre iniziative, accompagnato ben tre dei suoi 17 premiati a conseguire il Nobel della Medicina.

Alessio Pezcoller (1896-1993) era stato brillante allievo, alla Clinica Universitaria di Milano, del prof. Mario Donati (fra i massimi chirurghi italiani dell'epoca) fino al 1937 quando Donati dovette espatriare in conseguenza delle famigerate leggi razziali fasciste.

Da allora, vinto il primariato di chirurgia del S. Chiara, operò fino al pensionamento, nel 1966, con al suo attivo migliaia di interventi di ogni tipo, secondo quello che era l'orientamento chirurgico dell'epoca.

Pezcoller era un personaggio schivo e solitario, appassionato studioso, costantemente aggiornato. Egli conduceva una vita pressoché mona-

stica, sempre in ospedale, fra la sala chirurgica, le corsie e la sua modesta stanza.

Ma il suo sogno era quello di provvedere con i suoi risparmi a sollecitare e ad aiutare la ricerca per la lotta contro le malattie che affliggono l'umanità. Obiettivo in un secondo tempo focalizzato più specificamente nel campo che riteneva più devastante, quello dei tumori, programmato con l'aiuto finanziario della Cassa di Risparmio di Trento e Rovereto, della Giunta Provinciale e dei Comuni di Trento e Rovereto.

L'atto notarile di nascita della fondazione che prende il suo nome (fenomeno piuttosto raro per un donatore vivente) è del 1980, appunto trenta anni fa.

Non fu poi facile raggiungere il riconoscimento ufficiale consistente nel Decreto della Presidenza della Repubblica e soprattutto l'appoggio di una istituzione che avesse una sufficiente risonanza al di fuori della nostra provincia, così periferica geograficamente e almeno allora anche culturalmente in campo medico.

Il primo Consiglio di Amministrazione, al quale ero stato chiamato a partecipare, venne quindi eletto nel 1986. La prevalente componente non medica ebbe il difficile compito di riordinare la base patrimoniale, tale da consentire una ragionevole e sufficiente attività, come da mandato statutario. Mentre la componente medica, rappresentata solo dal compianto amico prof. Paolo Schlechter e da chi scrive, ebbe il non facile compito delle scelte di strategia scientifica. Scelte che decidemmo di orientare verso la ricerca di base anziché su quella limitatamente clinica, più semplice e più diffusa, come avrebbe voluto l'establishment medico non solo locale dell'epoca, che fu anche decisamente avverso alla nostra precisa volontà di puntare da subito all'internazionalizzazione delle attività.

L'evoluzione del progresso e dei successi dell'oncologia nei decenni successivi ebbe a confermare e conferma chiaramente anche oggi la fondamentale importanza di questa intuizione.

Dopo vari nostri tentativi solo il prof. Umberto Veronesi si convinse di aiutare la fondazione, per mezzo della notorietà scientifica della ESO Scuola Europea di Oncologia, a raggiungere, soprattutto con il premio alla ricerca, una certa visibilità internazionale.

Il primo premio Pezcoller potè essere conferito nel 1988 a Vincent De Vita di New York; i successivi a Tubiana di Parigi, Vogelstein di Baltimore e Nurse di Londra, successivo Nobel nel 2001 con la stessa motivazione.

Nel 1989 iniziammo anche la serie dei Pezcoller Symposia, rigorosamente in inglese, che richiamano ogni anno a Trento un centinaio di giovani scienziati da ogni parte del mondo per ascoltare speakers internazionali (generalmente una quindicina) e per discutere collegialmente con loro i vari argomenti. Argomenti scelti, con l'aiuto dei professori Mihich e Livingstone di Boston, fra i temi scientifici della massima attualità. Il prossimo, di tre giorni, sarà il ventiduesimo e si terrà in giugno sul tema "RNA Biology in Cancer".

Dal 1994 potemmo dare inizio ad un nuovo premio internazionale, questa volta biennale, il "Recognition for Contribution to Oncology", destinato a riconoscere una pluriennale dedizione alla ricerca ed ancor più alla cura e all'organizzazione della lotta contro i tumori.

Questo premio è stato fin'ora conferito agli svizzeri Cavalli e Senn, allo statunitense Lynch, al francese Horiot, all'olandese Bernards, alla belga Meunier e agli italiani Venosta, Veronesi e Chieco-Bianchi. Viene attualmente promosso con la collaborazione della ECCO European Cancer Organisation e il premiato viene da noi presentato ai relativi congressi tenuti nelle principali capitali europee.

Nel 1997 è stato sottoscritto un accordo con la AACR American Association for Cancer Research (più di 20.000 iscritti nella comunità oncologica mondiale) accordo che ha consentito di organizzare annualmente il "Pezcoller Foundation – AACR International Award for Cancer Research" di grande prestigio scientifico. La selezione viene effettuata da un Comitato Scientifico, rinnovato ogni anno, (4 membri americani e 4 europei, oltre ai presidenti delle due associazioni) che si riunisce alternativamente a Trento e Philadelphia. Dal 1998 sono stati conferiti 13 di questi premi a: Pawson Cana-

da 1998, Croce 1999, Sherr 2000, Blackburn 2001 tutti USA, Heldin 2002 Svezia, Capecchi 2003, Korsmeyer 2004, Cantley 2005 ancora USA, Taniguchi 2006 Giappone, Bissel 2007 USA, Ullrich 2008 Germania, Ferrara 2009 e Schlessinger 2010 ambedue USA.

Mario Capecchi ed Elizabeth Blackburn hanno poi conseguito il Nobel per la medicina rispettivamente nel 2007 e nel 2009.

Conseguentemente a due importanti lasciti testamentari dei compianti prof.ssa Marisa De Gaspari Ronc e dei fratelli arch. Ferruccio ed Elena Bernardi si sono potute incrementare le varie borse di studio per giovani trentini per perfezionarsi e per giovani italiani ed europei per consentire la partecipazione ai principali congressi oncologici della AACR, della ECCO, dell'EARC European Association for Cancer Research, della Mediterranean Task Force for Cancer Control. Inoltre vengono ormai da qualche anno completamente finanziati (40.000 Euro ciascuno) due bienni di ricerca da parte di giovani italiani da compiere in istituti nazionali oppure trentini in istituti locali, questo ultimo grazie allo specifico aiuto della Fondazione Cassa di Risparmio di Trento e Rovereto.

Vengono inoltre periodicamente organizzati dei seminari di aggiornamento per professionisti locali su argomenti di oncologia clinica, l'ultimo dei quali poche settimane fa sulle neoplasie non infiltranti della mammella.

Un quadrimestrale in lingua inglese informa dei programmi in atto e riporta abstracts e relazioni dei simposi e dei premiati, mentre viene costantemente aggiornato il sito [www.pezcoller.it](http://www.pezcoller.it).

Nell'attuale Consiglio di Amministrazione sono presenti ben cinque colleghi, oltre al presidente: Maurizio Agostini, Mario Cristofolini, Enzo Galligioni, Lucio Luciani e Giovanni Spagnolli.

Crediamo che non siano molte le fondazioni italiane che sono riuscite ad accompagnare al Nobel i propri premiati ed è quindi fonte di legittimo orgoglio nostro e della classe medica trentina che la Pezcoller ci sia riuscita, dopo pochi anni, con tre importanti scienziati: Nurse, Capecchi e Blackburn.

E non è affatto improbabile che il nostro costante impegno ne possa quanto prima portare degli altri.

# IL MEDICO RISPONDE

*La dott.ssa Maria Pellegrini (U.O. Neurologia)  
ha risposto a queste due domande*

**Fattori che influiscono e migliorano la qualità della vita della persona con Parkinson.**

1. saper accettare la malattia
2. avere sostegno affettivo ed emotivo da parte della famiglia e degli amici
3. godere di una buona condizione economica per affrontare le terapie
4. fare ginnastica e attività di promozione del movimento
5. coltivare interessi culturali

## **1. Ho la malattia di Parkinson, devo seguire una dieta particolare?**

L'importanza della dieta, intesa come stile alimentare corretto ed equilibrato, è un principio valido per tutti. La composizione ideale di una dieta bilanciata dovrebbe essere la seguente: la maggior parte dell'energia (55-58%) dovrebbe provenire dai carboidrati (cereali e derivati), una quota del 25-30% dai grassi e il 12-15% dalle proteine. È bene fare pasti regolari, tre pasti principali ed eventualmente due spuntini, a metà mattina e metà pomeriggio. Si raccomandano almeno due porzioni di verdure e due di frutta al giorno. Nell'arco della giornata si consiglia di bere almeno 1,5 litri d'acqua; questa quantità va aumentata in caso di sudorazione abbondante e nei periodi caldi dell'anno.

È consigliabile non eccedere nel consumo di bevande zuccherate e di consumare alcolici solo ai pasti, non superando la quantità di 1-2 bicchieri al giorno.

Per il paziente affetto da malattia di Parkinson in terapia con dopaminoagonisti è sufficiente seguire i consigli sopra riportati.

In caso di assunzione di levodopa, è consigliabile un'alimentazione povera di proteine nella prima parte della giornata, per favorire l'assorbimento del farmaco. Infatti la levodopa, sia per il passaggio dall'intestino al circolo sanguigno che per quello attraverso la barriera emato-encefalica (una sorta di membrana che separa il sistema nervoso dal circolo sanguigno), utilizza un trasporto attivo, cioè viene trasportata attraverso una "molecola trasportatrice": poiché questa molecola trasporta anche gli aminoacidi (le sostanze di cui sono composte le proteine),

si crea una competizione per il trasporto tra questi ultimi e la levodopa. Per un assorbimento ottimale, la levodopa dovrebbe essere quindi assunta a digiuno e lontano dal pasto.

Non sempre però è possibile seguire questo comportamento, soprattutto quando c'è la necessità di assumere più volte il farmaco durante la giornata: si consiglia perciò di assumere le proteine con il pasto della sera, in modo che durante il giorno la levodopa possa espletare al meglio la propria azione.

Ci sono anche altri fattori che possono ostacolare l'assorbimento della levodopa: ad esempio un rallentato svuotamento gastrico, che può essere dovuto alla malattia e può essere accentuato da pasti troppo grassi o iperacidità. Si consiglia quindi di masticare bene, di non mangiare cibi troppo ricchi di grassi o che richiedano una digestione laboriosa.

La stipsi è un problema presente in più del 50% dei pazienti. Per questo disturbo è importante praticare attività fisica regolare e bere molta acqua. Possono essere utili alcuni accorgimenti nutrizionali come mangiare tanta frutta e verdura (soprattutto kiwi, prugne, fichi) e assumere pane e pasta integrali; eventualmente si possono utilizzare degli integratori di fibre alimentari, ma senza eccedere in quanto possono provocare gonfiore e dolenzia addominale.

## **2. Che cos'è il cerotto che si usa per il trattamento della malattia di Parkinson?**

Il cerotto transdermico a base di rotigotina è un nuovo dopaminoagonista non ergolinico indicato per il trattamento della malattia. La

sua azione è simile a quella di altri dopaminoagonisti, come il ropirinolo ed il pramipexolo che si assumono per bocca. I dopaminoagonisti sono farmaci che stimolano direttamente il recettore dopaminergico delle cellule nervose, lo stesso che viene stimolato dalla levodopa (il mediatore chimico che viene a mancare nella malattia per la perdita delle cellule che la producono).

Sono in commercio cerotti con vario dosaggio di rotigotina che possono essere usati anche in combinazione per raggiungere le posologie più elevate.

Il cerotto si applica una volta al giorno, ruotan-

do il sito di applicazione (spalle, parte superiore delle braccia, pancia, cosce, fianchi).

L'efficacia della rotigotina sui sintomi è stata dimostrata in studi clinici controllati. Gli effetti collaterali sono simili a quelli di altri farmaci dopaminoagonisti. Uno svantaggio del rilascio transdermico è una possibile reazione cutanea a livello del sito di applicazione.

I vantaggi potenziali sono un rilascio costante del principio attivo con livelli plasmatici stabili nelle 24 ore ed una maggiore acquiescenza del paziente alla terapia (trattamento di pazienti non in grado di assumere o tollerare farmaci per via orale, mono-applicazione giornaliera).

**Un buon rapporto medico-paziente si realizza.**

- nella capacità del terapeuta di “prendersi cura” del paziente
- nel riconoscimento del diritto della persona ad essere correttamente informata
- nel rispetto della autoderminazione del malato nella scelta delle terapie

**L'attenzione, da parte del medico, dovrebbe essere rivolta**

- alla persona e non alla malattia
- ad alleviare le sofferenze (sintomi motori e non motori)
- ad attenuare la disabilità, individuandone i facilitatori
- a migliorare la qualità dell'assistenza e la qualità del quotidiano

## EURES NO. 5-0818-837

### NUOVE OPPORTUNITÀ PER MEDICI IN INGHILTERRA

GlobalMediRec offre una nuova interessante opportunità<sup>^</sup> per un medico specializzato in Medicina Interna negli Ospedali del NHS (Servizio Sanitario Pubblico) nel Regno Unito. Attualmente siamo alla ricerca di:

**Medico Specialista (Consultant) in Medicina Interna con “Stroke Medicine”**

Si tratta di posti di lavoro fisso a tempo pieno, con 1 anno di contratto iniziale. Il salario è tra £74.504 – £101.000 pounds per anno, per un orario di lavoro che non supera le 37 1/2 h settimanali. Più Guardie.

L'Ospedale è nell'East Midlands, vicino all'aeroporto il che costituisce una eccellente collocazione per un ritorno in Italia per il week-end: dall'aeroporto partono voli low-cost diretti verso i maggiori aeroporti italiani.

GlobalMediRec organizza interviste telefoniche, aiuta con la registrazione GMC (Ordine dei Medici Inglese), e tutta la logistica di movimento al Regno Unito.

**L'ASSISTENZA DI GlobalMediRec AI MEDICI È TOTALMENTE E INTEGRALMENTE GRATUITA**

Per ulteriori informazioni, potete spedire il vostro Curriculum Vitae a:

emmakeeler@globalmedirec.com +44 203 239 2699 +44 7881 590203

# NOTIZIE FLASH

## QUOTA A - PAGAMENTO CONTRIBUTI 2010

Il 30 giugno è scaduta la seconda rata del contributo di Quota A.

Qualora l'avviso sia pervenuto dopo la scadenza di una o più rate, il pagamento delle rate scadute dovrà essere eseguito entro 15 giorni dal ricevimento.

In caso di smarrimento o mancato ricevimento dell'avviso di pagamento deve essere tempestivamente inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A. tramite fax al n. **02.6416.6617** o all'indirizzo e-mail [taxtel@equitaliaetr.it](mailto:taxtel@equitaliaetr.it) un'apposita richiesta completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, recapito telefonico e copia di un documento di identità in corso di validità.

Anche quest'anno gli **utenti registrati** presso il portale [www.enpam.it](http://www.enpam.it) possono reperire direttamente un duplicato dei bollettini RAV accedendo all'Area riservata del sito. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato presso gli Istituti di Credito oppure con carta di credito mediante il servizio TAXTEL:

- via telefono al n. 800.191.191
- via internet al sito [www.taxtel.it](http://www.taxtel.it).

**Iscritti nati nel 1945** - Anche gli iscritti nati nel 1945 che compiono 65 anni nel corso dell'anno 2010 possono effettuare il pagamento in unica soluzione o in 4 rate. **Il pagamento è dovuto fino al mese di compimento del 65° anno ed è calcolato sui mesi effettivi.**

**Neo-iscritti** - Coloro che si sono iscritti nel corso dell'anno 2009 agli Albi Professionali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri riceveranno un avviso di pagamento da parte di Equitalia Esatri S.p.A. di Milano con l'indicazione dell'importo complessivamente dovuto alla Quota A del Fondo di Previdenza Generale per il 2009 e per il 2010. Il pagamento potrà essere eseguito in forma rateale o in unica soluzione secondo le modalità indicate nell'avviso medesimo.

## Domiciliazione bancaria - RID

Il **31 maggio** è scaduto il termine per poter usufruire dell'addebito permanente in conto corrente (modulo RID). Pertanto non è più possibile inoltrare il modulo RID per il pagamento del contributo 2010.

Coloro che già usufruiscono dell'addebito permanente in conto corrente dovranno segnalare le eventuali variazioni del codice Iban ad Equitalia Esatri S.p.A. - Ufficio RID a mezzo fax al n. **02.6416.6619** oppure alla seguente casella [rid@equitaliaesatri.it](mailto:rid@equitaliaesatri.it).

## CONTRIBUTI DI RISCATTO

Il 30 giugno è scaduta la rata semestrale da versare a titolo di riscatto.

In caso di smarrimento o mancato ricevimento del bollettino è necessario contattare la Banca Popolare di Sondrio al n. 800.24.84.64. Gli utenti registrati nell'area riservata possono stampare direttamente il bollettino Mav.

**Attestazioni fiscali contributi a titolo di riscatto:** tutti coloro che hanno effettuato nell'anno 2009 versamenti a titolo di riscatto presso i vari fondi hanno ricevuto all'indirizzo risultante negli archivi anagrafici l'attestazione di avvenuto pagamento. In caso di smarrimento o mancato ricevimento è possibile inoltrare richiesta al Servizio Riscatti tramite fax al n. 06.48.294.725. Gli utenti registrati nell'area riservata possono stampare direttamente tale attestazione.

## QUOTA B - REDDITI PROFESSIONALI 2009

**Obbligo contributivo e termini di presentazione:** i professionisti iscritti all'E.N.P.A.M. sono tenuti a comunicare il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2009 entro il **31 luglio 2010**. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando il **modello D 2010 recapitato al domicilio degli iscritti entro il mese di giugno 2010**.

**Modello D personalizzato:** i modelli D sono stati personalizzati in base alla posizione contributiva del singolo iscritto presso il Fondo della Libera Professione Quota B.

**Mancato ricevimento modello D personalizzato:** coloro che non verranno in possesso del modello D personalizzato, possono utilizzare il "modello D generico" disponibile sul sito internet [www.enpam.it](http://www.enpam.it), presso la sede dell'E.N.P.A.M. in Roma, via Torino n. 98 (II piano) o presso l'Ordine provinciale di appartenenza.

**Invio modello D cartaceo:** la dichiarazione deve essere spedita **esclusivamente** a mezzo raccomandata semplice a *Fondazione E.N.P.A.M., Casella postale n. 13100, 00185 Roma.*

**Invio modello D in ritardo:** in caso di invio del modello D oltre il termine del **31 luglio 2010** è prevista l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a **euro 120,00.**

**Contribuzione ridotta:** la richiesta di contribuzione ridotta presso il Fondo della Libera Professione Quota B deve essere presentata entro il **31 luglio 2010** dagli iscritti in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di trattamento pensionistico obbligatorio.

**Perdita del diritto alla contribuzione ridotta:** in caso di perdita del diritto alla contribuzione ridotta l'iscritto deve darne comunicazione all'E.N.P.A.M. tramite il modello D indicando la data in cui sono venute meno le condizioni di accesso.

**Opzione contribuzione intera:** gli iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta possono optare per il versamento del contributo nella misura intera del 12,50%. Tale opzione **non è revocabile.**

**Pensionati del Fondo Generale:** i pensionati del Fondo Generale, attualmente, sono esonerati d'ufficio dal versamento dei contributi e, di conseguenza, dall'invio del modello D.

Essi, tuttavia, se titolari di reddito professionale, possono chiedere entro il **31 luglio 2010**, nell'apposito spazio previsto nel modello D o con domanda in carta semplice, di essere ammessi al versamento del contributo nella misura intera del 12,50% o ridotta del 2%.

Si rappresenta, peraltro, che il Consiglio di Amministrazione dell'E.N.P.A.M., **con delibera n. 53/2009**, visto il quadro giuridico di riferimento ed al fine di evitare possibili contenziosi con la Gestione Separata INPS, **ha proceduto all'abolizione dell'esonero contributivo per i pensionati del Fondo che proseguono nell'esercizio dell'attività. Tale modifica regolamentare è attualmente al vaglio dei Ministeri vigilanti ed esplicherà i propri effetti successivamente alla relativa approvazione.**

Si consiglia, pertanto, di effettuare la dichiarazione reddituale, indicando l'aliquota contributiva prescelta.

Le modalità di versamento del contributo e di

invio del modello D sono identiche a quelle previste per gli iscritti non pensionati.

**Reddito imponibile per i contribuenti minimi:** in merito alla corretta definizione del reddito da dichiarare alla Quota B del Fondo di Previdenza Generale, si evidenzia che per i professionisti ammessi al regime semplificato dei c.d. contribuenti minimi – di cui all'art. 1, commi 96-117, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 - la base imponibile deve essere determinata al lordo dei contributi previdenziali eventualmente indicati e non al netto degli stessi.

### TERREMOTO ABRUZZO – ULTERIORE SOSPENSIONE DEI TERMINI DI VERSAMENTO

Ai sensi del comma 3, dell'art. 39 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, la sospensione del versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali è stata ulteriormente prorogata fino al **15 dicembre 2010 esclusivamente** nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 1, dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 dicembre 2009, n. 3837, **titolari di redditi di impresa o di lavoro autonomo, con volume d'affari non superiore a 200.000 euro.**

In attesa del provvedimento di conversione in legge del suddetto decreto e delle ulteriori prescrizioni inerenti gli adempimenti ed i versamenti sospesi, pertanto, tutti gli iscritti lavoratori autonomi che rientrano nelle disposizioni sopra richiamate non dovranno provvedere all'invio del modello D 2010 (redditi 2009).

Per tutti gli altri professionisti il modello "D" dovrà essere regolarmente trasmesso entro il 31 luglio p.v. ed il relativo contributo versato entro il termine ordinario del 31 ottobre 2010, mediante il bollettino MAV trasmesso dalla Fondazione.

### CLASSE MEDICA 1945 TRATTAMENTO ORDINARIO DEL FONDO DI PREVIDENZA GENERALE

Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1945 potranno presentare la domanda di pensione ordinaria, nel corso dell'anno 2010, dal compimento del 65° anno di età.

Il modulo è stato recapitato a tutti gli iscritti interessati unitamente al modello di dichiarazione

concernente il diritto alle detrazioni d'imposta, da allegare obbligatoriamente compilato in ogni parte.

Mancato ricevimento del modulo - In caso di mancato ricevimento il modulo è reperibile presso gli uffici della Fondazione o presso gli Ordini provinciali o sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) (Modulistica).

### **AREA RISERVATA E SERVIZI DISPONIBILI AGLI UTENTI REGISTRATI**

Per accedere all'Area riservata ed usufruire dei servizi on-line è necessario essere registrati al sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it). Per informazioni riguardanti la registrazione contattare il S.A.T. al n. 06.4829.4829 ovvero scrivere a [sat@enpam.it](mailto:sat@enpam.it), indicando nome, cognome e recapito telefonico.

Gli utenti registrati possono modificare nel profilo utente i seguenti campi:

numero di telefono fisso, numero di telefono cellulare e indirizzo di posta elettronica.

Servizi disponibili per gli utenti registrati:

- visualizzazione dei dati anagrafici;
- visualizzazione dei dati contributivi e dei riscatti;
- dati pensionistici;
- duplicati dei bollettini RAV e MAV smarriti o non ricevuti;
- certificazione fiscale dei contributi versati a titolo di riscatto nel corso dell'anno 2009;
- certificazione fiscale del contributo Quota A versato nel corso dell'anno 2009 (per gli iscritti che usufruiscono dell'addebito permanente in conto corrente);
- visualizzazione e stampa dei cedolini di pensione e del CUD;
- attivazione della Carta di credito Fondazione E.N.P.A.M. in collaborazione con la Banca Popolare di Sondrio e con la società CartaSì (per richiederla accedere all'Area Riservata, selezionare la voce "Carta di credito - richiesta e servizi connessi" e compilare il modulo di richiesta).

### **STAMPA DEI DUPLICATI MAV E RAV**

Gli utenti registrati possono stampare dall'Area riservata del portale [www.enpam.it](http://www.enpam.it) (sezione dedicata a "Operazioni MAV-RAV") i duplicati dei bollettini già emessi a loro carico.

In questo caso il pagamento potrà essere effet-

tuato **esclusivamente** presso gli Istituti di credito oppure utilizzando le procedure on-line.

### **VERSAMENTO ON-LINE**

Tramite la Carta di credito Fondazione E.N.P.A.M. è possibile effettuare il versamento on-line dei contributi previdenziali e di tutti i bollettini inviati dall'Ente.

Attenzione! L'emissione della carta è soggetta ai tempi richiesti dalle procedure bancarie. Per informazioni è disponibile il Servizio Clienti della Banca Popolare di Sondrio al n. 800.190.661, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 e dalle ore 14.15 alle ore 17.00 o l'indirizzo e-mail: [carta.enpam@popso.it](mailto:carta.enpam@popso.it).

### **VARIAZIONE DELL'INDIRIZZO**

#### **1. Medici pensionati ancora iscritti all'Albo**

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata al Servizio Prestazioni Fondo Generale esclusivamente tramite l'Ordine provinciale di appartenenza.

L'indirizzo di domicilio può invece essere comunicato direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) (MOD. DOMICILIO PENSIONATI) a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

#### **2. Medici pensionati non più iscritti all'Albo**

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) (MOD.RESID.PENS. NON ISCRITTI ALL'ORDINE E SUP.) per posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

#### **3. Superstiti (vedove, orfani, genitori, fratelli e sorelle dell'iscritto deceduto)**

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) (MOD.RESID.PENS. NON ISCRITTI ALL'ORDINE E SUP.) per posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Gene-

rale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

#### **4. Iscritti attivi**

La variazione di residenza deve essere inoltrata all'Ente esclusivamente tramite l'Ordine provinciale di appartenenza. L'eventuale elezione di domicilio può invece essere comunicata anche alla Fondazione mediante l'apposito modulo (MOD.DOM) disponibile sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it). La dichiarazione deve essere trasmessa a mezzo raccomandata o tramite fax al numero 06.48.294.913, corredata della copia di un documento d'identità in corso di validità.

Per ulteriori informazioni può essere contattato il S.A.T. al numero tel. 06.4829.4829.

### **COMUNICAZIONE DI DECESSO**

#### **1. Iscritti attivi**

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata alla Fondazione per il tramite dell'Ordine provinciale di appartenenza. Dopo aver informato l'Ordine di appartenenza, analoga comunicazione può essere inoltrata a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Contributi e Attività Ispettiva, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.913.

#### **2. Medico pensionato iscritto all'Ordine Provinciale**

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata alla Fondazione per il tramite dell'Ordine di appartenenza. Per consentire al Servizio competente di interrompere l'erogazione della pensione, la comunicazione deve essere inoltrata a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

#### **3. Medico pensionato cancellato dall'Ordine Provinciale**

Se al momento del decesso il medico pensionato risulta già cancellato dall'Ordine, la comunicazione deve essere inviata a mezzo posta ordinaria direttamente alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

#### **4. Superstiti pensionati**

La comunicazione di decesso deve essere inoltrata per posta ordinaria direttamente alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

### **VARIAZIONE DELLE MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PENSIONE**

Tutti i pensionati possono comunicare la variazione dei dati bancari per il pagamento della pensione, utilizzando il modulo reperibile sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) (cliccare su Modulistica e poi Altre). Tale variazione, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità, può essere inviata:

- a mezzo posta ordinaria direttamente alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma
- oppure
- tramite fax al numero 06.48.294.648.

### **MANCATO ACCREDITO DELLA PENSIONE**

I pensionati che non hanno ricevuto una o più mensilità di pensione devono darne comunicazione scritta, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità, alla Fondazione, al Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, ovvero tramite fax al numero 06.48.294.648.

### **ORFANI PENSIONATI**

Le prestazioni pensionistiche agli orfani superstiti spettano sino al raggiungimento del 21° anno di età. Tale diritto è mantenuto anche oltre il ventunesimo anno di età e fino al raggiungimento del periodo massimo pensionabile del 26° anno di età, a condizione che gli orfani mantengano la qualifica di studenti.

#### **Mantenimento del diritto**

Al fine di conservare il diritto alla pensione, al compimento del 21° anno di età è necessario inviare un certificato di iscrizione attestante il proseguimento degli studi ovvero una dichiarazione di responsabilità corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

#### **Modalità di invio**

A mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino

38, 00184 Roma ovvero tramite fax al numero 06.48.294.648.

### DEDUCIBILITÀ

I contributi previdenziali obbligatori sono, ai fini IRPEF, interamente deducibili dall'imponibile fiscale ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. n. 917 del 22/12/1986 modificato dal D. Lgs. 18/2/2000 n. 47.

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

### Come usufruire del beneficio:

- contributo Quota A: utilizzare la copia del bollettino/bollettini RAV di versamento
- domiciliazione bancaria Quota A: Equitalia Esatri S.p.A. invia in tempo utile un riepilogo annuale dei versamenti effettuati
- contributo Quota B: utilizzare la copia del bollettino MAV di versamento
- importi versati a titolo di riscatto: il Servizio Riscatti e Ricongiunzioni invia in tempo utile una dichiarazione attestante gli importi versati.

## IRAP PER I MEDICI DI MG

Cari Presidenti,  
facendo seguito alla Comunicazione n. 47 dell'8 giugno 2010 di questa Federazione, si ritiene opportuno segnalare che la Cassazione Sezione Civile con sentenza n. 11533 del 12 maggio 2010, di cui si allega copia, si è espressa sulla fattispecie indicata in oggetto.

In particolare il Collegio giudicante ha ritenuto che debba essere "affermato il principio di diritto secondo il quale, in tema di IRAP, per i medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, la disponibilità di uno studio, avente le caratteristiche e dotato delle attrezzature indicate nell'art. 22 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270, rientra nell'ambito del "minimo indispensabile" per l'esercizio dell'attività professionale, attesa l'obbligatorietà di tale disponibilità ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale, e, pertanto, non integra, di per sé, in assenza di personale dipendente, il requisito dell'autonoma organizzazione ai fini del presupposto impositivo del tributo".

*Il Presidente  
Amedeo Bianco*

10.6.2010 CASSAZIONE CIVILE - (IRAP medicina generale: lo studio medico rientra nel minimo indispensabile per l'esercizio della attività convenzionata).

§ - La Corte di Cassazione ha delineato un importante principio in tema di applicazione dell'IRAP a carico dei medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando che, la disponibilità di uno studio avente le caratteristiche e dotato delle attrezzature indicate dall'Accordo collettivo nazionale di categoria, rientra nell'ambito del "minimo indispensabile" per l'esercizio dell'attività professionale, attesa l'obbligatorietà di tale disponibilità ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale, e, pertanto, non integra, di per sé il requisito dell'autonoma organizzazione ai fini del presupposto impositivo del tributo. (Avv. Ennio Grassini - [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)).

Cassazione Civile - Sez. V, Sent. n. 11533 del 12.05.2010

*omissis*

### Svolgimento del processo - Motivi della decisione

Che, ai sensi dell'art. 380 bis cod. proc. civ., è stata depositata in cancelleria la seguente relazione:

"1. L'Agenzia delle entrate propone ricorso per cassazione avverso la sentenza della Commissione tributaria regionale del Veneto n. 6/31/07, depositata il 25 settembre 2007, con la quale, accogliendo l'appello di R.U., medico di base convenzionato con il S.s.n., gli è stato riconosciuto il diritto al rimborso dell'IRAP versata per il 1998: in particolare, il giudice a quo, ha

affermato che il contribuente ha utilizzato beni mobili "costituiti dall'automobile e da piccoli arredi ed attrezzature ambulatoriali", ed ha corrisposto "occasional compensi a terzi", "di modestissima entità" (Euro 2792,00).

Il contribuente resiste con controricorso.

2. Con i due motivi di ricorso, si denuncia la violazione della normativa istitutiva dell'IRAP ed il vizio di motivazione e si chiede a questa Corte se il possesso di uno studio medico, provvisto di personale dipendente, e rispondente ai requisiti di cui al D.P.R. n. 270 del 2000, art. 22, cioè dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale nonché per la convenzione con il SSN, costituisca indice di autonoma organizzazione del medico generico convenzionato con il SSN e, pertanto, assuma rilevanza ai fini dell'assoggettamento all'IRAP. 3. Il ricorso appare manifestamente infondato.

L'art. 22 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina con i medici di medicina generale (reso esecutivo con il D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270), richiamato dalla ricorrente, dopo aver affermato che "lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del Servizio sanitario nazionale e concorre, quale bnee strumentale e professionale del medico, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo, prevede che "ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionato di assistenza primaria (...), ciascun medico deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata" (comma 1), che detto studio "deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale, di sala di attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e areazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate" (comma 2), e, infine, che "deti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso di studio medico con destinazione specifica o anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione, con locali appositamente dedicati" (comma 3).

Ciò posto, a prescindere dalla questione generale della rilevanza del possesso di uno "studio" da parte di un professionista ai fini della configurabilità dell'autonoma organizzazione e quindi dell'assoggettamento all'IRAP, sembra

evidente che, per i medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, la disponibilità dello studio, dotato delle caratteristiche e delle attrezzature indicate nella norma citata, rientri nell'ambito del "minimo indispensabile" per l'esercizio dell'attività professionale, attesa l'obbligatorietà di tale disponibilità ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale.

Quanto, poi, alla asserita presenza di personale dipendente, il giudice a quo ha affermato, come detto sopra, che trattasi di compensi di modestissima entità per prestazioni occasionali e tale accertamento non è oggetto di adeguata censura.

4. In conclusione, si ritiene che il ricorso possa essere deciso in camera di consiglio per manifesta infondatezza";

che la relazione è stata comunicata al pubblico ministero e notificata agli avvocati delle parti; che non sono state presentate conclusioni scritte da parte del p.m., mentre ha depositato memoria il controricorrente.

Considerato che il Collegio, a seguito della discussione in camera di consiglio, condivide i motivi di fatto e in diritto esposti nella relazione e, pertanto, deve essere affermato il principio di diritto secondo il quale, in tema di IRAP, per i medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, la disponibilità di uno studio, avente le caratteristiche e dotato delle attrezzature indicate nell'art. 22 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270, rientra nell'ambito del "minimo indispensabile" per l'esercizio dell'attività professionale, attesa l'obbligatorietà di tale disponibilità ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale e, pertanto, non integra, di per sè, in assenza di personale dipendente, il requisito dell'autonoma organizzazione ai fini del presupposto impositivo del tributo;

che in conclusione, il ricorso deve essere rigettato;

che sussistono giusti motivi, in considerazione della novità della questione, per disporre la compensazione delle spese del presente giudizio di legittimità.

P.Q.N.

La Corte rigetta il ricorso e compensa le spese.

# FONDAZIONE O.N.A.O.S.I. OPERA NAZIONALE ASSISTENZA ORFANI SANITARI ITALIANI PERUGIA

## COMUNICATO

### Approvazione definitiva del nuovo Statuto ONAOSI

A distanza di oltre due anni dal primo atto deliberativo del Consiglio di Amministrazione, risalente al gennaio 2008, i Ministeri del Lavoro e dell'Economia il **9 febbraio 2010** hanno **approvato** definitivamente il **nuovo Statuto ONAOSI** (che si allega).

Il nuovo testo introduce una riforma che, nel pieno rispetto di quanto previsto dall'art. 29 della L. 222/2007, innova principalmente ed in modo significativo due ambiti:

le prestazioni assistenziali

l'assetto gestionale e istituzionale dell'Ente.

Va ricordato a tale riguardo che l'art. 29, nel colmare la lacuna normativa generata dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 190/2007 in materia di contributi alla Fondazione, aveva rimandato all'esigenza di una riforma in tal senso, prevedendo in particolare, al comma 2-bis, che sia assicurata da parte del nuovo Statuto "la continuità delle prestazioni in essere, l'individuazione di ulteriori prestazioni assistenziali a favore dei contribuenti in condizioni di vulnerabilità, la separazione tra le funzioni di indirizzo, i compiti di gestione amministrativa, finanziaria e tecnica e le funzioni di vigilanza, nonché la democraticità della vita associativa, prevedendo la partecipazione al voto di tutti i contribuenti".

In ottemperanza al disposto legislativo, la Fondazione, nei limiti e nel rispetto delle compatibilità di bilancio, secondo le modalità e i criteri che saranno stabiliti con apposito regolamento, una volta assicurate le prestazioni ed i servizi alle attuali categorie di assistiti, potrà erogare

le stesse anche a contribuenti che si trovino in situazioni di vulnerabilità.

### IL NUOVO COMITATO DI INDIRIZZO

Riguardo il nuovo assetto gestionale ed istituzionale, ai fini di quanto previsto nella L. 222/2007, viene introdotto un nuovo organismo, il Comitato di Indirizzo, i cui componenti saranno eletti in larga maggioranza direttamente dai sanitari contribuenti.

In fase di prima applicazione, il **Comitato di Indirizzo** è formato complessivamente da n. **30** (trenta) **componenti**, di cui:

n. **21** (ventuno) eletti tra i **contribuenti obbligatori**;

n. **3** (tre) eletti tra i **contribuenti volontari**;

• n. **6** (sei) **designati**. **Componenti Elettivi** Il numero dei componenti da eleggere da parte dei **contribuenti obbligatori**

(totale n. per ciascuna categoria professionale): **17** (diciassette) **medici chirurghi e odontoiatri**;

**2** (due) **medici veterinari**;

• **2** (due) **farmacisti**. Il numero dei componenti da eleggere da parte dei **contribuenti volontari**: **2** (due) **tra gli iscritti agli Albi provinciali dei medici chirurghi**;

**1** (uno) **tra gli iscritti agli Albi provinciali degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti**.

Componenti Designati

Il numero complessivo dei componenti designati dalle Federazioni Nazionali delle Categorie è **6**, rispettivamente:

• **Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO)**:

-n. **1** (uno) è designato dalla **Commissione Albi Odontoiatri**;

-n. **3** (tre) sono designati dalla **Commissione Medica**, di cui n. **1** (uno) tra gli iscritti all' Ordine provinciale di Perugia e n. **1** (uno) tra i contribuenti obbligatori;

**Federazione Nazionale degli Ordini dei Veterinari (FNOVI)**:-n. **1** (uno);

**Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti (FOFI)**:-n. **1** (uno).

#### IL NUOVO CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Il Consiglio di Amministrazione, rispetto al precedente assetto, si riduce dagli attuali 23 a complessivi **9 componenti** e assume il ruolo e le funzioni di organo deputato tipicamente ad amministrare e gestire. I componenti saranno eletti direttamente dal Comitato di Indirizzo, quindi, di fatto, dalla diretta espressione della base elettorale dei sanitari.

Il Consiglio di Amministrazione sar^ composto da: -n. **6** (sei) **medici chirurghi** di cui:

n. 5 (cinque) pubblici dipendenti;

n. 1 (uno) contribuente volontario; -n. **1** (uno) **odontoiatra**; -n. **1** (uno) **medico veterinario**

**pubblico dipendente**; -n. **1** (uno) **farmacista pubblico dipendente**. La Giunta Esecutiva viene soppressa, mentre i Vice Presidenti si riducono ad uno. \*\*\*

A seguito dell'entrata in vigore del nuovo Statuto, il Consiglio di Amministrazione ONAOSI ha gi^ provveduto a deliberare in questi giorni il **Regolamento Elettorale**, il quale dovr^ essere approvato espressamente dai Ministeri Vigilanti. Solo a seguito di tale approvazione la Fondazione potr^ dare avvio alle procedure elettive per il rinnovo degli Organi.

Gli altri Regolamenti attuativi (Regolamento delle Prestazioni, Servizi e Organizzazione, Regolamento di Contabilit^ e Regolamento di Riscossione) saranno definiti nella prossima riunione del Consiglio di Amministrazione e quindi sottoposti ad analoga approvazione ministeriale.

*DR. UMBERTO ROSSA*

*Consigliere di Amministrazione ONAOSI*

Per il testo completo dello Statuto rivolgersi a: ONAOSI - Via R. D'Andreotti, 8/18, Tel. 075-5869511, oppure alla nostra sede, Tel. 0461-825094.

*Fondazione O.N.A.O.S.I.*

*Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani Perugia*

## COMUNICATO GIUNTA ESECUTIVA DEL 10 APRILE 2010

In data 10 aprile si è riunita la Giunta Esecutiva della Fondazione, presieduta dal Dr. Aristide Paci.

L'art. 9 comma 7 del nuovo Statuto, approvato con Decreto Interministeriale del 9 febbraio 2010, stabilisce che le modalità di elezione e di sostituzione dei componenti elettivi del Comitato di Indirizzo siano disciplinate dal Regolamento Elettorale. La Giunta Esecutiva ha preso atto del testo del Regolamento approvato dal Consiglio di Amministrazione con delibera n. 13 del 31 marzo 2010. Lo stesso sar^ inviato tempestivamente ai Ministeri Vigilanti, ai sensi

e per gli effetti dell'art. 2; comma del D. Lgs. 509/94, per la prescritta approvazione.

A seguito dell'approvazione definitiva del nuovo Statuto si dovr^ procedere al rinnovo delle Cariche statutarie ed in particolare alla elezione diretta dei 24 componenti il Comitato di Indirizzo. A tal fine, è stata inviata ai Presidenti delle 3 Federazioni delle categorie sanitarie (FNOMCeO, FOFI E FNOVI) una nota con la quale si dà comunicazione che l'ONAOSI dovr^ procedere alla formazione degli elenchi dei soggetti aventi diritto di elettorato attivo, ai quali dovr^ essere inviato successivamente il pli-

co elettorale contenente il materiale per il voto. Con la suddetta nota è stato chiesto, altresì, ai Presidenti delle Federazioni di trasmettere alla Fondazione tutti i dati necessari per l'invio di una corretta ed esaustiva informativa al recapito aggiornato di ciascun sanitario avente diritto di voto.

L'Associazione degli Enti di Previdenza Privati (AdEPP) ha approvato con atto notarile un nuovo Statuto che, introducendo modifiche all'assetto delle cariche, fissa al 30 giugno 2010 la scadenza del mandato degli Organi vigenti. Alla luce di ciò è stata convocata una riunione dei sei Enti (ENPAM, ENPAB, EPPi, Cassa Geometri, Cassa Ragionieri e ONAOSI) che avevano deliberato l'uscita dall'Associazione per le valutazioni del caso.

E' pervenuta, con nota prot. 11/I/000722 del 16.03.2010, dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Segretario Generale Con. Verbaro -la circolare emanata allo scopo di fornire indicazioni in merito alle modalità di redazione dei Bilanci Tecnici da parte delle Casse e degli Enti gestori di Forme obbligatorie di Previdenza e di Assistenza, al fine di pervenire ad una omogeneizzazione dei criteri di redazione dei documenti stessi. La suddetta circolare tiene conto di quanto emerso nel corso degli incontri tecnici svolti per risolvere le incertezze interpretative segnalate dagli stessi Enti in merito ad alcune disposizioni del D.L. 29.11.2007 in materia. Il Bilancio Tecnico dovrà essere trasmesso ai Ministeri Vigilanti entro il 30.11.2010, assumendo come base contabile il Bilancio Consuntivo di esercizio al 31 dicembre 2009.

Si è preso atto della graduatoria per l'erogazione delle Borse di studio post lauream agli assi-

stiti per l'anno accademico 2009/2010 per un importo complessivo di Euro 500.000,00.

La Giunta Esecutiva ha deliberato di corrispondere per l'anno accademico 2009/2010, agli assistiti universitari ospiti dei Collegi Universitari Maschile e Femminile di Perugia, un contributo straordinario pro-capite di Euro 1.300,00 da erogare entro il mese di aprile 2010.

L'edizione 2010 del Soggiorno Estivo per preadolescenti si terrà a Perugia dal 3 al 14 luglio 2010 sulla base dei criteri e le modalità già stabilite con delibera n. 229 del 4 ottobre 2009.

La Giunta Esecutiva ha dato mandato al Funzionario delegato degli Istituti Maschili, in collaborazione con gli Istituti Femminili, di provvedere all'organizzazione di tale soggiorno.

E' stata costituita una Commissione per gli approfondimenti necessari circa l'ipotesi di accorpamento presso gli Istituti Femminili delle due Sezioni Convitto (maschile e femminile), da sottoporre all'esame della prossima riunione della Giunta Esecutiva.

La Giunta Esecutiva ha preso atto delle graduatorie predisposte dal competente ufficio per l'assegnazione agli assistiti dei contributi per il soggiorno di studio all'estero 2009/2010, con le modalità previste dalla delibera della Giunta Esecutiva n. 151/07.

E' stato acquisito in locazione un immobile da adibire a nuova sede del Servizio Sociale in Napoli.

Sono stati infine adottati altri provvedimenti in materia di prestazioni e di personale, nonché su altri ambiti di ordinaria gestione della Fondazione.

*DR. UMBERTO ROSSA*

*Consigliere di Amministrazione ONAOSI*

*GE ONAOSI 10 aprile 2010*

### FONDAZIONE GIUSEPPE ALAZIO

#### BORSE DI STUDIO A SOSTEGNO DELLA LOTTA CONTRO IL CANCRO

La Fondazione Alazio (presidente l'avv. Carmine Capri) ha indetto una selezione per titoli e colloqui per l'assegnazione di TRE borse di studio destinate a giovani medici impegnati nella lotta contro il cancro.

Per quanti fossero interessati possono richiedere il Bando di Concorso sul sito:

[www.fondazionealazio.org](http://www.fondazionealazio.org)

oppure al numero telefonico 091.7300102

*Fondazione O.N.A.O.S.I.*  
*Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani Perugia*  
**COMUNICATO**

# APPROVAZIONE DEFINITIVA DEL NUOVO STATUTO ONAOSI

A distanza di oltre due anni dal primo atto deliberativo del Consiglio di Amministrazione, risalente al gennaio 2008, i Ministeri del Lavoro e dell'Economia il **9 febbraio 2010** hanno **approvato** definitivamente il **nuovo Statuto ONAOSI** (che si allega).

Il nuovo testo introduce una riforma che, nel pieno rispetto di quanto previsto dall'art. 29 della L. 222/2007, innova principalmente ed in modo significativo due ambiti:

le prestazioni assistenziali

l'assetto gestionale e istituzionale dell'Ente.

Va ricordato a tale riguardo che l'art. 29, nel colmare la lacuna normativa generata dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 190/2007 in materia di contributi alla Fondazione, aveva rimandato all'esigenza di una riforma in tal senso, prevedendo in particolare, al comma 2-bis, che sia assicurata da parte del nuovo Statuto "la continuità delle prestazioni in essere, l'individuazione di ulteriori prestazioni assistenziali a favore dei contribuenti in condizioni di vulnerabilità, la separazione tra le funzioni di indirizzo, i compiti di gestione amministrativa, finanziaria e tecnica e le funzioni di vigilanza, nonché la democraticità della vita associativa, prevedendo la partecipazione al voto di tutti i contribuenti".

In ottemperanza al disposto legislativo, la Fondazione, nei limiti e nel rispetto delle compatibilità di bilancio, secondo le modalità e i criteri che saranno stabiliti con apposito regolamento, una volta assicurate le prestazioni ed i servizi alle attuali categorie di assistiti, potrà erogare le stesse anche a contribuenti che si trovino in situazioni di vulnerabilità.

## IL NUOVO COMITATO DI INDIRIZZO

Riguardo il nuovo assetto gestionale ed istituzionale, ai fini di quanto previsto nella L.

222/2007, viene introdotto un nuovo organismo, il Comitato di Indirizzo, i cui componenti saranno eletti in larga maggioranza direttamente dai sanitari contribuenti.

In fase di prima applicazione, il **Comitato di Indirizzo** è formato complessivamente da n. **30** (trenta) **componenti**, di cui:

n. **21** (ventuno) eletti tra i **contribuenti obbligatori**;

n. **3** (tre) eletti tra i **contribuenti volontari**;

• n. **6** (sei) **designati**. **Componenti Elettivi** Il numero dei componenti da eleggere da parte dei **contribuenti obbligatori**

(totale n. per ciascuna categoria professionale) è:

**17** (diciassette) **medici chirurghi e odontoiatri**;

**2** (due) **medici veterinari**;

• **2** (due) **farmacisti**. Il numero dei componenti da eleggere da parte dei **contribuenti volontari** è:

**2** (due) **tra gli iscritti agli Albi provinciali dei medici chirurghi**;

**1** (uno) **tra gli iscritti agli Albi provinciali degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti**.

Componenti Designati

Il numero complessivo dei componenti designati dalle Federazioni Nazionali delle Categorie è **6**, rispettivamente:

• **Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO)**:

-n. **1** (uno) è designato dalla **Commissione Albi Odontoiatri**;

-n. **3** (tre) sono designati dalla **Commissione Medica**, di cui n. **1** (uno) tra gli iscritti all'Ordine provinciale di Perugia e n. **1** (uno) tra i contribuenti obbligatori;

**Federazione Nazionale degli Ordini dei Veterinari (FNOVI):**-n. **1** (uno);

**Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti (FOFI):**-n. **1** (uno).

### IL NUOVO CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Il Consiglio di Amministrazione, rispetto al precedente assetto, si riduce dagli attuali 23 a complessivi **9 componenti** e assume il ruolo e le funzioni di organo deputato tipicamente ad amministrare e gestire. I componenti saranno eletti direttamente dal Comitato di Indirizzo, quindi, di fatto, dalla diretta espressione della base elettorale dei sanitari.

Il Consiglio di Amministrazione sar^ composto da: -n. **6** (sei) **medici chirurghi** di cui:

n. 5 (cinque) pubblici dipendenti;

n. 1 (uno) contribuente volontario; -n. **1** (uno)

**odontoiatra**; -n. **1** (uno) **medico veterinario**

**pubblico dipendente**; -n. **1** (uno) **farmacista**

**pubblico dipendente**. La Giunta Esecutiva vie-

ne soppressa, mentre i Vice Presidenti si riducono ad uno. \*\*\*

A seguito dell'entrata in vigore del nuovo Statuto, il Consiglio di Amministrazione ONAOSI ha gi^ provveduto a deliberare in questi giorni il

**Regolamento Elettorale**, il quale dovr^ essere approvato espressamente dai Ministeri Vigilanti.

Solo a seguito di tale approvazione la Fondazione potr^ dare avvio alle procedure elettive per il rinnovo degli Organi.

Gli altri Regolamenti attuativi (Regolamento delle Prestazioni, Servizi e Organizzazione, Regolamento di Contabilit^ e Regolamento di Riscossione) saranno definiti nella prossima riunione del Consiglio di Amministrazione e quindi sottoposti ad analoga approvazione ministeriale.

*DR. UMBERTO ROSSA*

*Consigliere di Amministrazione ONAOSI*

*Delegato alla Comunicazione*

## I COLLEGHI CHE CI HANNO LASCIATO

GIORGIO BRENTARI: IL 22.02.2010

LUCIANO ZENI: IL 20.03.2010

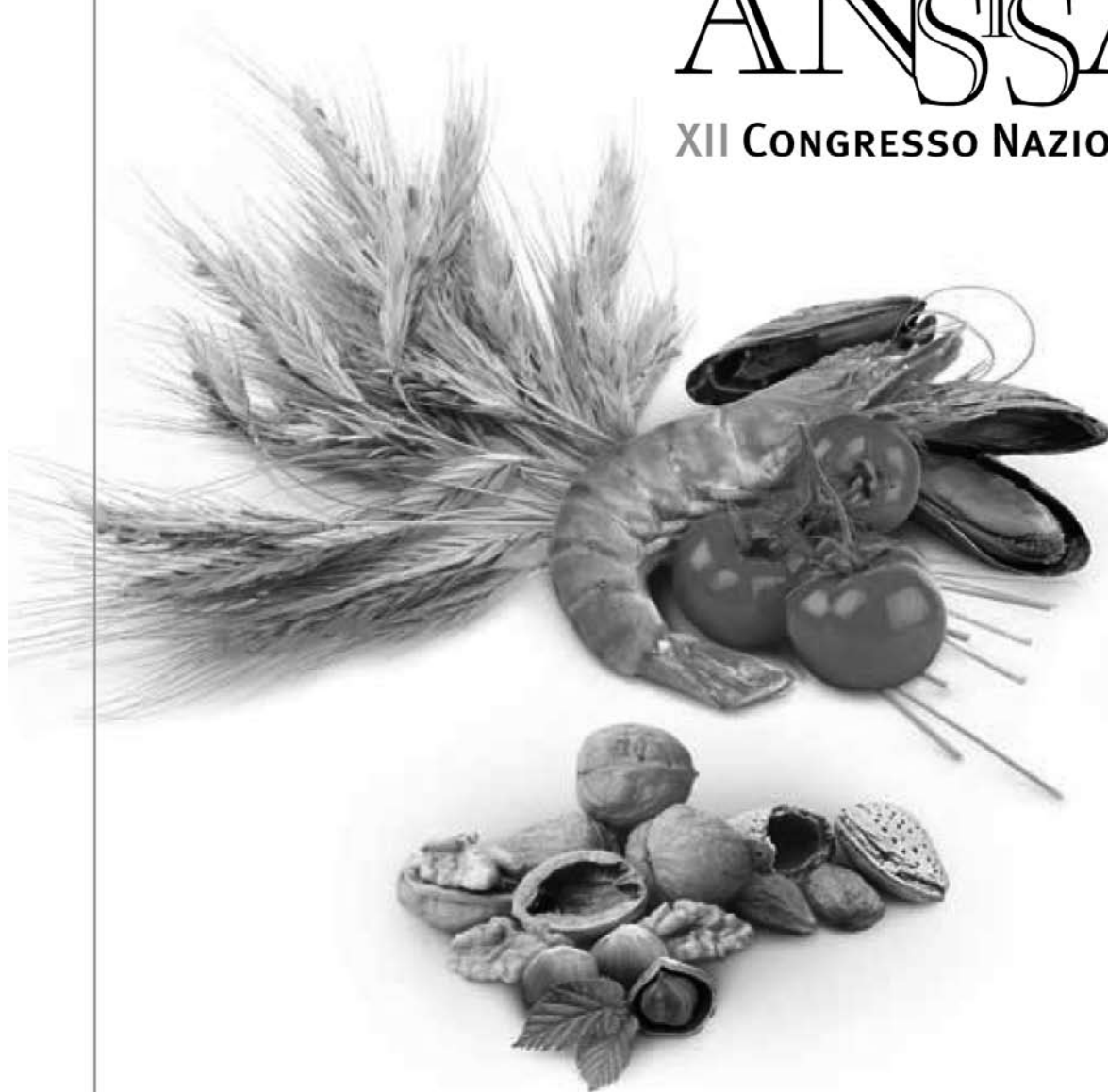
MATTEO CHERSI: IL 09.06.2010

LAURA TOSETTI: IL 12.06.2010

Ricordandoli con rimpianto esprimiamo ai loro famigliari le affettuose condoglianze del Consiglio dell'Ordine e dei medici trentini.

# ANSSISA

## XII CONGRESSO NAZIONALE



## NUTRIZIONE, MALASSORBIMENTI, INTOLLERANZE ALIMENTARI

dalla celiachia alle tossinfezioni,  
il corretto approccio clinico terapeutico

**TORINO 1-2 OTTOBRE 2010 VILLA GUALINO**



Le richieste di prenotazione saranno evase in base all'ordine di arrivo e la disponibilità residua. Il costo, a notte, della camera singola è di € 95,00, della camera DUS è di € 110,00, della camera doppia è di € 150,00 ed è comprensivo di prima colazione.

Le prenotazioni alberghiere dovranno pervenire complete del pagamento dell'intero importo del soggiorno + € 24,00 di diritto fisso, per spese di prenotazione e di amministrazione.

Data di arrivo .....	Data di partenza .....	
n. .... camera/e singola	n. .... camera/e DUS	n. .... camera/e doppia
Totale Hotel	€ .....	+
Diritti di agenzia	€ .....	24,00 +
Quota di iscrizione al Congresso	€ .....	=
<b>Totale versamento</b>	<b>€ .....</b>	

#### Modalità di pagamento (allegare alla presente)

Il pagamento potrà essere effettuato tramite:

- bonifico bancario intestato a MCC Srl presso Banca Popolare di Verona S. Geminiano e S. Prospero, Agenzia I di Bologna, IBAN: IT18-X-05188-02409-000000001452
- assegno bancario n. .... NON TRASFERIBILE intestato a MCC srl, da inviare a MCC Srl, Via Santo Stefano 57, 40125 Bologna
- carta di credito VISA/MASTERCARD. Allegare fotocopia carta di credito.

Carta VISA/MASTERCARD n. ....  
 intestata a ..... in scadenza il .....  
 Firma intestatario per autorizzazione .....

#### Intestazione fattura

Nome, Cognome o Ragione Sociale .....  
 Via .....  
 Città ..... CAP ..... Prov. ....  
 P.IVA (obbligatoria se esistente) .....

#### Richiesta di esenzione IVA solo per gli Enti Pubblici

(art. 10 comma 20 D.P.R. 637/72)

Gli Enti Pubblici che desiderano richiedere l'esenzione IVA sono tenuti a farne specifica richiesta barrando e apponendo il proprio timbro nell'apposito spazio.

Timbro USL per autorizzazione

**IMPORTANTE:** le quote sopra riportate sono IVA inclusa, per cui gli Enti Pubblici che richiedono il pagamento IVA esente devono ricordarsi di scorporare l'IVA (20%) dalla quota.

Non sono fiscalmente riconosciute richieste senza timbro. Per ragioni fiscali non è possibile richiedere il rimborso dell'IVA e l'emissione della relativa nota di accredito a pagamento già avvenuto.

Data ..... Firma (leggibile) .....

Si garantisce la massima riservatezza e tutela dei dati personali (legge 196/2003), utilizzati solo per finalità strettamente funzionali alla gestione dei rapporti. Per ulteriori informazioni relativamente al trattamento dei dati personali, si consulti il sito [www.mccstudio.org](http://www.mccstudio.org).

XVII CONGRESSO NAZIONALE

# Società Italiana di Cure Palliative

ROMA, 1 - 4 DICEMBRE 2010

**Workshop  
pre-congressuali**

ROMA, 30 NOVEMBRE - 1 DICEMBRE 2010



SOCIETÀ  
ITALIANA  
DI CURE  
PALLIATIVE  
SICP ONLUS



Federazione  
Cure Palliative  
ONLUS

*Primo Annuncio e Call for Abstracts*

