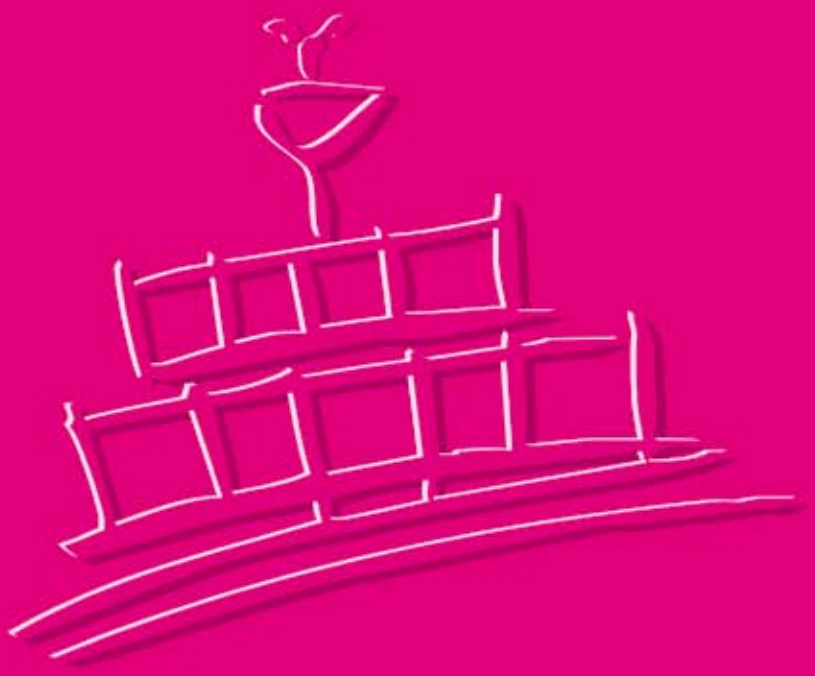
Bollettino

ORDINE DEI MEDICI **CHIRURGHI** E DEGLI **ODONTOIATRI** DELLA PROVINCIA DI **PERUGIA**

ANNO XLVI

6

2009



Il farmacista, primo presidio medico
pagine 3

Ci sono dei giudici a Berlino (2 importanti sentenze)
pagina 6

Nuovo portale Internet dell'Ordine
pagina 9

Nuova regolamentazione invalidità civile
pagina 15

Bilancio Finanziario
pagina 19

Spedizione in abbonamento Postale 70% L. 662/96 D.C.I. Umbria

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

Anno XLVI – 6/2009

SOMMARIO

Farmacisti, primo presidio	Pag	3
Ci sono dei giudici a Belino!	»	6
Il telefonino danneggia la salute	»	8
Ministero dip. lib. civile e l'immigrazione	»	10
Bum falsi Denisti	»	11
Burn out: rischio clinico di pazienti	»	13
Processo dell'invalidità civile	»	15
certificazioni di malattia	»	17
Colleghi che scrivono	»	18
Bilancio finanziario	»	19
Assemblea annuale	»	21

Norme redazionali

Si invitano i Colleghi a collaborare con la Redazione del Bollettino e ad inviare i propri articoli. Al fine di favorire e razionalizzare l'elaborazione degli articoli si prega di attenersi alle seguenti norme redazionali.

Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;
- avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
- essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.

La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali.

Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente
Dott. Graziano Conti

Vice Presidente
Prof. Fortunato Berardi

Tesoriere
Dott. Antonio Montanari
(Consigliere Odontoiatra)

Segretario
Dott. Valerio Sgrelli

Consiglieri
Dott. Stefano Caraffini
Dott. Silvio D'alessandro
Dott.ssa Maria Antonietta De Santis
Dott. Andrea Donati (Consigliere Odontoiatra)
Prof. Cesare Fiore
Dott. Piero Grilli
Dott. Alessandro Maria Pio Lamedica
Dott. Stefano Lentini
Dott. Sabatino Orsini Federici
Dott.ssa Stefania Petrelli
Dott. Gianluigi Rosi
Dott. Tiziano Scarponi
Dott. Massimo Sorbo

COLLEGIO
REVISORI DEI CONTI

Membri effettivi
Dott. Domenico Tazza
(Presidente)
Dott. Ezio Bertoldi
Dott. Dott.ssa Alessandra Fuca'

Membro supplente
Dott. Oreste Maria Luchetti

COMMISSIONE
ODONTOIATRI

Presidente
Dott. Andrea Donati

Componenti
Dott. Leonardo Cancelloni
Dott. Giovanni Battista Genovesi
Dott. Marco Marchetti
Dott. Antonio Montanari

BOLLETTINO
Direttore responsabile
Dott. Tiziano Scarponi
Resp. Editoriale
Dott. Stefano Lentini

Comitato di redazione
Dott. Antonio Montanari
Dott. Marco Petrella
Dott.ssa Stefania Petrelli
Prof. Fausto Santeusanio
Dott. Massimo Sorbo
Dott. Domenico Tazza
Dott. Antonio Tonzani

Segretaria di redazione
Sig.ra Rita Micheletti

Fotocomposizione, impaginazione e stampa
Grafiche Benucci – Perugia

Uffici dell'Ordine
Tel. 0755000214
Fax. 0755153012
E-mail *presidente@omceopg.it*
segretario@omceopg.it
uffici@omceopg.it
commissioneodo@omceopg.it
previdenza@omceopg.it
Sito Internet www.omceopg.it

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954
Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia

Il farmacista, primo presidio medico

Tiziano Scarponi

Il farmacista, primo presidio medico". Questo era il titolo a caratteri cubitali della pagina 17 del Corriere della Sera del 27 novembre ultimo scorso.
Mi trovavo a Firenze al congresso nazionale della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), all'entrata veniva distribuita gratuitamente a tutti i congressisti una copia di tale giornale che poi veniva sfogliata da ogni dottore man mano che prendeva posto nell'auditorium. Alla lettura di tale titolo ho cominciato subito a guardarmi in giro per localizzare i colleghi di Perugia immaginando che a loro volto avrebbero cercato di incrociare il mio sguardo: era proprio così! Tutti o quasi si rivolgevano a me con atteggiamento di rimprovero o con l'epressione del viso di chi esclama:" Te lo avevo detto io!". Occorre fare un passo indietro. Il 17 giugno 2009 come ultimo atto, da presidente della SIMG di Perugia, ho sottocritto insieme alla FIMMG Umbria e Federfarma Umbria un protocollo di: " Intesa tra medici e farmacisti territoriali per garantire il passaggio dall'assistenza farmaceutica all'uso consapevole del farmaco e al corretto stile di vita del cittadino informato". Si tratta di un documento, di un patto tra galantuomini, che prevede la collaborazione fra medici del territorio e i titolari di farmacia con l'obiettivo di una integrazione dei ruoli: la farmacia non più come ipermercato del farmaco, ma come agenzia capace anche di assicurare servizi come: la consegna domiciliare dei prodotti, l'informazione sui servizi socio-sanitari, l' intervento di promozione della salute, il supporto ai medici di medicina generale nella raccolta dei parametri per il monitoraggio delle patologie croniche ed altro ancora. In pratica anticipando i tempi della legge che era in gestazione in parlamento, in Umbria si è dato vita ad un accordo che prevede la messa a regime di una rete territoriale fra noi, le farmacie ed i distretti socio sanitari per garantire al cittadino quei livelli di assistenza che non è in grado di trovare al di fuori dell'ospedale.
Non nascondo che il consenso a firmare a tale documento mi è stato dato, dai quadri della mia società, dopo lungo e sofferto dibattito. La diffidenza e l'esperienza negativa di rapporto con i dottori farmacisti era e ,diciamo la verità, è ancora molto grande: la sostituzione selvaggia del farmaco equivalente, il non chiarire in maniera corretta il concetto della rimborsabilità del farmaco con nota Aifa ed altro, hanno contato non poco, ma alla fine l'ho spuntata anche se con molte riserve. Era ovvio pertanto che alla lettura di quella pagina del Corriere della Sera tutte quelle perplessità e tutti quei dubbi riemergessero in maniera prepotente, facendomi sentire dietro il banco degli imputati di alto tradimento. Perché quel titolo? Perché il giornale, non citandolo, dava di fatto ampio risalto al decreto legislativo n.153/2009 pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 4 novembre 2009 che individua i nuovi servizi che possono essere erogati dalle farmacie pubbliche e private nella cornice del Servizio Sanitario Nazionale. Il decreto in sostanza attua la delega contenuta nell'articolo 11 della legge n.69/2009. In attuazione della delega, il decreto indica i seguenti servizi:
la partecipazione delle farmacie all'assistenza domiciliare;

la collaborazione nei programmi di educazione sanitaria della popolazione,la realizzazione o la partecipazione a campagne di prevenzione di patologie a forte impatto sociale, effettuando anche analisi di laboratorio;
la prenotazione in farmacia di visite ed esami specialistici presso le strutture pubbliche e private convenzionate, compreso il pagamento del tiket ed il ritiro dei referti. Inoltre il decreto prevede la preparazione e la consegna dei preparati per la nutrizione artificiale, dei prodotti antidolorifici;
la dispensazione per nome e per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta; la disponibilità di infemieri e fisioterapisti per prestazioni a domicilio, l'erogazione di servizi sanitari di secondo livello avvalendosi di personale infermieristico e prevedendo anche che la farmacia sia fornita di defibrillatore.
L'articolo del Corriere inoltre enfatizzava la capillare distribuzione delle farmacie sul territorio (più di 17mila), gli orari di apertura ampi e flessibili con accessibilità e con tempi di attesa più brevi rispetto a ospedali, guardie mediche e studi medici."....Sono le farmacie italiane, l'ultimo avamposto della salute. Per tanti, anziani, badanti ed extracomunitari, il primo e il più diretto contatto con l'universo della medicina". Così recitava un periodo di tale articolo.
Non nascondo che lo stile trionfalistico e la modalità "autoreferenziale" di quella pagina dsturbavano non poco anche me, facendomi anche sentire tradito a mia volta in quanto lo spirito e la filosofia che aveva inspirato quell'intesa e che aveva anticipato i contenuti di quella legge partiva da delle considerazioni e da delle premesse diverse.
I medici di Medicina Generale e le farmacie costuituiscono di fatto e da sempre le due " Agenzie Sanitarie" che più di tutte sono distribuite un maniera capillare sul territorio e che storicamente rappresentano le aree di primo contatto dell'utente cittadino con il Servizio Sanitario. In virtù di ciò sono quelle che più di tutte risentono del cambiamento e del mutamento socio-culturale del contesto in cui operano. Il nostro comune ruolo di riferimento per la popolazione che derivava dalla nostra attività di concertazione e traduzione del linguaggio scientifico è da ritenere ormai obsoleto. La grande diffusione di una cultura sanitaria di base, la possibilità di avere informazioni sempre in modo più facile e veloce, la scomparsa nella società delle radici antropologiche ed eredità culturali comuni rendono spesso critica la nostra posizione. La necessità di dover far fronte alla crescente richiesta di assistenza nei confronti di una popolazione che invecchia e che è afflitta sempre più da patologia cronica a gestione complessa impone una trasformazione delle nostre professioni, nel senso di un superamento delle competenze esclusivamente chimico-farmaceutiche per il farmacista e delle competenze esclusivamente cliniche per noi medici generali. Il futuro del nostro Servizio Sanitario pubblico, la sua sostenibilità, accessibilità ed equità dipende in gran parte da come verrà impostata l'assistenza nel territorio: allocazione di risorse, capacità di adattamento delle nostre "Agenzie Sanitarie" nel fornire servizi. In gran parte la trasformazione, per quanto riguarda noi medici, è già in corso: le medicine di gruppo, l'informatizzazione, gli ambulatori dedicati,l'assistenza domiciliare integrata.... e le farmacie? Stanno uscendo dalla loro impostazione di supermercato o salone di bellezza? Sono in grado di superare la loro deriva commerciale ? Io credo di si. L'obiettivo di quell'intesa infatti, è quello di dar vita a delle unità polifunzionali in cui medico,farmacista, infermiere, distretto socio-sanitario e cittadino consapevole interagiscono, ciascuno con la propria specificità, per mantenere dei livelli assistenziali che salvaguardino la qualità del servizio, la sicurezza

del paziente e l'utilizzo razionale delle risorse sia a livello ospedaliero che a livello territoriale. In altre parole sul territorio vanno ben identificati i ruoli del medico e del farmacista nel distretto sanitario svincolandoli, per quanto possibile, dalla sede fisica e proiettandoli funzionalemente sul territorio. Questo può o ci deve intimorire? Andiamo ad esempi concreti. Ricettare per via telematica alla farmacia che poi si farebbe carico di consegnare i farmaci direttamente a domicilio del paziente non deambulabile. Telefonare al farmacista perché inviasse un infermiere a fare terapia iniettiva intramuscolare.Fare insieme dei progetti di promozione della salute dei cittadini. Sono dei problemi? Io credo di no. Certo! Sono consapevole che il rapporto non sarebbe tutto "rose e fiori", come in ogni rapporto che si rispetti le regole dell'educazione, del buon senso, dell'onestà umana ed intellettuale non sono mai scritte, si danno o non si danno, dipende dagli attori del rapporto.
Sono dell'opinione però che il futuro è questo e pertanto la rifondazione o la ricreazione della medicina generale che comunque va avanti, procederà di pari passo con la trasformazione e l'evoluzione dell'attività professionale del farmacista.
Ecco perché sono ancora convinto di aver fatto bene a sottoscrivere quell'accordo.

PROCEDURA CONCERNENTE LA PROVA ATTITUDINALE
DI CUI ALL'ART. 1 commi 1 e 3 DEL DLgs N. 386/98

In data 12 gennaio 2010 è stato pubblicato sulla G.U. – 4° serie speciale – concorsi il Decreto Intermnisteriale concernente la riapertura della prova attitudinale prevista dell'art. 1 commi 1 e 3 del DLgs 13 ottobre 1998 n. 386, recante disposizioni in materia di esercizio della professione di odontoiatra.
Gli aventi diritto a presentare istranza di partecipazione alla suddetta prova sono TUTTI gli interessanti che possiedono i seguenti

Requisiti di ammissione:

a) Cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
b) Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in Italia a seguito di immatricolazione al relativo Corso di Laurea presso un' Univarsità Italiana negli anni accademici 1980-81, 1981-82, 1982-83, 1983-84, 1984-85;
c) Abilitazione all'esercizio professionale;
d) Iscrizione all'Albo Professionale di un Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odonbtoiatri Italiani ovvero iscrizione al corrispondente Albo Professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea.

La domanda di partecipazione dovrà essere inoltrata all'Ordine di appartenenza entro 60 giorni dalla pubblicazione del Decreto sulla G.U. e quindi entro il **13 marzo 2010.**
Ulteriori informazioni possono essere consultate sul sito internet dell'Ordine www.ordinemediciperugia.it

Ci sono dei giudici a Berlino!

Graziano Conti

Forse non tutti rammenteranno la vicenda del mugnaio Arnold, nella Prussia di Federico il Grande. "Ci sono dei giudici a Berlino", aveva risposto (sottintendendo: che rispetteranno e applicheranno finalmente la legge!), a chi lo minacciava d'espropriazione, il mugnaio di Potsdam, che non volle mai vendere il suo mulino sul poggio di Sans-Souci; e il re Federico lo rispettò, lui e il suo mulino, senza bisogno di giudici. In seguito il mugnaio Arnold ebbe, contro i giudici di Berlino, dopo una serie di giudizi e di appelli di parte, bisogno del re. Arnold difese il proprio mulino ed ebbe alla fine giustizia, non dai giudici comunque, ma dal Re, che, dice la Storia, quella con la S maiuscola, prese spunto dal fatto per riformare l'ordinamento giudiziario. Per la nostra categoria dobbiamo invece registrare, con soddisfazione, che vi sono dei giudici a Perugia. Mi riferisco a due sentenze recenti di diversi giudici perugini che in qualche modo, possono restituire po' di fiducia sulla giustizia ai medici. La prima, del settembre 2009 è una sentenza della magistratura contabile. Tutti certamente ricordano l'iniziativa dello scorso anno della Procura della Corte dei Conti nei confronti dei medici dipendenti dell' Azienda ospedaliera per l'utilizzazione impropria del ricettario. Il clamore fu notevole, noi stessi ce ne siamo occupati più volte in questo bollettino. L'accusa era quella di aver procurato, ricettando, un danno erariale alla Azienda. Allora dicemmo con buonsenso che più che di danno erariale si sarebbe potuto parlare di irregolarità amministrative, peraltro non sanzionabili a livello giurisdizionale. In fondo che la ricette fossero state redatte da uno specialista, anziché da un medico di medicina generale, quando i farmaci comunque erano necessari ed indispensabili per i pazienti a cui erano stati prescritti, nulla modificava ai fini della spesa e quindi dell'esborso da parte del SSN. Ebbene con sentenza n. 111 depositata il 28/09/2009 la Sezione Giurisdizionale Regionale per l'Umbria della Corte dei Conti sembra aver condiviso in pieno quanto aveva allora affermato questo Ordine. Nel caso specifico la questione all'esame del collegio concerneva nell'ipotesi del danno erariale, arrecato da un medico specialista ospedaliero per aver prescritto farmaci a carico del SSN a pazienti in regime di ricovero ordinario e di day hospital, nonché a favore di pazienti assistiti in regime di intramoenia. Nel prosciogliere il medico specialista da ogni addebito per i fatti contestati, la Corte ha affermato che : *"nel primo caso manca la prova che il paziente, per i soddisfacimento delle sue necessità curative, avesse la certa facoltà di acquisire i farmaci direttamente dall'Azienda sanitaria (a minor costo per il SSN) e non, invece, rivolgendosi al proprio medico curante per la prescrizione sul ricettario regionale, dunque senza la realizzazione di quel danno erariale 'per differenza' in principio enunciato; nel secondo caso vi è, invece, certamente la prova che l'improprietà della prescrizione da parte del medico specialista non ha arrecato alcun danno, poiché al mancato rispetto delle regole prescrittive non corrisponde alcun aggravio di spesa per il SSN, in considerazione del fatto che il costo sostenuto per il farmaco somministrato dietro presentazione della ricetta del medico specialista piuttosto che dietro presentazione della ricetta del medico di base è esattamente il medesimo. In buona sostanza*, e per concludere (dice sempre la Corte), *mentre la Procura ha*

provato la condotta illegittima del medico, tenuta in violazione delle diverse e articolate fonti che regolano l'attività prescrittiva dei medici pubblici o convenzionati e rilevante, casomai, per i profili disciplinari che essa prospetta - notoriamente estranei alla giurisdizione della Corte dei Conti -, non risulta realizzato o provato anche il danno erariale che siffatta condotta ha prodotto. La citazione, dunque, deve essere respinta, tenuto conto della mancanza di un elemento essenziale per l'affermazione della responsabilità amministrativa patrimoniale del convenuto, costituito dal pregiudizio patrimoniale sofferto dall'Amministrazione indicata quale presunta danneggiata.

L'altra sentenza, dell'ottobre 2009, riguarda una vicenda più vecchia che risale al settembre 2006. In quell'occasione i Carabinieri del NAS segnalarono elementi di rilevanza penale nei confronti di 26 medici della ASL n. 1 per prescrizioni a carico del SSN del clopidogrel, possibile solo in presenza di un piano terapeutico redatto da un centro specialistico. Anche allora vi fu il solito clamore, titoloni sui giornali, non solo locali. Corriere Medico, giornale a tiratura nazionale, titolò il 5 ottobre 2006: "In Umbria la prescrizione impropria diventa materia da codice penale" . Commentando allora il fatto rilevavo che in alcuni casi si trattava di ricette di poche decine di euro, che i farmaci in oggetto erano utili ai pazienti e che i medici non avevano tratto alcun utile personale e che, visto che la magistratura parla con le sentenze, sarebbe stato meglio attendere la chiusura del procedimento. Ci sono voluti tre anni, ma il 6 ottobre 2009 il Giudice per le Indagini Preliminari del Tribunale di Perugia, visti gli atti del procedimento e considerata la richiesta di archiviazione presentata dal P.M., ha disposto l'archiviazione in quanto nel fatto non si ravvisano elementi di reato per quanto evidenziato dal P.M. e qui richiamato. Significative sono pertanto le motivazioni della richiesta del P.M., il sostituto Procuratore Sergio Sottani, di fronte alla segnalazione del NAS a carico dei medici di falsa indicazione della nota 9/bis (ora nota AIFA) ai fini della concedibilità a carico del SSN del farmaco e del conseguente danno all'ente pubblico per la sua dispensazione gratuita. Dice infatti il dr. Sottani che in seguito alle audizioni degli indagati, alla acquisizione di ulteriori informazioni, alla produzione di memorie difensive: " *deve ritenersi che gli elementi a sostegno dell'ipotesi incriminatrice non sono idonei a sostenere l'accusa in giudizio, in quanto nei casi specifici la somministrazione del farmaco è risultata coerente con il piano terapeutico dei singoli pazienti a cui il farmaco è stato somministrato* ". In poche parole si è riconosciuto che i medici hanno fatto i medici, nell'interesse del paziente. Tutto è bene quel che finisce bene allora? Certamente no, perché comunque sono passati anni, i medici hanno dovuto perdere tempo e denaro per difendersi e perché è innegabile che ogni volta che si parla di sanità si parla di malasanità e si pensa che qualcuno sia colpevole "a priori" o si insinuano sempre dei dubbi su tutta una categoria e ciò non è certamente accettabile. Certamente no perché quando si arriva alla parola fine e vi sono sentenze di assoluzione o archiviazioni perché il fatto non sussiste o i fatti si sgonfiano, difficilmente si da la notizia. Certamente no perché, come ho avuto modo di dire altre volte, ogni giorno i magistrati chiamano in causa i medici e non l'organizzazione, la stampa sbatte in prima pagina gli avvisi di garanzia e dimentica le assoluzioni, i politici tentano di far quadrare i bilanci limitando l'autogoverno della categoria. Certamente no perché vorremmo infine che qualcuno rispondesse di certe iniziative come, e torno alle mie letture storiche, nell'ordinamento giudiziario di Federico il Grande, che prevedeva l'indipendenza degli inquirenti e dei giudici prima del giudizio, ma anche la loro responsabilità, e quale responsabilità, dopo il giudizio.

L'uso del telefonino può danneggiare la salute?

Prof. Fortunato Berardi

I telefonini fanno male alla salute o no? Il dubbio è importante, ma le risposte non sono sempre univoche. Qualche tempo fa, una ricerca dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) concludeva che i telefonini erano "innocui". Oggi, la stessa organizzazione, secondo anticipazioni di un importante giornale (Daily Telegraph), sostiene che i cellulari "facilitano l'insorgenza dei tumori al cervello". La nascita e l'evoluzione del telefonino, entrato ormai nell'uso abituale, non a tutti sono note. Dunque, qualche ricordo storico per focalizzarne la trasformazione.

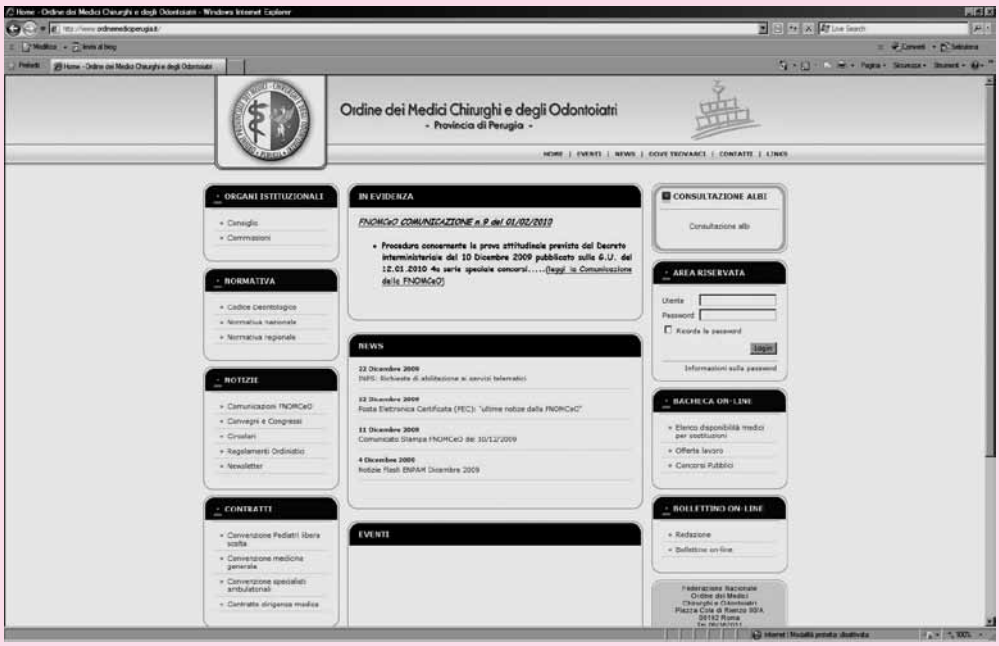
I primi cellulari nascono nel 1973 (Rete Radio a 160 Mhz), nel 1980 i telefonini sono utilizzabili solo a bordo di veicoli o in valigette (Rete a 450 Mhz); nel 1983 negli USA, il Motorola Tac pesa 1 kilogrammo, costa 4000$ ed è il primo vero portatile venduto solo negli Stati Uniti. Negli ultimi anni '80 nasce la prima generazione a 900 Mhz con rete tacs, nel 1989 sono 100.000 gli abbonati in Italia; nel 1990 la Sip rende operativa la rete Etacs, di seconda generazione, con trasmissioni a maggiore velocità; nel 1992-94 in Italia parte la rete GSM, estesa in tutta Europa; la terza generazione di telefonini (prima rete UMTS) nasce nel Regno Unito; nel 2009 infine il telefonino è un PC multimediale, con musica, foto, tv, internet, registratore, chat, mail e sistema di navigazione GPS. Infine, il numero stimato di telefonini mobili in uso oggi nel mondo è circa 190 milioni.

Per ritornare ai danni prodotti dai cellulari sulla salute, ricorderemo che l'OMS è solita dire tutto e poi il suo contrario. Basti citare quanto è già accaduto con l'aviaria, l'influenza suina e i virus vari; prima suscita allarmismo, poi ritratta. Per il rapporto "salute-telefonini" è successa la stessa cosa; in una precedente relazione l'OMS affermava: "L'evidenza scientifica attuale indica che l'esposizione a campi di radiofrequenze come quelli emessi dai telefonini cellulari e dalle stazioni radiobase non inducono o favoriscono verosimilmente il cancro". In particolare, affermava che alcuni studi epidemiologici, di allora, non avevano trovato convincenti riscontri di tale malattia cerebrale o di altre patologie. Quindi, sembrava tranquillizzare, allora, gli utenti della telefonia mobile. Adesso, invece, fonti ufficiali dell'OMS ci dicono l'esatto contrario: i telefonini fanno male alla salute e possono favorire l'insorgenza di numerosi tumori..." Dunque, che dire? I cellulari-dipendenti come devono comportarsi?. Naturalmente, il rapido aumento dell'uso di cellulari e le installazioni di postazioni per la telefonia mobile, suscitano preoccupazione per gli effetti nocivi sulla salute, tra cui cefalee, attenuazioni della memoria e, come già detto, i tumori cerebrali; soprattutto se ricordiamo che il numero stimato di utenze ha raggiunto, attualmente, la ragguardevole cifra mondiale di 190 milioni. A rischio sarebbero, prevalentemente, coloro che usano il telefonino con un alto tasso di utilizzazione da 10 o più anni. Peraltro, le Nazioni Unite, secondo le quali i cellulari sarebbero l'origine di ripetuti e gravi malesseri, nel solo 2009 hanno organizzato ben 30 convegni internazionali per focalizzare il problema, senza giungere ad un risultato univoco o definitivo; come, del resto, la stessa organizzazione mondiale della sanità (OMS). Certamente, il rischio di un tumore al cervello non è da sottovalutare, anche se taluni sono portati a minimizzare. Di qualche giovamento può essere l'uso dell'auricolare, per allontanare la fonte dei campi di radiofrequenze, quali emessi dai cellulari. Comunque, siamo "immersi" nella tecnologia ed è opportuno ricordare che ogni scoperta scientifica determina vantaggi e svantaggi. Si pensi solo alle macchine, ai motori, all'energia elettrica o nucleare che, contribuendo in positivo alle nostre abitudini, hanno indotto anche una notevole quantità di problematiche: dall'inquinamento atmosferico ai disagi del traffico, dai dissesti idro-geologi-

ci alle scorie radioattive. Ebbene, saremmo disposti a spostare indietro le lancette del progresso e rinunciare alle automobili, al riscaldamento, agli agi delle abitazioni, agli apparecchi e presidi che rendono piacevole la vita di tutti i giorni, per avere un ambiente meno degradato?. La risposta è, per la stragrande maggioranza, decisamente no!. Ovviamente, tutto ciò è valido anche per i telefonini. Come già detto, nel 1973 fu assemblato il primo cellulare che, surclassando il vecchio telefono fisso e le varie segreterie, ci permise di avere in tasca, continuamente, i rapporti con il mondo. Allora, di nuovo, ci si può chiedere: chi è in grado oggi di rinunciare al telefonino, il suo impiego è poi così indispensabile ed importante?. Per alcuni, probabilmente, non lo è, ma rimane fondamentale l'abitudine che ci impedisce di modificare comportamenti acquisiti come simbolo di progresso. Abbiamo già sottolineato come tutto quello che ci allontana dalla vita semplice e naturale comporti vantaggi ed inconvenienti. L'intelligenza degli scienziati e ricercatori è di limitare questi svantaggi, mentre il nostro buonsenso è quello di utilizzare i nuovi strumenti tecnologici, telefonini compresi, senza farne un'ossessione, danneggiando la nostra salute psico-fisica.

IL PORTALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

E' stato realizzato, come promesso all'inizio di questo mandato, il portale del nostro Ordine dei Medici. Per accedervi si deve digitare l'indirizzo **www.ordinemediciperugia.it.** Oltre alle informazioni sugli organi istutuzionali e le normative riguardanti la professione, potrete trovare notizie inerenti scadenze per concorsi e bandi regionali, bacheca con inserite le generalità di colleghi disponibili per sostituzioni, offerte di lavoro, copie on line del bollettino dell'Ordine ad iniziare dal 2009 ed altro. Sappiamo tutti che l'utilità e la fruibilità di un sito dipende dalla tempestività degli aggiornamenti, dalla quantità delle inserzioni ed informazioni. É indispensabile pertanto la collaborazione di tutti. Fate girare quante più notizie possibili.



Chiarimenti del Ministero

Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale. Divieto di segnalazione degli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno. Sussistenza.

MINISTERO DIPARTIMENTO PER LE LIBERTÀ CIVILI E L'IMMIGRAZIONE

Il divieto di segnalazione è previsto dal comma 5 dell'articolo 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Questa disposizione non è stata abrogata, né modificata dalla legge 15 luglio 2009, n.94; conserva, quindi, piena vigenza.

Conseguentemente continua a trovare applicazione, per i medici e per il personale che opera presso le strutture sanitarie, il divieto di segnalare alle autorità lo straniero irregolarmente presente nel territorio dello Stato che chiede accesso alle prestazioni sanitarie, salvo il caso, espressamente previsto dal comma 5, dell'articolo 35 cit., in cui il personale medesimo sia tenuto all'obbligo del referto, ai sensi dell'articolo 365 del codice penale, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

L'obbligo di referto, com'è noto, è disciplinato in base all'articolo 365 del c.p. e sussiste in presenza di delitti per i quali si deve procedere d'ufficio.
Tale obbligo, in particolare, non sussiste per il reato di ingresso e soggiorno illegale nel territorio dello Stato, introdotto dall'articolo 1, comma 16 della legge n. 94, cit., attesa la sua natura di contravvenzione e non di delitto. Inoltre, il comma 2 dello stesso articolo 365 espressamente esclude l'obbligo di referto nel caso in cui il referto stesso esporrebbe l'assistito a procedimento penale.

Occorre infine chiarire, anche alla luce delle modifiche introdotte dall'articolo 1, comma 22, lettera g) della legge n. 94, cit., relative alla esibizione dei documenti inerenti al soggiorno per l'accesso a prestazioni della pubblica amministrazione, che non è richiesta l'esibizione di tali documenti per le prestazioni di cui all'art. 35 cit., come espressamente previsto dall'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo n. 286/1998, cit., e successive modificazioni.

Si prega di voler assumere ogni opportuna iniziativa nell'ambito dei consigli territoriali per l'immigrazione al fine di risolvere eventuali dubbi interpretativi sulla disciplina applicabile in materia.

Boom falsi dentisti. Tutti d'accordo: non più sequestri **ma confische!**

Notizie da INFODENTISTI CAO

I numeri parlano chiaro: è boom di falsi dentisti!
In Italia, in media, uno studio ogni tre giorni viene ormai sequestrato o chiuso dai **Carabinieri dei NAS**. Per la precisione **94 nei primi nove mesi del 2009.** Senza contare che da Gennaio a Settembre i finti dentisti " pizzicati " dai NAS sono stati 184. Truffatori che, senza nessun titolo, eseguivano otturazioni, estrazioni e devitalizzazioni dentali.

E' il dato più sconcertante che emerge dall'analisi delle denunce dei NAS stessi, per abusivismo delle professioni sanitarie, dal primo Gennaio al 20 Settembre di quest'anno. I dati rispecchiano quelli del precedente, visto che, **nell'intero 2008, gli studi sequestrati o chiusi sono stati 160, i "dentisti" abusivi 249.**
Il lavoro encomiabile di questo Corpo dell'Arma, altamente specializzato, ha portato inoltre, sempre nei **primi 9 mesi del 2009, ad oltre 1200 ispezioni ed alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria di 574 persone.** I NAS si sono mossi, per lo più, su segnalazione dei cittadini o delle Associazioni.
Tra le irregolarità più frequenti, **la mancanza dei titoli professionali ed il mancato rispetto delle norme igieniche, spesso le più elementari.**

" E' necessario inasprire le sanzioni contro i falsi dentisti – dichiara Roberto Callioni, Presidente Nazionale ANDI -. Purtroppo, al momento, i furfanti " pizzicati " dalle Forze dell'Ordine se la cavano con poco. Quando si arriva in giudizio la sanzione penale viene infatti tradotta in un'ammenda pecuniaria di poche centinaia di euro.
Purtroppo quella dell'abusivismo, all'interno della nostra categoria, è una vera e propria piaga, presente in tutto il territorio nazionale in maniera omogenea, nei piccoli centri come nelle grandi città. Spesso è favorita dal prestanomismo di qualche professionista compiacente iscritto all'Albo. "
Sul perché gli imbroglioni, spesso odontotecnici, preferiscano fingersi dentisti, piuttosto che altri specialisti, il dott. Callioni ha le idee chiare: " Probabilmente questi furfanti pensano che fare il dentista porti a facili guadagni e credo che considerino l'odontoiatria una materia meno complessa in termini diagnostici. Ma non è così: i rischi per un paziente che finisce nelle mani di un abusivo sono molto alti " Difatti, accanto al **danno orale** spesso irreparabile o molto serio (che **peraltro assai frequentemente comporta per il paziente interventi di ripristino molto onerosi**), non va certo sottaciuta la eviden-

te carenza scientifico-culturale e di preparazione degli abusivi, circa il **rischio di diffusione di malattie infettive anche assai gravi, quali l'epatite e l'AIDS.**
" Per contrastare il fenomeno dei falsi dentisti serve il massimo rigore. Una misura da adottare potrebbe essere quella del **sequestro definitivo delle attrezzature mediche in possesso degli abusivi** " commenta **Amedeo Bianco, Presidente FNOMCeO**. " Purtroppo – prosegue il dott Bianco – l'abusivismo fra i dentisti è un fenomeno strisciante e molto pericoloso. In queste situazioni, infatti, il rischio grave è che non ci siano le competenze indispensabili e le altre garanzie di sicurezza per i pazienti ".

Ad imbroglioni e trasgressori la Federazione riserva il pugno di ferro " Quando verifichiamo la non abilitazione, facciamo subito comunicazione ai Carabinieri dei NAS. Ai dentisti regolarmente iscritti all'Albo, che fungono da prestanome per gli abusivi – conclude Bianco – infliggiamo sanzioni disciplinari molto pesanti " (**In questi ultimi anni è accaduto spesso anche nella provincia di Perugia – n.d.r.**)

Preoccupate anche tante Associazioni dei consumatori " Il fenomeno dei falsi dentisti è grave e naturalmente ci scandalizza. Ma i cittadini debbono essere più accorti, più furbi, ed almeno utilizzare gli strumenti di controllo che già ci sono. - a mettere in guardia è Teresa Petrangolini, Segretario Generale di Cittadinanza attiva – Uno dei modi per evitare di incappare in finti dentisti o in genere in falsi camici bianchi è quello di controllare la loro effettiva iscrizione all'Albo. Basta andare sul sito della Federazione degli Ordini dei Medici ed Odontoiatri e digitare il cognome del professionista nella sezione Ricerca Anagrafica. "

Le Associazioni di Cittadini e Consumatori sono preoccupate dai tanti rischi in agguato, ma non demordono " E' necessario che i falsi dentisti si accorgano che i cittadini non hanno l'anello al naso ". " Il fatto è – sottolinea Gianfranco Prada, Segretario Sindacale ANDI – che gli imbroglioni possono facilmente riprendere la loro attività, poiché l'esercizio abusivo della professione è punito con la reclusione fino a soli sei mesi o con la multa da 100 a 500 euro (una pena che si commenta da sola! n.d.r.). Non è neanche prevista la confisca delle attrezzature, ma solo il sequestro. Basta quindi presentare una semplice istanza, per poterne rientrare in possesso ".

Proprio la confisca definitiva dei beni e degli strumenti è l'elemento deterrente che l'ANDI chiede di inserire nelle proposte di legge per l'inasprimento della pena per l'esercizio abusivo.

" *Nella scorsa legislatura* – conclude il dott. Prada – l'ex Ministro della Salute, on. Livia Turco, aveva messo a punto un **progetto di legge di iniziativa governativa per inasprire le sanzioni** contro i falsi odontoiatri. Il provvedimento, che **prevedeva anche la confisca delle attrezzature**, aveva ottenuto il via libera dal Consiglio dei Ministri, ma non ha fatto in tempo a ricevere l'ok del Parlamento. Il Governo Prodi è caduto e non c'è stato il tempo "

ANDI confida che lo stesso iter riprenda con l'attuale Governo ed in particolare con il nuovo Ministro on. Ferruccio Fazio, da sempre attento alle problematiche dell'odontoiatria.

La confisca di attrezzature e beni, nonché l'intervento delle Guardia di Finanza (abusivismo equivale a " nero "), accanto all'opera insostituibile dei NAS, potrebbero, oltre ad un concreto inasprimento delle pene, costituire un valido ed efficace deterrente nei confronti di questa perdurante piaga italiana.

Burn out, rischio clinico e sicurezza dei pazienti

*** Damiano Parretti**

La sindrome del Burn Out è conosciuta come condizione di logorio personale di professionisti sottoposti a notevoli ritmi, responsabilità, sovraccarichi di compiti.
Ulteriori fattori favorenti possono essere il dover lavorare nell'ambito di strutture amministrative mal gestite, il dover esercitare la professione in branche della medicina non affini ai propri interessi e alle proprie competenze, l'essere consapevoli di una carente formazione continua, l'avere difficoltà di rapporto con i colleghi e con altri operatori della sanità.
Sappiamo che il burn out, partendo da una demotivazione personale, possa in qualche caso configurare vere condizioni di patologia psichiatrica, e quindi deve essere seriamente preso in considerazione, sia per la necessità di un adeguato trattamento dei soggetti affetti, che per poter individuare e mettere in campo adeguate misure preventive.
Dobbiamo tuttavia considerare, per questa sindrome, oltre al danno arrecato al medico che ne risulta portatore, anche quello che ne deriva nei riguardi della sicurezza del paziente.
Tait Shanafelt dà la seguente definizione di questa condizione (1): "Sindrome da esaurimento emozionale, depersonalizzazione e senso di scarsa stima personale che provoca una ridotta efficacia nell'espletamento del lavoro".
Viene esplicitato che la conseguenza del burn out può essere la ridotta concentrazione e l'insufficiente attenzione alle esigenze del paziente che, come afferma Shanafelt, determina una ridotta efficacia nell'espletamento dei compiti professionali.
La cascata di eventi responsabile del rischio clinico indotto dal burn out può essere così sintetizzata (2): tensione, ansia e depressione dell'operatore → difficoltà nel rapporto con il paziente, con minore empatia e sensibilità → errore professionale.
Si può quindi pensare ad una vera correlazione tra stress lavorativo e rischio clinico.
Pensiamo, a questo proposito, che condizioni e situazioni come il sovraccarico di lavoro, i tempi ristretti, la mancanza di supervisione, la comunicazione inadeguata tra i vari operatori sanitari, l'utilizzo di professionisti in ambiti non specifici rispetto ai percorsi formativi e culturali effettuati e alle abilità disponibili, la coesistenza di obiettivi in conflitto tra loro (es. limitate risorse economiche ed obiettivi clinici), il carico burocratico, siano frequenti condizioni favorenti l'insorgenza della sindrome del burn out, ma al tempo stesso siano considerate come cause remote di errore in medicina.
Su questa correlazione sono usciti negli ultimi anni diversi studi osservazionali e numerosi editoriali su autorevoli riviste. Ne citiamo alcuni.
È stato pubblicato nel 2006 su JAMA uno studio di coorte longitudinale (3) che aveva l'obiettivo di valutare la correlazione esistente tra errori medici auto-percepiti e qualità di vita, burn out, depressione ed empatia, in una coorte di medici

*** Medico di Medicina Generale. Membro del Gruppo di Lavoro sulla sicurezza dei pazienti e sulla prevenzione del rischio clinico in MG e PLS, Ministero della Salute**

interni operanti in una clinica universitaria di Rochester (Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota).
I partecipanti allo studio sono stati 184 medici, su 219 eleggibili, osservati nel corso di un anno accademico (2003-2004, 2004-2005, 2005-2006). La survey ha avuto termine nel maggio 2006.
Ogni medico ha registrato gli errori commessi auto percepiti, e ha inserito dati sulla sua qualità di vita, sull' eventuale proprio burn out o su eventuali sintomi di depressione, e sull'empatia con i pazienti.
Risultati: il 34% dei medici arruolati ha registrato almeno un errore medico maggiore durante il periodo di osservazione; gli errori medici erano associati al una insoddisfacente qualità di vita (p=0,02), alla percezione di vivere in burn out (p=0,002); i medici che avevano segnalato errori erano portatori di depressione in misura maggiore con un Odds Ratio positivo (95% CI, 1,90-5,64).
Inoltre, la presenza di burn out faceva registrare una significativa riduzione dell'empatia verso il paziente.
Un altro studio pubblicato su Annals of Surgery nel 2009 (4) ha dimostrato come tra **i chirurghi colpiti da sindrome da burn out o depressi sia decisamente più elevata l'incidenza di errori professionali gravi.**
I ricercatori della Johns Hopkins University School of Medicine e della Mayo Clinic coordinati da Charles M. Balch, professore di Chirurgia, hanno preso in esame 7905 chirurghi sottoponendo loro un questionario sull'andamento della loro vita professionale e sulla loro salute mentale. È emerso che il 9% del campione dichiara di aver commesso almeno un errore professionale grave nei tre mesi precedenti l'intervista.

"Si parla da sempre di fatica, di orari di lavoro troppo lunghi, di stress", spiega Balch, "ma dai nostri dati emerge che gli ingredienti principali degli errori medici - almeno quelli auto-riportati – sono burn out e depressione" .
In un editoriale pubblicato su Hem Onc Today del 10 giugno 2008 si afferma che tra gli effetti negativi più seri del burn out, devono essere considerati i danni prodotti a carico dei pazienti: questa condizione porta a ridurre l'attenzione sull'anamnesi e sui dati clinici, con conseguente inadeguata gestione dei problemi che vengono presentati.
Alla luce di tutto ciò, considerati i danni sia a carico del medico affetto che dei pazienti sottoposti ad aumentato rischio clinico, il burn out deve essere conosciuto e trattato, ma soprattutto occorre che le associazioni mediche e le istituzioni pubbliche si facciano carico di questo problema per individuare adeguate misure preventive, che devono essere considerate sia per interventi individualizzati sul singolo, che per tutelare la salute pubblica .

Bibliografia

Shanafelt et al. **Career Fit and Burnout Among Academic Faculty**. *Archives of Internal Medicine*, 2009; 169 (10): 990 DOI: 10.1001/archinternmed.2009.70
Pellegrino F. Errore e stress lavorativo. M.D. Medicinae Doctor 2006; XIII (38)
Colin P. West, MD, PhD; Mashele M. Hushka; B S; Paul J. Novotny, MS; Jeff A. sloan, PhD; Joseph C. Kolars, MD; Thomas M. Habermann, MD; Tait D. Shanafelt, MD. JAMA 2006; 296:1071-1078
Salch CM, Freischlag JA, Shanafelt TD. Stress and Burnout Among Surgeons. Arch Surg 2009; 144(4): 371-376
http://www.hemonctoday.com/article.aspx?rid=28740

Il nuovo processo dell'invalidità civile alla luce dell'art. 20 del d.l.n°78/2009 convertito nella legge 102 del 3 agosto 2009

*Dr. Armando Mori **Dr.ssa Vincenzina Bartolozzi

A decorrere dal 1° Gennaio 2010 le domande volte ad ottenere i benefici in materia di invalidita' civile, cecita' civile, sordita' civile, handicap e disabilita', sono presentate all'INPS **esclusivamente** in via telematica dai cittadini,dai Patronati e da altri soggetti abilitati attraverso il modello informatico di domanda che prevede due distinte sezioni**: la certificazione medica e la domanda**

Certificazione medica:viene rilasciata dal medico certificatore in via telematica con le informazioni anagrafiche necessarie,le patologie invalidanti di cui il soggetto e' affetto, indicazione obbligatoria dei codici internazionali ICD -9 ed , eventualmente, delle patologie elencate nel D.M. 2 Agosto 2007 e/o della sussistenza di patologia oncologica atto. I sanitari, per il rilascio on- line del certificato devono essere abilitati dall'INPS su richiesta da presentare direttamente agli uffici dell'INPS o tramite il call-center. L'Istituto dopo accreditamento delle credenziali, rilascera' un PIN che consentira' di utilizzare la sezione relativa alla certificazione sanitaria. Nel caso di un certificato cartaceo, questo, purche' completo di dati necessari, potra' essere acquisito in procedura esclusivamente da un medico rappresentante di uno dei soggetti precedentemente abilitati alla trasmissione della domanda . Il sistema generera' una comunicazione con codice univoco, che il medico consegnera' al richiedente e che andra' abbinato alla certificazione medica nella domanda stessa.

Domanda: nella domanda il cittadino dovra' indicare dati personali e anagrafici, tipo di riconoscimento richiesto, informazioni relative alla residenza, recapito o casella di posta elettronica presso il quale ricevere tutte le comunicazioni generate dal flusso procedurale in tempo reale.

Accertamenti sanitari**:** le Commissioni mediche delle Aziende Sanitarie Locali sono integrate da un medico dell'INPS quale componente effettivo a rotazione fra quelli in servizio presso il Centro Medico Legale territorialmente competente, secondo una programmazione dell'attivita'affidata al Responsabile del CML. Per ogni Commissione e' previsto un calendario di visita . Sara' il Presidente di Commissione a indicare all'INPS, in procedura informatica, le date disponibili per l'effettuazione delle visite. Tale data sarà comunicata al cittadino all'atto della presentazione della domanda o, ove ciò non fosse possibile, la comunicazione perverrà tramite raccomandata.

La Commissione redige il verbale elettronico della visita attaverso la rete internet con indicazione obbligatoria dei codici nosologici internazionali ICD-9 ed eventuale indicazione di patologie appartenenti al DM 2 agosto 2007, con esclusione di eventuali revisioni.

Le ASL segnaleranno all'INPS i nominativi dei medici e dei funzionari che dovranno essere abilitati all'accesso e alla compilazione dei verbali.

L'accertamento sanitario potra' concludersi con giudizio medico legale espres-

*Dirigente Medico II Livello CML diPerugia **Dirigente medico I° livello CML Perugia

so all'unanimita'e in questo caso il verbale viene trasmesso al domicilio del cittadino richiedente mentre contestualmente si attiva il flusso amministrativo per l'erogazione della prestazione economica.Se il giudizio medico legale espresso sara' a maggioranza, l'INPS sospende l'invio del verbale al cittadino, acquisisce gli atti per la validazione da parte del Responsabile del CML territorialmente competente entro 10 giorni dalla trasmissione del verbale stesso e la' dove vi sia necessita' di visita diretta entro i 20 giorni successivi . In ogni caso,l'accertamento definitivo e' effettuato dall'INPS.

Nel quadro dell'integrazione e della collaborazione tra amministrazioni pubbliche, nonche' della semplificazione nella fruizione del servizio da parte dei cittadini, l'Istituto mette a disposizione delle ASL i propri Centri medici legali per l'effettuazione delle visite. L'utilizzo del verbale informatizzato e della procedura telematica permettono il rispetto dei criteri della trasparenza , della tracciabilità degli atti e dei tempi di erogazione della prestazione in conformita' alla legge del 4 marzo 2009 in materia di ottimizzazione della produttivita' del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni . Tale modus operandi da un lato avvicina maggiormente il servizio pubblico al cittadino che sara'reso partecipe in ogni fase dell'iter procedurale, dall'altro crea un archivio informatico al posto del cartaceo evitando passaggi manuali di fascicoli tra enti . I medici del CML di Perugia daranno ai colleghi delle USL massima disponibilita'affinche' si possa creare fin da subito la collaborazione necessaria per operare insieme . Le esperienze, le competenze e la diversa formazione professionale che contraddistinguono i vari medici componenti la Commissione saranno una risorsa e un valore aggiunto per operare secondo uno spirito comune volto alla armonizzazione e all'arricchimento professionale reciproco.

Comunicato stampa su versamenti previdenziali dei medici pensionati

Su iniziativa del Presidente dell'Enpam, il giorno 14 gennaio u.s., in un clima di cordiale e fattiva collaborazione, si è tenuta una riunione tecnica presso l'INPS al fine di chiarire la posizione dei medici pensionati di recente destinatari di un accertamento contributivo da parte dell'Istituto.

In tale sede i rappresentanti dell'INPS, preso atto delle argomentazioni rappresentate dalla Fondazione, hanno convenuto di poter annullare l'iscrizione alla Gestione Separata dei medici che hanno già assoggettato i propri redditi professionali a contribuzione presso l'Enpam, ovvero di quelli a suo tempo esonerati dall'iscrizione alla Gestione, ai sensi della normativa di riferimento.

L'INPS ha, altresì, aderito alla richiesta dell'Enpam, di sospendere la procedura di accertamento nei confronti dei medici pensionati che hanno esercitato, ai sensi della delibera Enpam n. 46/2009, l'opzione per la conservazione dell'iscrizione all'Ente, in attesa di acquisire il favorevole avviso del Ministero del Lavoro per procedere al definitivo annullamento degli accertamenti posti in essere.

In tale senso l'Istituto si è impegnato ad emanare un apposito messaggio alle proprie sedi periferiche. Roma, 19.01.2010

Certificazioni di malattia e invalidità civile. Comunicazioni della FNOMCeO

Cari colleghi,
ritengo opportuno informarVi del fatto che in data 14 gennaio ho incontrato, con una delegazione del Comitato Centrale, al direttore generale dell'INPS, relativamente alle problematiche connesse con le certificazioni mediche. In primo luogo sono stati presi in considerazione i problemi relativi alla certificazione telematica per l'invalidità civile. Sono state evidenziate, in particolare, le difficoltà connesse con l'assegnazione dei PIN di accesso, che vengono consegnati ai medici solo recandosi personalmente presso le sedi dell'Istituto, che ha escluso, per ragioni di sicurezza, la possibilità di inviarli per raccomandata. E' stata anche segnalata l'opportunità, valutata con interesse dell'istituto stesso, di procedere alla consegna dei PIN presso i Distretti Sanitari delle ASL, procedura per la quale l'INPS dovrebbe attivarsi per il tramite delle proprie sedi regionali e provinciali. Sono state inoltre rappresentate numerose anomalie sotto il profilo tecnico, tra cui: il mancato funzionamento con alcuni browser internet, le interruzioni di funzionamento delle procedure d'invio, l'inappropriatezza dell'utilizzo delle codifiche ICD9, difficilmente adattabili alla valutazione degli esiti, e di molte situazioni di gestione delle cronicità, indicando la necessità di un confronto su altri sistemi di codifica.
La lentezza delle procedure di invio, inoltre, consiglierebbe l'introduzione di una modalità di funzionamento asincrono. Sulla base di queste ed altre difficoltà, si è ottenuta dall'Istitutito la conferma del mantenimento temporaneo di una doppia via di certificazione, mantenendo quindi provvisoriamente anche la modalità cartacea, su modello INPS o su modelli conformi, anche integrabili nei software gestionali di studio e che, nelle Regioni dotate di sistemi informatici complessi – come la Lombardia e l'Emilia Romagna – dovrà essere previsto l'accesso ad un unico ambiente informatico.
La delegazione FNOMCeO ha inoltre manifestato, con forza, la propria preoccupazione per la nuova normativa sulla certificazione di malattia per i pubblici dipendenti, così come già espresso nelle comunicazioni inviate ai Ministeri competenti. Il Direttore Generale dell'INPS, comprese e recepite le problematiche segnalate dalla FNOMCeO, ha palesato la propria volontà di interessamento al problema, nel momento in cui l'Istituto verrà conivolto in tale attività, ed ha altresì chiesto la collaborazione degli Ordini per iniziative di informazione rivolte ai medici sulle nuove disposizioni e normative, la Federazione, dal canto suo, si è dichiarata certa del fatto che gli OMCeO non faranno mancare la propria collaborazione istituzionale, secondo le modalità localmente ritenute più opportune. Pertanto, nei prossimi giorni, le Direzioni Provinciali INPS contatteranno gli Ordini Provinciali per concordare strategie collaborative di informazione e comunicazione. Ci auguriamo che il rapporto instaurato con la Direzione Generale dell'Istituto consenta, insieme agli altri intereventi istituzionali posti in essere, di affrontare in modo utile le gravi criticità connesse con le nuove normative inerenti le certificazioni di malattia.
Con i più cordiali saluti.

AMEDEO BIANCO

Colleghi che scrivono: “Storie di Psico-oncologia” Francesco Milani

Tiziano Scarponi

Francesco Milani è un collega nato in Umbria, laureato alla Sapienza di Roma e specialista in Chirurgia Generale. Specialità strana per uno che poi ha fatto un percorso da psicoterapeuta ed esercita questa attività presso l’ambulatorio di psico-oncologia dell’ospedale di Assisi.

Non vorrei azzardare ipotesi, ma probabilmente lo stare in contatto con i pazienti neoplastici in qualità di chirurgo non gli era sufficiente, ha preferito percorrere altre strade, altre modalità di cura possibili come dice nelle sue pagine:

“....L’uomo malato può dunque essere visto in almeno due modi: come organismo che in qualche sua parte non funziona, e come soggetto che attraverso il sintomo, come attraverso un simbolo, comunica un problema.....l’organismo è il *soma,* separato dalla mente (o anima) e viene fatto oggetto di tante scissioni quante sono le specialità mediche. Il simbolo è il portatore di senso, indica un’assenza che si può colmare studiando la storia del soggetto”.

L’approccio che tutti i medici hanno nei confronti del malato risente pesantemente della formazione e della preparazione “biologica” che hanno avuto e questo impedisce la comprensione totale, rimane infatti inaccessibile al medico una parte, “the dark side of the moon” come dice il nostro Milani, parfarasando il titolo del fortunato disco dei Pink Floyd.

E’ possibile però poter esplorare e guardare la faccia nascosta della Luna da quando Luis Chiozza ha introdotto il metodo dello studio patobiografico “.....da questo punto di vista, ha potuto vedere come la malattia insorgesse in corrispondenza di un dramma nella storia di vita del paziente; dramma i cui connotati affettivi sono rimossi, occultati alla coscienza del paziente. E’ proprio la malattia ad essere presente al posto degli affetti rimossi.....”.

Il libro nella prima parte affronta il significato della malattia partendo da presupposti epistemologici,rivisita concetti della psicoanalisi classica integrandoli con le lezioni di Chiozza. Nella seconda parte vengono descritte storie di donne con cancro della mammella dove attraverso la relazione medico-paziente vengono contestualizzate in una cornice in cui c’è tutto: mitologia,antropologia,fisica quantististica ed arti visive. È la ricchezza di questi passaggi e “ paesaggi” che fa di questa raccolta di racconti e riflessioni tra medicina e psicoanalisi un libro che lascia un segno ed un significato al medico che è in continua ricerca.

Bilancio finanziario

Relazione del tesoriere sul rendiconto finanziario 2008, assestamento bilancio preventivo 2009, preventivo 2010.

Il Conto Consuntivo 2008 è stato strutturato secondo il Regolamento per l'Amministrazione e la Contabilità elaborato dalla FNOMCeO.

L'esercizio 2008 si è chiuso con un Fondo di Cassa di € 335.608,04 (vedi Tabella 1), ed un Avanzo di Amministrazione di € 304.452,70 (vedi Tabella 2)

Fondo cassa all'inizio dell'esercizio 2008	**€ 276.594,07**
+ Riscossioni in c/competenza (quote iscrizione anno 2008, partite di giro…)	€ 599.612,24
+ Riscossioni in c/residui (quote iscrizione anni precedenti)	€ 44.443,11
- Pagamenti in c/competenza (Bollettino, Personale, gettoni Consiglieri…)	€ 535.869,29
- Pagamenti in c/residui (Spese ruoli, Acquisto sede, attrezzature e arredamento…)	€ 49.172,15
Fondo cassa alla fine dell'esercizio 2008	**€ 335.608,04**

Tabella 1

Fondo cassa alla fine dell'esercizio 2008	**€ 335.608,04**
+ Residui attivi esercizi precedenti (quote di iscrizione non ancora riscosse)	+ € 22.457,94
+ Residui attivi dell'anno in corso (quote di iscrizione anno 2008 non ancora riscosse)	+ € 50.994,85
- Residui passivi esercizi precedenti (Fondo TFR,quote da riversare alla F.N.O.M.C.eO)	- € 28.709,52
- Residui passivi anno in corso (quote da riversare alla F.N.O.M.C.eO., **nuova sede, acquisto attrezzi ufficio…)**	- € 75.898,61
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 31/12/2008	**€ 304.452,70**

Tabella 2

Con il Bilancio Preventivo Assestato 2009 si sono registrati i dati definitivi del Conto Consuntivo 2008 (vedi Tabelle 3, 4 e 5)

	NON ASSESTATO	ASSESTATO
FONDO CASSA AL 31/12/2008	276.653,26	335.608,04
+ RESIDUI ATTIVI AL 31/12/2008	+73.767,65	+73.452,79
- RESIDUI PASSIVI AL 31/12/2008	- 80.818,37	-104.608,13
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 31/12/2008	**283.703,98**	**304.452,70**

Tabella 3

COMPETENZA		
	NON ASSESTATO	ASSESTATO
ENTRATE CORRENTI	511.091,00	511.091,00
ENTRATE CONTO CAPITALE	0	0
ENTRATE per PARTITE DI GIRO	171.599,00	171.599,00
AVANZO AMMINISTRAZIONE	276.653,26	304.452,70
TOTALE GENERALE ENTRATE	**959.343,26**	**987.142,70**

Tabella 4

COMPETENZA		
	NON ASSESTATO	ASSESTATO
USCITE CORRENTI	611.744,26	636.543,70
USCITE CONTO CAPITALE	176.000,00	179.000,00
USCITE per PARTITE DI GIRO	171.599,00	171.599,00
TOTALE GENERALE USCITE	**959.343,26**	**987.142,70**

Tabella 5

Il Bilancio Preventivo 2010 parte da un Fondo di Cassa presunto di € 304.856,15 (vedi Tabella 6) e da un Avanzo di Amministrazione presunto di € 231.413,37 (vedi Tabella 7)
Il Bilancio Preventivo 2010 di cassa a pareggio viene evidenziato nelle Tabelle 8 e 9

SALDO C/C BANCARIO AL 30/11/2009	€ 418.139,53
SALDO CASSA CONTANTI AL 30/11/2009	€ 761,42
TOTALE DISPONIBILITA' AL 30/11/2009	**€ 418.900,95**
+ ENTRATE PREVISTE FINO AL 31/12/2009 (Quote iscrizione a ruolo, ritenute su compensi Consiglieri, Consulenti e Dipendenti...)	**+€ 8.171,44**
- SPESE PREVISTE FINO AL 31/12/2009 (Compensi Consiglieri, Consulenze, Stipendi e 13^ Onorificienze agli iscritti, Imposte e tasse a carico Ordine, consumi...)	**- € 122.216,24**
FONDO FINALE DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2009	**€ 304.856,15**

Tabella 6

FONDO DI CASSA PRESUNTO AL 31/12/2009	€ 304.856,15
+ RESIDUI ATTIVI PRESUNTI AL 31/12/2009 **(Quote iscrizione non ancora incassate, contributi c/FNOMCeO da incassare)**	+ € 48.363,55
- RESIDUI PASSIVI PRESUNTI AL 31/12/2009 (Fondo TFR, accantonamento TFR, Spese correnti varie: pulizia, Bollettino, consumi, procedure informatiche...)	- € 121.806,33
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO ALL'01/01/2010	**€ 231.413,37**

Tabella 7

ENTRATE	**CASSA**
ENTRATE CONTRIBUTIVE (Tassa annuale)	€ 512.146,66
ENTRATE DIVERSE (vari diritti segreteria, altri redditi e proventi diversi interessi attivi...)	€ 24.294,88
ENTRATE per PARTITE di GIRO (Quote FNOMCeO, rit.erariali , previdenziali...)	€ 202.032,01
Fondo Iniziale di Cassa Presunto all'01/01/2010	€ 304.856,15
TOTALE GENERALE ENTRATE	**€ 1.043.329,70**

Tabella 8

USCITE	**CASSA**
SPESE CORRENTI (Spese Org. Ist., Personale, spese gestione Interessi passivi, spese risc. Ruoli, assicurazioni...)	€ 649.678,80
SPESE in CONTO CAPITALE (Sede, Immobilizzazioni materiali)	€ 89.574,83
ESTINZIONE DI MUTI E ANTICIPAZIONI	€ 198.667,44
SPESE per PARTITE di GIRO (Quote FNOMCeO, rit.erariali , previdenziali...)	€ 191.815,39
TOTALE GENERALE USCITE	**€ 1.043.329,39**

Tabella 9

Assemblea Annuale

13 Dicembre 2009

Scorcio della sala gremita

La commemorazione dei colleghi defunti

Il tavolo della Presidenza

Galleria fotografica

La relazione del Tesoriere

L'assemblea attenta

La relazione del Presidente

La consegna delle medaglie ai colleghi con 50 anni di laurea

Il gruppo dei medici con 50 anni di laurea

La consegna della medaglia ricordo al Dottor Giorgetto Brozzi

Galleria fotografica

La consegna della medaglia ricordo al Dottor Fabio Fagioli

La consegna della medaglia ricordo al Dottor Adriano Falorni

La consegna della medaglia ricordo al Professor Cesare Gambelunghe

Galleria fotografica

La consegna della medaglia ricordo al Professor Lionello Lolli

La consegna della medaglia ricordo al Dottor Luigi Migni

La consegna della medaglia ricordo al Dottor Giancarlo Panti

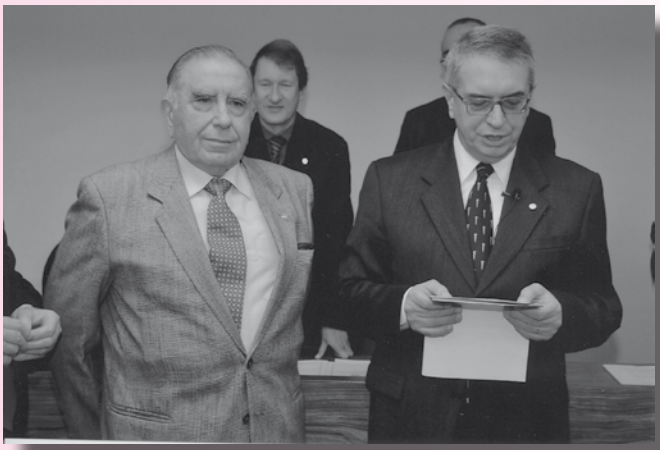
Galleria fotografica

La consegna della medaglia ricordo al Dottor Marcello Panti

La consegna della medaglia ricordo al Dottor Antonio Peltriseo

La consegna della medaglia ricordo alla Dott.ssa Antonia Pigliautile

Galleria fotografica



La consegna della medaglia ricordo al Professor Lucio Gaio Pucciarini

La consegna della medaglia ricordo al Professor Costantino Simoncelli

La consegna della medaglia ricordo al Dottor Giovanni Sparvoli

Galleria fotografica

La consegna della medaglia ricordo al Dottor Alberto Sportoletti

La consegna della medaglia ricordo al Professor Giorgio Tassini

La consegna della medaglia ricordo alla Professor Mario Tomassini

Galleria fotografica

La consegna della medaglia ricordo alla Prof.ssa Maria Pia Viola (ritira la medaglia il figlio)

Vecchie Glorie (il Professor Tomassini, "storico" Vicepresidente dell'Ordine con il Signor Carlo Paffarini, "storico" dipendente dell'ordine)

Galleria fotografica

La consegna dei premi di laurea

La consegna del premio di laurea alla Dott.ssa Maria Di Gregorio

La consegna del premio di laurea alla Dott.ssa Elisa Quintavalle

La consegna del premio di laurea alla Dott.ssa Marta Saldi

La consegna del Codice Deontologico e della pergamena con il testo del giuramento ai Medici neo iscritti

La D.ssa Diletta Loschi legge la formula del giuramento a nome di tutti i neo iscritti

La consegna della pergamena alla D.ssa Giulia Bucari

Due generazioni di medici: il segretario Dottor Valerio Sgrelli con il figlio neoiscritto Alessio

REGOLAMENTO RISCOSSIONE QUOTE ORDINISTICHE COSA CAMBIA

Facendo seguito alla comunicazione ed alle indicazioni della FNOMCeO, il Consiglio ha approvato il nuovo regolamento interno, relativo alla riscossione coattiva delle quote.

Quattro le fasi operative:

1°) Invio, di norma, entro il 28 febbraio dell'**avviso bonario** a corrispondere la quota ordinistica entro la data fissata.

2°) Invio, entro il 31 maggio, del **sollecito di pagamento** agli Iscritti morosi, con raccomandata a.r. da parte dell'Ordine, nella quale si ricorda che la morosità nel pagamento della quota comporta la cancellazione dall'Albo, a norma dell'art. 11 DLCPS 233/46, oltre all'obbligo di rimborso delle spese.

3°) Invio, entro il 30 novembre, per l'**avvio della procedura di cancellazione** dall'Albo, di lettera raccomandata a.r. di convocazione del Presidente.

4°) **Cancellazione dall'Albo,** con notifica del provvedimento all'interessato ed a tutti gli Enti ed Autorità, previsti dall'art. 2 DPR 221/1950

Si ricorda inoltre che, **a partire dall'anno in corso, la riscossione ordinaria delle quote** annuali avverrà non più attraverso la Concessionaria Equitalia, ma tramite la **BANCA POPOLARE DI SPOLETO,** che **invierà** a tutti gli Iscritti apposito **MAV, che potrà essere facilmente pagato in qualsiasi banca od ufficio postale.**

Equitalia continuerà, in ogni caso, a garantire la riscossione coattiva, nelle situazioni di morosità.

Si pregano dunque tutti i Colleghi, sia per evitare errori nelle procedure di riscossione, che per il periodico aggiornamento dei dati, **di comunicare cortesemente con esattezza i recapiti postali, telefonici e, se posseduti, di posta elettronica.**

Si ricorda infine che **ogni variazione** di tali recapiti, **deve essere obbligatoriamente comunicata con tempestività all'Ordine.**

A.M. Tesoriere