

Reggio Sanità



n. 4-5 / 2013
Luglio-Ottobre

BOLLETTINO UFFICIALE
DELL'ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI REGGIO
EMILIA - www.odmeo.re.it

Publicazione bimestrale - Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento Postale - 70% - CN/RE - Autor. del Trib. di Reggio E. N. 431 del 13-4-1979 - Anno XXXIV



Ricordi di balduzziana memoria

di **Alessandro Chiari**

E' passato giusto un anno dalla famosa copertina di questo bollettino che raffigurava in modo irriverente la lapide del Sistema Sanitario Nazionale in una provocatoria visione di fantapolitica sanitaria: un incubo da cui speravamo di svegliarci solamente un po' sudati, dicendo "grazie a Dio era solo un brutto sogno!" Venivamo da un anno disgraziato per la sanità regionale allora, terremoti, difficoltà di bilancio, il drammatico messaggio novembrino dell'Assessore che metteva in forse tutta la storia della filosofia sanitaria regionale, la tentata riforma Balduzzi, il rigoroso Monti e la crisi internazionale. Questa copertina raffigura Piazza San Prospero, che rimane comunque, tradizionalmente, per i reggiani, il simbolo della Città e della sua storia. Dopo aver dedicato copertine ai Ponti e alle Vele calatraviane, che rappresentano un importante emblema moderno di produttività e progettazione, non avremmo potuto dimenticarci di San Prospero!



Il servizio sanitario nazionale

Con la legge 833 del '78 nasceva il Sistema Sanitario Nazionale che istituzionalizzava l'assistenza sanitaria e realizzava pienamente lo stato sociale dando corpo all'articolo 32 della costituzione che assicurando un aiuto sanitario sul territorio tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce le cure gratuite agli indigenti...

...“indigenti”...

ma è proprio questa la parolina magica, ed è proprio questo il focus dello stato assistenziale dove in realtà la gratuità delle cure è riservata solo a coloro i quali, di fatto, non possono permetterselo. In verità poi tutti paghiamo una certa quota dell'assistenza sanitaria nazionale, regionale e locale in relazione al sistema di tassazione che assicura la sopravvivenza stessa del sistema. Non vi è nulla di gratuito quindi in condizioni normali ma un a spalabilità statistica che ridistribuisce le risorse economiche raccolte con la tassazione, riassegnandole a chi ha bisogno assistenziali giocando sul fatto che esista comunque una quota di popolazione che dovrebbe essere e rimanere sana. Il sistema per poter funzionare ed essere sostenibile deve assolutamente basarsi sulla prevenzione sull'educazione sanitaria e sui bisogni assistenziali reali dell'utenza ed è comunque appesantito

dall'invecchiamento progressivo della popolazione, dal costo delle cure e dall'aumento progressivo della spesa sanitaria procapite. In realtà il fenomeno è molto più complesso, per una serie di pesanti variabili incidenti.

L'atto di Indirizzo

La bozza di atto di indirizzo, disponibile al momento in cui scriviamo, riprende gli slogan di balduzziana memoria che, oltre al calo dei posti letto ospedalieri, vedrebbero nel territorio il target di una sorta di riforma sanitaria che punterebbe ad una continuità dall'assistenza H24 all days a week, come se in realtà tale assistenza non esistesse già. Si va bene così: *Smoke gets in your eyes* cantavano i Platters negli'anni cinquanta. Certamente il messaggio più accattivante nei riguardi della popolazione lanciato da Balduzzi è questa *imbarazzante* disponibilità del medico di famiglia 24 ore al giorno per tutti i giorni della settimana. Il messaggio molto seducente verso il Cittadino, mostrava però un manifesto carattere che sa di *slogan politico che resta tuttora* comunque di enorme potenza comunicativa; ricordo ancora che alcuni osservatori di alto rango ritennero il decreto una sorta di truffa legislativa poiché andava a generare tutta una serie di aspettative nella popolazione, assolutamente insostenibili e di difficile realizzazione. Una conseguenza temibile sarebbe di spostare definitivamente il peculiare

rapporto fiduciario medico-paziente ad un rapporto molto più approssimativo con la struttura (ambulatorio) avvicinando di più il cittadino al contenitore (fidelizzazione) piuttosto che al medico di fiducia, senza parlare del carico con cui si investirebbe la medicina generale.

Lorenzin, quale è la rotta?

A questo punto, un atto d'indirizzo che ricalchi gli assiomi balduzziani porterebbe a privilegiare l'hardware piuttosto che il software, nel senso che favorirebbe la struttura funzionale che piuttosto l'offerta assistenziale: un voglio ma non posso, che scarica quindi sui generalisti pesi e carichi di lavoro insopportabili, dove, a tal punto, il passaggio a dipendenza diverrebbe necessità più che opzione.

Ipo - risorse

Naturalmente in pericolo, in queste situazioni ad ipo risorse, sono gli anelli politicamente più deboli della struttura a saltare per primi dove la dissoluzione del sistema stesso passa proprio dai servizi più esposti. La nostra maggior preoccupazione è che con la scusa della difficoltà economica si possano fornire alibi per tagliare servizi. E crediamo che abbiate capito molto bene che parliamo di servizi essenziali come l'emergenza e l'urgenza, creando proprio i presupposti per riassorbire quelle risorse assegnate proprio a quei servizi basali e per que-

sto insostituibili. E' anche assolutamente necessario, e questo è discorso di ampio respiro nazionale, continuare a mantenere, se non aumentare, la sorveglianza e l'attenzione dove la sanità è realmente *sensibile alla corruzione*, ovvero appalti e/o approvvigionamenti delle diverse risorse. In Veneto, ad esempio, proprio recentemente, una delibera regionale stoppa ogni tipo di spreco che non sia finalizzato, nella realizzazione di un ospedale, a «quel che veramente serve per rimandare a casa guarita una persona malata».

Hardware & Software

La tentazione e, forse, anche la via più semplice, sembrerebbe quindi quella di creare delle organizzazioni funzionali dove però si continua a privilegiare l'hardware senza progettare un adeguato software che potremmo leggere come appropriata offerta/produzione sanitaria. Anche nel caso delle Case della Salute si potrebbe cadere in quest'errore. Ma a questo punto non potrebbe essere un salto di qualità il non limitarsi ad un'ipotetica alleanza terapeutica ma piuttosto offrire una *garanzia terapeutica* dove sia possibile utilizzare anche in sanità, come in altri comparti produttivi, metodiche come quelle di af-termarket riorganizzando la comunicazione tra struttura, professionista, operatore e cittadino? Ma come direbbero al telegiornale: “per ora ci fermiamo qui”.

NUOVI "SGUARDI" DI SALUTE, WELFARE E COMUNITÀ

di Franco Prandi

"Quello in cui si può sperare non è il migliore dei mondi, ma un mondo migliore... tutto è da riformare e da trasformare. Ma tutto è già cominciato senza che lo si sappia. Miriadi di iniziative fioriscono un po' ovunque sul pianeta. Certamente queste iniziative sono spesso ignorate, ma ciascuna sulla sua via apporta "relianza" e coscienza. Lavoriamo per diagnosticarla, per trasformarla. Lavoriamo per "religare", sempre "religare" (E. Morin, 2011)

Nelle riflessioni per l'innovazione e la trasformazione della Formazione in ambito sanitario, ho chiesto al collega Sociologo Franco Prandi di fornire una proiezione sui temi della salute, welfare e comunità. Questa nota riporta le riflessioni propostemi, che vi passo per i contenuti di una realistica "visione futura di sistema salute in trasformazione".

Salvatore De Franco

“Quello che, con insistenza, ci viene proposto è la insostenibilità del sistema di sicurezza sociale esistente. Perché in fondo, se non c'è crescita del PIL, non si può neppure immaginare che i costi del Welfare siano sostenibili. Il punto di partenza è che il sistema di sicurezza sociale (quella cosa che va sotto il nome di welfare) sia un costo sociale, un lusso che nel tempo ci siamo potuti permettere e che ora non è più possibile mantenere. Certo se tutto si misura con le logiche dello scambio e del mercato una tale idea può trovare qualche appiglio, avere una qualche legittimazione. Non siamo d'accordo perché il sistema di welfare, il sistema di sicurezza sociale, la salute di una comunità non sono un costo ma un investimento, la condizione necessaria per garantire il benessere della comunità stessa e nel benessere vi sono le premesse, le condizioni e gli effetti per lo sviluppo. La scelta nella direzione di un disegno di welfare di una comunità è per qualche verso anche la conseguenza di una utopia, di una visione non solo utilitaristica del bene della comunità. Per questo le situazioni di crisi, ed è indubbio che questa sia una situazione di crisi, sono una palestra per re - immaginare condizioni diverse di vita sociale, di reciprocità e di azioni finalizzate al bene comune.

Ma forse è il caso di andare con ordine e provo a farlo "decodificando" in modo sintetico le parole del titolo di questo contributo: salute, welfare, comunità in una logica di promozione. Lo si vuole fare, senza la pretesa di essere esaustivi, ma con la convinzione che alla lunga i linguaggi sono un ostacolo all'incontro, se non si chiariscono da subito i significati (e valori) che sottendono, i riferimenti a cui si dà credito.

● Il primo discrimine è la idea di salute che intendiamo perseguire. “La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama. La salute è creata prendendosi cura di sé stessi e degli altri, essendo capaci di prendere decisioni e di avere il controllo sulle diverse circostanze della vita, garantendo che la società in cui uno vive sia in grado di creare le condizioni che permettono a tutti i suoi membri di raggiungere la salute... Fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorire la salute, ma possono anche danneggiarla.” (1986 carta di Ottawa 1986). La salute ci è presentata dalla OMS come condizione globale

della persona inserita nel suo ambiente dove è protagonista e artefice consapevole del proprio disegno. Dove la condizione globale della persona evidenzia le connessioni necessarie tra aspetti individuali, fisici sociali, economici, relazionali, psicologici, affettivi e spirituali. Nel tempo la parola salute è diventata monopolio di un segmento sociale, l'organizzazione sanitaria, rilevante ma pur sempre parziale, e, aldilà delle magari buone intenzioni si è andato identificando con quanto questo segmento sociale (l'organizzazione sanitaria) ha scelto fosse riconducibile alla salute. La comunità delle persone è stata, in questo come in altri settori, espropriata e “professionisti forti” hanno sostituito le persone nel decidere bisogni e risposte. Così salute e sanità si sono sovrapposte e sono diventate sinonimi. Con effetti che sono sotto gli occhi di tutti.

● La salute in questa accezione diventa un bene comune, non una merce da acquistare in qualche supermercato specializzato, qualcosa che è parte della comunità, la ragione stessa dell'essere comunità. Il sistema che nel tempo la comunità ha costruito come risposta organizzata originale al disegno di salute è ciò che va sotto il nome di “welfare”, “stato sociale”, “sistema di sicurezza sociale” e via di seguito a seconda dei punti di vista. Wikipedia fornisce una definizione, forse superficiale ma comunque abbastanza puntuale di “Stato sociale”. “Lo Stato sociale è un sistema che si propone di fornire servizi e garantire diritti considerati essenziali, oltre il lavoro, per un tenore di vita accettabile, assistenza sanitaria, pubblica istruzione, indennità di disoccupazione, sussidi familiari, in caso di accertato stato di povertà o bisogno, accesso alle risorse culturali (biblioteche, musei, tempo libero), assistenza d'invalidità e

di vecchiaia, difesa dell'ambiente naturale”. Lo strumento è “un sistema di norme e di interventi con il quale lo Stato cerca di eliminare le disuguaglianze sociali ed economiche fra i cittadini, aiutando in particolare modo i ceti meno abbienti. È evidente come una tale concezione non possa che nascere dal di dentro della comunità creando condizioni sociali e personali al benessere individuale e collettivo. È su questo che oggi si consuma il conflitto tra una visione economicistica ed una visione che ha al centro una qualità della vita ricercata e consapevolmente costruita dalle persone. Il sistema di welfare è, — questa la visione economicistica, di mercato —, un costo, un lusso cui è necessario porre rimedio in situazione di crisi: una logica paternalistica spinge magari per mantenere alcune azioni riparative che in alcuni casi si connotano come azioni ineludibili di origine illuministica (come potrebbe essere la scuola) da mantenere. Il nostro punto di vista vuole sottolineare come sia necessario creare una consapevolezza sociale (peraltro per molti aspetti ben presente e mortificata) e identificare nel Welfare l'insieme delle condizioni della vita della comunità.

● Salute e Welfare cioè si sostengono a vicenda, la salute come tensione globale al benessere e Welfare come insieme degli strumenti e delle opzioni sociali che lo rendono possibile. Risulta evidente come salute e welfare per reggere hanno bisogno di una forte identità comunitaria, identità che la visione economicistica e mercantile ha profondamente minato. Salute è la comunità, l'insieme delle relazioni di reciprocità che in essa instauriamo e che ci “rassicurano” perché “...in una comunità possiamo contare sulla benevolenza di tutti. ... Aiutarci reciprocamente è un nostro puro

e semplice dovere, così come è un nostro puro e semplice diritto aspettarci che l'aiuto richiesto non mancherà” (Bauman, *Voglia di comunità* pag. 4). Ci si presenta l'opportunità di sostenere che la salute non può avere un luogo essendo uno “status” derivante dal convergere di azioni diverse, educative, culturali, sociali, sanitarie, ambientali, di giustizia sociale e di equità nella distribuzione del reddito, tanto per fare degli esempi concreti.

● Non si può immaginare un sistema di garanzie senza la comunità, senza le relazioni vitali tra persone che sognano insieme realizzando condizioni favorevoli al successo individuale e collettivo. La storia del pensiero ci ha consegnato riflessioni diverse su questa idea di comunità contrapposta spesso a quella di società (Tonnies) o a quella di associazione (Weber). Oggi si ragiona in termini di globalizzazione e quindi una attenzione alla comunità rischia di essere tacciato di localismo, chiusura culturale, resistenza al cambiamento... certo ci sono anche aspetti di questa natura ma si vorrebbero sottolineare soprattutto alcuni aspetti positivi che la idea di comunità sottende, quelli della reciprocità, della fiducia, della identità che oggi più che mai sono in discussione. E la misura di tale criticità si può avere nella tendenza marcata alla “deresponsabilizzazione” nell'uso del bene comune salute e nei relativi servizi che la garantiscono (certo la sanità, ma anche la scuola, il territorio, l'aria ecc...). Così forse potrebbe essere fatta chiarezza anche sul fatto che comunità richiama la persona come unicum complesso in quanto in relazione a fronte di una idea di società dove è centrale l'individuo preso isolatamente che rischia di vivere la propria esperienza come guerra aperta agli altri. La grande questione aperta intorno al sistema dei servizi e al modello di welfare è quello della loro efficienza senza aperture critiche sulla effettiva efficacia per la comunità; non interessa se l'elemento guida è l'individuo preso separatamente alle prese con la ricerca di una risposta a quelli che ritiene siano i suoi bisogni/diritti, comunque definiti. Se la logica dominante cioè è quella del mercato, dell'accesso come fatto individuale all'offerta, salta ogni idea di bene comune, e di conseguenza di uguaglianza, di responsabilità sociale, di partecipazione e di reciprocità.

Queste tre idee (abbozzate) rendono ragione di alcuni altri

(continua a pag. 4)

(segue da pag. 3)

NUOVI "SGUARDI" DI SALUTE, WELFARE E COMUNITÀ

passaggi, anche lessicali, che si possono considerare come corollari: non certo perché meno importanti ma perché il loro significato deriva dai "punti di vista" che si assumono sulle questioni finora esplorate.

La prima questione/corollario riguarda una idea di cura che in una dimensione di **salute** intesa come **bene comune** se si guarda la comunità e di benessere globale delle persone che in essa "abitano" sollecita una attenzione alla dignità e alla partecipazione di ognuno. Quindi una dimensione dell'avere cura di sé e degli altri piuttosto che quella di erogazione, prestazionale, basata su una asimmetria informativa che è asimmetria di potere se, come è riconosciuto, la conoscenza è potere. Una idea globale che attraversa tutta l'esperienza di vita delle persone e chiama in causa i vari "frammenti sociali" alla coerenza, alla continuità, all'ascolto e alla collaborazione. Non si può immaginare che ognuno faccia la propria parte (anche se bene secondo criteri discutibili a volte) senza interrogarsi sulle implicazioni del proprio fare. All'insieme delle istituzioni del welfare si chiede di porsi domande connesse alla capacitazione (ed è il secondo corollario) delle persone, capacità del singolo, nel senso di libertà sostanziale, di fare delle scelte e di realizzare ciò a cui dà valore (Sen 2010). L'idea di capacitazione dà alla cura una diversa prospettiva, riportando l'impegno delle Istituzioni alla loro finalità primaria, di strumento in grado di contribuire a costruire le condizioni per la piena dignità delle persone. La logica mercantile oggi prevalente ha dissolto il patto tra individuo e Istituzioni, tra persona e comunità. E ha di fatto reso dipendente la persona alle "proposte" delle Istituzioni che a fronte di una logica "domandistica" sono sempre più in affanno sia per i limiti di risorse sia per la difficoltà a reinterpretare le domande; la malattia, e i problemi sanitari, è sinonimo di ospedale o medicina, la formazione è ricondotta ai percorsi scolastici, la fragilità è di fatto identificata con le risposte dei servizi assistenziali. Al punto che le persone sono diventate un mezzo, uno strumento per legittimare l'esistenza delle Istituzioni. Dietro la idea di "capacitazione" ci sta una critica profonda alla pretesa di costruire tipi di vita cui le persone debbono adeguarsi. Con la pretesa non tanto nascosta dalle Istituzioni e dalle professioni forti di poter dettare l'agenda dei bisogni e delle risposte. Tra gli elementi della

crisi della fiducia ci sta forse anche questo: da una parte la manipolazione percepita della propria vita e dall'altra le necessità di trovare spazi per poter dire la propria opinione sui temi che li riguardano come persone, gruppi e comunità. Il sistema di protezione sociale nelle sue diverse accezioni ed espressioni dovrebbe avere soprattutto questa funzione: accompagnare, facilitare, sostenere questa ricerca di sé come persona in relazione, che ognuno porta dentro di sé come bisogno "represso" da una visione totalizzante e in fondo escludente, delle Istituzioni. La cura, nella sua espressione oggi dominante si potrebbe quasi definire come la negazione di tutto questo, è una espropriazione di ruolo, una consegna di prodotti che sono predefiniti e confezionati. La partecipazione non è ammessa né nella definizione del bisogno, né nella formulazione delle possibili azioni né nella possibilità di controllo degli esiti. È per questo che oggi si fa molta fatica a ragionare con categorie diverse da quelle della efficienza economica, dei costi, della sostenibilità tutta interna al sistema. Nel paradigma della capacitazione, lo si deve ribadire, la cura è relazione e relazione è riconoscimento del valore della reciprocità e dello spazio di ciascuno, nella "danza delle parti" come ci sollecita a immaginare la relazione Gregori Bateson. Il clima sociale difficile, in cui prevalgono la sfiducia, il cinismo, l'opportunismo, l'individualismo, è figlio anche di scelte che nel tempo hanno teso ad escludere e non certo includere nei processi sociali; si è in un qualche modo chiesta una delega in bianco offrendo come contropartita soluzioni facili e soprattutto non responsabilizzanti. Oggi che le condizioni economiche cambiano, si evidenziano in tutta la loro portata i limiti di tali opzioni. Ma nel frattempo il tessuto sociale si è andato allentando, è saltata la reciprocità e a dimensione del capitale sociale nelle forme in cui l'abbiamo ereditata dal passato: questi aspetti vanno alimentati e in molti casi ri-costruiti, seppure spesso su basi nuove. Vi sono segnali importanti a livello sociale in questa direzione anche se in modo informale, frammentato e non sistematico; ciò che forse è ancora debole è la riflessione delle Istituzioni, di tutte le Istituzioni, che di fronte alla crisi, volendo utilizzare gli stessi paradigmi che l'hanno creata per leggerne significati e processi, si stanno richiudendo a riccio alla ricerca delle forme migliori per difendersi. Senza accorgersi, almeno così sembra,

che le persone e la comunità si stanno attrezzando e provano a costruire alternative possibili. Dalle cooperative di comunità, ai gruppi di auto-mutuo aiuto, alle reti di mutualità volontaria, a gruppi finalizzati diversi, a reti informali, a esperienze più istituzionali di laboratori di comunità, a forme a volte conflittuali di partecipazione sociale, sembra che si aprano spazi all'innovazione. Come la storia ci insegna spesso il cambiamento ha bisogno di incubazioni anche lunghe, di sviluppi contraddittori, di informalità ma, come ci dice anche Morin, si può essere ottimisti. Quello che pare oggi non più in discussione è che il paradigma della crescita non regge: se si vuole ricondurre il sistema della cura dentro il processo di creazione del valore, lo si può fare solo se si recupera l'idea e le potenzialità della relazione tra persone, gruppi sociali, comunità, assegnando alle Istituzioni un ruolo strumentale di stimolo, di risorsa che accompagna senza sostituirsi. Il tema della responsabilità investe tutti e, forse per dare senso e concretezza alla capacitazione delle persone, è indispensabile immaginare Istituzioni "capacitanti" in grado cioè di aprire spazi e orizzonti e non solo erogare prestazioni.

Recuperare l'idea di salute proposta dalla OMS e agire di conseguenza è ancora un ideale, una utopia. C'è la consapevolezza che l'utopia è quella che può orientare l'impegno. *"Mi avvicino di due passi, lei si allontana di due passi. Cammino per dieci passi e l'orizzonte si sposta dieci passi più in là. Per quanto io cammini, non la raggiungerò mai. A cosa serve l'utopia? Serve proprio a questo: a camminare."* (Edoardo Galeano).

Non abbiamo molto probabilmente la possibilità di influenzare più di tanto il futuro e poter dire come sarà: di certo però possiamo esprimerci su come vorremmo, o almeno sogniamo e desideriamo, che fosse. Sono già espressi i nostri punti di vista intorno alla salute, alla dignità delle persone e alla loro capacitazione come disegno che dovrebbe guidare l'azione organizzativa delle Istituzioni, in primo luogo lo Stato e le sue articolazioni. E sono molto evidenti due passaggi critici legati, da una parte, alla debolezza dello stato che ha perso la possibilità di gestione e controllo a seguito dei processi di "globalizzazione" e, dall'altra, ad una diversa visione di sé, della propria identità e del proprio spazio sociale che le persone stanno esprimendo da tempo. Con altrettanti effetti la cui analisi può aiutare ad

una riflessione complessiva dei processi sociali e del ruolo delle Istituzioni che hanno garantito nel tempo le risposte ai bisogni. In modo assolutamente superficiale si possono evidenziare sia la distanza progressiva delle persone/cittadini dalle Istituzioni che sempre meno sono in grado di assolvere a ciò che dichiarano essere il loro mandato sia la capacità o almeno la ricerca delle persone a trovare una risposta perché comunque massificante, anonima, parziale e soprattutto poco coerente con un disegno legato ad una identità cui non si intende rinunciare. In tutto questo è sotto gli occhi di tutti la crisi dei vari tasselli di Welfare e in primo luogo quello del lavoro e della dignità di ognuno. Ma è difficile ricostruire nelle scelte che avvengono nella scuola, nei servizi sanitari, nei servizi socio assistenziali, nel governo del territorio un impegno a costruire e valorizzare identità sociali e individuali nella logica della capacitazione di cui ci parla Sen. La proposta di riflessione parte da qui e prova a immaginare che l'Istituzione Sanitaria avvii un processo di cambiamento finalizzato a "riconsegnare" alla comunità e alle persone che la abitano il disegno di salute, che permette di dare ad essa lo spazio che le compete che non è quello di garante della salute (almeno non più di altre Istituzioni), ma di risorsa che mette a disposizione saperi e competenze per un progetto di salute globale di cui potrebbe essere promotore...

C'è, e ne siamo consapevoli, un grande fermento e varie esperienze già maturate attorno ad una idea di "nuovo welfare". Ciò che spesso si constata è la difficoltà a cogliere il "punto di attacco" e si mantiene la visione per settori, per funzioni e per apparati.

Per questo la nostra analisi si focalizza sul cogliere quegli elementi di ricchezza dei territori coinvolti (casi studio) in esperienze già realizzate o in fase di realizzazione e farne strumento di riflessione per una applicazione diffusa. Abbiamo deciso di intraprendere un percorso di rinnovamento delle politiche di welfare, puntando lo sguardo su specifiche realtà territoriali per costruire insieme a tutti gli attori sociali, economici, politici, istituzionali, culturali... un nuovo modo di assicurare cura, assistenza, ben-essere rigenerando i valori fondanti e le energie di una comunità. Ci sono, ormai, elementi significativi nel dibattito scientifico che "relativizzano" alcuni percorsi tradizionali della programmazione e delle architetture organizzative che li so-

(continua a pag. 5)

APPROVATI GLI INDIRIZZI DEL PIANO SOCIALE E SANITARIO DELL'EMILIA-ROMAGNA

Integrazione, programmazione partecipata, riorganizzazione linee attuative per il biennio 2013-2014

Integrazione, programmazione partecipata, riorganizzazione per rispondere ai bisogni di una comunità regionale che subisce gli effetti della pesante crisi economico-sociale e che è stata duramente colpita dal sisma del maggio 2012. Sono le indicazioni attuative, per il biennio 2013-2014, del primo Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna che ne confermano, nell'impianto generale, le scelte di fondo aggiornandole "nell'ambito di un convinto rilancio delle politiche pubbliche "come condizione per lo sviluppo della rete dei

servizi e della valorizzazione delle comunità locali". Le indicazioni attuative, proposte dalla Giunta regionale e approvate oggi dall'Assemblea legislativa, rilanciano il welfare "da troppo tempo, a livello nazionale — si legge nel documento — non considerato come valore strategico per lo sviluppo e la coesione sociale" e, al contrario, considerato "alla stregua di un forziere da cui attingere per la riduzione della spesa pubblica". Fulcro del piano, appunto, l'integrazione e la partecipazione al sistema di tutte le formazioni

sociali partendo da una programmazione partecipata la cui responsabilità è pubblica e che punta anche all'innovazione. Cosa prevede il Piano sul fronte delle risorse, le linee attuative ricordano che nel 2013 "per la prima volta nella storia del Servizio sanitario nazionale", le risorse del Fondo sanitario sono inferiori a quelle dell'anno precedente (-81 milioni per l'Emilia-Romagna, a fronte di un aumento dei costi dei fattori produttivi pari a circa 120 milioni); i tagli complessivi al Fondo sanitario nazionale, determinati dalle ultime manovre economiche compresa la legge di stabilità 2013, ammontano a oltre 20 miliardi di euro nel triennio 2013-2015 (il Fondo sanitario nazionale è di 106.824 milioni nel 2013, 107.716 nel 2014, 107.616 nel 2015, era di 108.780 nel 2012 prima della "spending review", di 107.880 dopo la manovra). Per perseguire equilibrio economico-finanziario 2013, a conferma di quanto avviene da diversi anni, l'Emilia-Romagna, oltre ad aver stanziato dal proprio bilancio 150 milioni di euro, deve mettere in atto economie per 260 milioni di euro "e senza ridurre quantità e qualità dei servizi". Analogo discorso può essere fatto nell'area dei servizi e degli interventi sociali, che non sono neppure tutelati da un adeguato finanziamento dei livelli essenziali e sui quali la scure dei tagli si è abbattuta proporzionalmente ancora più pesantemente. Quest'area nel corso degli ultimi 5 anni è stata interessata da un taglio di risorse statali superiore al 90%: il Fondo nazionale per le Politiche sociali è passato da 929 milioni nel 2008 ai 42 milioni del 2012, così come si sono notevolmente ridotti i diversi fondi nazionali di settore. Di fronte a questo scenario, l'efficacia dell'intervento sulla promozione della salute potrà essere garantito da una go-

vernance inclusiva di tutte le risorse, degli strumenti e delle competenze professionali e l'obiettivo generale rimane la realizzazione di un sistema di welfare basato su una prospettiva dei diritti dei cittadini all'accesso, alla personalizzazione degli interventi, alla partecipazione attiva ai progetti di sostegno e cura oltre l'attenzione alle singole prestazioni. E, in ultimo, una governance che esprima il consolidamento e la semplificazione del sistema e della gestione degli interventi di integrazione socio-sanitaria, intesi anche come capacità di riconoscere i nuovi bisogni dei cittadini e di presidiare la corretta attivazione dei percorsi di cura e di assistenza. L'Emilia-Romagna rilancia, dunque, le sue politiche per un welfare universalistico (sia pure selettivo, quando si riferisce all'ambito sociale), pubblico nella programmazione e definizione dei bisogni, basato sulla integrazione tra politiche sanitarie e politiche sociali per perseguire salute e benessere. Dovrà essere migliorata la presa in carico della popolazione fragile (anziani spesso non autosufficienti e soli, ma anche famiglie e adolescenti in condizione di povertà o disagio); dovrà essere ulteriormente promossa e monitorata la qualità e la sicurezza sia nelle cure che nei luoghi di lavoro; dovrà essere perseguita la qualificazione del personale e l'equità di accesso ai servizi in tempi adeguati al bisogno. Le indicazioni attuative, quindi, riguardano in particolar modo fenomeni e bisogni emergenti, figli anche della crisi in corso. Temi di forte interesse e rilevanza sociale sui quali si concentreranno gli interventi e il lavoro di programmazione per mettere in campo quelle risposte necessarie a mantenere coesa la società emiliano-romagnola.

NUOVI "SGUARDI" DI SALUTE, WELFARE E COMUNITÀ

(segue da pag. 4)

stengono. Tutti questi elementi ci riportano a un'idea di complessità che richiama la ricchezza della realtà e delle opportunità che essa propone. Quindi il **nostro intento** non è tanto quello di contrapporre un approccio a un altro, quanto di **sollecitare**, se possibile dimostrare, che **esiste una ricchezza socialmente rilevante** fatta di valori, storie, esperienze, risorse la cui scoperta e il cui intreccio "**sistemico**" ci permettono di guardare la realtà con occhi nuovi e immaginare che un altro "**modo di concepire il Welfare è possibile**". Si vorrebbe, in modo superficiale e forse anche presuntuoso richiamare alcuni aspetti di un nuovo e diverso modo di guardare le cose in una logica di "progetto di sistema" e non tanto in una dimensione riduzionista di "sommatoria di progetti" (conseguenza di sguardi settoriali della complessità sociale dettati da norme poco flessibili e da professioni scarsamente aperte a disegni globali): come si è detto questa ci sembra nonostante tutta la buona volontà la strada prevalente.

Ci interessa sostenere un cammino che abbia quali "traccianti" di sistema:

La apertura e valorizzazione di laboratori di narrazione, elaborazione e sperimentazione oltre le dimensioni istituzionali tradizionali, ma ancorati alle dinamiche e ai contributi creativi dei vari soggetti sociali;

Partire da "territori precisi e de-

finiti" per rileggere bisogni e risorse presenti e fare come ogni buon padre di famiglia che mette ordine, utilizza al meglio tutte le risorse, fa delle scelte di priorità; Sollecitare sguardi e azioni oltre le competenze istituzionali come condizione per attivare azioni efficienti ed efficaci

Andare oltre gli approcci consolidati (statistici ed epidemiologici) di conoscenza della comunità e immaginare "altre descrizioni" dinamiche, aperte ai vissuti, ai diritti negati, alle alternative non formali, ai riconoscimenti sociali di competenze non accademiche, ai percorsi informali di esclusione e inclusione;

Recuperare e far parlare tra loro saperi diversi riconosciuti o meno ma pur sempre determinanti per la soluzione dei problemi quotidiani e per tracciare alternative credibili. Anche immaginando una diversa tassonomia tra saperi e comunque una riduzione delle asimmetrie informative e dei relativi "poteri che impongono."

A questi "traccianti di sistema" si vuole dare uno sviluppo nei prossimi anni attraverso una "formazione tras-formante" per sviluppare azioni di responsabilità sociale di tutti gli attori dei servizi alla salute delle persone. Se alcuni dei lettori volessero approfondire il tema mi attivo per realizzare un focus di approfondimento dei temi presentati dal Collega Sociologo, che personalmente ho già ringraziato e torno a ringraziare per le riflessioni offerte alla nostra lettura.

Avanti tutte!

Varietà di genere e merito - Contributo al dibattito

di **Maria Brini**

Vice Presidente Ordine dei Medici di Reggio E., Componente dell'Osservatorio della professione medica e odontoiatrica della Federazione Nazionale Ordini MCEO

Quando Maria Paglia ci ha illustrato l'evento di oggi e ci ha fatto scegliere una parola che doveva essere la traccia del nostro breve intervento, mi è venuta spontaneamente la parola PERSONA.

Forse per un percorso a cui ci stava portando in quel momento la medicina di genere, partita per colmare il silenzio della presenza femminile negli studi clinici, e poi gradualmente arrivata lontano: questo silenzio infatti non riguarda solo la farmacologia, la medicina, ma più in generale la politica, i ruoli nella società, nella famiglia e viene da lontano, basta leggere la storia, l'arte, la letteratura, per rimanere impressionate da quanto siano state dimenticate e calpestate le donne. Da qui abbiamo cominciato a guardare più lontano.

E' una attenzione propria

delle donne che guardano più al futuro e che cercano di non lasciare per strada nessuno!! Noi siamo fatte così: la parità, la maggior rappresentatività, il peso specifico non possono essere una conquista solo femminile, abbiamo capito dal nostro vecchio angolo di osservazione che ci sono tanti altri dimenticati: i bambini, gli anziani, in generale quelli che sono discriminati, tutti quelli che non possono parlare.

Condividendo Fulvia Signani, sociologa che si occupa di medicina di genere, che è riuscita a stratificare le differenze tra individui in tre cerchi, tre livelli: dal più **profondo**, all'**invisibile**, fino al **visibile** vorremmo che almeno a partire dal livello più esterno e a tutti visibile non ci fossero differenze, ma anche

poter andare più oltre fino al profondo perché PERSONA è tutto questo e ogni persona arricchisce gli altri donando le sue differenze.

La professione come medico donna

La prima *persona* con cui sono entrata in relazione come futuro medico, e ne ho un ricordo ancora molto luminoso, era una ragazzina affetta da *talassemia major*. A quei tempi purtroppo si osservava ancora, la prognosi era quanto mai severa; quella ragazzina aveva le caratteristiche somatiche di essere mediterranea, bruna, occhi grandi, scuri ma anche i segni evidenti della malattia che la rendevano del tutto particolare: il pallore, la facies caratteristica, la fronte alta e spaziosa, gli zigomi sporgenti, la mascella grande, erano

le sue ossa che diventavano più grandi per produrre più emoglobina. Era una PERSONA BELLA, era lieve, portava i segni della sua malattia così....,

mi colpì, lasciò in qualche modo il segno su di me.

La mia esperienza ordinistica

Ed ora alcune considerazioni sulla mia esperienza maturata in tanti anni in Consiglio dell'Ordine dei Medici, come medico donna in una professione esercitata ormai da tante donne. L'Ordine dei Medici ha come compito prioritario la salvaguardia della professione finalizzata alla tutela della salute del cittadino, che rappresenta uno dei diritti fondamentali dell'Uomo, con lettera maiuscola così come scritto nel Codice di Deontologia medica.

L'Ordine dei Medici però mi appare ormai come un'istituzione datata, non riformata nemmeno dalle recenti disposizioni legislative, toccata solo marginalmente dai mutamenti sociali, politici, economici che incombono sul nostro Paese, ma profondamente scossa dal continuo e vertiginoso progresso scientifico e tecnologico che sta diventando un mondo a sé, pervaso di tecnologia, che avanza a ritmi troppo incalzanti.

Tutto ciò induce **Mark Tylor** a sostenere che oltre alla complessità del momento è la velocità dei mutamenti a stupirci.

Questo mondo a sé che si sta profilando, che spersonalizza non solo i pazienti ma anche e soprattutto i medici, ha ispirato **John Lantos** a



AVANTI TUTTE!

(segue da pag. 6)

scrivere il suo libro dal titolo emblematico:

Doo we still need doctors? abbiamo ancora bisogno di dottori?

E' forse nel tentativo di superare queste forti criticità che sorgono da un lato discipline nuove, quali le *Medical Humanities*, la *Health Literacy*, per recuperare la dimensione profonda e olistica della persona e per arricchire la comunicazione del rapporto medico/paziente, dall'altro tutte le iniziative all'interno della *Cinical Governance* che mirano a realizzare la necessaria sintesi tra risorse disponibili, esigenze dei professionisti e valori di riferimento dei bisogni di salute della collettività.

L'Ordine come istituzione mi appare spesso lontano dalla realtà, mentre vedo la professione sempre più drammaticamente in campo, a contatto coi problemi sanitari da sempre intimamente legati a quelli sociali, e forse qui sta una delle **ragioni del processo di femminilizzazione** della professione medica, senza che le regole che governano gli Ordini si siano ancora del tutto adeguate e uniformate alla velocità e complessità di questi cambiamenti.

SE PARLIAMO DI NUMERI, per ora la femminilizzazione non ha portato a grandi cambiamenti: oggi i medici donna, le mosche bianche di 50 anni fa, stanno superando il numero dei medici uomo, in Italia nel 1921 si contavano 2.100 donne medico su 29.327 medici, nel 1990 le donne medico erano 60.000, oggi 150.000 donne su 403.000, cioè 34,8%, ma le donne con meno di 40 anni superano il 60% e le donne che si iscrivono all'Ordine oggi sono il 70%. Ma su 103 Ordini Provinciali ci sono 2 donne presidenti di Ordini e

nelle ultime elezioni ordinarie il dato nazionale vede una scarsa tenuta dei numeri precedenti e raramente una maggior presenza femminile. Le stesse **quote di genere nei CdA**, introdotte per i consigli di amministrazione e gli organi di controllo delle società quotate e delle controllate pubbliche con la Legge 120/ 2011, portano gradualmente un correttivo sulla rappresentanza femminile e vogliono riequilibrare palesi discrepanze, ma per ora non toccano Enti di diritto pubblico come gli Ordini Professionali.

Rispetto a pochi anni fa sono diventata più cauta nell'immaginare grandi ricadute sugli Ordini.

SE PARLIAMO DI CONTENUTI, poco o nulla ha cambiato l'entrata di tante donne nella professione medica. Non si tiene conto abbastanza di valori diversi portati da *persone diverse*. Queste persone non hanno volontà di rivendicare ma più razionalmente di arricchire per costruire un futuro più ampio, che guardi non solo alle donne ma anche e soprattutto ai **giovani** che saranno NOI fra un po', alle **altre culture** che dovranno crescere con noi, alle **diverse abilità** che ci faranno conoscere altri punti di osservazione in uno scambio continuo di essere e dare.

Portare la nostra diversità nel tentativo di arricchire e cambiare il ruolo sociale degli Ordini, le modalità del funzionamento, le prospettive della professione.

In questi cambiamenti ci stanno modelli nuovi con diverse modalità di relazione, di ruoli, di aspettative, proiettate verso una diversa lettura sociale ed etica della nostra professione.

Alle abilità tecniche del sapere e del saper fare vorremmo portare un nuovo **saper essere**, una dimensione maggiormente psico-sociale, relazionale, umanistica, non

solo recuperata attraverso nuove scienze da aggiungere a quelle che già frequentiamo, ma lavorare per non lasciarci sommergere più o meno consapevolmente dalla inevitabile e da tutti auspicata ma esasperata applicazione della miglior tecnologia possibile.

La tecnologia è un mezzo, non è il fine per raggiungere l'obiettivo salute.

Vorremmo governare questi processi con la relazione, l'empatia, l'amore, vorremmo pronunciare termini come sofferenza, comprensione, vicinanza, aiuto senza dover arrossire o parlare sottovoce.

Il cambiamento

Alcuni giorni fa sono stata all'Istituto Chierici, c'erano grandi poster in cui le allieve della scuola lanciavano degli slogan, ne ho copiati alcuni: *Sostituire è un verbo inadeguato- Non si sostituisce si cambia*

Il cambiamento può essere visibile o invisibile, ma in entrambe i casi bisogna saperlo cogliere.

I cambiamenti nella società sono partiti dai giovani

Mi dispiace che assieme ai giovani le allieve non abbiano scritto anche le donne

Infine nel suo libro "I miti del nostro tempo" U. Galimberti, con molta più autorevolezza, conferma quanto ho cercato di esprimere. Nel capitolo *il primato della persona sul genere* si legge:

"Sapevamo da tempo che la storia dell'umanità è storia al maschile. Con il corpo libero dal lavoro della generazione, il maschio ha cominciato prima a giocare con gli animali da caccia, poi con gli dei, quindi con le idee, infine con le istituzioni. Perciò la donna nel segno della natura scandita dal ritmo della ripetizione, l'uomo nello scenario della storia a inseguire percorsi di ideazione e produzione di

epocalità."

...dominio dell'uomo sulla donna..... conquiste sociali, il femminismo, ecc.... oggi.....

"Non è allora sufficiente che le donne entrino nella storia spinte solo dalla ostinata rivendicazione di ciò di cui finora la storia le ha private.

E' necessario un passo in più. E a compierlo devono essere uomini e donne. Il loro cammino deve prendere le mosse da una rinuncia, la rinuncia ad assumere l'identità virile come specchio e modello di ogni altra identità. Si tratta infatti di un'identità che gli uomini devono smettere di rivendicare e le donne di imitare.

CONCLUSIONI: L'equilibrio della rappresentanza nel mondo degli Ordini dei Medici è legato alla legge istitutiva: D Lgs CPS 233/46, modificabile solo dal Parlamento. L'ultimo governo è riuscito ad apportare modifiche sulla professione forense e non su quella medica.

Speriamo che in questa legislatura si trovi la volontà anche per una legge di riforma delle professioni sanitarie.

Noi possiamo chiedere a livello nazionale che nei regolamenti per le modalità elettive degli ordini vi sia il senso del nuovo clima culturale e legislativo in sintonia con le leggi già approvate (120/2011, 215/2012)

A livello locale ci auspichiamo che si operi per garantire la rappresentanza di genere, cui le due leggi citate, se pure in altro contesto, si ispirano.

Nella realtà reggiana questa iniziativa "Avanti Tutte" è l'esempio di come le Istituzioni che ci credono possono perseguire e valorizzare obiettivi quali l'equilibrio di rappresentanza di genere ed avere un ruolo per sensibilizzare i contesti in cui possa essere realizzato.

NATURALMENTE DO' PER SCONTATO IL MERITO DELLE DONNE

AGOPUNTURA, OMEOPATIA E FITOTERAPIA SONO ORA REGOLAMENTATE

Solo i medici potranno praticarle dopo un opportuno curriculum formativo

di **Maria Bernadette Ligabue**

*Spec. in Fisioterapia e Dir. 1° Livello S.O.C. di Neuroriabilitazione Correggio R.E.
Esperto in Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese - Insegnante Scuola TAO (www.scuolatao.com)*

Il documento sulla regolamentazione dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi e odontoiatri, stilato nel seno della Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni ed approvato il 20 dicembre 2012 dai Presidenti delle Regioni Italiane, è stato approvato anche dal Ministero della Salute il 7 febbraio 2013. Con quest'atto le discipline citate sono sancite come atto medico di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra. Il documento afferma che "Esse sono a tutti gli effetti considerate come sistemi di diagnosi, di cura e di prevenzione che affiancano la medicina ufficiale avendo come scopo comune la promozione e la tutela della salute, la cura e la riabilitazione".

Questa legge riconosce e conferisce a queste discipline "non convenzionali" una dignità troppo spesso misconosciuta e ne regola l'accesso, imponendo ai professionisti che desiderano praticarle una formazione specifica. Quest'ultimo aspetto è alquanto rilevante poiché, in assenza di una legge normativa, tali discipline potevano sinora essere esercitate da un medico chirurgo o un odontoiatra del tutto privi di uno studio adeguato e senza una documentata competenza. Dal 2015, dopo la fine del regime transitorio, i medici e gli odontoiatri potranno rivolgersi a scuole private oppure prendere parte a master universitari. In questi anni di mancata regolamentazione sono state le scuole private a garantire una formazione effettiva nelle discipline sanitarie "non convenzionali", mentre i master universitari

erano spesso più informativi che professionalizzanti, anche se rilasciavano un attestato dotato formalmente di un riconoscimento del lavoro svolto dalle scuole private, che potranno registrarsi come enti formativi, conformemente alle regole stabilite dalla legge.

La legge oltre a stabilire i criteri per l'accreditamento delle scuole private, stabilisce per ogni disciplina un iter formativo triennale con almeno 400 ore di formazione teorica, cui si aggiungono 100 ore di pratica clinica. È

questo l'aspetto più discutibile di questa nuova normativa che non distingue i percorsi formativi delle varie medicine e pratiche "non convenzionali" ma identifica invece solo un monte ore globale, piuttosto riduttivo rispetto agli standard attuali. Si pensi al proposito che le scuole italiane di agopuntura effettuano generalmente corsi quadriennali di 600 ore complessive, un monte ore inferiore rispetto alle 1200 proposte dalla WFAS (World Federation of Acupuncture Society) o al monte ore an-

cora superiore di tante altre scuole europee. Stabilire per legge che il percorso minimo deve essere di tre anni con almeno 500 ore di insegnamento equivale ad autorizzare e incentivare la creazione di percorsi formativi di livello inferiore.

La normativa approvata resta comunque un passo importante di chiarezza, dopo i numerosi e falliti disegni di legge depositati in parlamento sin dal 1987, ed allinea il resto d'Italia sulle posizioni già regolamentate in Toscana fin dal 2009.

"COMMISSIONE PER L'ETICA MEDICA"

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA di REGGIO EMILIA

Rendicontazione attività 2012

Incontri della COMMISSIONE PER L'ETICA MEDICA (CEM)

Nel corso dell'anno 2012 sono state convocate sette riunioni che si sono svolte in un clima costruttivo e di rispetto reciproco. Il primo incontro si è tenuto il 16 aprile 2012 nella sede dell'Ordine dei Medici.

Documenti prodotti

Regolamento della CEM: approvato dal Consiglio Direttivo il 21 giugno 2012.

Sulla base del nuovo regolamento, il 6 giugno 2012, il Dr. Pietro Ragni e la Dr.ssa Antonia Nini sono nominati, rispettivamente, vice coordinatore e segretario della CEM.

Attività realizzate:

- sabato 27 ottobre 2012: seminario "Se la salute è..., ...che cos'è la medicina?"
- venerdì 23 novembre 2012: 10ª edizione del Premio Mosti per l'etica medica. Il Premio Mosti 2012 è stato assegnato ai colleghi che con professionalità e umanità prestano la loro opera nell'ambito della "medicina palliativa".

Linea programmatica per il 2013

Si intende proseguire il percorso iniziato nel 2012 con l'organizzazione e la promozione di ulteriori iniziative orientate a valorizzare il ruolo della persona (paziente/operatore) nello scenario di continuo mutamento socio-economico che vede sempre più incerto il futuro del Servizio Sanitario Nazionale del nostro paese così come adesso organizzato. Si profila infatti un periodo di grande trasformazione, fonte sì di preoccupazione in tutti i settori della società civile, ma allo stesso tempo opportunità per chi, stimolato dalle sfide, avrà il coraggio di proporre modelli organizzativi innovativi che sappiano rispondere ai bisogni delle persone e valorizzare il capitale umano attraverso un utilizzo appropriato ed etico delle risorse.

IL COORDINATORE
(Dr.ssa Sara Pergolizzi)

IN RICORDO DEL PROF. STELIO SCOTTI

Se ne è andato velocemente con la rapidità che ha sempre contraddistinto il suo tratto professionale.

È successo in terra Toscana sua di adozione. Piacentino di origine montanara, a 80 anni compiuti, dopo aver appeso il bisturi al chiodo, aveva deciso di trascorrere gli ultimi periodi sulle colline di Bobbio lontano dai ritmi frenetici che hanno accompagnato la sua vita lavorativa. Giunto a Reggio alla corte del Dr. Bertolini, si è sempre prodigato nella ricerca di stimoli per continuare ad essere all'avanguardia nell'area odontoiatrica che più amava: la chirurgia ortognatica.

Una passione durata una vita che lo portava anche da ultra settantenne a mantenere contatti con i maestri amici quali il Prof. Obwegeser e Gattimgher o a organizzare trasferte oltreoceano per frequentare i chirurghi americani.

Allievo del Prof. Mai di Bologna ha sempre prediletto l'ortodonzia senza però dimenticare il resto dell'odontoiatria. "A tutto campo" questa era una delle frasi che amava dire ai numerosi discepoli, perché un paziente deve essere considerato nella sua globalità con massima attenzione agli aspetti clinici.

La nostra professione Stelio la descriveva fatta da "senso clinico e piccoli espedienti". Socio attivo degli Amici di Brugg, amico vero del Dr. Castagnola storico presidente dell'associazione, ne ha sempre interpretato lo spirito associativo di divulgazione della cultura odontoiatrica. La semplicità e l'essenzialità del carattere lo facevano apparire a volte burbero ma in realtà era dotato di una grande generosità che hanno concretamente potuto apprezzare tutti i colleghi che lo hanno frequentato.

I suoi studi dentistici sono

sempre stati aperti ai giovani che provenivano da un po' tutte le parti d'Italia isole comprese, ma non solo, continuavano infatti a frequentarlo anche colleghi con la sua stessa anzianità professionale. Ne ricordo uno fra tutti il Dr. Bertoldi decano dell'odontoiatria reggiana, di recente scomparso, suo grande amico con cui condivideva la passione per l'ortodonzia.

Ho avuto la fortuna di seguire il Prof. Scotti per parecchi anni durante i quali mi ha trasmesso la passione per la chirurgia orale fornendomi tanti preziosi consigli, primo fra tutti quello di affrontare ogni intervento con mano leggera e con la stessa attenzione e passione della prima volta.

È difficile in poche righe raccontare la vita di un professionista in mezzo secolo di attività tra docenza universitaria e libera professione, ma



vorrei ricordarlo così in modo semplice come guida che ci dava sicurezza all'inizio e durante tutti gli anni di vita professionale.

Grazie professore, pensavo che questo momento non dovesse mai arrivare ma tu mi avresti risposto con una delle tue citazioni in latino, un po' vero un po' maccheronico, "Si si pensavo — credevo... Stultum est dicereputabam"

Roberto Franceschetti

Riunione della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di Reggio Emilia del 18 Aprile 2013

ESTRATTO VERBALE

Sono presenti: Dr. A. Cingi, Dr. A. Grassi, Dr. C. Menozzi, Dr. M. Sarati. Assente il Dr. A. Munari ● **Approvazione verbale della seduta del 21/2/2013.** Letto ed approvato ● **Comunicazioni della Presidenza.** a) Si è riunito il 18 marzo 2013 a Roma, presso il Ministero della Salute, un Tavolo tecnico per la definizione dei requisiti per l'autorizzazione/accreditamento degli studi odontoiatrici, di cui alle note FNOMCeO rispettivamente prot. n. 2335 del 18/3/2013 e prot. n. 2442 del 20/3/2013. Sono individuati compiti e funzioni del Tavolo e la definizione e la programmazione delle fasi di lavoro. b) La Corte Suprema di Cassazione — sezione tributaria — con sentenza n. 4923/13, come da comunicazione FNOMCeO n. 19 del 26/3/2013, ha rilevato che il presupposto impositivo dell'IRAP si ha quando sia presente il requisito dell'autonoma organizzazione. Per integrare tale requisito è sufficiente

una segreteria part-time. c) Si è svolto il 21/3/2013 un incontro tra una delegazione della CAO nazionale ed il Segretario Generale del Consiglio Superiore della Magistratura in cui si è discusso delle problematiche relative ai rapporti fra procedimenti disciplinari di competenza delle CAO e procedimenti penali, di cui alla nota FNOMCeO prot. n. 2498 del 22/3/2013 ● **Segnalazione Dr. E. Martini riguardante autorizzazione studio odontoiatrico.** La Commissione decide di verificare la presenza di attività dello studio dopodiché, non essendoci autorizzazione, si procederà ad esposto ai NAS ● **Valutazione materiale per "Reggio Sanità".** La Commissione valuta il materiale, che sarà affidato al Dr. A. Cingi per essere pubblicato su "Reggio Sanità".

IL SEGRETARIO
Dott. Andrea Grassi

IL PRESIDENTE
Dott. Marco Sarati

DALLA C.A.O. NAZIONALE

LA CARTELLA CLINICA IN ODONTOIATRIA

di Giuseppe Renzo

Cari Colleghi, anche in seguito a vari quesiti che pervengono ai nostri uffici per quanto riguarda il tema della cartella clinica e della documentazione in possesso dello studio odontoiatrico ritengo opportuno cercare di portare un contributo di chiarificazione considerata la complessità e la poco omogeneità del panorama normativo a riguardo.

Non vi è dubbio che alla compilazione della cartella clinica sono tenuti i medici ospedalieri e i dipendenti delle case di cura private convenzionate. Analogamente alla tenuta della cartella clinica sono tenuti anche i dipendenti delle case di cura private non convenzionate anche se in quest'ultimo caso è diversa la natura giuridica della cartella clinica stessa.

Da un punto di vista strettamente giuridico la cartella clinica ha natura di atto pubblico anche se la giurisprudenza e la dottrina non sono completamente convergenti per quanto riguarda il riconoscimento della natura di atto pubblico facente fede sino a querela di falso dei dati contenuti.

La parte più cospicua della dottrina riconosce alla cartella clinica ospedaliera il possesso di tutti i requisiti propri dell'atto pubblico (artt. 2699, 2700 c.c.)

di fede privilegiata sino a querela del falso. Questa interpretazione implica un vincolo di verità su ciò che il pubblico ufficiale vi ha attestato e la punibilità per i reati di falsità in atti (artt. 476, 479, 481 c.p.), omissione, rifiuto (art. 328 c.p.) o rivelazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.).

Un'altra parte della dottrina è orientata nel senso di riconoscere alla cartella clinica la natura di atto pubblico idoneo a produrre piena certezza legale, non risultando dotato di tutti i requisiti richiesti dell'atto pubblico.

Una terza ipotesi configura la cartella clinica come un tertium genus intermedio tra la scrittura privata e l'atto pubblico, assimilabile a una certificazione amministrativa.

La stessa natura di atto pubblico riveste la cartella clinica inerente prestazioni sanitarie per le quali la casa di cura privata è convenzionata con la ASL.

Per quel che riguarda invece le case di cura non convenzionate la cartella clinica rappresenta esclusivamente un promemoria privato dell'attività diagnostico-terapeutica svolta, non rivestendo pertanto né carattere di atto pubblico né di certificazione. Per quanto riguarda l'attività degli studi privati libero professionali

non esiste alcuna normativa che obbliga alla tenuta della cartella clinica o della scheda sanitaria dei pazienti.

Occorre subito segnalare che, comunque, la tenuta di una cartella clinica o meglio di una scheda clinica da parte dell'odontoiatria costituisce un'ottima regola di professionalità dando concreto significato anche per i liberi professionisti alle norme di cui agli artt. 25 del Codice Deontologico (documentazione clinica) e dell'art. 26 (Cartella clinica). Nel caso dell'odontoiatra non voglia conservare la scheda clinica può, a termine della seduta, consegnare il tutto al paziente oppure procedere alla distruzione della stessa; in questi casi non deve chiedere al proprio paziente nessuna autorizzazione per la compilazione. In particolare, in quanto attività esercitata in libera professione, anche se attività di pubblico interesse, questa raccolta di dati clinici non ha valore di atto pubblico.

Si suggerisce peraltro la conservazione della documentazione clinica ivi compresa la scheda clinica poiché in ipotesi di contestazione, la mancanza di tale documentazione si configurerà come elemento di prova negativa a carico del sanitario a cui incombe l'onere di provare di aver

operato secondo i criteri di diligenza indicati nell'art. 1176 c.c.

Sulla scorta di tale criterio consegue pertanto che, pur in assenza di obbligo, non sarà fuori luogo conservare la documentazione clinica per il periodo pari alla prescrizione dell'azione di risarcimento del danno.

Riguardo la documentazione radiologica, poiché l'odontoiatra è abilitato ad eseguire attività radiodiagnostiche complementari, le leggi in materia di radioprotezione impongono la conservazione e la circolazione degli esami radiologici, per diminuire di inutili esposizioni della popolazione.

L'odontoiatra è tenuto all'archiviazione per dieci anni (ex art. 111 D.L. n. 230/95; D.M. 14/02/97, art. 4, comma 3) degli esami eseguiti presso il proprio studio, che devono essere rintracciabili e disponibili per il paziente in qualsiasi momento. In alternativa è possibile, per l'odontoiatra, consegnare le radiografie al paziente, documentando con ricevuta.

Per gli esami radiologici eseguiti presso un gabinetto radiologico esterno e acquisiti, subentra l'obbligo di custodia di cosa altrui e risarcimento in caso di perdita o danneggiamento del bene.



Deliberazione n. 123 assunta dal Comitato Centrale della FNOMCeO, riunitosi a Torino il 25 ottobre 2013, concernente la proroga di 12 mesi della fase di prima applicazione e dei criteri indispensabili per la pubblicità dell'informazione sanitaria relativamente all'esercizio professionale non convenzionale

Requisiti indispensabili per la pubblicità dell'informazione sanitaria relativa all'esercizio professionale non convenzionale: PRIMA APPLICAZIONE

- a) Certificazione di una scuola almeno biennale, ad orientamento clinico, frequentata per un minimo di 200 ore di monte orario che attesti la formazione teorica e il superamento di un esame finale nonché autocertificazione attestante l'esercizio professionale non convenzionale da almeno 3 anni. Le scuole devono garantire i seguenti requisiti:
1. il responsabile didattico della scuola deve essere medico,
 2. i docenti titolari/ordinari della formazione devono essere medici salvo casi particolari di apporto di ulteriori competenze in riferimento alla didattica (giurisprudenza, farmacia...),
 3. la scuola deve avere un minimo di tre docenti titolari e comunque la componente medica deve essere almeno di 2/3 del corpo docente; *oppure*
- b) Certificazione di pratica clinica nella materia, effettuata in struttura pubblica e/o privata, da almeno due anni, rilasciata dal direttore sanitario o comunque dal responsabile sanitario della struttura.
- Tale fase di prima applicazione ha la durata fino a **12 mesi** dalla data di scadenza della precedente deliberazione in materia. Nei casi in cui gli Ordini ritengano sussistere una acclarata competenza e professionalità clinica del richiedente potranno valutare in alternativa ai requisiti di cui ai punti a) e b), e limitatamente alla fase di prima applicazione, il possesso di almeno 3 dei titoli che seguono ai fini della verifica del messaggio da pubblicizzare
- Titoli aggiuntivi al fine della definizione del curriculum**
- a. pubblicazioni nella specifica disciplina su libri, riviste mediche dotate di comitato scientifico o comunicazioni a convegni;
 - b. partecipazione a convegni in qualità di organizzatore scientifico;
 - c. effettuazione di attività didattiche non continuative sulla materia;
 - d. partecipazione a corsi formativi quali master universitari, seminari, corsi intensivi nella materia;
 - e. partecipazione a convegni sulla materia nei cinque anni precedenti la richiesta dell'attestazione.

Corte dei conti, squilibri finanziari persistenti in sanità

«La legislatura che si apre vede una situazione economica e finanziaria del sistema sanitario migliore del passato» ma «il settore si trova tuttavia di fronte a scelte impegnative» sia sul versante di una «adeguata garanzia dei livelli di assistenza» sia su quello della necessità di «chiarire le dimensioni di persistenti squilibri finanziari». A denunciarlo nella sua relazione sul rendiconto generale dello Stato, il presidente di Sezione della Corte dei Conti **Rita Arrigoni**. In proposito, il decreto sui pagamenti dei debiti della Pubblica amministrazione ha assunto, in questo comparto, «un carattere di sanatoria rispetto a comportamenti amministrativi la cui devianza non trova riscontro in altri Paesi europei». Dal canto suo **Luigi Giampaolino**, presidente della Corte dei Conti ha sottolineato la necessità indifferibile di una «revisione e razionalizzazione della spesa e degli appalti pubblici», aggiungendo come si siano esauriti i «margini offerti dal ricorso ai tagli lineari» e i «guasti» degli stessi sui servizi. La pressione fiscale, passata dal 42,6 al 44% è «superiore di 3 punti alla media» dei Paesi dell'area euro, ha detto Arrigoni, ma «la possibilità di una riduzione non è facile da coniugare con il rispetto degli obiettivi europei che permangono severi».

Riunione del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Reggio Emilia del 16 Maggio 2013

ESTRATTO DEL VERBALE

Sono presenti i Consiglieri: Dr.ssa M. Brini, Dr. S. Busani, Dr. A. Chiari, Dr. S. De Franco, Dr. E. Martini, Dr. L. Patrizio, Dr.ssa S. Pergolizzi, Dr. F. Pisi, Dr. G. Radighieri, Dr. P. Ragni, Dr. G. Sciaboni, Dr. M. Soliani, Dr.ssa L. Vastano, Dr. A. Munari, Dr. M. Sarati. Sono presenti i Revisori dei Conti: Dr.ssa M. Brigati, Dr.ssa L. Ghirelli, Dr. S. Roti ● **Audizione 2013 Dr. W. Vezzosi Rappresentante Ordine Fondazione Manodori.** Il Dr. W. Vezzosi, rappresentante ordinistico in seno alla Fondazione Manodori, è stato invitato in Consiglio a relazionare sull'attività svolta. La Fondazione Manodori, ente di diritto privato nel campo bancario, risente della grave crisi economica che ha coinvolto non solo il nostro Paese, ma anche l'Europa. Il patrimonio della Fondazione, che è investito per oltre l'80% in azioni UNICREDIT, purtroppo ha registrato, nonostante siano stati effettuati tre aumenti di capitale negli ultimi quattro anni, visibili perdite. Ciò ha scatenato diverse polemiche riportate sulla stampa quotidiana locale sul perché la Fondazione non abbia pensato di diversificare i suoi investimenti, per salvaguardare il proprio patrimonio. La Fondazione assolve pienamente al suo compito, se riesce a perseguire gli obiettivi sanciti dallo Statuto: 1) mantenere il più possibile il patrimonio e, se possibile, incrementarlo; 2) fare beneficenza utilizzando le rendite derivanti dal patrimonio, dopo aver detratto i fondi necessari per la gestione degli organi collegiali e del personale dipendente. Purtroppo la mancata distribuzione di dividendi da parte di UNICREDIT nel 2012 ha portato ad una cospicua riduzione del budget messo a disposizione per la beneficenza: l'importo di tale fondo, che nel 2012 era stato fissato in 10 milioni di euro, dopo essere stato ridotto a 7 milioni e mezzo di euro, subirà una ulteriore contrazione. Il Dr. Vezzosi evidenzia inoltre che, per il recente terremoto che ha colpito la popolazione di alcuni paesi dell'area reggiana, la Fondazione ha elargito subito € 600.000,00 impegnandosi ad erogare un ulteriore importo di € 400.000,00. Per far fronte a tale emergenza, si è dovuto far ricorso ad un fondo di stabilità

da cui è consentito prelevare somme di denaro solo una volta. Purtroppo altri fondi sono stati detratti dai settori di intervento della Fondazione, che sono sanità, recupero artistico, volontariato. Lo Statuto, elaborato negli anni 1994-95, ed entrato in vigore nel 1997, per la sua completezza è stato adottato in passato da molte Fondazioni, ma il testo ormai appare obsoleto, in quanto deve recepire nuove leggi entrate in vigore. A tal fine due anni fa è stata costituita una apposita Commissione preposta alla revisione dello statuto che ha formulato in Consiglio Generale tre specifiche bozze di revisione, che dovranno essere valutate. Secondo il Dr. W. Vezzosi deve essere tutelato il posto del rappresentante dell'Ordine dei Medici, che non sempre compare negli statuti delle Fondazioni, ma in realtà è fondamentale, in quanto espressione di competenza sia in ambito sanitario, sia figura in grado di rapportarsi con il territorio e le sue esigenze. Per variare lo statuto occorrono 9 voti su 13 e non sarà facile procedere alla sua modifica ● **Relazioni delle Commissioni. Commissione Etica Medica.** Il Coordinatore, Dr.ssa S. Pergolizzi, comunica che l'iniziativa tenutasi l'8 maggio 2013, incentrata sulla relazione tra medico e bambino nelle patologie croniche, ha riscosso ampio successo ed ha visto la partecipazione di molti pediatri ed altri professionisti. È stato invitato a partecipare, quale relatore, il Dr. Izzi, oncoematologo pediatrico dell'Ospedale Maggiore di Parma, che ha tenuto una relazione magistrale sulla relazione tra medico e bambino, derivata dalla sua grandissima esperienza che ha maturato nel corso della sua attività professionale. Molto rilevante è stato anche il contributo arrecato da altre figure professionali, quali due Infermiere che hanno parlato della loro esperienza personale nell'ambito della relazione fra il bambino e la famiglia nel corso di malattie incurabili. La relazione del Dr. Izzi ha fornito interessanti spunti di riflessioni su alcune tematiche quali l'accompagnamento nella fase terminale di un bambino affetto da patologia incurabile. La Dr.ssa Pergolizzi auspica che si possa riproporre per il futuro una iniziativa simile sul rapporto tra medico e paziente adulto e ringrazia tutti i membri della Commissione che hanno partecipato all'organizzazione dell'evento dell'8 maggio. In relazione al Premio Mosti 2013, la Commis-

sione Etica, in continuità con gli anni precedenti che hanno visto nel 2011 assegnare il Premio ai Colleghi impegnati nel volontariato internazionale e nel 2012 a quelli che si occupano di cure palliative, ore 21.00 quale ambito di assegnazione del Premio 2013, quello relativo ai medici al servizio degli "ultimi", intendendosi per "ultimi" anche le persone soggette e regime carcerario e quelle che vivono negli ospedali psichiatrici giudiziari. La Dr.ssa Pergolizzi comunica che se il Consiglio condividerà tale scelta, la Commissione non procederà più come nel passato a raccogliere le segnalazioni spontanee di candidati al premio, ma farà una selezione sui colleghi che sono stati al servizio degli "ultimi" nella loro carriera professionale. La Brini, nel suo intervento, evidenzia come tale tematica, che è stata ampiamente condivisa dai membri della Commissione, sia estremamente attuale, considerato l'elevato numero di persone sofferenti ed isolate. Inoltre sottolinea come l'intento della Commissione non sia quello di assegnare il premio alle figure cosiddette istituzionali, ad esempio i medici che operano nelle carceri, ma ai medici che si occupano di emarginati, anche al di fuori della propria attività professionale. Alla domanda del Dr. De Franco che chiede di precisare meglio la definizione di "ultimi", la Dr.ssa Pergolizzi risponde affermando che il tema della fragilità può essere esteso, oltre all'area degli opp, che nel corso di quest'anno verranno soppressi, anche a quella degli ambulatori della Caritas, degli orfanotrofi, delle comunità terapeutiche. Sarà compito della Commissione definire meglio l'ambito di assegnazione del premio. La Dr.ssa Brini ha predisposto l'invio ai componenti la Commissione di Etica Medica e ai Consiglieri la bozza del codice deontologico, la cui valutazione sarà posta all'ordine del giorno della prossima riunione della commissione etica: chi vorrà formulare osservazioni e modifiche le potrà presentare direttamente in commissione. Si precisa che le variazioni al testo dovranno essere inviate alla FNOMCeO entro il 15 settembre 2013 ● **Osservatorio Ospedale-Territorio.** Il Coordinatore, Dr.ssa Brigati, relaziona sulla riunione dell'Osservatorio, tenutasi il 14/5/2013, a cui hanno partecipato, oltre ai Dott.ri Brigati, Gherardi e Pisi, membri della Commissione, anche alcuni

componenti del Consiglio, Dott.ri De Franco, Brini, Sarati e Vastano. È stata affrontata la tematica relativa alla deburocratizzazione, cioè la semplificazione all'accesso alle prestazioni specialistiche; il tema, per effetto di una recente iniziativa assunta da un sindacato locale, è divenuto di scottante attualità ed ha causato divergenze fra i medici appartenenti alle due aree dell'ospedale e del territorio. I medici di medicina generale da un lato denunciano il fatto che gli specialisti, nel momento in cui effettuano la consulenza, non compilano le ricette per la prescrizione degli esami a completamento diagnostico, pur avendo in dotazione il ricettario del SSN, che dovrebbero usare per legge. Dall'altro gli specialisti segnalano il fatto che i medici di medicina generale, quando richiedono le consulenze, talvolta non precisano il quesito diagnostico e non redigono una breve anamnesi del paziente da consegnare allo specialista. Nel corso della serata è emerso che la tematica è molto più complessa e coinvolge anche altri aspetti, quali quello relativo alla correttezza dei percorsi, all'autorizzazione all'uso del ricettario (chi lo può o meno usare), e anche l'ambito tecnologico: non sempre infatti nel luogo in cui si erogano le prestazioni si rileva la presenza di idonee apparecchiature informatiche per poter ricettare. Il Dr. De Franco ha inquadrato il problema anche dal punto di vista dell'etica della responsabilità e ha concluso con una sorta di slogan, affermando che in questa tematica ci sono regole da rispettare, normative da aggiornare e dotazioni tecnologiche da approntare. Il discorso potrebbe continuare in futuro analizzando il problema nella sua complessità, ascoltando le ragioni di tutti gli interessati, a partire dai pazienti, e cercando delle soluzioni rispettose del Codice Deontologico, che dedica alcuni articoli al reciproco rispetto e alle modalità con le quali deve avvenire il consulto tra professionisti. La Commissione Ospedale-Territorio vuole continuare a fare da tramite tra l'area dei MMG e quella degli specialisti, favorendo la comunicazione su tale argomento: sarebbe opportuna la costituzione di un tavolo permanente su questa tematica perché bisogna cercare delle soluzioni

Riunione del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Reggio Emilia del 16 Maggio 2013

(segue da pag. 12)

idonee in un clima di fattiva collaborazione. Il Dr. Roti evidenzia che in tale problematica sussiste un aspetto che non è stato rilevato né dalla Direzione Sanitaria del S. Maria né da quella dell'AUSL e nemmeno dal sindacato che ha promosso l'iniziativa; gli specialisti che effettuano visite programmate da CUP nelle case di cura private accreditate e convenzionate non hanno diritto ad avere il ricettario del SSN: il paziente che accede a tali ambulatori deve sempre effettuare un percorso più accidentato rispetto a quello che si rivolge alla struttura pubblica, in quanto non può avere direttamente la prescrizione dallo specialista, ma deve recarsi dal MMG che dovrà trascrivere le indicazioni. Ne consegue che il paziente è demotivato ad accedere alle case di cura convenzionate ed il MMG, per evitare di veder tornare il paziente in ambulatorio, lo indirizza alle strutture pubbliche. La Dr.ssa Brigati comunica che il prossimo incontro avrà luogo l'11 giugno 2013, alle ore 21, e sarà incentrato sulla gestione integrata del paziente pediatrico cronico e sulle proposte di passaggio in cura del paziente pediatrico dal PLS al MMG ● **Pubblicità Sanitaria.** Il Dr. Martini relaziona sulla riunione regionale relativa alla pubblicità sanitaria, svoltasi a Bologna il 4 maggio 2013. È emerso che quasi tutti gli Ordini hanno un regolamento di pubblicità sanitaria, i cui testi verranno inviati. Il nostro Ordine, dopo aver verificato la possibilità di redigere un regolamento, non ha proceduto alla stesura del testo, in quanto l'attuale normativa prevede che l'Ordine verifichi il rispetto delle norme deontologiche di veridicità e trasparenza. Era presente alla riunione anche il consulente legale dell'Ordine di Bologna, che ha ribadito l'importanza del rispetto degli articoli del codice deontologico nell'ambito della pubblicità sanitaria: il Dr. Martini rileva a questo riguardo come sia estremamente pericoloso, nel momento in cui si avvia un contenzioso in tale ambito, fare riferimento solo agli articoli del Codice. In relazione alla richiesta del Dr. E. Puglioli, che chiede l'autorizzazione alla stampa e distribuzione su richiesta, di biglietti da visita, si evidenzia che tale forma pubblicitaria non è soggetto ad alcuna autorizzazione. La dizione riportata è comunque corretta.

Il Consiglio prende inoltre atto delle seguenti comunicazioni: 1) Comunicazione Comune di R.E. relativa alla variazione direzione sanitaria dell'Ambulatorio Odontoiatrico Privato "Brehea Dent srl" nella persona del Dott. Fajton Thoma; 2) Ampliamento attività sanitarie Poliambulatorio Medico Privato "Centro Cuore e Salute"; 3) Autorizzazione Comune di Albinea relativa all'esercizio dello studio odontoiatrico privato Dr.ssa Ganapini Lara; 4) Variazione direzione sanitaria Dental Medical Casalgrande da Dott. Orsi Stefano a Dott. Manicardi Andrea ● **Delibere: Decreto 8/2/2013 relativo a Società Professionali nel sistema ordinistico: attivazione sezione speciale Albo; quota annuale.** Il Dr. Martini evidenzia come, a seguito della pubblicazione della Legge 12/11/2011 n. 183 e del successivo regolamento di cui al Decreto 8 febbraio 2013 n. 34 recante "Regolamento in materia di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell'art. 10, comma 10, della Legge 12/11/2011, n. 183" cambi la modalità di esercizio della medicina/odontoiatria; si potrà esercitare, oltre che presso strutture sanitarie e studi privati, anche tramite le Società tra professionisti. Tali società potranno essere di persone, di capitali, cooperative. A tali società possono partecipare sia professionisti appartenenti ad una medesima professione o a più professioni e vi potranno entrare anche gruppi di capitali esterni. Si precisa a tale riguardo che i soci professionisti devono detenere almeno 2/3 del capitale, mentre 1/3 può essere apportato da soggetti esterni portatori di capitali. Il Dr. Martini rileva inoltre che al paziente viene garantita una notevole tutela: verrà consegnata una informativa in cui è descritta con precisione il tipo di società ed il ruolo che rivestono al suo interno i professionisti, tra i quali potrà scegliere il proprio curante. La normativa presenta ancora alcuni elementi di criticità: non è stato ancora chiarito se la responsabilità professionale debba ricondursi al professionista o alla società, ed inoltre sussiste il problema relativo alla contribuzione previdenziale, in quanto la modalità di versamento del reddito derivante dall'attività professionale varia a seconda della tipologia di professionista (medico/avvocato/ingegnere ecc.). Il Dr. Martini evidenzia inoltre che nelle socie-

tà costituite da professionisti provenienti da aree diverse, la società si iscriverà all'Albo dei Professionisti appartenenti alla tipologia di attività preminente esercitata, secondo la libera scelta della società costituita (art. 8 comma 2 Decreto n. 34/2013). Il Consiglio Direttivo: visto il DLCPS 13 settembre 1946 n. 233; visto l'art. 10 della Legge 12 novembre 2011 n. 183; visto l'art. 3 del D.P.R. 7 agosto 2012 n. 137; viste le disposizioni contenute nel D.M. 8 febbraio 2013 n. 34 "Regolamento in materia di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell'art. 10 della Legge 12 novembre 2011 n. 183"; all'unanimità dei presenti DELIBERA l'istituzione, a partire dal 16/5/2013, della Sezione Speciale dell'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, ai sensi dell'art. 8 del D.M. 8 febbraio 2013 n. 34, per l'iscrizione, con numerazione progressiva separata, delle Società tra Professionisti, con l'indicazione dei dati obbligatori come di seguito specificati: provincia iscrizione; numero iscrizione; data iscrizione; data cancellazione; data sospensione; ragione sociale; numero e data iscrizione nella sezione speciale del registro imprese; sede legale; altre sedi secondarie; legale rappresentante; soci professionisti; soci per finalità di investimento; oggetto attività professionale prevalente; altre attività professionali ricomprese nell'oggetto; variazioni, con permanenza dello storico, di status e di tutte le altre informazioni riportate. Il Consiglio inoltre: vista la Legge Istitutiva (DLCPS n. 233/46) ed in particolare l'art. 4; visto l'art. 10 della Legge 12 novembre 2011 n. 183; visto l'art. 3 del DPR 7 agosto 2012 n. 137; viste le disposizioni contenute nel D.M. 8 febbraio 2013 n. 34 "Regolamento in materia di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell'articolo 10 della Legge 12 novembre 2011, n. 183; considerato che l'attuale valore della quota di competenza del Consiglio Provinciale per l'iscrizione all'Albo delle persone fisiche ammonta a € 180,00 (per il sanitario iscritto ad un solo albo), come da delibera consiliare del 20/9/2012; ritenuto opportuno definire la quota di pertinenza del Consiglio Provinciale per l'iscrizione all'Albo del-

le società tra professionisti nell'importo di € 180,00 DELIBERA La quota di pertinenza del Consiglio a carico delle società tra professionisti iscritti all'Ordine per l'anno 2013 nel valore pari a € 180,00 di cui € 23,00 verranno versate alla FNOMCeO. Successivi adempimenti verranno deliberati, dopo la realizzazione dell'incontro con il Dr. A. Cilloni, che verrà invitato alla riunione consiliare del 20 giugno 2013 ● **Nuova procedura Albo.** Il Presidente sottolinea la necessità che le procedure informatiche di Segreteria, individuabili nel programma di gestione anagrafica degli iscritti che alimenta il flusso dell'albo, nell'area della posta elettronica, nel sito e nel programma di protocollo, attualmente disgiunte, vengano collegate tra loro. Evidenzia a tale riguardo come la procedura "albo" si alimenti sempre più di nuove funzioni; basti pensare che ora l'Ordine dovrà trasmettere, per il tramite della Federazione, gli indirizzi "pec" degli iscritti all'INI-PEC, cioè all'indice nazionale degli indirizzi di posta elettronica certificata delle imprese e dei professionisti, costituito presso il Ministero dello Sviluppo Economico. Inoltre tramite il programma di gestione anagrafica degli iscritti vengono trasmessi con cadenza mensile a FNOMCeO e ENPAM i dati degli iscritti. Dovranno essere riallineati anche i singoli computer in modo da avere lo stesso sistema di operatività: attualmente, ad esempio il programma di gestione anagrafica iscritti, costruito sul vecchio sistema di Access 97, non ha la piena funzionalità su due computer di Segreteria su cui è installato Windows Seven, in quanto su tale macchine non è possibile procedere alla stampa dei certificati. Si vogliono in tal modo perseguire 3 obiettivi: 1) Creazione del fascicolo elettronico del professionista; 2) Razionalizzazione dell'inserimento dati da parte del personale che attualmente, causa il mancato collegato delle varie aree, inserisce più volte lo stesso dato, ad esempio un indirizzo di posta elettronica, in più sezioni; 3) Miglioramento delle prestazioni di utilizzo e di manutenzione delle apparecchiature informatiche. Il Presidente chiede pertanto al Consiglio l'autorizzazione ad effettuare uno studio di fattibilità, che sarà successivamente corredato da

(continua a pag. 14)

Riunione del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Reggio Emilia del 16 Maggio 2013

(segue da pag. 13)

uno specifico preventivo, per riallineare tutti i programmi informatici: a tal fine verrà effettuato un incontro con il referente di Flex Line, che illustrerà il nuovo programma di gestione dell'albo. Il Consiglio, all'unanimità, dà mandato al Presidente, di verificare la fattibilità di tale progetto ● **c - Pianificazione programmazione lavori manutenzione e ristrutturazione Ordine 2013.** Il Presidente ricorda che il Consiglio, nella seduta del 18/4/2013, ha deliberato la realizzazione di un piano di manutenzione e restyling della sede dell'Ordine, come illustrato dalla Dr.ssa Vastano, che prevede un primo intervento nei locali di accesso (hall), ristoro e bagni con fornitura di nuovi arredi. La Dr.ssa Vastano comunica che verranno inviate le richieste di preventivo a 3 ditte: precisa inoltre che tali opere, che vengono effettuate in trattativa privata, dovranno prevedere il tinteggio dei 4 locali, il rinnovo dei sanitari e dei lavabi oltre ad arredi

adeguati e saranno eseguiti dal pomeriggio di martedì 23 luglio a sabato 27 luglio 2013. Nella prossima riunione consiliare verrà presentato l'elenco dettagliato degli arredi, che verranno smaltiti e depositati in garage e sarà posta all'ordine del giorno la decisione relativa alla ditta assegnataria dei lavori. Il Consiglio approva all'unanimità ● **Variazioni agli Albi Professionali: Iscrizione Albo Medici Chirurghi Dr.ssa Garcia Sampedro Rocio (citt. spagnola) e Dr.ssa Castro Ruiz Carolina (citt. messicana); Iscrizione Albo Medici Chirurghi per trasferimento da altri Ordini Dott. Colognesi Alberto da Rovigo, Dott. Torcetta Francesco da Lecco; Cancellazione da Albo Medici Chirurghi per trasferimento ad altri Ordini: Dr. D'Amore Roberto a Modena - Dr.ssa Magnanini Federica a Milano; Variazione anagrafica e codice fiscale da Dr.ssa DZHEMILOVA Elena a Dr.ssa ROTUNDO Elena ● Comunicazioni del Presidente Albo Odontoiatri.** Il Dott. Sarati

comunica che prenderà parte alla assemblea dei Presidenti CAO, che si terrà a Roma nei giorni 24 e 25 maggio 2013, mentre il 29/6/2013 parteciperà, in rappresentanza dell'Ordine, al Consiglio Nazionale ENPAM di Roma ● **Comunicazioni della Presidenza. Incontro Sindacati - Ordine anno 2013.** Il Presidente comunica che, come di consueto, avrà luogo l'incontro annuale con i rappresentanti delle organizzazioni sindacali mediche, che si terrà lunedì 3 giugno 2013, alle ore 21.00, presso la sede dell'Ordine. All'Ordine del giorno della riunione sono stati posti i seguenti argomenti: Ruolo dell'Ordine nel rapporto Ospedale-Territorio: l'uso del ricettario regionale - Tutela e Assistenza nel disagio professionale ● **Atti istruttori: D.Lgs n. 33/2013 relativo a trasparenza.** Il Dr. Martini comunica che, in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, dovrà essere riportata sul sito web dell'Ordine una apposita sezione denominata "Amministrazione trasparente" in cui dovranno comparire i compensi

attribuiti ai componenti gli organi collegiali (ad es. i gettoni di presenza), gli incarichi di consulenza, l'organigramma del personale, l'ammontare complessivo dei premi incentivanti, le delibere, i bandi concorso, il codice di comportamento dei dipendenti pubblici ed il codice disciplinare previsto dalla legge e dal CCNL. Il Dr. Martini comunica inoltre che, visto che l'art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013 prevede l'istituto dell'accesso civico, si dovrà procedere necessariamente alla nomina, ai sensi dell'art. 2 comma 9-bis della Legge 241/90 - di un sostituto provvedimentale. Tale ruolo non potrà essere rivestito da chi, come lui, riveste già la carica di "Responsabile della trasparenza e del piano della prevenzione della corruzione", ma dovrà essere necessariamente ricoperto dal Presidente. All'ordine del giorno del prossimo consiglio verrà inserita la nomina del sostituto provvedimentale.

IL PRESIDENTE
Dott. Salvatore De Franco

Riunione del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Reggio Emilia del 19 Settembre 2013

ESTRATTO VERBALE

Sono presenti i Consiglieri: Dr.ssa M. Brini, Dr. A. Chiari, Dr. S. De Franco, Dr. W. Giglioli, Dr. E. Martini, Dr.ssa S. Pergolizzi, Dr. F. Pisi, Dr. M. Soliani, Dr.ssa L. Vastano, Dr. A. Munari, Dr. M. Sarati ● **Commissione per l'Etica Medica.** Il Coordinatore, Dr.ssa S. Pergolizzi, informa il Consiglio che la Commissione sta elaborando il programma del Convegno del 23/11/2013, all'interno del quale verrà consegnato il Premio Mosti. Il titolo dell'evento, che si terrà presso l'Aula Manodori di UNIMORE, è il seguente: "Giornata dedicata al Premio Mosti: i valori etici della professione medica". Il programma prevede, dopo la registrazione dei partecipanti ed il saluto delle Autorità, lo svolgimento di due relazioni abbastanza corpose: la prima, tenuta dal Dr. P. Ragni, dal titolo "Scienza, coscienza e nuovi valori", la seconda dalla Dr.ssa S. Casati sul tema: "Fragilità, una sfida per l'etica medica". Seguirà una tavola rotonda per la quale devono ancora essere definiti i nominativi dei partecipanti sul tema: "Curare insieme". Le

varie relazioni affronteranno i vari temi del curare: curare gli ultimi, curare nella storia, curare il paziente, curare il cittadino, curare la comunità, curare insieme con le professioni, curare nuovo: la professione che cambia. Seguirà la consegna del Premio Mosti, che quest'anno si intitola: Premio Mosti. Il Medico in cammino. Al termine si terranno le conclusioni a cura del Presidente ● **Gruppo Tecnico Pubblicità Sanitaria.** Il Consiglio Direttivo, esaminata la richiesta presentata dal Dott. Torelli Cesare, sentito il parere dello specifico Gruppo Tecnico, esprime parere favorevole all'affissione della targa con il testo proposto, a condizione che nel messaggio pubblicitario vengano apportate le seguenti modifiche: 1) Dalla dizione "protesi fissa normale" bisogna dipendere il termine "normale"; 2) Deve essere eliminata la dicitura "odontoiatria estetica", in quanto non esistente quale branca specialistica. Il Consiglio inoltre, esaminata la richiesta con cui il Dr. Torelli Cesare chiede il parere dell'Ordine sull'affissione di un cartello indicatorio su totem preesistente sito all'inizio di Via Andreini a Reggio Emilia, per consentire al paziente di indivi-

duare facilmente l'ubicazione dello studio, sentito lo specifico Gruppo Tecnico, esprime parere favorevole all'installazione del cartello sopraccitato con il testo proposto. Il Consiglio prende atto delle dichiarazioni di conformità presentate dai seguenti Sanitari: 1) Dott. CATELLANI Federico Direttore Sanitario Presidio Odontoiatrico Privato "EDENTA" di Cadelbosco Sopra (RE) per locandina in occasione della Fiera di Cadelbosco Sopra (RE); 2) Dott. GUIDETTI Tommaso per targa e inserzione su elenco telefonico e pagine gialle; 3) Dott. SABETTA Ettore per pagina web sul network "Sanità Facile srl". Il Consiglio prende inoltre atto delle seguenti comunicazioni pervenute dal Comune di Reggio Emilia: 1) Autorizzazione al funzionamento studio odontoiatrico privato Dott. Bassenghi Vittorio; 2) Autorizzazione al funzionamento studio odontoiatrico privato Dott.ssa Manganello Silvia; 3) Autorizzazione al funzionamento Centro Odontoiatrico Michael di R.E.; 4) Autorizzazione al funzionamento Centro Odontoiatrico Privato Dott. Cervi Corrado di R.E.; 5) Variazione direzione sanitaria Ambulatorio Odontoiatrico Privato "Dental Family srl" per cui il

Dr. De Giorgio Vito, iscritto all'Albo Odontoiatri di Verona, subentra al Dr. Bergo Marco; 6) Installazione nuove attrezzature "Centro Terapia Riabilitativa CTR" ● **Formazione.** Il Consiglio, esaminata la richiesta con cui la Dr.ssa Paola Pantaleoni, medico oculista presso la Casa di Cura "Villa Verde", chiede il patrocinio dell'Ordine all'iniziativa relativa allo screening gratuito di prevenzione delle patologie oculari, organizzata dalla Casa di Cura sopraccitata in collaborazione con l'Unione Italiana Ciechi, che si terrà nei giorni 5/10, 26/10 e 30/11/2013, sentito il parere favorevole del Dr. R. Manghi, delibera di accordare il patrocinio all'iniziativa sopraccitata. Analogo parere favorevole viene formulato per le seguenti richieste di patrocinio pervenute rispettivamente da: 1) "I&C srl" per conto del Dr. Antonio Manari, Direttore del Reparto di Cardiologia Interventistica dell'Arcispedale "S. Maria Nuova" di R.E., per il Convegno del titolo: "RIABILITAZIONE 2013. Dalla terapia intensiva alla palestra: un nuovo percorso per il cardiopatico", che si terrà a Reggio Emilia il

(continua a pag. 13)

Riunione del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Reggio Emilia del 19 Settembre 2013

(segue da pag. 14)

15/11/2013; 2) Dott. William Glioli, Responsabile Lungodegenza Postacuta e Team Nutrizionale Artificiale dell'Arcispedale "S. Maria Nuova" di R.E. per il Corso Clinico sul tema: "L'Eccellenza in Nutrizione", che si terrà a Reggio Emilia il 20/12/2013; 3) Dott. Giovanni Malferrari, Presidente SINV (Società Italiana Interdisciplinare Neuro Vascolare), per i seguenti moduli all'interno del Corso Nazionale di Perfezionamento in Patologia Neurovascolare, che si terranno a Reggio Emilia nelle date sotto riportate: "Management del paziente cerebrovascolare acuto" - 10/10/2013; "Eco Color Doppler Transcranico Arterie Vene Parenchima" - 10/2/2014; "L'ictus da cause rare. Dal sospetto clinico alla diagnosi" - 10/5/2014

● **Gruppo Tecnico Medicine non Convenzionali.** Essendo assente il Dr. P. Ragni, Coordinatore del Gruppo sopracitato, il Presidente dà lettura del verbale della prima riunione, svoltasi l'11/9/2013, nella quale è stato esaminato l'Accordo Stato Regioni del 7/2/2013 avente ad oggetto la formazione dei medici chirurghi e degli odontoiatri che esercitano le branche della medicina non convenzionale (Agopuntura, Fitoterapia, Omeopatia, Antroposofia e Omatossicologia). I criteri di formazione nelle medicine non convenzionali relativi alla fase transitoria sono diversi da quelli attuali in vigore presso il nostro Ordine. Si propone pertanto al Consiglio Direttivo 1) di ampliare il Gruppo; 2) di confermare l'attuale regolamentazione ordinistica in relazione ai criteri di formazione nelle mnc, in attesa che vengano emanate disposizioni legislative; 3) di pubblicizzare a tutti gli interessati, tramite il bollettino ed il sito web dell'Ordine, le informazioni riguardo i requisiti formativi attuali e quelli prospettati nell'Accordo Stato-Regioni, suggerendo a chi è in possesso dei soli requisiti previsti dall'attuale Regolamento ordinistico, di provvedere ad acquisire anche quelli previsti per il futuro. Il Consiglio, visto quanto sopra, ritiene che gli esperti vadano chiamati, nel momento in cui si ravvisa la necessità

● **Delibere: Quota iscrizione Ordine 2014.** Il Consiglio Direttivo, sentita la proposta del Tesoriere che ritiene che la quota di iscrizione all'Ordine relativa al 2014 possa rimanere invariata e pari a € 180,00, in quanto

tale importo risulta sufficiente per far fronte ai costi della gestione ordinaria, all'unanimità, delibera di approvare la quota di iscrizione all'Ordine per l'anno 2014 pari a € 180,00, di cui € 23,00 saranno versati per ogni iscritto alla FNOMCeO. Tale approvazione sarà portata nell'Assemblea del Bilancio Preventivo 2014

● **Data Assemblea Bilancio Preventivo 2014: provvedimenti conseguenti.** Il Consiglio Direttivo, in ottemperanza agli articoli 23 e 24 del Regolamento approvato con DPR 5/4/1950 n. 221, delibera di convocare l'Assemblea Annuale degli iscritti, per Giovedì 5 Dicembre, 2013 alle ore 20.30, presso la sede dell'Ordine, al fine di approvare il bilancio preventivo per l'anno 2014. Nel corso dell'Assemblea avrà luogo il Giuramento di Ippocrate da parte dei neoiscritti nell'anno 2013

● **Gestione informatizzata Albo Periti e CTU.** La Dr.ssa Brini, come già riferito nella seduta consiliare del 18/7/2013, ricorda che il Presidente del Tribunale, nel corso dell'ultima riunione, oltre ad evidenziare la carenza di Periti e CTU in alcune aree professionali (nell'area della medicina in particolare medici legali), ha chiesto la collaborazione degli Ordini presenti per promuovere iniziative atte a rinvenire figure di tale tipo. Per ovviare a tali problemi, è stata elaborata, a cura dell'Ordine degli Ingegneri, un programma informatico, condiviso anche dagli altri Ordini, che richiede l'inserimento dei nominativi dei Periti e CTU, nel nostro caso, in base alla specialità posseduta e alle competenze acquisite. La gestione informatizzata dell'albo garantirebbe da un lato l'alternanza delle nomine dei Periti e dei CTU, dall'altro consentirebbe al Giudice, tramite l'inserimento in un data base delle specifiche competenze, di scegliere il professionista in possesso delle specifiche professionalità richieste per valutare quel determinato caso. Il progetto prevede anche la formazione del personale di Segreteria addetto alla tenuta dell'Albo Periti e CTU. Il Consiglio, visto quanto sopra, delibera di aderire alla realizzazione del programma informatico di gestione dell'Albo Periti e CTU alle condizioni economiche sopracitate e decide che l'attività connessa a tale progetto sarà seguita dalla sezione Albo della Segreteria, nelle persone delle impiegate Giorgia Righi e Federica Bosi

● **Consulta Provinciale delle Professioni: pro-**

gramma delle attività. Il Presidente informa il Consiglio che, con lettera del 9/8/2013 inviata a tutti gli Ordini e Collegi Professionali della Provincia di Reggio Emilia, il Presidente della Camera di Commercio di R.E., comunica che la Giunta camerale, nella seduta del 25/7/2013, ha ratificato la composizione della Consulta Provinciale delle Professioni, nuovo organismo istituito dall'art. 10 - comma 6 - della Legge n. 580/1993 "Riordinamento delle Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura (e successive modifiche e/o integrazioni). Il Presidente dà lettura dell'art. 5 del Regolamento, che qui di seguito si riporta, relativo alle funzioni della Consulta: "La Consulta esercita funzioni di tipo consultivo, formulando giudizi e/o valutazioni indirizzati alla Camera di Commercio relativi alla promozione di una più stretta connessione tra impresa e mondo dei professionisti essenziale nel supportare le aziende nei percorsi di crescita, innovazione e apertura internazionale con riferimento alla mission della Camera di Commercio. Esercita altresì funzioni di tipo consultivo in materia di semplificazione degli adempimenti a carico delle imprese". Dà inoltre lettura delle funzioni svolte dalla Camera di Commercio. Nel corso della riunione di insediamento del 17/9/2013 è stato eletto, quale Presidente della Consulta, il Dr. Bruno Bartoli, Presidente dell'Ordine dei Dottori Commercialisti. A tale riguardo è stato chiesto che all'interno del sito della Camera di Commercio venga allestita un'area riservata alla Consulta in cui vengano inserite tutte le iniziative assunte dalla stessa in relazione alle attività dei professionisti. Visto quanto sopra, il Consiglio delibera la presa d'atto dell'istituzione della Consulta delle Professioni e del programma delle attività future che andrà a svolgere secondo quanto previsto dall'art. 5 del regolamento, e dà mandato alla sezione Albo della Segreteria, nelle persone di Giorgia Righi e Federica Bosi, di seguire l'attività connessa alla Consulta

● **Variazioni agli Albi Professionali. Cancellazione da Albo Medici Chirurghi per cessata attività: Dott. Casoli Giacomo, Dott. Paterlini Fermo**

● **Comunicazioni della Presidenza: Relazione riunione Consiglio Nazionale FNOMCeO - Roma 27/7/2013**

La Dr.ssa Brini relazione sulla riunione del Consiglio Naziona-

le, svoltosi a Roma il 27/7/2013, incentrato sulle tematiche connesse alla responsabilità professionale ed alle criticità relative alla assicurazione sulla responsabilità civile. Le assicurazioni non garantiscono la copertura per alcune specialità, in cui il contenzioso è molto alto; per garantire che tutti i colleghi possano essere assicurati a tariffe congrue, è necessario che tutti i medici stipolino la polizza assicurativa. In più si ipotizza che per le specialità ad altro rischio si effettui una integrazione. L'obbligo dell'assicurazione slitterà ad agosto 2014.

Ricordo delle Colleghe Paola Labriola e Eleonora Cantamessa. Il Presidente dà lettura del comunicato stampa nel quale il Comitato Centrale della FNOMCeO, nel ricordo delle Colleghe Labriola e Cantamessa, uccise durante l'esercizio della professione, comunica che rivolgerà al Ministro della Salute la richiesta di conferimento di una medaglia al Merito della Sanità Pubblica ed al Ministro dell'Interno quella di una medaglia al Valor Civile.

Dematerializzazione attestati ECM. Il Presidente comunica che gli attestati ECM relativi agli eventi formativi anno 2010 ed antecedenti, già inseriti nel data base Opline e non ancora archiviati nel fascicolo personale, verranno eliminati. La stessa norma vale anche per gli attestati ECM relativi all'anno 2010 ed antecedenti depositati nelle cartelle personali unitamente alla scheda anagrafica riepilogativa. Il Consiglio ne prende atto.

Procedura attribuzione crediti ECM per pubblicazioni. Il Presidente comunica che è stata aggiornata la procedura connessa all'attribuzione dei crediti ECM per l'attività di ricerca che dà esito a pubblicazioni scientifiche, formulata in base alle indicazioni dell'AGENAS. Sono state inoltre definite le norme che regolano l'archiviazione e la conservazione di tale documentazione.

Proposta Associazione "Re-learning". Il Presidente comunica che l'Associazione "Re-learning" ha inviato a "Professare" l'invito ad aderire o come Coordinamento o come singoli Ordini e Collegi Professionali al Protocollo d'intesa "Reggio Emilia Provincia ad alto apprendimento". Seguirà proposta di adesione.

IL PRESIDENTE
Dott. Salvatore De Franco

Riunione del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Reggio Emilia del 17 Ottobre 2013

ESTRATTO VERBALE

Sono presenti i Consiglieri: Dr.ssa M. Brini, Dr. S. Busani, Dr. A. Chiari, Dr. S. De Franco, Dr. W. Giglioli, Dr. R. Manghi, Dr. E. Martini, Dr. L. Patrizio, Dr.ssa S. Pergolizzi, Dr. M. Soliani, Dr.ssa L. Vastano. Sono presenti i Revisori dei Conti: Dr.ssa M. Brigati, Dr.ssa L. Ghirelli, Dr. G. Russi ● **Relazioni delle Commissioni Osservatorio Problematiche Mediche.** Il Coordinatore, Dr.ssa M. Brigati, relaziona sull'incontro dell'Osservatorio con il Gruppo Tecnico delle Cure Palliative svoltosi il 24/9/2013. L'attività dell'Osservatorio per le cure palliative è iniziata in marzo 2013 con la visita al reparto di Medicina Oncologica dell'Arcispedale "S. Maria Nuova". A 6 mesi dalla attivazione di tale divisione, si è notato un effetto positivo: i palliativisti territoriali hanno rilevato che i pazienti dimessi da tale reparto sono gestibili meglio, in quanto viene realizzato un programma specifico, che viene continuato con facilità dai medici di medicina generale e dagli stessi palliativisti. Durante l'incontro i partecipanti hanno esposto i propri progetti per il futuro. La Dr.ssa Torricelli, pediatra di libera scelta, sta facendo una indagine conoscitiva tra i colleghi per sapere se effettivamente è necessario formare dei palliativisti pediatri. La Dr.ssa Brigati, facendo parte di entrambe le commissioni, si è dimostrata disponibile a fare da tramite tra i due gruppi. Il Dr. Soliani ha espresso particolare interesse per la tematica relativa alle cure palliative non oncologiche, che dovrà essere approfondita nelle riunioni successive. Il Dr. Chiari riferisce la difficoltà, da parte dei medici di guardia medica, di gestire quei pazienti, che gli stessi medici di c.a. vedono per la prima volta, ricoverati nelle strutture e che sono inseriti nel sistema delle cure palliative. La Dr.ssa Brigati evidenzia come le tematiche relative alla gestione del dolore, della morte il ruolo dell'hospice, le cure palliative oncologiche e non sono tematiche di alto interesse, che meritano di essere approfondite. Il 12 novembre avrà luogo la prossima riunione dell'Osservatorio con il gruppo terapia del dolore avente per tema la rete delle cure palliative tra ospedale e territorio; a tale riunione sono stati invitati il Dr. Costantini per l'ospedale ed il Dr. Pinotti per il territorio ● **Pubblicità Sanitaria.** Il Dr. Martini riferisce che, nella riunione regionale sulla pubblicità del 16/10/2013, è stato esaminato ed approvato all'unanimità un documento,

che sarà sottoposto all'attenzione della FRER. Il Dr. E. Martini dà lettura delle conclusioni del documento, che qui di seguito si riportano: *"La informativa avente ad oggetto il valore della prestazione resa dal professionista sanitario e concernente l'attività, le specializzazioni, i titoli posseduti, la struttura dello studio professionale ed i compensi richiesti per le prestazioni deve essere funzionale all'oggetto, veritiera e corretta, non deve violare l'obbligo del segreto professionale e non deve essere univoca, ingannevole o denigratoria. La rispondenza dei caratteri dell'informativa sanitaria concernente il valore della prestazione ai canoni enucleati al comma 1 ed al rispetto del decoro e dell'indipendenza professionale è verificato dall'Ordine della Provincia nella quale viene diffuso l'annuncio relativo. La violazione della disposizione di cui ai precedenti commi ed ai provvedimenti dell'Ordine Provinciale in sede di verifica del messaggio pubblicitario costituiscono illeciti disciplinari e sono soggetti alla sanzione della sospensione dall'esercizio della professione da X mesi a Y mesi, comminata a seguito di procedimento disciplinare instaurato dall'Ordine di appartenenza dell'iscritto".* Il Consiglio prende atto delle seguenti comunicazioni pervenute dal Comune di Reggio Emilia: - Ampliamento attività sanitaria Centro Palmer mediante autorizzazione delle nuove branche di dermatologia, urologia e genetica medica; - Modifica destinazione d'uso ambulatori e specialità ambulatoriali autorizzate Poliambulatorio Centro Medico Privato "Lazzaro Spalanzani"; - Autorizzazione al funzionamento studio odontoiatrico privato Dott. Vecchi Francesco; - Cessazione attività Presidio "Sport Monitoring Service srl" - Il Dr. Russi relaziona sulla riunione del Collegio dei Revisori dell'11/10/2013, nel corso della quale si è esaminato il bilancio di previsione per l'anno 2014, che registra rispetto a quello 2013, alcune nuove voci quali le spese connesse allo svolgimento delle elezioni ordinarie e la ristampa dell'albo professionale. Verificata la copertura corrente delle somme impiegate per uscite in preventivo, si evidenziano i seguenti valori: Entrate € 450.017,00 - Uscite € 450.017,00 - Avanzo/disavanzo previsto € 0. Il Collegio formula un parere favorevole sul bilancio di previsione 2014, che sarà sottoposto all'approvazione definitiva degli iscritti nell'assemblea del 5/12/2013 ● **Delibere: Assestamento Bilancio Preventivo 2013 e Bilancio Preventivo 2014.** Il Consiglio, rilevato che non è previsto alcun assestamento al bilancio preventivo per l'anno 2013, esaminato il bilan-

cio di previsione predisposto per il 2014, preso atto del parere favorevole formulato dal Collegio dei Revisori dei Conti, delibera la presa d'atto del bilancio preventivo per l'anno 2014, che sarà sottoposto all'approvazione definitiva dell'assemblea degli iscritti prevista per il 5/12/2013. **Iscrizione Albo Medici Chirurghi per trasferimento da altri Ordini: Dr.ssa Franco Francesca da Modena- Dr. Germano Giuseppe Antonio da Bologna; Cancellazione da Albo Medici Chirurghi per cessata attività: Dr. Dal Verme Paolo - Dr.ssa Onesti Anna** ● **Comunicazioni della Presidenza: Relazione riunione Consulta Prov.le delle Professioni 30/9/2013.** Il Presidente ricorda che la Camera di Commercio, in attuazione dell'art. 10 - comma 6 - della Legge n. 580/1993, ha provveduto a costituire la Consulta delle Professioni, costituita dai Presidenti degli Ordini e Collegi Professionali della Provincia di Reggio Emilia che, nel corso della riunione di insediamento del 17/9/2013, ha provveduto a nominare il Presidente, nella persona del Dr. B. Bruno Bartoli, Presidente dell'Ordine dei Commercialisti. La Consulta ha il compito di fornire giudizi e valutazioni indirizzati alla Camera di Commercio relativi alla promozione di una più stretta connessione tra impresa e mondo dei professionisti. Nella riunione del 30/9/2013, la Consulta ha provveduto a nominare il membro che entrerà a far parte del Consiglio della Camera di Commercio, nella persona del Dr. Alberto Bergianti, Presidente dell'Ordine dei Dottori Agronomi. Il Dr. De Franco rileva che nella Regione Emilia-Romagna i Presidenti della Consulta provengono o dall'area giuridica o da quella economica, tranne nel caso di Bologna in cui presiede la Consulta il Dr. P. Pizza, Presidente dell'Ordine dei Medici, mentre nel Consiglio della Camera di Commercio è entrata a far parte il Presidente dell'Ordine dei Commercialisti. Il Dr. P. Pizza ha illustrato alla Camera di Commercio di Bologna un programma di interazione con le attività commerciali, progetto che ha suscitato l'interesse del Ministero per il commercio estero e le attività produttive: a tale riguardo lo stesso Dr. P. Pizza è stato inviato a Roma per una audizione. **Relazione riunione Tribunale 30/9 e 1/10/2013.** La Dr.ssa Brini, dopo aver precisato che la riunione del 30/9 era incentrata esclusivamente sull'aggiornamento dell'Albo Periti e CTU, relaziona sulla seduta dell'1/10/2013. Su proposta del Presidente del Tribunale, Dr. F. M. Caruso, si è provveduto ad inviare una informativa a tutti gli Ordini e Collegi illustrativa del progetto di informatizzazione

dell'Albo Periti e CTU, invitando gli Ordini, che ancora non lo avessero fatto, ad inviare l'adesione al progetto al Presidente dell'Ordine degli Ingegneri. **Relazione riunione FRER Modena 12/10/2013.** Il Dr. De Franco relaziona sulla riunione della FRER Ordini, tenutasi a Modena il 12/10/2013. Nel corso della riunione, a seguito delle dimissioni dalla carica di Segretario presentate dal Dot. Aulizio, è stato eletto, quale nuovo Segretario, il Dott. Gaudio, Presidente dell'Ordine dei Medici di Forlì-Cesena; inoltre si è stabilito di tenere la riunione FRER bimestralmente nella giornata di mercoledì. Il Dr. P. Pizza ha comunicato che verrà inviato agli Ordini l'invito per la presentazione del libro di Ivan Cavicchi su welfare e comunità. Il Dr. Pagani, Presidente dell'Ordine di Piacenza, rende noto che si sta procedendo alla realizzazione del fascicolo sanitario elettronico, che comporta alcune problematiche. E' stato proposto un documento degli Ordini dell'area vasta Romagna. E' stato inoltre affrontato il tema relativo alla conciliazione e alla mediazione, che, come ricorda il Dr. De Franco, sono state reintrodotte dalla legislazione nei procedimenti civili. Il Dr. Falcinelli, Presidente dell'Ordine di Ravenna e Consigliere ENPAM, chiede che gli Ordini possano intervenire con suggerimenti e proposte nell'ambito dei modelli sanitari predisposti dalla Regione, ad es. in relazione allo spostamento della cronicità dalle residenze sanitarie e dalle lungodegenze alla casa della salute nel territorio. Il Dr. Lo Monaco, Vice Presidente dell'Ordine di Modena, ha comunicato che a Baggiovara ha preso avvio il sistema di ospedale ad alta intensità di cure, sistema che pone problemi sia di relazione che di responsabilità tra i professionisti che intervengono nel percorso di cura e nei rapporti con il territorio. Il Dr. Di Lascio ha inoltre evidenziato che sta aumentando la conflittualità tra Collegi, soprattutto tra quelli che vengono assunti negli ospedali con contratti libero-professionali. Per tale motivo si è pensato di organizzare un evento informativo con un format uguale per tutte le province, incentrato sulla riorganizzazione del SSN e sul disagio professionale. Il Dr. Pagani infine ha rinnovato l'invito a partecipare ad un convegno che si terrà a Piacenza il 27/10/2013 incentrato sulla certificazione di malattia del dipendente pubblico e privato.

IL PRESIDENTE
Dott. Salvatore De Franco

L'Emilia-Romagna tra le tre "Regioni benchmark"

Lusenti: "Riconosciuta la qualità del nostro sistema sanitario, lavoriamo per la sostenibilità della sanità pubblica sul piano nazionale". Lo ha detto Carlo Lusenti, assessore regionale alle politiche per la salute, commentando l'inclusione dell'Emilia-Romagna nel novero delle "Regioni benchmark", quelle cioè che rappresenteranno i riferimenti sui quali saranno determinati i costi standard in sanità a partire dal 2013.

"Non è una gara per raggiungere un posto in classifica, ma è il riconoscimento che il Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna rappresenta un punto di riferimento a livello

nazionale".

Lo ha detto Carlo Lusenti, assessore regionale alle politiche per la salute, commentando l'inclusione dell'Emilia-Romagna nel novero delle tre "Regioni benchmark", assieme a Umbria e Veneto. Le Regioni, cioè, che rappresenteranno i riferimenti sui quali saranno determinati i costi standard in sanità a partire dal 2013. "La nostra soddisfazione – continua Lusenti – è anche quella di offrire, con l'esperienza maturata in Emilia-Romagna, un contributo concreto alla sostenibilità del Servizio sanitario

pubblico nel suo insieme. E' questo lo spirito con il quale vogliamo proseguire sul piano nazionale, assieme alle altre Regioni, un lavoro di razionalizzazione dei costi in sanità per superare le difficoltà che la crisi ci mette davanti". "Essere indicati dalle altre Regioni come un riferimento per la qualità/economicità dei nostri servizi sanitari – ha concluso l'assessore – rappresenta motivo di orgoglio certamente per noi, ma anche per tutti i professionisti che ogni giorno garantiscono, in Emilia-Romagna, una buona sanità".

ENPAM

CALCOLO PENSIONE FONDO DI PREVIDENZA GENERALE QUOTA A

Per sapere a quanto ammonta la pensione di Quota A, sia quella di vecchiaia sia quella anticipata, gli iscritti possono usare un simulatore disponibile già da oggi nell'Area riservata del sito Enpam.

Per ora il simulatore permetterà di calcolare unicamente la pensione di Quota A, quindi solo una parte di quella che spetterà agli iscritti e che sarà sommata a quanto riceveranno per i versamenti effettuati negli altri Fondi Enpam o, nel caso dei dipendenti, all'assegno Inps (ex Inpdap). La pensione del Fondo generale di Quota A è calcolata sulla base del contributo obbligatorio che tutti i medici e i dentisti versano all'Enpam sin dal momento dell'iscrizione al proprio Ordine.

Mettere a confronto la pensione ordinaria di vecchiaia con quella anticipata permetterà al medico di fare una scelta più consapevole.

Dal primo gennaio 2013, con l'entrata in vigore della Riforma delle pensioni, il re-

quisito di età per accedere al trattamento di vecchiaia di Quota A è di 65 anni e 6 mesi. Il requisito aumenterà di sei mesi ogni anno fino al 2018, data in cui sarà possibile andare in pensione a 68 anni. Per chi versa alla Quota A resta possibile chiedere il pensionamento anticipato al 65° anno, scegliendo però retroattivamente il metodo di calcolo contributivo.

Per accedere al simulatore basta entrare nell'Area riservata e dal menu "Servizi per gli iscritti" scegliere la sezione "Ipotesi di pensione di Quota A". Da lì si potrà procedere al calcolo delle due opzioni.

Le ipotesi hanno comunque un valore meramente indicativo del trattamento finale, sia perché questo è soggetto a numerose variabili, tra cui eventuali cambiamenti normativi, sia perché il sistema considera i riscatti e le ricongiunzioni in corso di pagamento come già interamente versati e le eventuali morosità come estinte.

Prorogate le misure di sostegno ai lavoratori colpiti dalla crisi e alle famiglie in difficoltà

Esenzione dal pagamento del ticket su visite ed esami specialistici per i lavoratori che hanno perso il lavoro, sono in cassa integrazione, in mobilità o con contratto di solidarietà; erogazione gratuita di farmaci di fascia C per le famiglie in forte disagio economico-sociale. La Giunta regionale, che ha introdotto queste misure all'inizio della crisi economica, le ha prorogate (quinto anno consecutivo) fino al 31 dicembre 2014.

L'esenzione dal ticket riguarda i lavoratori residenti in Emilia-Romagna che hanno perso il posto di lavoro a partire dal 1° ottobre 2008 o che si trovano in cassa integrazione straordinaria, ordinaria o in deroga, in mobilità o con contratto di solidarietà. L'esenzione riguarda anche i familiari a carico. Per usufruirne è necessario compilare il modulo di autocertificazione del proprio stato occupazio-

nale: il modulo viene consegnato dagli uffici dell'Azienda Usl al momento della visita o dell'esame specialistico. Chi ha perso il lavoro deve essere in possesso della "Dichiarazione di immediata disponibilità" (Did), rilasciata dal Centro per l'impiego, presente in ogni provincia, ed essere in attesa di occupazione. Per i lavoratori in mobilità è necessario anche essere iscritti nelle liste di mobilità ed essere in possesso della "Dichiarazione di immediata disponibilità". La distribuzione gratuita dei farmaci di fascia C è rivolta ai componenti di famiglie in situazioni di estremo disagio sociale, individuate o in carico ai Servizi sociali dei Comuni. Riguarda farmaci indicati nei Prontuari terapeutici delle Aziende sanitarie e in distribuzione diretta, dunque distribuiti da farmacie delle stesse Aziende sanitarie.



Il Consiglio dell'Ordine unitamente alla Redazione di "Reggio Sanità" formula a tutti i Colleghi i più fervidi auguri di Buon Natale e Felice Anno Nuovo

Obbligatorio attivare la Casella di Posta Elettronica Certificata

La Posta Elettronica Certificata è il sistema di posta elettronica nel quale è fornita al mittente documentazione elettronica, con valenza legale, attestante l'invio e la consegna di documenti informatici, l'equivalente on-line di una raccomandata cartacea.

“Certificare” l'invio e la ricezione — i due elementi fondamentali nella trasmissione dei documenti informatici — significa fornire al mittente, dal proprio gestore di posta, una ricevuta che costituisce prova legale dell'avvenuta spedizione del messaggio e dell'eventuale allegata documentazione. Allo stesso modo, quando il messaggio perviene al destinatario, il gestore invia al mittente la ricevuta di avvenuta (o mancata) consegna con precisa indicazione temporale.

Con l'attivazione di una casella PEC, si ottempera all'obbligo previsto dal D.L. n. 185 del 29/11/2008 (convertito in Legge n. 2 del 28/01/2009).

Infatti, a seguito di questo provvedimento, i professionisti iscritti agli Albi devono dotarsi di un indirizzo di posta elettronica certificata, che permetta la certificazione di data e ora dell'invio o della ricezione delle comunicazioni e l'integrità

del contenuto delle stesse.

La Legge prevede inoltre che, una volta in possesso della casella pec, questa dovrà essere notificata all'Ordine inviando una e-mail dalla propria casella pec attivata all'indirizzo segreteria.re@pec.omceo.it

Per facilitare l'attivazione, l'Ordine ha sottoscritto una convenzione con Poste Italiane, alla quale si accede cliccando il seguente link: <http://www.odmeo.re.it/index.php?main=1&sez=10&type=100&id=539>

L'Ordine sta comunicando alla FNOMCeO le PEC degli iscritti agli Albi.

A seguito di comunicazione FNOMCeO riguardante l'esito della trasmissione degli indirizzi PEC dei professionisti al Ministero dello Sviluppo Economico (INI-PEC Indice Nazionale degli Indirizzi di posta elettronica certificata delle imprese e dei professionisti) ai sensi del Decreto 19 marzo 2013, si informa che non vengono considerati validi gli indirizzi PEC con dominio **@postacertificata.gov.it** in quanto mail a disposizione dei cittadini e non dei professionisti.

QUOTA ISCRIZIONE ORDINE ANNO 2014

NUOVE MODALITÀ DI PAGAMENTO

Tutti gli iscritti all'Ordine riceveranno, entro il mese di gennaio, un avviso di pagamento da parte dell'Agente di Riscossione “Equitalia Centro SPA” di R.E. con l'indicazione del tributo relativo alla tassa di iscrizione agli Albi Professionali per l'anno 2014, comprensiva del tributo a favore della FNOMCeO. La quota, **che verrà riscos-**

sa, per motivi di semplificazione amministrativa, in una unica rata con scadenza 31 GENNAIO 2014, ammonta per l'iscrizione ad un solo Albo a € 180,00, mentre gli iscritti ai due Albi Professionali saranno soggetti ad una duplice quota di iscrizione dell'importo di € 337,00 comprensiva di una unica quota FNOMCeO.

Si comunica che, secondo le nuove disposizioni di Equitalia, non sarà più possibile pagare la quota tramite domiciliazione bancaria, in base alla quale gli iscritti, che usufruivano di tale servizio, ricevevano il bollettino astericato con la dicitura “bollettino annullato” importo addebitato su c/c bancario n..... istituto bancario.....”.

I pagamenti possono essere effettuati nei modi seguenti:

1. Presso gli sportelli di Equitalia Centro SPA, senza commissioni d'incasso, anche utilizzando le apparecchiature POS;
2. Presso tutti gli uffici postali e tutte le banche, utilizzando

il modello RAV allegato all'avviso di pagamento;

3. Presso gli sportelli bancomat delle banche abilitate, con l'indicazione del numero di RAV riportato sul relativo bollettino;
4. Presso le tabaccherie abilitate;
5. Presso le ricevitorie abilitate SISAL e Lottomatica;
6. Tramite il sito internet aziendale www.gruppequitalia.it con carta di credito digitando il numero di RAV.

Raccomandiamo vivamente di provvedere nel più breve tempo possibile a tale pagamento, onde evitare ritardi, ma soprattutto per non incorrere nell'invio di una cartella esattoriale emessa da Equitalia, che sarà gravata dei diritti di notifica.

AVVISO

Si invitano i Colleghi a comunicare all'Ordine i cambi di residenza intervenuti ed il conseguimento di nuovi titoli di specializzazione, master, dottorati di ricerca, corsi di perfezionamento universitari e formazione in medicina generale, mediante la compilazione degli specifici modelli rispettivamente “variazione di residenza” e “dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà” reperibili sul sito web dell'Ordine

www.odmeo.re.it

nella sezione modulistica.

ENPAM Per snellire le procedure e ridurre costi e tempi di attesa, già dal prossimo anno alcune comunicazioni saranno accessibili solo online. È importante che chi non è ancora registrato all'area riservata del portale ENPAM lo faccia al più presto

I medici e i dentisti apprezzano l'informatizzazione dei servizi della Fondazione. Negli ultimi quattro mesi sono stati infatti 23 mila gli utenti che si sono aggiunti a quelli già registrati all'area riservata del sito internet dell'Enpam, raggiungendo quota 180mila. La crescita rispecchia quella del numero di dichiarazioni del reddito libero professionale presentate online: i modelli D elettronici sono infatti passati dai circa 59mila del 2012 ai quasi 80 mila del 2013.

In futuro sempre di più saranno i servizi a disposizione: l'Ente sta infatti proseguendo sulla strada della digitalizzazione. Per snellire le procedure, ridurre costi e tempi di attesa, già dal prossimo anno alcune comunicazioni saranno accessibili solo online. È importante quindi che chi non è ancora registrato lo faccia al più presto.

Chi è iscritto all'area riservata può:

- visualizzare i dati anagrafici;
- modificare la password di accesso;
- consultare la propria situazione contributiva Enpam;
- dichiarare il reddito libero professionale;
- compilare le domande per i riscatti e le ricongiunzioni;
- controllare lo stato di avanzamento delle pratiche per le indennità di maternità, adozione e affidamento e per quelle dei riscatti;
- attivare e gestire i servizi della Carta Fondazione Enpam;

- stampare i duplicati dei bollettini Rav e Mav per il pagamento dei contributi di Quota A, di Quota B e delle rate dei riscatti;
- utilizzare il simulatore per il calcolo della pensione di Quota A;
- visualizzare e stampare i cedolini della pensione e il Cud (per gli iscritti pensionati, le vedove e gli orfani). Il cedolino del Cud può essere consultato prima che avvenga il pagamento, entro il 27 del mese precedente: ad esempio, entro il 27 novembre si potranno già consultare i cedolini delle pensioni che verranno pagate il 1° dicembre;
- comunicare o cambiare il codice Iban per l'accredito della pensione;
- stampare le certificazioni fiscali dei pagamenti per:
- i contributi Quota A eseguiti tramite domiciliazione bancaria;
- i contributi ordinari Quota B (e quelli effettuati a titolo sanzionatorio);
- i riscatti.
- stampare le certificazioni fiscali degli importi percepiti per indennità di maternità, adozione e affidamento.

COME ISCRIVERSI ALL'AREA RISERVATA

Registrarsi è semplice: basta accedere al modulo di iscrizione cliccando in alto a destra nella home-page del sito Enpam (l'indirizzo diretto è: www.enpam.it/servizi/registrazione) e seguire le istruzioni.

Contenuti rimossi per ragioni di privacy

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE ISCRITTI ORDINE

GIOVEDÌ 5 DICEMBRE 2013, ALLE ORE 20.30

presso la Sala Pampari dell'Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
Via Dalmazia, 101 - Reggio Emilia

Nel corso dell'Assemblea, oltre alle relazioni della Presidenza, della Tesoreria, del Collegio Revisori dei Conti e l'approvazione del bilancio preventivo 2014, avrà luogo il Giuramento di Ippocrate e la consegna delle pergamene ai neo iscritti nell'anno 2013.

Tutti gli iscritti sono invitati a partecipare.

AVVISO IMPORTANTE A TUTTI I COLLEGHI

Inoltriamo la richiesta, a tutti i Colleghi che non hanno ancora provveduto, di comunicare alla Segreteria dell'Ordine, al più presto, un indirizzo e-mail valido e funzionante a cui far pervenire comunicazioni, avvisi e newsletter. Per completare l'indirizzario e-mail degli iscritti mancano ancora circa 240 indirizzi.

L'indirizzo di posta elettronica potrà essere inviato alla Segreteria via fax 0522/382118 o via e-mail: ordinedeimedici@tin.it

CHIUSURA UFFICI DI SEGRETERIA

Si comunica che a tutti gli iscritti che gli Uffici di Segreteria dell'Ordine resteranno chiusi nelle giornate

del 23-24 Dicembre 2013

NECROLOGIO CI HANNO LASCIATO

Prof. COVACEV Livio

di anni 82, deceduto il 9/07/2013

Dott. GIORGIO Lorenzo Alessandro

di anni 65, deceduto il 5/07/2013

Dott. MAGNANI Casciano

di anni 61, deceduto il 29/08/2013

Dott. QUINTO Pasquale

di anni 87, deceduto il 17/07/2013

Dott. SANTI Gianfranco

di anni 75, deceduto il 13/09/2013

Dott. SPREAFICO Lorenzo

di anni 63, deceduto il 15/09/2013

Rinnoviamo alle Famiglie in lutto le più sentite ed affettuose condoglianze.

AREA
MEDICI CHIRURGHI

AREA
ODONTOIATRI

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI REGGIO E.



L'Osservatorio è attivo

Invia la Tua e-mail:
osservatorioproblematichemediche@odmeo.re.it
collegandoti al sito dell'Ordine (www.odmeo.re.it) ed accedendo all'area riservata cliccando sull'immagine del faro.
Segnala un fatto, racconta la Tua esperienza, fai proposte operative sempre rispettando la privacy dei Colleghi e dei Pazienti.

ALBI PROFESSIONALI Variazioni al 31/10/2013

Medici-Chirurghi

Iscritti al 30/06/2013: 2.086 (di cui 119 doppie iscrizioni)

- 4 Nuove Iscrizioni
- 2 Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine
- 1 Cancellazione per trasferimento ad altro Ordine
- 4 Cancellazioni per cessata attività
- 6 Cancellazioni per decesso

Totale al 31/10/2013: 2.081 (di cui 119 doppie iscrizioni)

Odontoiatri

Iscritti al 30/06/2013: 321 (di cui 119 doppie iscrizioni)

Totale al 31/10/2013: 321 (di cui 119 doppie iscrizioni)

TOTALE GENERALE AL 31/10/2013: 2.283

Reggio Sanità

Bollettino ufficiale dell'Ordine
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Reggio Emilia

Bimestrale

Anno XXXIV - N. 4-5
Luglio-Ottobre 2013

Direttore Responsabile:
Dr. Alessandro Chiari

Vice-Direttore:
Dr. Andrea Cingi

Redattore Capo:
Dr. Mattia Soliani

Redattori:
Dr.ssa Francesca Moggi
Dr. Clemente Votino

Comitato di Redazione:
Il Consiglio dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri

Direzione e Redazione:
Via Dalmazia, 101
Tel. (0522) 38 21 00 - 38 21 10
Fax (0522) 382118
42124 Reggio Emilia

Composizione:
ANTEPRIMA
Stampa:
GRAFITALIA,
Reggio Emilia, Via Raffaello, 9