



settembre 2014
nuova serie - numero 6

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

DIRETTORE responsabile
Alberto Folgheraiter

DIRETTORE editoriale
dott. Giuseppe Zumiani

COORDINATORE dell'edizione
dott. Fabrizio Zappaterra

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

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

I Colleghi sono invitati a collaborare
alla realizzazione del Bollettino

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

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

Medico Trentino

Bollettino d'informazione

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

In questo numero

EDITORIALE

3 Dibattito senza volontà
di offendere

COLLEGHI PER SEMPRE

4 Alessandro Fedrizzi
Un'eredità di serenità
e di speranza

5 Peppino Manzi
Il decano dei pediatri

6 Lorenza Vicentini
ematologa a Bolzano

Giovanni di Cristina
Il decano dei cardiologi

Nadir Braghin
medico a Volano

ATTUALITÀ

7 Sangue: nel 2013
non tutto negativo

8 In forte aumento
le reazioni da farmaci

9 Medicine non
convenzionali:
possibile l'iscrizione
nel registro

10 Regolamento
per l'iscrizione
nei registri delle
medicine non
convenzionali

13 Formazione del
Registro Generale
degli Indirizzi Elettronici

14 Obbligo della PEC
anche per ReGIndE

PROFESSIONE

15 Comitato etico
Organo consultivo
e indipendente

16 Queste le funzioni
assegnate al CEAS

17 Raccomandazioni
sulle DAT, Dichiarazioni
Anticipate di
Trattamento Sanitario

18 Medicina: Concorso
Nazionale per le scuole
di specializzazione

COMUNICAZIONI FNOMCeo

22 Prevenzione delle ferite
da taglio nel settore
ospedaliero-sanitario

24 Ferite da taglio:
sorveglianza negli
studi medici

25 Ricevute dei ticket
sanitari esenti
da imposta di bollo

27 Procedimenti
disciplinari e ruolo degli
ordini professionali

35 Sfruttamento sessuale
e pornografia minorile

Il dietista attua le diete
prescritte da un medico



Ogni autore è pienamente responsabile del contenuto del proprio articolo e non coinvolge il Consiglio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Trento.

36 Obbligo di POS dal 30 giugno 2014

Società fra professionisti
tassa di concessione governativa

37 Irap e medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale

38 Disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope

45 Medici: l'ammontare del reddito non è rilevante ai fini dell'IRAP

47 Borse di studio per le scuole di specializzazione medica

48 Recupero borse di studio specializzandi anni 1983-1991

49 Filo diretto con FNOMCeO
Preavviso convocazione rinnovo cariche dell'ordine

50 Note CUF: precisazioni

ODONTOIATRIA

51 Progetto di prevenzione odontoiatrica

APPUNTAMENTI

58 Convegno sull'osteoartrite il 25 ottobre a Levico Terme

59 Seminario il 4 ottobre sulla deontologia del medico nella pratica quotidiana

60 Il 13 dicembre la "Giornata del Medico". All'Auditorium concerto degli "Oldies but Goldies"

LA NOSTRA STORIA

61 La Grande Guerra nelle pagine del "Bollettino"

Il 4 ottobre 2014

Gastroenterologia alle Terme di Comano

Medicina convenzionale e medicina complementare a confronto, il 4 ottobre 2014 alle Terme di Comano nell'ambito degli "Incontri di gastroenterologia" promossi dall'ospedale "San Camillo" di Trento. Si parlerà di intestino irritabile, di dispepsia, di dieta (Antonio Costa, Carlo Pedrolli), di fitoterapia, di omeopatia, di agopuntura, di ipnosi e di idrocolonterapia. I posti disponibili sono cento e l'evento è accreditato ECM per medici chirurghi, infermieri, dietisti, farmacisti.

La scheda di iscrizione si può scaricare dal sito www.orkata.it

Il 20-21 novembre 2014

Accessi vascolari 5° convegno nazionale

Il 20 e 21 novembre, presso il Grand Hotel Trento si tiene il quinto convegno nazionale del gruppo di studio accessi vascolari-Sin. Nel corso delle due giornate saranno sviluppati temi legati ai problemi vascolari, si parlerà di esperienza spagnola, di formazione post universitaria, di sorveglianza e di procedure endovascolari, di diagnostica e innovazioni tecnologiche. La segreteria scientifica del convegno è di Giuliano Brunori e Andrea Bandera della struttura complessa multizonale di Nefrologia e Dialisi dell'ospedale "Santa Chiara" di Trento.

Editoriale

Dibattito senza volontà di offendere

Dott. Giuseppe Zumiani - Presidente dell'Ordine

La pubblicazione sul Bollettino di ottobre 2013 di alcuni contributi per una "riorganizzazione della Sanità Trentina", elaborati da un gruppo di medici, ha suscitato la reazione contrariata di altri colleghi. Nel numero successivo del Bollettino (dicembre 2013) abbiamo ospitato la presa di posizione degli anestesisti e dei rappresentanti degli infermieri, oltre alla lettera di un singolo collega.

Tutto è nato da un equivoco e da uno spiacevole fraintendimento. In verità il contributo al dibattito sulla Sanità, formulato da alcuni medici ospedalieri, doveva far parte di un dossier da pubblicare, dopo una rielaborazione dei testi e sulla scorta di un cappello esplicativo, in una monografia ad hoc. Tali documentazioni, nell'intenzione dei proponenti, avrebbero dovuto essere pubblicate prima delle elezioni provinciali dello scorso mese di ottobre. Proprio in ragione di tale appuntamento elettorale, (uno dei medici era candidato), il Presidente e parte del Consiglio dell'Ordine avevano deciso di rinviare la pubblicazione ad urne chiuse.

La sollecitazione da parte degli estensori dei documenti-proposta di anticipare almeno alcuni temi, ha portato all'equivoco: cioè a uno spezzettamento dei contributi, presentati solo in parte e in modo disorganico senza un'opportuna premessa che spiegasse la genesi e le finalità dei testi stessi.

Si sarebbe potuto, presentando i lavori in modo organico, evitare la reazione dei medici rianimatori e



di altri operatori ospedalieri? Certamente sì, sostengono gli illustri colleghi sui quali sono piovute le critiche.

Il Presidente dell'Ordine, il coordinatore scientifico e il direttore responsabile del **Bollettino** sono profondamente dispiaciuti dell'accaduto. Ribadiscono, infatti, che la finalità degli scritti era soltanto quella di avviare un dibattito, non un conflitto. Sono anche amareggiati perché, pur avendo spiegato

ai colleghi l'equivoco, non sono riusciti a far capire loro che tutto è stato fatto in perfetta buona fede. Nessun retro pensiero, men che meno la volontà di nuocere all'onorabilità dei colleghi, illustri professionisti, che si sono sentiti offesi.

Peraltro, l'equivoco nel quale siamo incorsi è indissolubilmente legato alla polemica successiva. Poiché siamo convinti che il **Bollettino** debba essere uno strumento di informazione e di dibattito per l'intera categoria, nessuno escluso, anche la pubblicazione delle lettere di protesta aveva una propria giustificazione. In tal senso si era espressa la maggioranza del Consiglio direttivo dell'Ordine nel corso di una seduta dedicata proprio a questo tema. Il Consiglio direttivo è un "organo di servizio", a disposizione di tutti i medici e degli odontoiatri e il **Bollettino** è soltanto uno strumento di aggiornamento e di dibattito che non vuole proprio nuocere ad alcuno.

Mi dispiace per il gruppo di colleghi che si sono sentiti offesi e ribadisco fortemente, a titolo personale, il rincrescimento per l'accaduto. Mi auguro che questo chiarimento possa rasserenare i rapporti in uno spirito di collaborazione indispensabile per l'interesse della categoria.

Nella speranza di aver chiarito definitivamente, colgo l'occasione per salutarvi con cordialità.

CODICE DI DEONTOLOGIA E GIURAMENTO PROFESSIONALE

Comunichiamo a tutti gli iscritti che il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento, nella seduta del 20 agosto u.s., ha deliberato all'unanimità di recepire il Codice di Deontologia Medica approvato dal Consiglio Nazionale il 18 maggio 2014; gli allegati ed il Giuramento Professionale approvati dal Consiglio Nazionale il 13 giugno 2014. Stiamo predisponendo la stampa del nuovo Codice che provvederemo ad inviare a tutti gli iscritti.

I documenti sono comunque reperibili sul nostro sito Internet.

Collegli per sempre

Alessandro Fedrizzi: un'eredità di serenità e speranza

Dott. Fabrizio Zappaterra

Alessandro Fedrizzi, un grande medico, un grande uomo, ha chiuso definitivamente gli occhi su questo nostro mondo. Voleva completare la sua opera professionale nella cura dei malati più fragili, voleva scalare ancora tutti i 4.000 che punteggiano le Alpi. Una malattia inesorabile lo ha colpito solo due anni fa. “È strano, dimentico in continuazione le cose”, mi disse in una giornata di maggio, in un giardino sotto un leccio secolare. Leggevo nei suoi occhi limpidi un velo di preoccupazione. Il sospetto e poi la terribile conferma.

Abbiamo parlato assieme a lungo della sua malattia. Dopo l'iniziale frastuono interiore della tempesta arrivata inaspettata, Alessandro ha accettato la sua malattia. “Va bene così.” diceva. E lo ripeteva: “Va bene così.” Ci comunicava che accettava quello che, nel corso del tem-

po, ha definito come un “dono” di Dio, una occasione per giungere a una ancor più profonda consapevolezza di vita. Durante la sua malattia ha comunicato a tutti noi familiari e amici, stretti attorno a lui, il dono della speranza e della serenità. Non era la morte quello che lo aspettava al termine delle cure, ma solo un passaggio da una vita ad un'altra, da un mondo per noi visibile a un mondo che invece possiamo solo sentire nel profondo della nostra anima. Una fede profonda e una filosofia di vita che lo hanno sempre accompagnato. Ci ha regalato la serenità e la speranza nell'affrontare la sua partenza. Lui che ha accompagnato tante persone nei loro istanti più difficili, ora accompagna noi che lo abbiamo nel cuore ma non più davanti agli occhi.

Quando, tanti anni fa, passò dal servizio nel reparto di Medicina



dell'Ospedale S. Chiara alle cure domiciliari dei malati terminali mi disse più o meno così: “Ora è più facile: non devo più remare controcorrente, contro le onde impetuose delle malattie, sapendo di non poter fare altro che rallentare il corso. Ora seguo il corso della corrente. Seguo la vita nel suo scorrere verso il suo fine. Posso aiutare le persone a seguire il loro fluire, lenendone i dolori e offrendo un senso al loro vivere”. E questo ha fatto con se stesso, prima di affidarsi alle cure di chi gli era stato tanto vicino nella sua attività. Ha seguito il corso del fiume. Con serenità. Senza disperazione. Con speranza. Con la certezza della vita che continua in un mondo spirituale a noi ancora sconosciuto. Dono ineguagliabile per Maria, Ennio, Francesca e Elisa, la sua straordinaria famiglia.

Ora tutta la famiglia lo vuole ricordare anche con una concreta azione di aiuto per i più bisognosi. In ricordo del periodo di quasi tre anni che Alessandro ha trascorso in Africa come medico, in un programma del CUAMM, abbiamo deciso di supportare un progetto di ristrutturazione del reparto materno-infantile dell'ospedale



di Lui, nel Sud Sudan. Su questo stesso **Bollettino** trovate la scheda del progetto a cui tutti possono partecipare. Anche questo è un modo per mantenere vivo fra noi il ricordo di uno straordinario collega e amico.

Chi volesse contribuire all'iniziativa può trovare di seguito le informazioni necessarie.

Il progetto sarà realizzato da Medici con l'Africa Cuamm, un'organizzazione affidabile e di grande esperienza. È la stessa con cui Alessandro ha svolto il suo periodo di lavoro in Africa come medico volontario. Attualmente un medico trentino del Cuamm lavora in loco.

Il progetto è finalizzato a garantire un'adeguata assistenza sanitaria soprattutto nei confronti di due drammatiche emergenze: l'elevata mortalità materna per parto e le insufficienti vaccinazioni dei bambini. L'area geografica interessata ha circa 140mila abitanti. È disponibile un documento con la descrizione dettagliata del progetto;

Le donazioni saranno raccolte attraverso *Medici con l'Africa Cuamm Trentino* e sono fiscalmente deducibili o detraibili dal proprio reddito (per maggiori informazioni si può visitare la pagina www.mediciconlafrica.org/imprese-con-lafrica/benefici-fiscali).

DATI PER LA DONAZIONE:

Associazione Medici con l'Africa Cuamm Trentino
C/C Cassa Rurale di Pergine
IBAN IT 35J 08178 35220 000000049780

Causale: **"Progetto Alessandro Fedrizzi, Ospedale di Lui"**

PER INFORMAZIONI:

Medici con l'Africa Cuamm Trentino
Carmelo Fanelli
cell. 3473712043
gruppo.trentino@cuamm.org
www.mediciconlafrica.org
Marcello Enio
cell. 3454160675
m.enio@cuamm.org

Peppino Manzi il decano dei pediatri

Peppino Manzi, nato a Pavia nell'ottobre 1919, si è spento il 6 giugno 2014 all'età di 94 anni.

Laureato a Pavia nel 1945, si era specializzato in Igiene, in Malattie del tubo digerente, sangue e ricambio, infine in Pediatria e Puericoltura. Giunto in Trentino come medico della "Colonia Pavese", che ricoverava bambini indigenti affetti da tubercolosi è diventato poi medico di riferimento dell'OMNI, l'Opera nazionale maternità ed infanzia e pediatra a Riva ad Arco, Torbole, Dro, d Ponte Arche, San Lorenzo in Banale.

Così, sul giornale "l'Adige", il giornalista Paolo Liserre: "Oggi i suoi piccoli "pazienti" di un tempo sono diventati avvocati, dottori, commercianti, o chissà quale altra via professionale hanno intrapreso. Ma non c'è angolo dell'Alto Garda, della Val di Ledro o del Bleggio e delle Giudicarie dove non vi sia più di una persona che non custodisca nel suo cuore e nella sua memoria un ricordo affettuoso del dottor Peppino Manzi, il vero "pioniere" della pediatria trentina e di quella gardesana in particolare. Vocazione medica a parte, ha dedicato e votato la sua vita diventandone un esempio per tutti. Era il 3 gennaio del 1950 quando l'allora ventinovenne dottor Manzi, pavese d'origine, laureato in chirurgia medica e con cinque specializzazioni tra le quali appunto pediatria, scese dall'autobus partito



da piazza Castello a Milano per cominciare quell'avventura alla Colonia Pavese che segnerà radicalmente la sua vita, sia sotto il professionale che affettivo. Con la scusa del biliardo (una delle sue grandi passioni assieme alla vela, al bridge e alla lettura) riuscì a far venire in Trentino anche l'amico e collega Armando

Polloni, padre dell'altrettanto conosciuto pediatra rivano Carlo Polloni. A quel tempo, nell'immediato dopoguerra, la tubercolosi è una dura e diffusa realtà. La Colonia Pavese una piccola "città" che accoglie e cura amorevolmente bimbi indigenti e con la tubercolosi, fino a 5-600 nei suoi anni "d'oro". Chiude verso la metà degli anni Settanta ma nel frattempo il dottor Peppino Manzi è diventato un punto di riferimento

insostituibile per l'Omni, l'opera nazionale maternità e infanzia. È allora che nasce la pediatria e di questo ramo della medicina il dottor Manzi ne diventa un pioniere, fermamente convinto dell'importanza della prevenzione e delle vaccinazioni di massa, un concetto all'epoca assolutamente non scontato. Da Riva ad Arco, da Torbole a Dro, da Ponte Arche a San Lorenzo in Banale, il dottor Manzi non si sottrae mai ad una chiamata, ad una visita. Questa sua disponibilità, la sua convinzione personale e la sua umanità, ne fanno allora come oggi un esempio da seguire, parte integrante del tessuto sociale trentino".

Lorenza Vicentini Ematologa a Bolzano

Lil 12 agosto scorso, all'età di appena 52 anni, è morta la dottoressa Lorenza Vicentini. Ematologa, lavorava presso il Servizio Aziendale di Immunoematologia e Trasfusionale dell'Ospedale di Bolzano ed era responsabile dell'Aferesi terapeutica.

I colleghi di reparto e il primario, Ivo Gentilini, hanno voluto ricordarne la figura, l'impegno e la professionalità con una lettera che è stata letta al funerale, in chiesa: "Cara Lorenza, ci hai lasciati, così come hai vissuto, con serenità e senza voler disturbare mai. La tua vita è stata e rimarrà un esempio di tolleranza, di pace, di correttezza, di generosità, di umiltà, di coraggio e di generosa semplicità. Tu che hai amato la vita e non ti stancavi mai di inseguirla in capo al mondo, persino quando facevi fatica anche solo a camminare. Ti sei circondata di amici veri, persone cui hai regalato la tua presenza e il tuo ascolto, senza mai chiedere nulla in cambio. Amici che ti vogliono un mondo di bene e che da oggi sentono un enorme vuoto. Ci mancano la tua amicizia, la tua presenza discreta ma rassicurante, il tuo buon senso, I tuoi saggi consigli. Ma continueremo a sentirti vicina, a cercare di mettere in pratica quello che con il tuo modo di essere hai sempre trasmesso: vivere insieme agli altri con gioia e semplicità, con rispetto reciproco, tollerando le mancanze degli altri, sapendo che nessuno di noi è perfetto e sempre senza lasciare spazio a nulla che potesse mai contaminare la pace, come il rancore, la prepotenza, la maldicenza, l'egoismo.... Nel tuo cuore, Lorenza cara, c'era spazio solo per le cose buone".

Giovanni Di Cristina Il decano dei cardiologi

Èscomparso all'età di novant'anni il cardiologo Giovanni Di Cristina, nato a Palermo nel marzo 1924 e deceduto il 13 giugno 2014.

Cardiologo, dopo la pensione si era dedicato come medico di patronato a perorare le domande di invalidità o inabilità dell'INPS. Chi lo ha conosciuto lo ricorda soprattutto per i suoi modi gentili e la calma e tranquillità che sapeva trasmettere anche solo con le parole.

Il dott. Giuseppe Gottardi lo ha ricordato sul giornale: "Voglio parlarvi della grande disponibilità e preparazione intellettuale di questo medico. Il luogo dei nostri incontri era ciclico. Il martedì mattina verso le undici, mentre ritornavo come sempre, dall'ennesima incombenza bancaria, lo trovavo in via Dante nel percorso di ritorno verso casa.

Fu lui che per la prima volta mi salutò complimentandosi per un libro che avevo scritto. Non fu un problema ridurre il mio moto per adeguarmi al suo. A piccoli passi i nostri discorsi ci accompagnavano. Da quella volta gli incontri furono innumerevoli e gustai con piacere la sua conoscenza. Poca medicina ma tanta vita.

Di una sola cosa mi rammarico: quella di aver sempre fatto tanta fatica a chiamarlo per nome. Per me era sempre il dottor Giovanni Di Cristina. Ora non ho più remore legate alle asburgiche regole del sublime maestro Livio Tamanini. Ora posso dirlo tranquillamente: buon viaggio Giovanni".

Nadir Braghin Medico a Volano

La comunità di Volano si è stretta attorno ai familiari del dott. Nadir Braghin, il medico di famiglia morto il 29 agosto scorso. Così il giornale "Trentino" del 31 agosto: "Nonostante il medico risiedesse da alcuni anni a Rovereto e fosse originario di Avio: la famiglia ha voluto che fosse la comunità che lo amava, a dargli l'ultimo saluto. Nadir Braghin è arrivato a Volano nel 1978, ad appena 26 anni, come medico condotto. Da allora ha sempre lavorato in paese, diventando in seguito medico di medicina generale.

Nella sua carriera ha incontrato in passato alcune difficoltà, che è riuscito tuttavia a superare, dimostrando soprattutto una grande dedizione al lavoro ed ai suoi pazienti, anche al di sopra della cura di sé stesso. "Pensava più alla salute dei suoi pazienti che alla propria", si sente dire, e tutti riconoscono la sua sensibilità e umanità.

Dei 1200 pazienti che aveva in cura, ben 900 erano di Volano, una comunità con cui quindi aveva un grande legame. Perché con molti suoi pazienti Braghin aveva instaurato un legame che andava al di là della medicina. C'è chi lo definisce "il mio mentore, a metà tra un filosofo e una rockstar, rimarrà per sempre un esempio da seguire"; altri "diciamo addio a un grande medico e un grande uomo". Esprime il proprio cordoglio, a nome dell'amministrazione, anche il sindaco Francesco Matté: "Una persona preparata, attaccata al proprio lavoro, al quale Volano è riconoscente per il lavoro svolto come ufficiale sanitario e come medico".

Attualità

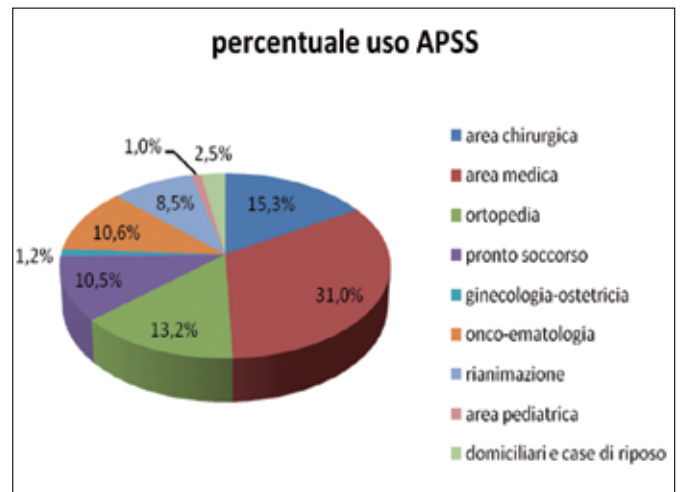
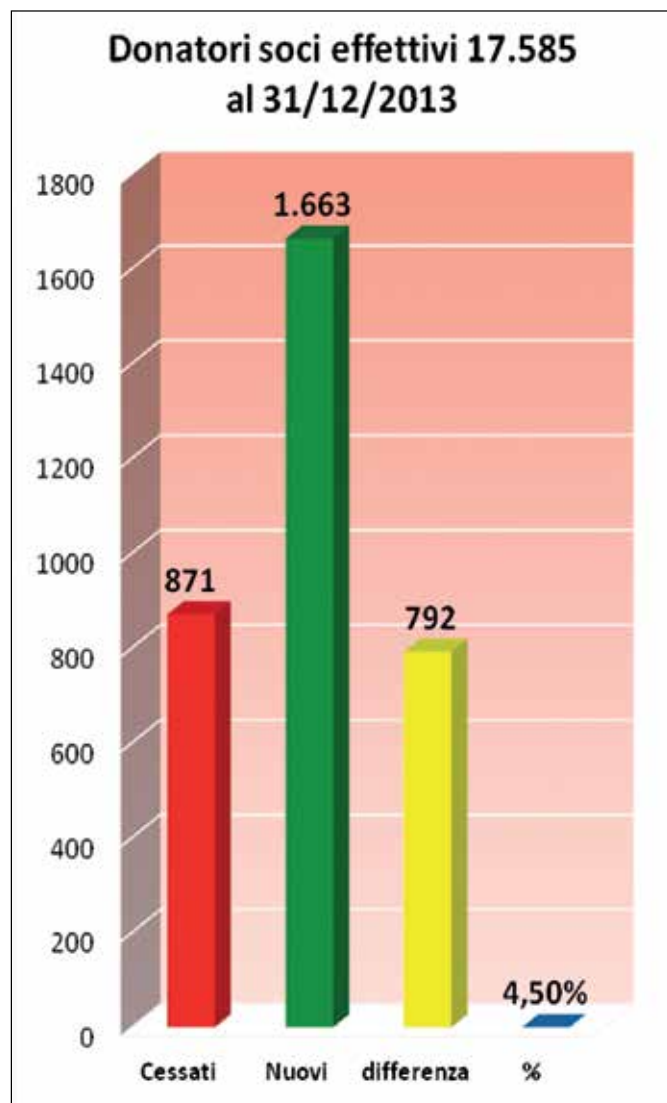
Sangue: nel 2013 non tutto negativo

Dott. Fabrizio Zappaterra

Dalla relazione della Presidente, Adriana Faccini, dai dati assembleari e dal giornalino provinciale Avis n. 2 del 2014.

Lo scorso 6 aprile si è svolta a Pinzolo l'Assemblea Ordinaria dell'Avis del Trentino equiparata Regionale, il consueto appuntamento annuale per informare i soci sull'andamento della raccolta di sangue, sulle future iniziative e l'approvazione dei bilanci.

Hanno partecipato l'87% degli aventi diritto, quindi una percentuale molto alta, segno di un forte senso di appartenenza e di vita associativa.



Dopo un video introduttivo sulla storia di Avis, a partire dalla sua fondazione ad opera del dottor Formentano nel 1926, la presidentessa Adriana Faccini ha illustrato l'attività del 2013: un anno che "si è chiuso con un bilancio apparentemente negativo di raccolta, 23.374 unità, 966 in meno rispetto al 2012. Bilancio negativo che va però inserito in un contesto nazionale che ha visto nel 2013 diminuire la richiesta con una media del 6/7%.

Le motivazioni di questo calo di richiesta ci vengono spiegate dal controllo della spesa e che per noi significa anche una riduzione del personale medico ed infermieristico addetto alle sedute nei punti di prelievo, metodi di chirurgia mini-invasiva e dal buon uso del sangue."

Nell'anno appena concluso i compiti principali sono stati l'adeguamento degli Statuti alla nuova struttura di Avis del Trentino, dopo la fusione con Avis Tridentina, l'estensione del Documento Valutazione Rischi (DVR) per la sicurezza sul lavoro e la collaborazione nella stesura del Piano Sangue 2013-15; nello specifico sono state organizzate 2 conferenze dei presidenti, 5 incontri formativi con la scuola del Triveneto, 2 sedute con i formatori che andranno a promuovere Avis nelle scuole, 1 confronto con i direttori sanitari, la festa del donatore in collaborazione con Aido e Admo, l'aggiornamento del sito e due pubblicazioni della nuova rivista "La goccia che vale".

Il dottor Luciano Flor, direttore dell'Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari, ha ricordato come l'APSS sia un bene comune da considerare proprio. "Avis - ha commentato Flor - non è una figura terza con la quale ci rapportiamo, ma una parte dell'Azienda stessa, quindi il dialogo è continuo ed improntato al miglioramento, un processo quantitativo, ma soprattutto qualitativo, anche in relazione alle direttive europee, regole vincolanti per uniformare territori con abitudini diverse."

Sono intervenuti anche il dottor Andrea Lovisi, che ha illustrato l'uso del gel piastrinico a scopo medico a Rovereto, ed il dottor Leonardo Pupi, che ha relazionato sull'attività della Commissione per il buon uso del sangue, nella quale rappresenta Avis.

Per ultimo ha preso la parola il dottor Cutrupi, in rappresentanza del primario di Immunoematologia e Trasfusione dottor Attilio Cristallo, ricordando tutti i centri di raccolta della Provincia hanno ricevuto il benestare a proseguire l'attività, in attesa di completare l'iter per l'accreditamento.

AVIS di:	Totale 2013				diff. '12	I.D.
	SI	PI	Cito	Totali		
Ala - Avio	514	73	8	595	-55	1,5
Alta Val Rendena	664	12	1	677	104	1,4
Alto Garda e Ledro	2.224	80	15	2.319	123	1,3
Baselga di Pinè	259	41	6	306	-22	1,3
Bassa Valsugana e Tesino	2.148	68	5	2.221	168	1,4
Bedollo	162	28	7	197	-3	1,3
Caldonazzo	139	14	-	153	-21	1,0
Castel Tesino	152	-	1	153	4	1,4
Centa S.Nicolò	35	11	-	46	6	1,1
Cimone	223	55	3	281	-38	1,2
Civezzano	145	32	-	177	1	1,3
Condino	193	16	1	210	-37	1,2
Fornace	65	12	-	77	-26	1,1
Giudicarie Esteriori	508	6	1	515	54	1,2
Lavarone	51	8	2	61	-8	1,2
Levico Terme	180	19	3	202	11	1,3
Mezzocorona	402	22	2	426	-6	1,4
Mezzolombardo	727	36	3	766	-36	1,4
Pergine Valsugana	1.832	88	4	1.924	-79	1,4
Pieve di Bono	279	-	-	279	44	1,4
Rovereto	2.062	372	85	2.519	-530	1,3
S.Orsola	33	4	-	37	7	0,8
Spormaggiore	128	12	2	142	7	1,4
Storo e Bondone	241	-	-	241	16	1,2
Tione	828	41	5	874	140	1,5
Trento	3.580	966	97	4.643	-569	1,2
Valle dei Laghi	494	111	10	615	-51	1,2
Valle di Cembra	435	87	5	527	-102	1,2
Zambana	117	35	3	155	-13	1,3
Valli del Noce	2.025	11	-	2.036	-55	1,2
Totali	20.845	2.260	269	23.374	-966	1,3

Medicine non convenzionali: possibile l'iscrizione nel registro

Dott. Giuseppe Zumiani

Come è noto le “Medicine non Convenzionali” sono pratiche alle quali fanno ricorso numerosi pazienti in Trentino, in Italia, in Europa.

Esula dagli intenti della nostra presentazione discutere in termini di risultati, riferimenti scientifici, ma nostro intento è esclusivamente fare il punto sugli aspetti deontologici e normativi della materia, condivisi dalla Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), atti ad istituire presso tutti gli Ordini Professionali appositi registri di certificazione.

Con la delibera del Parlamento Europeo del 29 maggio 1997 e con la risoluzione del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999, si invitavano gli Stati Membri ad affrontare i problemi connessi alle “*Medicine non Convenzionali*” in modo da garantire ai cittadini la più ampia scelta terapeutica e, insieme, assicurare loro il più alto livello di sicurezza e informazione.

Anche l'OMS, con risoluzione del 28/05/2003, spinge gli Stati Membri a formulare ed implementare politiche nazionali nel campo della “*Medicine non Convenzionali*” con particolare attenzione alla formazione. Il Consiglio dei Ministri, con decreto legislativo del 24 aprile 2006, recepisce le normative europee in termini di libertà di scelta dei cittadini e di qualità di cura del medico e dell'odontoiatra, entrambe fondate sul rapporto consapevole ed informato e sul rispetto delle leggi e della deontologia professionale, ritiene che si debba procedere alla certificazione della qualità della formazione in *agopuntura, fito-*

terapia e omeopatia, individuando i criteri formativi ed i requisiti minimi ed uniformi sul territorio nazionale dei precorsi formativi idonei, affidando agli Ordini Professionali competenti l'attivazione e la gestione di appositi elenchi di esperti distinti per professione e disciplina esercitata e *l'istituzione dei registri dei medici e odontoiatri* esercitanti terapie non convenzionali riconosciute, ciò a tutela della salute dei cittadini.

Con la *Carta di Terni* del 18 maggio 2002 la FNOMCeO individuava quali pratiche non convenzionali fossero da ritenersi terapeutiche e ne sanciva l'esercizio esclusivo da parte di medici e odontoiatri. Successivamente, nel dicembre 2009, con il recepimento delle linee guida emanate dalla Conferenza Stato Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, la FNOMCeO definiva le linee guida per la formazione delle medicine e pratiche non convenzionali riservate a medici e odontoiatri che comprendevano: *agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica e medicina tradizionale cinese*.

Il 7 febbraio 2013 la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ridefiniva il campo di applicazione delle “*Medicine Complementari*” limitatamente a *agopuntura, fitoterapia e omeopatia*.

La Provincia Autonoma di Trento, visto l'art 48 della legge 16 del 23/7/2010 e successive modifiche, disponeva che gli Ordini Professionali, di intesa con la Provincia,

definissero i criteri per istituire ed aggiornare l'elenco dei medici o odontoiatri che esercitavano tali pratiche ed assumeva come esperimento le linee guida recepite dalla FNOMCeO integrate dalla medicina antroposofica compresa nella normativa provinciale.

Nella pagina seguente il testo del regolamento approvato nelle sedute del Consiglio Direttivo il 30 luglio 2014, con integrazioni il 20 agosto 2014, tra Provincia Autonoma di Trento e Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento.

LE MEDICINE NON CONVENZIONALI NEI RECENTI CODICI DI DM

Codice di Deontologia Medica del 1998

Pratiche non convenzionali - Denuncia di abusivismo

La potestà di scelta di pratiche non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale, fermo restando, comunque, che qualsiasi terapia non convenzionale non deve sottrarre il cittadino a specifici trattamenti di comprovata efficacia e richiede l'acquisizione del consenso. È vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire chi eserciti abusivamente la professione anche nel settore delle cosiddette “pratiche non convenzionali”.

Codice di Deontologia Medica del 2006

Pratiche non convenzionali

Il ricorso a pratiche non convenzionali non può prescindere dal rispetto del decoro e della dignità della professione e si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale del medico.

Il ricorso a pratiche non convenzionali non deve comunque sottrarre il cittadino a trattamenti specifici e scientificamente consolidati e richiede sempre circostanziata informazione e acquisizione del consenso. E' vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire l'esercizio di terzi non medici nel settore delle cosiddette pratiche non convenzionali.

Codice di Deontologia Medica del 2014

Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali

Il medico può prescrivere e adot-

tare, sotto la sua diretta responsabilità, sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione.

Il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia.

Il medico garantisce sia la qualità della propria formazione specifica nell'utilizzo dei sistemi e dei metodi non convenzionali, sia una circostanziata informazione per l'acquisizione del consenso.

Il medico non deve collaborare né favorire l'esercizio di terzi non me-

dici nelle discipline non convenzionali riconosciute quali attività esclusive e riservate alla professione medica.

Il medico, venuto a conoscenza di casi di esercizio abusivo o di favoreggiamento o collaborazione anche nel settore delle pratiche di cui al precedente comma, è obbligato a farne denuncia anche all'Ordine professionale.

Il medico che nell'esercizio professionale venga a conoscenza di prestazioni mediche e/o odontoiatriche effettuate da non abilitati alla professione è obbligato a farne denuncia anche all'Ordine di appartenenza.

Regolamento per l'iscrizione nei registri delle medicine non convenzionali

Con deliberazione della Giunta provinciale n. 2793 del 30 dicembre 2013 è stato recepito, a livello locale, l'accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, il 7 febbraio 2013, che stabilisce la creazione dei registri dei nominativi dei **medici chirurghi**, degli **odontoiatri**, dei **medici veterinari** che utilizzano le seguenti Medicine non Convenzionali: **Agopuntura**, **Fitoterapia** e **Omeopatia**. L'art. 48 della legge provinciale n. 16/2010 e s.m. include, inoltre, la disciplina della

Medicina Antroposofica tra le medicine complementari riconosciute a livello locale.

Per i professionisti sanitari Farmacisti i relativi registri saranno creati non appena definiti i criteri a livello nazionale.

In applicazione di quanto sopra, il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento, nella seduta del 30 luglio 2014 e, ad integrazione nella seduta del 20 agosto, ha disposto il seguente regolamento per l'iscrizione:

art. 1

Ambito di applicazione:

1. Presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento sono istituiti i seguenti Registri delle Medicine non convenzionali o complementari:

Agopuntura

Fitoterapia

Omeopatia

Medicina Antroposofica

2. L'iscrizione nei citati Registri avviene su domanda dell'interessato ed è subordinata al rispetto di quanto previsto nel presente Regolamento, a verifica dei requisiti da parte della Commissione di cui all'art. 2, costituita presso l'Ordine e ad approvazione del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento.

art. 2

Commissione valutazione requisiti:

1. L'esame delle singole istanze è condotto dalla Commissione giudicatrice presieduta dal Presidente dell'ODM o suo delegato e composta da: 4 esperti nelle discipline di



riferimento designati dall'ODM ed un odontoiatra parimenti esperto in Medicine Complementari sempre indicato dall'ODM.

art. 3

Attestazione di iter formativo:

1. Il percorso formativo dei professionisti che esercitano le medicine complementari (*agopuntura, fitoterapia, omeopatia e medicina antroposofica*), deve essere effettuato dai professionisti a loro carico, presso soggetti pubblici o privati accreditati alla formazione.

2. Il percorso formativo nelle citate medicine complementari deve corrispondere ai seguenti requisiti:

- durata di almeno 400 ore di formazione teorica, con almeno 100 ore di pratica clinica, di cui almeno il 50% di tirocinio pratico supervisionato da un medico esperto della disciplina in oggetto; si devono sommare anche lo studio individuale e la formazione guidata;
- master universitari oppure corsi di formazione triennali;
- obbligo di frequenza di almeno l'80%, sia delle lezioni teoriche che pratiche;
- superamento di un esame teorico-pratico al termine di ciascuno

degli anni di corso previsti, e discussione finale di una tesi;

- rilascio, da parte dell'ente pubblico o privato accreditati alla formazione, di un attestato conforme ai requisiti richiesti per l'iscrizione agli elenchi nelle singole discipline;
- gli insegnamenti di tipo generale non devono superare il 20% del monte-ore complessivo di formazione teorica;
- la formazione a distanza, eventualmente inserita nella programmazione didattica, non deve superare il 30% delle ore complessive di formazione teorica, e deve essere conforme alle norme vigenti.

3. I Medici interessati all'iscrizione negli elenchi in una o più di una delle *Medicine Complementari* sono invitati ad farne domanda compilando il modulo (vedi p. 12) da inviare alla Segreteria dell'Ordine, corredato della documentazione a supporto, la quale dovrà evidenziare il monte-ore di insegnamento dei singoli corsi frequentati, in modo da soddisfare i requisiti indicati.

4. La risposta dell'ammissibilità all'inserimento nel registro richiesto sarà fornita dalla Commissione dell'Ordine di cui al precedente



art. 2 ed approvazione del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento, entro tre mesi dalla data di presentazione della domanda stessa.

art. 4

Fase transitoria:

1. Fino al 7 febbraio 2016, per l'ammissione agli elenchi di cui all'art. 1, è necessario il possesso di **almeno uno** dei seguenti requisiti:

- possesso di certificazione di pratica clinica nella medicina e pratica non convenzionale specifica in struttura pubblica da almeno due anni prima dell'entrata in vigore dell'art. 48 della legge provinciale n. 16/2010 (entrata in vigore l'11 agosto 2010), rilasciata dal responsabile della struttura;
- attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della presente regolamentazione, di almeno 300 ore di insegnamento teorico-pratico, della durata almeno triennale e verifica finale;
- attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della presente regolamentazione, di almeno 200 ore di insegnamento teorico-pratico, ed almeno 15 anni di esperienza clinica documentata;
- attestazione di iter formativo costituito da corsi anche non omogenei che permettano, per il programma seguito e per il monte ore svolto, di aver acquisito una competenza almeno pari a quella

LA VALUTAZIONE DELL'ORDINE

Ai fini della valutazione della certificazione presentata dai medici per il riconoscimento dell'attività di *medico esperto in Medicine Complementari* è condizione indispensabile:

- Laurea in medicina e chirurgia
- Abilitazione all'esercizio della professione medica
- Iscrizione all'Ordine dei Medici

Rispetto contestuale dei punti 1-2 o 3-4 del Regolamento

L'Ordine si riserva in ogni momento la facoltà di verificare l'esattezza delle certificazioni esibite e delle dichiarazioni rilasciate.

L'Ordine si riserva infine di acquisire richieste di registrazione di titoli relativi a pratiche di *Medicine Complementari*, non attualmente incluse nel presente regolamento, subordinatamente al loro recepimento e regolamentazione a livello nazionale.

Approvato all'unanimità con deliberazioni n. 91401 del 30 luglio 2014 e n. 101401 del 20 agosto 2014 del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento.

– ottenibile con corsi di cui al punto a) e b);
– documentazione di almeno otto anni di docenza nella disciplina oggetto della presente regolamentazione presso un soggetto pubblico o privato accreditato alla formazione che, a giudizio della commissione, possieda requisiti idonei.

2. Per i professionisti che non rientrano nei criteri definiti dal precedente punto, è cura della Commissione di cui al precedente art. 2 definire le modalità di integrazione dei percorsi formativi sulla base della formazione acquisita.
3. Al termine della fase transitoria, l'iscrizione negli elenchi degli Ordini è subordinata unicamente al

possesso della formazione di cui al precedente art. 3 rilasciata dai soggetti pubblici o privati accreditati nella formazione che nel frattempo hanno provveduto ad adeguare l'iter formativo in linea con i criteri definiti nell'Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 7 febbraio 2013.

MODELLO DI DOMANDA

MARCA
DA BOLLO
euro 16

**All' Ordine dei Medici
Chirurghi e degli
Odontoiatri della provincia
di Trento
via Zambra 16
38121 – TRENTO**

PEC segreteria.tn@omceo.it

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____, residente a _____ in Via _____,
tel. _____ cell. _____, e-mail _____, pec _____
in applicazione di quanto stabilito dall'accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 7 febbraio 2013 e recepito dalla Giunta provinciale di Trento con deliberazione n. 2793 del 30 dicembre 2013

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco istituito presso l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento, relativo alla disciplina di:

OMEOPATIA, **AGOPUNTURA**, **FITOTERAPIA**, **MEDICINA ANTROPOSOFICA** (barrare la disciplina di riferimento).

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- _____
- _____
- _____
- _____

Trento, _____,

FIRMA _____

*Questo modulo può essere scaricato dal nostro sito internet all'indirizzo www.ordinemedicitn.org

Formazione del Registro Generale degli Indirizzi Elettronici (ReGIndE)

Come noto, a far data dal 30 giugno 2014, è obbligatorio il deposito degli atti endoprocessuali in materia civile mediante trasmissione telematica.

L'obbligo riguarda anche gli ausiliari del giudice (custodi, consulenti tecnici d'ufficio etc.).

La normativa vigente (art. 7 del D.M. 21 febbraio 2011, n. 44) ha previsto l'istituzione del **Registro**

Generale degli Indirizzi Elettronici (ReGIndE), che deve contenere i dati identificativi e l'indirizzo di posta elettronica certificata dei soggetti abilitati all'utilizzo dei servizi di consultazione di informazioni e trasmissione di documenti informatici relativi al processo.

Solo la registrazione del singolo professionista al ReGIndE consentirà al medesimo di procedere al



deposito di atti, istanze e relazioni scritte nell'ambito del procedimento in cui egli ha assunto la veste di ausiliario. Correlativamente,

Precisazioni per l'iscrizione individuale a ReGIndE

di Fabrizio Zappaterra

Poiché l'iscrizione tramite gli Ordini (si veda comunicazione n. 71) non sembra andata a buon fine per inadeguatezza dei sistemi informatici del Ministero di Giustizia, per iscriversi individualmente (cosa molto difficile) è indispensabile avere:

- 1) la chiavetta per la firma digitale, (Tipo Token USB, Aruba Key, rivolgersi alla Camera di Commercio di TN, previo appuntamento con Marco Fumagalli al numero 0461-887111 dalle 15 alle 16, costo 70,00 €);
- 2) un indirizzo di posta PEC (tramite l'Ordine di Trento: nome.cognome.xxxx@tn.omceo.it - <https://webmail.pec.it/index.html>);
- 3) la scannerizzazione della nomina di un giudice (anche vecchia) in formato pdf, firmata digitalmente con la chiavetta, scegliendo come tipologia di firma "Aggiungi la firma al PDF (Basic)" (senza estensione p7m). Poi si procede.

Collegare la chiavetta per la firma digitale al Pc, si apre il seguente menù comandi.



Andare su Utilità, selezionare Firefox (può chiedere un'installazione) e tramite questo collegarsi al sito: <http://pst.giustizia.it/PST/> (attenzione alle maiuscole). Al centro della parte alta della pagina, cliccare sul bottone **Login**. Se comparirà il messaggio di avviso con scritto: "Questa connessione non è affidabile", cliccare su "Sono consapevole dei rischi", quindi su "Aggiungi eccezione" comparsa in basso. Si aprirà una nuova finestra. Cliccare su "Acquisisci certificato" (non importa se verrà comunicato che il sito ha cercato di identificarsi fornendo informazioni non valide) spuntare la casella con scritto: "Salva eccezione in modo permanente" e cliccare sul bottone "Conferma eccezione di sicurezza".

Nella pagina web che si aprirà, nella sezione "Accedi con smartcard" cliccare sul link "smartcard". Se non si attiva nulla (come è accaduto a me) bisogna rientrare in FireFox in modalità provvisoria, tenendo premuto il tasto "maiuscolo" mentre si clicca col mouse sull'icona FireFox del menù chiavetta.

Apparirà una finestra dove viene chiesto di inserire il proprio PIN (quello usato per firmare digitalmente i documenti con la chiavetta). Una volta autenticati sul sito, il codice fiscale apparirà in alto al centro. Cliccarci sopra. Nella pagina che si aprirà selezionare "Registrazione ReGIndE".

Verranno richiesti il nome e cognome, l'indirizzo email PEC e di allegare il documento PDF che dimostri la nomina da parte di un giudice, quindi cliccare su "Invia".

Fatto quanto sopra non resta che attendere sul proprio indirizzo PEC una email di conferma di avvenuta registrazione.

dal 1° luglio 2014 le cancellerie non potranno più ricevere atti cartacei da parte degli ausiliari del giudice. Come, altresì, noto, l'art. 13 disp. att. cpc. prevede che presso ogni Tribunale sia istituito un albo dei consulenti tecnici al quale possono essere iscritti soggetti non esercitanti una professione regolamentata, o comunque non iscritti in appositi albi.

È dunque necessario che tutti i professionisti, non iscritti agli appositi albi e quelli per i quali l'ordine di appartenenza non abbia ancora curato la trasmissione delle informazioni necessarie per l'iscrizione al **ReGIndE**, provveda-

no alla registrazione in proprio sul **ReGIndE**, secondo le modalità indicate dall'art. 9 delle Specifiche tecniche adottate con provvedimento 16 aprile 2014 del Responsabile per i Sistemi Informativi Automatizzati ai sensi dell'art. 34 comma II DM 44/II,

Si pregano, pertanto, le SS.VV., al fine di garantire la funzionalità e l'efficienza del processo civile in vista della prossima entrata in vigore dell'obbligo di deposito degli atti endoprocessuali esclusivamente mediante trasmissione telematica, di dare massima diffusione alla presente comunicazione fra gli iscritti all'albo dei consulenti techni-

ci, sottolineando la delicatezza della questione e l'importanza dell'incombente.

Al fine di raggiungere tempestivamente il maggior numero possibile di professionisti destinatari della presente comunicazione, questo Ufficio ha inoltre predisposto la bozza di un manifesto, la cui possibilità di affissione presso i locali di Cancelleria e nei luoghi con maggior afflusso di pubblico sarà naturalmente valutata dalle SS.VV. La stampa dovrebbe essere eseguita in formato A3 e, ove possibile, a colori.

Marco Mancinetti

Direttore Generale

Ministero della Giustizia

Obbligo della PEC (anche per ReGIndE)

Ricordiamo a tutti gli iscritti che è obbligatorio attivare la Casella di Posta Elettronica Certificata (PEC)

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: **info@ordinemediciti.n.org**

Ricordiamo che l'Ordine ha sottoscritto una convenzione con **Aruba PEC**, potrete trovare informazioni e procedura sul nostro sito internet.

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

Ricordiamo inoltre che la PEC è indispensabile anche ai fini della possibilità di registrazione al **ReGIndE**.



Professione

Incontro il 12 settembre nella sede dell'Ordine Comitato Etico organo consultivo e indipendente

Nell'ottobre del 2013, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari si è dotata di un Comitato Etico per le attività sanitarie (CEAS). Si tratta di un organo consultivo **indipendente**, a composizione agile e **multidisciplinare** che è chiamato ad esprimere valutazioni di carattere etico su situazioni specifiche della pratica assistenziale in cui la gerarchia e il bilanciamento dei valori e degli interessi coinvolti risultino particolarmente complessi. Più specificamente, il CEAS ha il compito di adottare **pareri** su problemi di natura bioetica, di contribuire alla **sensibilizzazione** della popolazione e alla **formazione** dei professionisti della salute sulle tematiche etiche, e di attivarsi per **consulenze** etiche "al letto del malato".

Dopo alcune riunioni dedicate alla sperimentazione di un metodo di lavoro e di un linguaggio comuni, il comitato, sollecitato da una delibera della Giunta provinciale, si è dedicato al suo primo parere in tema di **"modalità di raccolta e di registrazione sul territorio provinciale delle direttive anticipate di trattamento"** (DAT).

La fase istruttoria del parere ha visto l'audizione di esperti (dott.ssa Habicher del comitato etico della provincia di Bolzano e prof.ssa Giardina dell'Università di Pisa) che hanno illustrato punti di forza e criticità di alcune esperienze già sviluppatesi nella provincia di Bolzano e a Pisa.

A seguito di una approfondita discussione, anche su materiale bioetico e normativo proveniente da altre realtà sia nazionali che straniere, il CEAS ha approvato all'unanimità, nello scorso maggio, un parere breve, strutturato lungo due distinte linee di intervento.

Il primo scenario affrontato riguarda le volontà delle persone già **affette da una malattia cronico-degenerativa** che potrà nel tempo comportare la perdita della capacità di esprimersi. In tal caso, più che fare riferimento allo strumento specifico delle DAT, il CEAS ha richiamato l'attenzione sulle ordinarie logiche che reggono la **relazione di cura anche nel-**

la sua pianificazione temporale. All'interno di questo quadro, il Comitato auspica che si possano anticipare e discutere le possibili evoluzioni della malattia in modo tale che la persona possa comunicare al medico a quali trattamenti sanitari, tra quelli proposti, vuole accedere e quali, invece, desidera rifiutare.

I vantaggi di questo approccio, che paiono coprire la maggior parte delle richieste, sono molteplici:

la persona potrà esprimere la propria volontà anche solo verbalmente;

la volontà, assieme ai termini del processo comunicativo, dovrà essere riportata per esteso nella documentazione clinica senza richiedere la previa attivazione di registri specifici;

tali volontà, in quanto parte della pianificazione anticipata delle cure, dovranno essere rispettate nella loro specificità, anche nell'i-



potesi in cui la persona sia poi seguita da professionisti diversi.

Il secondo scenario su cui ha lavorato il CEAS riguarda la manifestazione di volontà delle persone che, in **assenza di uno stato di malattia**, desiderino decidere quali trattamenti accettare e quali rifiutare nell'eventualità di una perdita della capacità di esprimersi. In questo caso, il quadro è complicato perlomeno da un paio di fattori: dalla necessità che la dichiarazione sia il più precisa e circostanziata possibile, a pena di essere considerata vaga e non applicabile al caso specifico, e dalla esigenza di modalità sicure e affidabili di raccolta delle volontà.

Per questo, il Comitato auspica, in primo luogo, che la persona sia assistita da un professionista della salute, preferibilmente dal proprio medico di medicina generale, in modo da poter redigere una manifestazione di volontà accurata sul piano clinico e coerente con la sua biografia personale.

In secondo luogo, il Comitato propone che le volontà siano redatte per iscritto dalla persona con firma autografa e sottoscritta dallo stesso medico e raccolte in un database informatico interconnesso con le diverse strutture clinico-assistenziali e residenziali del territorio, in modo da poter essere immediatamente accessibili da parte dei professionisti coinvolti.

Al fine di presentare il Comitato etico e i relativi compiti, oltre che di discutere il parere in materia di DAT, l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri e il Collegio degli Infermieri della Provincia di Trento ospiteranno un **incontro con il Comitato presso la sede dell'Ordine, in data 12 settembre, ore 20 Sala Conferenza Adami**.

Ulteriori informazioni e i documenti adottati dal CEAS sono presenti nel sito dell'APSS, alla pagina **Progetti/Comitati**.

Queste le funzioni assegnate al CEAS

Fra le funzioni assegnate al CEAS dal regolamento si segnalano le seguenti:

- effettuare la valutazione di casi clinici critici, anche in condizioni di "urgenza", definiti come quelli in cui la gerarchia dei beni e degli interessi coinvolti non è risolta sul piano della regolamentazione giuridica e/o deontologica ovvero quelli in cui risulta evidente il problema della sostenibilità dell'assistenza, anche sotto il profilo delle risorse richieste;
- formulare pareri, mozioni e risposte a quesiti di natura etica e prospettare soluzioni in merito a questioni che investono scelte operative di natura etica e deontologica connesse sia ad attività assistenziali sanitarie sia alle implicazioni etiche delle scelte di programmazione, dell'allocazione delle risorse in sanità e delle altre attività socio-sanitarie;
- fornire ai professionisti sanitari gli strumenti idonei a favorire lo sviluppo del loro livello di competenza decisionale sotto il profilo etico;
- mettere a disposizione dei cittadini che usufruiscono delle prestazioni sanitarie erogate nell'ambito del territorio provinciale riflessioni sugli aspetti bioetici delle prestazioni stesse;
- proporre iniziative di informazione/formazione/aggiornamento di operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica;
- promuovere iniziative di sensibilizzazione su tematiche in materia di bioetica a favore della collettività, al fine di migliorare il livello di comprensione dei problemi etici.

La composizione del CEAS è fissata secondo i seguenti criteri:

- una rappresentanza dei medici in servizio nell'Azienda Sanitaria (non superiore al 50 % dei componenti);
- una rappresentanza del restante personale dell'Azienda Sanitaria;
- esperti esterni all'Azienda Sanitaria, specie in discipline giuridiche, filosofiche, religiose e sociali;
- almeno un medico di medicina generale/pediatra di libera scelta;
- un rappresentante dei cittadini.

Fanno parte del CEAS:

- prof. Carlo Casonato, ordinario di diritto costituzionale comparato all'Università di Trento, responsabile del progetto BioDiritto, componente del Comitato Nazionale per la Bioetica (presidente);
- dott. Edoardo Geat, direttore del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione APSS (vicepresidente);
- dott. Paolo Barbacovi, medico di medicina generale APSS;
- dott. Fabio Cembrani, direttore U.O. di Medicina Legale APSS;
- dott. Domenico Catanzariti, responsabile di struttura semplice Cardiologia invasiva APSS;
- dott.ssa Elisabetta Mon, Direzione medica di Presidio APSS;
- dott.ssa Lucia Galvagni, esperta di bioetica alla FBK di Trento;
- Paola Zambiasi, esperta di scienze infermieristiche, Servizio Governance Processi Assistenziali, APSS;
- Meri Pederzoli, rappresentante dei cittadini, segretario provinciale di Cittadinanzattiva del Trentino.

La segreteria del CEAS è curata dalla dott.ssa Sara Conдини, Servizio governance clinica APSS.

Raccomandazioni sulle DAT

Dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario

Raccomandazioni relative alle modalità di raccolta e registrazione in apposita banca dati delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario, rese ai sensi della delibera della Giunta provinciale di data 6 settembre 2013, come modificata in data 4 aprile 2014

La deliberazione della Giunta provinciale n. 1833 del 6 settembre 2013, modificata in data 4 aprile 2014, ha affidato a questo Comitato il compito di indicare "le modalità di raccolta e registrazione in apposita banca dati delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario dei soggetti interessati relative alla volontà di sottoporsi o non sottoporsi a trattamento sanitario in caso di malattia o traumi che cagionino la incapacità di esprimere la propria volontà". Si tratta di un compito circoscritto che si limita ai soli aspetti riguardanti le "modalità di raccolta e registrazione" delle dichiarazioni anticipate di trattamento (d'ora in poi DAT); compito che, al momento, non consente a questo Comitato di esprimersi riguardo ad altri profili più generali che pure influenzano l'operatività delle DAT, come, ad esempio, il loro contenuto e la loro efficacia. Ottemperando a tale specifico mandato, il Comitato rileva che le modalità di raccolta e di registrazione delle DAT possono variare a seconda della situazione concreta in cui si trova la persona che intende esprimerle.

Un primo scenario si presenta nell'ipotesi in cui la persona sa di essere affetta da una qualche ma-

lattia cronica - degenerativa che, stante la sua evoluzione naturale, potrà nel tempo comportare la perdita della capacità di esprimere la volontà. In tal caso, più che fare riferimento allo strumento specifico delle DAT, questo Comitato, ritiene sia corretto richiamare le ordinarie e tradizionali logiche su cui si tesse la relazione di cura, nella convinzione che essa debba essere improntata anche alla sua pianificazione temporale. In questo modo, si potranno discutere e anticipare le possibili evoluzioni della malattia in modo tale che la persona possa esprimere la sua volontà e comunicare al medico a quali trattamenti sanitari, tra quelli proposti, vuole accedere e quali, invece, desidera rifiutare.

In questo caso, la persona potrà esprimere la propria volontà anche solo verbalmente; volontà che, assieme ai termini del processo comunicativo, dovrà essere riportata per esteso nella documentazione clinica.

Il Comitato ritiene che tali volontà, in quanto parte della pianificazione anticipata delle cure, debbano essere rispettate nella loro specificità, anche nell'ipotesi in cui la persona sia poi seguita e presa in carico da professionisti diversi da quelli che hanno effettivamente contribuito a pianificare le cure. Un secondo scenario si presenta quando la persona voglia decidere preventivamente all'insorgere di una malattia quali trattamenti accettare e quali rifiutare nell'eventualità di una perdita della capacità di esprimere la sua volontà.

In questo caso il Comitato auspica che la persona sia assistita da un professionista, preferibilmente dal proprio medico di medicina generale, in modo da poter redigere una manifestazione di volontà accurata sul piano clinico e coerente con la sua biografia personale. La genericità o l'imprecisione delle DAT andrebbe, infatti, a condizionarne negativamente l'operatività e l'efficacia. Il Comitato auspica che la volontà così espressa debba essere sempre redatta per iscritto dalla persona con firma autografa e sottoscritta dallo stesso medico che deve conservarne in archivio una copia cartacea.

In entrambe le situazioni descritte, il Comitato auspica che le volontà siano raccolte in un database informatico interconnesso con le diverse strutture clinico-assistenziali e residenziali del territorio, in modo da poter essere immediatamente accessibili da parte dei professionisti coinvolti, anche in caso di emergenza. Tale sistema dovrà essere dotato delle garanzie necessarie ad impedire accessi impropri e a garantire il diritto alla riservatezza dei dati raccolti, nel rispetto della normativa vigente.

In riferimento ad entrambi gli scenari, il Comitato ritiene indispensabile avviare un'opera di sensibilizzazione nei confronti della popolazione e proporre specifiche iniziative formative rivolte ai professionisti della salute coinvolti, siano essi specialisti o medici di medicina generale.

Il Comitato ritiene inoltre che, in entrambi gli scenari ed in una fase di prima attivazione, il registro raccolga le volontà delle persone maggiorenni residenti o domiciliate sul territorio provinciale ed iscritte al Servizio sanitario provinciale, fermo restando che la volontà del minore nell'ambito della cura deve essere costantemente promossa e tenuta in considerazione.

Il primo concorso a fine ottobre 2014

Medicina – Concorso nazionale per le scuole di specializzazione

Sulla Gazzetta Ufficiale n.170 del 24 luglio 2014 è stato pubblicato il decreto 30 giugno 2014, n. 105 recante “Regolamento concernente le modalità per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina, ai sensi dell'articolo 36, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368”.

Il provvedimento prevede il passaggio dai concorsi locali al concorso nazionale per l'ingresso nelle Scuole di specializzazione in Medicina. Cambia, dunque, il sistema di selezione degli specializzandi medici. Di fatto, per essere ammessi bisognerà superare un'elezione nazionale per esami e titoli. Ciascun candidato, al momento della domanda di accesso, potrà scegliere fra Scuole anche appartenenti ad Aree diverse (Medica, Chirurgica, Servizi Clinici). Il primo concorso nazionale si terrà alla fine del prossimo mese di ottobre. Nel bando saranno indicati i posti disponibili presso ciascuna Scuola, i temi di studio sui quali sono predisposti i quesiti, gli esami fondamentali, caratterizzanti e specifici valutabili in relazione a ciascuna tipologia di scuola per la quale si concorre, i criteri di assegnazione del punteggio, il calendario, la durata e le modalità di svolgimento e di correzione della prova d'esame. L'art. 2 recante “Ammissione alla scuola” dispone che “al concorso possono partecipare i laureati in medicina e chirurgia in data anteriore al termine di scadenza per la presentazione delle domande di partecipazione al concorso fissato dal bando, con obbligo, a pena di esclusione, di superare l'esame di Stato

di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo entro il termine fissato per l'inizio delle attività didattiche delle scuole”.

L'art. 3 concernente “Prova d'esame” dispone che la prova d'esame si svolga telematicamente ed è identica a livello nazionale con riferimento a ciascuna tipologia di scuola.

I candidati dovranno rispondere a 110 quesiti a risposta multipla: 70 su argomenti caratterizzanti il corso di laurea in Medicina, 40 su scenari predefiniti, di dati clinici, diagnostici e analitici, di cui 30 quesiti



comuni a tutte le tipologie di Scuola appartenenti alla medesima area e 10 quesiti specifici per ciascuna tipologia di Scuola. La prova è svolta in una o più sedi, nella stessa data e allo stesso orario per tutte le Scuole appartenenti alla medesima area. Ogni risposta esatta vale 1 punto, ogni risposta non data corrisponde a zero punti, ogni risposta errata a -0,30. La valutazione dei 10 quesiti specifici per ciascuna Scuola ha un peso maggiore: 2 punti per ogni risposta esatta, zero per ogni risposta non data e -0,60 per ogni risposta errata.

L'art. 4 recante “Commissione nazionale” prevede che con decreto del Ministro è costituita, presso il Ministero, un'unica Commissione nazionale, tenuta al più rigoroso segreto d'ufficio, composta da un direttore di una scuola di specializzazione, con funzioni di presidente, e da cinque professori universitari per ciascuna area, anche in quiescenza, individuati fra professori dei settori scientifico-disciplinari di riferimento delle tipologie di scuola rientranti nella relativa area. La Commissione nazionale specifica anche i criteri per l'attribuzione del punteggio ai titoli di studio.

L'art. 5 concernente “Valutazione dei titoli di studio” dispone che la Commissione nazionale attribuisce ai titoli fino a 15 punti, di cui fino a 2 punti per il voto di laurea e fino a

13 per il *curriculum* degli studi (di questi fino a 5 in base alla media aritmetica complessiva dei voti degli esami sostenuti, fino a 5 in base ai voti presi negli esami fondamentali del corso di laurea e caratterizzanti o specifici in base alla Scuola scelta, fino a 3 punti per altri titoli, ovvero 1 punto per tesi sperimentale e 2 per il titolo di dottore di ricerca in una disciplina affine alla tipologia della Scuola scelta).

Al fine di consentire un esame più approfondito della materia si veda copia del decreto. alle pagine seguenti.



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE,
DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA**

DECRETO 30 giugno 2014, n. 105

Regolamento concernente le modalità per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina, ai sensi dell'articolo 36, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. (Gazzetta Ufficiale n. 170 del 24 luglio 2014).

**IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ
E DELLA RICERCA**

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382;

Vista la legge 19 novembre 1990, n. 341;

Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300;

Visto il decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e, in particolare, l'articolo 36, comma 1, come modificato dall'articolo 21, comma 1, del decreto-legge 12 settembre 2013, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2013, n. 128;

Visto il decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 6 marzo 2006, n. 172 recante: "Regolamento concernente le modalità per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina";

Vista la legge 30 dicembre 2010, n. 240;

Vista la legge 23 agosto 1988, n. 400 e, in particolare, l'articolo 17, commi 3 e 4;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla sezione consultiva degli atti normativi nell'adunanza dell'8 maggio 2014; Ritenuto di accogliere le osservazioni del Consiglio di Stato; Vista la comunicazione al Presidente del Consiglio dei ministri a norma dell'articolo 17, comma 3, della citata legge n. 400 del 1988, così come attestata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri Dipartimento per gli affari giuridici e legislativi con nota prot. n. 6162 del 27 giugno 2014;

Adotta il seguente regolamento:

Art. 1 - Oggetto e definizioni

1. Il presente regolamento disciplina, ai sensi dell'articolo 36, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e successive modificazioni, le modalità di

ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina e chirurgia. Restano ferme le disposizioni che consentono l'accesso dei laureati non medici ad alcune delle predette scuole.

2. Ai sensi del presente regolamento si intendono:

a) per università, gli atenei e gli istituti di istruzione universitaria, statali e non statali che rilasciano titoli di studio aventi valore legale;

b) per scuola o scuole, la scuola per le professioni dell'area sanitaria, di cui agli articoli da 34 a 46 del citato decreto legislativo n. 368 del 1999 e successive modificazioni;

c) per Ministro, il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca;

d) per Ministero, il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca;

e) per area, ciascuna delle aree, medica, chirurgica e dei servizi clinici in cui sono raggruppate le classi e le tipologie di scuola ai sensi del decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 1° agosto 2005, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 5 novembre 2005, n. 285, supplemento ordinario n. 176, o di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, da emanare ai sensi del citato articolo 20, comma 3-bis, del decreto legislativo n. 368 del 1999 e successive modificazioni;

f) per tipologia di scuola, lo specifico tipo di corso di specializzazione, compreso nelle classi e nelle tre aree medica, chirurgica e dei servizi di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 1° agosto 2005, o di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, da emanare ai sensi dell'articolo 20, comma 3-bis, del decreto legislativo n. 368 del 1999 e successive modificazioni;

g) per settori scientifico-disciplinari di riferimento della tipologia di scuola, uno o più settori scientifico-disciplinari specifici della figura professionale propria del corso di specializzazione, come individuati negli ambiti disciplinari sotto la voce "discipline specifiche della tipologia della scuola" nel citato decreto 1° agosto 2005 o nel successivo decreto attuativo del citato articolo 20, comma 3-bis, del decreto legislativo n. 368 del 1999 e successive modificazioni;

h) per bando, il bando di cui all'articolo 2, comma 1;

i) per Commissione, la Commissione nazionale di cui all'articolo 4.

Art. 2 - Ammissione alla scuola

1. Alle scuole si accede con concorso annuale per titoli ed esami bandito entro il 28 febbraio di ciascun anno con decreto del Ministero per il numero di posti determinati ai sensi dell'articolo 35, comma 2, del decreto legislativo n. 368 del 1999. Al concorso possono partecipare i laureati in medicina e chirurgia in data anteriore al termine di scadenza per la presentazio-

ne delle domande di partecipazione al concorso fissato dal bando, con obbligo, a pena di esclusione, di superare l'esame di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo entro il termine fissato per l'inizio delle attività didattiche delle scuole. Nel bando sono indicati i posti disponibili presso ciascuna scuola, i temi di studio sui quali sono predisposti i quesiti, gli esami fondamentali, caratterizzanti e specifici valutabili in relazione a ciascuna tipologia di scuola per la quale si concorre, i criteri di assegnazione del punteggio previsti dall'articolo 5, il calendario, la durata e le modalità di svolgimento e di correzione della prova d'esame. Il bando disciplina, altresì, le modalità relative alla scelta della sede universitaria da parte del candidato al fine della successiva iscrizione in relazione alla posizione nella graduatoria nazionale, in modo da garantire ai candidati la possibilità di concorrere all'accesso fino a due tipologie di scuole di specializzazione per ciascuna area, nonché le istruzioni applicative, di carattere tecnico informatico, sulle modalità di somministrazione dei quesiti e di correzione degli stessi necessarie a garantirne l'affidabilità, la trasparenza e l'uniformità.

2. La prova d'esame, per ogni tipologia di scuola, si svolge non prima di sessanta giorni dalla data di pubblicazione del bando.

3. La domanda per partecipare alla prova di selezione, corredata della documentazione prevista dal bando, è presentata per via telematica al Ministero nei tempi e con le modalità previste nel bando stesso. Ciascun candidato è tenuto al versamento di un contributo per sostenere la prova secondo quanto stabilito nel bando.

4. In relazione al numero di domande pervenute e comunque almeno venti giorni prima della prova di esame, con provvedimento del competente Direttore Generale del Ministero, il Ministero comunica le sedi e l'orario di svolgimento della prova d'esame.

Art. 3 - Prova d'esame

1. La prova d'esame si svolge telematicamente ed è identica a livello nazionale con riferimento a ciascuna tipologia di scuola. Essa consiste in una prova scritta che prevede la soluzione di 110 quesiti a risposta multipla, ciascun quesito con quattro possibili risposte, ed è divisa in due parti. La prima parte è comune a tutte le tipologie di scuola e viene svolta in unica data e medesimo orario, in più sedi, a livello nazionale. Essa comprende 70 quesiti su argomenti caratterizzanti il corso di laurea di medicina e chirurgia. Il bando può prevedere un punteggio minimo per il superamento della prima parte. La seconda parte comprende 40 quesiti, con particolare riferimento alla valutazione, nell'ambito di scenari predefiniti, di dati clinici, diagnostici e analitici, di cui 30 quesiti comuni a tutte le tipologie di scuola appartenenti alla medesima area e 10 quesiti specifici per ciascuna tipologia di scuola. Essa è svolta in una o più sedi, nella stessa data e allo

stesso orario per tutte le scuole appartenenti alla medesima area.

2. La predisposizione dei quesiti di cui al comma 1 è affidata al Ministero, che a tal fine può avvalersi di soggetti con comprovata competenza in materia, individuati nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza e tenuti al più rigoroso rispetto del segreto d'ufficio.

3. La valutazione dei 70 quesiti della prima parte della prova e dei 30 quesiti di area della seconda parte della prova determina l'attribuzione di un punteggio di +1 per ogni risposta esatta, di 0 per ogni risposta non data e di -0,30 per ogni risposta errata. La valutazione dei 10 quesiti di ciascuna tipologia di scuola della seconda parte della prova determina l'attribuzione di un punteggio di +2 per ogni risposta esatta, di 0 per ogni risposta non data e di -0,60 per ogni risposta errata.

4. Non sono ammessi, durante la prova, la consultazione di alcun testo cartaceo o digitale detenzione di telefoni cellulari o di altri strumenti telematici, pena l'esclusione dal concorso.

5. Il Ministero provvede all'organizzazione delle prove di esame nonché al supporto organizzativo e tecnico della Commissione all'articolo 4 e assicura la presenza, presso ogni sede in cui si svolge la prova di esame, di personale di vigilanza, con il compito di assicurare il corretto svolgimento delle prove.

Art. 4 - Commissione nazionale

1. Con decreto del Ministro è costituita, presso il Ministero, un'unica Commissione nazionale, tenuta al più rigoroso segreto d'ufficio, composta da un direttore di una scuola di specializzazione, con funzioni di presidente, e da cinque professori universitari per ciascuna area, anche in quiescenza, individuati fra professori dei settori scientifico-disciplinari di riferimento delle tipologie di scuola rientranti nella relativa area. La Commissione nazionale valida i quesiti e specifica i criteri di cui all'articolo 5, ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio e della approvazione della graduatoria unica nazionale per ciascuna tipologia di scuola da parte del Ministero.

Art. 5 - Valutazione dei titoli di studio e graduatoria

1. La Commissione di cui all'articolo 4 attribuisce ai titoli fino a 15 punti, di cui 2 punti per il voto di laurea e 13 punti per il *curriculum* degli studi. I punti che il singolo candidato può ottenere in base al voto di laurea e al *curriculum* degli studi sono determinati secondo i seguenti criteri:

a) Voto di laurea - fino a 2 punti:

Voto 110 e lode = 2 punti;

Voto 110 = 1,5 punti;

Voto da 108 a 109 = 1 punto;

Voto da 105 a 107 = 0,5 punti.

b) *Curriculum* - fino a 13 punti:

b.1) Media aritmetica complessiva dei voti degli esami sostenuti - fino a 5 punti. I punti sono attribuiti secondo la seguente scala valutativa:

Media dei voti $\sim 29,5 = 5$ punti;

Media dei voti $\sim 29 = 4$ punti;

Media dei voti $\sim 28,5 = 3$ punti;

Media dei voti $\sim 28 = 2$ punti;

Media dei voti $\sim 27,5 = 1$ punto.

b.2) Punti per voto ottenuto negli esami fondamentali del percorso di laurea e negli esami caratterizzanti o specifici: fino a 5 punti. I punti sono assegnati sulla base del voto ottenuto negli esami fondamentali del percorso di laurea e negli esami caratterizzanti la tipologia di scuola di specializzazione per la quale si concorre, individuati, per ciascuna tipologia di scuola, in numero non superiore a cinque. I punti sono attribuiti secondo la seguente scala valutativa:

1 punto per ogni 30 o 30 e lode; 0,7 punti per ogni 29;

0,5 punti per ogni 28; 0,2 punti per ogni 27.

b.3) Altri titoli fino a 3 punti. I titoli non sono riconoscibili e computabili ai concorrenti già in possesso di diploma di specializzazione, né ai concorrenti già titolari di contratto di specializzazione per un periodo minimo di un anno.

I punti vengono attribuiti come segue:

un punto per la tesi sperimentale in una disciplina specifica che comprenda uno dei settori scientifico-disciplinari di riferimento della tipologia di scuola, debitamente documentata secondo quanto indicato nel bando; due punti per il titolo di dottore di ricerca in una disciplina specifica che comprenda i settori scientifico-disciplinari di riferimento della tipologia di scuola, debitamente documentata secondo quanto indicato nel bando.

2. Il Ministero redige una graduatoria nazionale per ciascuna tipologia di scuola. Salve le riserve di posti previste dall'articolo 757 del codice dell'ordinamento militare, di cui al decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66, e dall'articolo 35, comma 3, del decreto legislativo n. 368 del 1999 e successive modificazioni, sono ammessi alle scuole di specializzazione coloro che, in relazione al numero dei posti disponibili, si siano collocati in posizione utile nella relativa graduatoria nazionale sulla base del punteggio complessivo riportato. Al fine di consentire la formazione e lo scorrimento della graduatoria nazionale, il candidato, nella domanda di partecipazione al concorso, indica in ordine di preferenza le sedi universitarie per le quali intende concorrere. Le graduatorie sono rese pubbliche dal Ministero entro 20 giorni dallo svolgimento delle prove. In caso di parità di punteggio, prevale il candidato che ha ottenuto il maggior punteggio complessivo nella prova di esame, quindi il candidato che ha ottenuto il maggior punteggio nella seconda parte della prova di esame relativa ai quesiti specifici di ciascuna tipologia di scuola, in caso di ulteriore parità, il

candidato con minore età anagrafica. In caso di rinuncia, mancata immatricolazione secondo le modalità indicate dal bando o mancato superamento dell'esame di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo entro il termine fissato per l'inizio delle attività didattiche ai sensi del comma 3, subentra il candidato che segue nella graduatoria, fermo restando che, tra i candidati ammessi alle scuole di specializzazione, è precluso lo scambio di sede.

3. Con il decreto ministeriale di assegnazione dei contratti di formazione specialistica è indicata la data di inizio delle attività didattiche delle scuole di specializzazione.

4. Le università sedi di scuole possono attivare, in aggiunta ai contratti di formazione specialistica finanziati con risorse statali, ulteriori contratti di pari importo e durata con risorse derivanti da donazioni o finanziamenti di enti pubblici o privati, nel rispetto del numero complessivo di posti per i quali sono accreditate le scuole e del fabbisogno di specialisti a livello nazionale. I contratti sono attivati purché i finanziamenti siano comunicati al Ministero prima della pubblicazione del bando per il relativo anno accademico. I contratti sono comunque assegnati sulla base della graduatoria di cui al comma 2. Le università assicurano il finanziamento di tali contratti per tutta la durata del corso di specializzazione e provvedono al relativo onere con le risorse finanziarie disponibili nel proprio bilancio a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri per lo Stato.

Art. 6 - Abrogazioni

1. Dalla data di entrata in vigore del presente regolamento è abrogato il decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 6 marzo 2006, n. 172.

Art. 7 - Disposizioni transitorie e finali

1. Il presente regolamento si applica ai concorsi per l'accesso alle scuole di specializzazione banditi successivamente alla sua entrata in vigore.

2. In sede di prima attuazione del presente regolamento, il termine del 28 febbraio di cui all'articolo 2, comma 2, è fissato al 31 luglio 2014. Le relative prove di esame si svolgono entro il 31 ottobre 2014.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica Italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 30 giugno 2014

Il Ministro: Giannini
Visto, il Guardasigilli: Orlando

Registrato alla Corte dei conti il 22 luglio 2014 Ufficio di controllo sugli atti del MIUR, del MIBAC, del Min. salute e del Min. lavoro, foglio n. 2904.

Comunicazioni FNOMCeO

Prevenzione delle ferite da taglio nel settore ospedaliero-sanitario

COMUNICAZIONE N. 27

Si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2014 è stato pubblicato il decreto legislativo 19 febbraio 2014, n. 19 recante **“Attuazione della direttiva 2010/32/UE che attua l’accordo quadro, concluso da HOSPEEM e FSESP, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario”**.

Il decreto legislativo sopracitato apporta integrazioni al D.Lgs. 81/08 e ha ad oggetto la problematica derivante dagli infortuni causati da punture da ago e ferite da taglio che possono occorrere ai lavoratori che operano nel settore ospedaliero e sanitario.

Si rileva che gli operatori interessati dal provvedimento sono quindi anche i medici chirurghi e gli odontoiatri e correlativamente tutti i titolari di studio medico e odontoiatrico che abbiano lavoratori indipendentemente dalla loro tipologia contrattuale.

Si riportano di seguito alcune delle disposizioni del decreto che si ritengono più rilevanti.

L’art. 286-ter, comma 1, lett. a), del D.Lgs. 81/08 introdotto dall’art. 1 del decreto legislativo n. 19/14 dispone **che per luoghi di lavoro interessati s’intendano le strutture o servizi sanitari del settore pubblico e privato in cui si svolgano attività e servizi sanitari sottoposti alla responsabilità organizzativa e decisionale**

del datore di lavoro. L’art. 286-ter, comma 1, lett. b), del D.Lgs. 81/08, sempre introdotto dall’art. 1 del suddetto decreto, stabilisce che per dispositivi medici taglienti s’intendano “gli oggetti o strumenti necessari all’esercizio di attività specifiche nel quadro dell’assistenza sanitaria, che possano tagliare, pungere o infettare. Gli oggetti taglienti o acuminati sono considerati, ai sensi del presente decreto, attrezzature di lavoro”.

L’art. 286-quater, comma 1, lett. a) e lett. b), del D.Lgs. 81/08, recante **“Misure generali di tutela”**, introdotto anch’esso dall’art. 1 del decreto legislativo n. 19/14, prevede che il datore di lavoro ha l’obbligo di garantire la salute e sicurezza dei lavoratori in tutti gli aspetti connessi alla loro vita professionale, inclusi i fattori psicosociali e di organizzazione del lavoro, provvedendo in particolare:

a) ad assicurare che il personale sanitario sia adeguatamente formato e dotato di risorse idonee per operare in condizioni di sicurezza tali da evitare il rischio di ferite ed infezioni provocate da dispositivi medici taglienti;

b) ad adottare misure idonee ad eliminare o contenere al massimo il rischio di ferite ed infezioni sul lavoro attraverso l’elaborazione di una politica globale di prevenzione che tenga conto delle tecnologie più avanzate, dell’organizzazione e delle condizioni di lavoro, dei fattori psicosociali legati all’esercizio della professione e dell’influen-

za esercitata sui lavoratori dall’ambiente di lavoro.

L’art. 286-quinquies, comma 1, del D.Lgs. 81/08 recante **“Valutazione dei rischi”**, introdotto dal decreto legislativo n. 19/14, dispone che “il datore di lavoro, nella valutazione dei rischi di cui all’articolo 17, comma 1, deve garantire che la stessa includa la determinazione del livello di rischio espositivo a malattie che possono essere contratte in relazione alle modalità lavorative, **in maniera da coprire tutte le situazioni di rischio che comportano ferite e contatto con sangue o altro potenziale veicolo di infezione**, nella consapevolezza dell’importanza di un ambiente di lavoro ben organizzato e dotato delle necessarie risorse”.

L’art. 286-sexies, comma 1, lett. e), del D.Lgs. 81/08 recante **“Misure specifiche di prevenzione”**, introdotto dal decreto legislativo n. 19/14, stabilisce che, qualora la valutazione dei rischi di cui all’articolo 286-quinquies evidenzia il rischio di ferite da taglio o da punta e di infezione, il datore di lavoro deve adottare **la sorveglianza sanitaria**.

L’art. 286-septies, comma 2, del D.Lgs. 81/08 recante **“Sanzioni”**, introdotto dal decreto legislativo n. 19/14, prevede che **“il datore di lavoro e i dirigenti sono puniti con l’arresto da tre a sei mesi o con l’ammenda da 2.740 euro a 7.014,40 euro per la violazione dell’articolo 286-sexies”**. **Con riferimento alla disposizione di cui all’art. 286-sexies, comma 1, lett. e), che prevede la sorveglianza sanitaria negli studi medici e odontoiatrici con lavoratori, si rileva che questa Federazione è intervenuta nelle sedi istituzionali per**

evidenziare che, pur condividendo la ratio e l'impostazione del provvedimento indicato in oggetto, occorre valutare l'impatto sugli studi medici e odontoiatrici dell'obbligo della sorveglianza sanitaria, Il Sottosegretario di Stato FAD-DA nella seduta delle Commissioni riunite Lavoro e Igiene e Sanità del 30 gennaio 2014 ha condiviso questa impostazione, sottolineando che **“la misura della sorveglianza sanitaria, in base al provvedimento in esame, deve essere adottata qualora la valutazione dei rischi evidenzii il pericolo di ferite da taglio o da punta e di infezione”**. Le Commissioni riunite Lavoro e Igiene e Sanità nella seduta del 30 gennaio 2014 hanno quindi espresso un parere favorevole al provvedimento, con la seguente osservazione: “valuti il Governo l'opportunità di riformulare la disposizione concernente l'obbligo di sorveglianza sanitaria - di cui all'articolo 1, comma 1, capoverso articolo 286-sexies dello schema di decreto - al fine di chiarire che tale misura di prevenzione specifica debba essere adottata, qualora risulti necessaria in funzione dei risultati della valutazione dei rischi, in aderenza a quanto previsto dall'articolo 14 della direttiva 2000/54/CE (detto articolo, richiamato dalla clausola 6, comma 2, dell'accordo quadro citato in premessa, prevede che la sorveglianza sanitaria sia adottata “se del caso”, sulla base dei risultati della valutazione dei rischi)”.

Nella relazione illustrativa allegata allo schema di decreto legislativo approvato dal Consiglio dei Ministri nella riunione del 14 febbraio 2014 il Dipartimento per gli affari giuridici e legislativi della Presidenza del Consiglio dei Ministri ritiene che l'attuale formulazione del decreto risponda pienamente alla osservazione delle Commissioni ri-



unite Lavoro e Igiene e Sanità del Senato (*All. n. 1*) e quindi che il testo del decreto non necessiti di ulteriori modifiche.

Sembrerebbe infatti evidente che in uno studio medico e odontoiatrico con laboratori, per quanto concerne il rischio delle ferite da taglio o da punta, la valutazione dei rischi dovrebbe evidenziare che il rischio per i lavoratori possa essere solamente di natura accidentale e, quindi, imprevedibile con indagini sanitarie preventive. Nel caso di specie la sorveglianza sanitaria non dovrebbe essere necessaria ex ante; di fatto la nomina del medico competente non potrebbe essere considerata una misura necessaria volta ad evitare che il rischio delle ferite da taglio o da punta si traduca in un infortunio. Il rischio delle ferite da taglio può incorrere infatti solo accidentalmente e si può prevenire con misure specifiche, quali ad esempio la formazione dei lavoratori in ordine ai rischi e alle procedure da adottare.

Ciò non toglie che il quadro normativo sopra delineato non appare rassicurante; infatti la disposizione di cui all'art. 286-sexies del D.Lgs. 81/08 potrebbe dare luogo ad interpretazioni difformi da parte degli

ispettori del lavoro che potrebbero applicare le prescrizioni obbligatorie previste dal D.Lgs. 758/94. Di fatto l'organo di vigilanza ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 758/94, avendo accertato una contravvenzione alla normativa in materia di prevenzione degli infortuni e di igiene del lavoro, potrebbe impartire le opportune prescrizioni, fissando un termine per l'eliminazione della irregolarità.

Nel caso di adempimento alla prescrizione l'organo di vigilanza ammette il contravventore a pagare in sede amministrativa una somma pari al quarto del massimo dell'ammenda stabilita per la contravvenzione commessa (art. 21 del D.Lgs. 758/94).

Ciò detto, considerata la delicatezza della questione trattata e le connesse responsabilità per i titolari di studio medico e odontoiatrico con laboratori, questa Federazione ritiene di richiedere un parere specifico al Ministero competente (*All. n. 2*).

Al fine di consentire un esame più approfondito della materia si allega copia del provvedimento indicato in oggetto (*All. n. 3*).

Gli allegati sono disponibili presso la sede dell'Ordine a Trento.

Ferite da taglio: sorveglianza negli studi medici

COMUNICAZIONE N. 44

Facendo seguito alla Comunicazione n. 27 del 20 marzo 2014, si invia per opportuna conoscenza la nota trasmessa a questa Federazione dal Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione sanitaria - in ordine alla fattispecie indicata in oggetto (All. n. 1).

Il Ministero della Salute chiarisce in particolare che “nel caso in cui l’attività sanitaria venga prestata nel proprio studio medico o odontoiatrico dal singolo professionista abilitato, con prevalenza del suo apporto professionale ed intellettuale rispetto alla disponibilità di beni strumentali, in assenza di complessità organizzative proprie di una struttura o di un servizio sanitario, tale luogo di lavoro, per definizione, risulta essere escluso dal campo di applicazione del titolo X-bis”.

Il Ministero della Salute precisa inoltre che “nel caso di studi medici o odontoiatrici che per le loro caratteristiche organizzative/funzionali risultano configurabili come strutture/servizi sanitari (con svolgimento di attività sanitarie sottoposte a responsabilità organizzativa e decisionale del datore di lavoro), anche in questa ultima **situazione l’adozione delle misure specifiche di cui all’articolo 286-sexies, tra cui la sorveglianza sanitaria, non risultano di automatica adozione**, essendo prevista, in forza dello stesso articolo 286-sexies, la necessità della loro attuazione tutte le volte che, dalla valutazione dei rischi effettuata, risulti presente per i lavoratori un rischio di ferita da taglio o da punta comportante contatto con sangue o altro potenziale veicolo di infezione”.

All. n. 1

In riferimento alla nota prot. 2014/3184, con cui è stata chiesta una precisazione in merito al campo di applicazione della disposizione in oggetto, si forniscono da parte dello scrivente Ufficio i seguenti orientamenti:

Premesso che le disposizioni particolari introdotte dal recente titolo X-bis del D.lgs 81/08 trovano applicazione nei confronti di **“tutti i lavoratori che operano, nei luoghi di lavoro interessati da attività sanitarie, alle dipendenze di un datore di lavoro”** e che l’individuazione dei luoghi di lavoro interessati risulta essere ristretta ai soli luoghi ricompresi nella definizione data all’art 1, lettera a), di **“strutture o servizi sanitari** del settore pubblico e privato in cui si svolgono attività e servizi sanitari sottoposti alla responsabilità organizzativa e decisionale del datore di lavoro”.

Sulla base di quanto premesso ne deriva come logica conseguenza che, nel caso in cui l’attività sanitaria venga prestata nel proprio studio medico o odontoiatrico dal singolo professionista abilitato, con prevalenza del suo apporto professionale ed intellettuale rispetto alla disponibilità di beni strumentali, in assenza di complessità organizzative proprie di una struttura o di un servizio sanitario, tale luogo di lavoro, per definizione, risulta essere escluso dal campo di applicazione del titolo X-bis.

In tale specifica situazione trova applicazione nei confronti del professionista autonomo ti solo articolo 21, del D.lgs 81/08, che al comma 2 prevede la possibilità dell’effettuazione della sorveglianza sanitaria solamente in via facoltativa.

Nel caso in cui negli studi medici ed odontoiatrici, conte caratteristiche sopra richiamate sia presente anche un collaboratore, la necessità o meno della effettuazione della sorveglianza sanitaria, quale misura di tutela della salute e della sicurezza del lavoratore non può che derivare dagli esiti della valutazione dei rischi, che deve essere effettuata ai sensi dell’articolo 17, comma 1, lettera a).

Si ritiene opportuno ricordare, con riferimento alla valutazione del rischio di esposizione ad agenti biologici, che l’articolo 271, comma 4 prevede la possibilità di prescindere dall’effettuazione della sorveglianza sanitaria solo se **i risultati della valutazione dimostrano che l’attuazione di tale misura non è necessaria**.

Nel caso di studi medici o odontoiatrici che per le loro caratteristiche organizzative/funzionali risultano configurabili come strutture/servizi sanitari (con svolgimento di attività sanitarie sottoposte a responsabilità organizzativa e decisionale del datore di lavoro), **anche in questa ultima situazione l’adozione delle misure specifiche di cui all’articolo 286-sexies, tra cui la sorveglianza sanitaria, non risultano di automatica adozione**, essendo prevista, in forza dello stesso articolo 286-sexies la necessità della loro attuazione tutte le volte che dalla valutazione dei rischi effettuata, risulti presente per i lavoratori un rischio di ferita da taglio o da punta comportante contatto con sangue o altro potenziale veicolo di infezione.

Ministero della Salute

Ricevute dei ticket sanitari esenti da imposta di bollo

COMUNICAZIONE N. 28

Viene segnalata una interpretazione difforme sul territorio in ordine all'applicazione dell'imposta di bollo sui ticket sanitari inerenti alle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e sulle altre prestazioni specialistiche erogate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale in regime ambulatoriale presso strutture a gestione diretta o convenzionate (gabinetti specialistici convenzionati).

All'uopo si rileva che l'Agenzia dell'Entrate con Risoluzione N. 9/E del 15 gennaio 2014 (All. n. 1) ha chiarito "che le ricevute di pagamento, rilasciate agli assistiti per il pagamento del contributo alla spesa sanitaria previsto dalla legge n. 8 del 1990 e successive modifiche e integrazioni, non devono essere assoggettate all'imposta di bollo, ancorché l'importo sia superiore al limite di euro 77,47, previsto dall'articolo 13 della citata Tariffa - allegato A - del D.P.R. n. 642/72".

L'art. 9, Tabella allegato B, del D.P.R. 642/72 esenta infatti dal pagamento dell'imposta gli atti e i documenti in materia di assicurazioni sociali obbligatorie e le ricevute dei contributi. L'Agenzia dell'Entrate ha evidenziato che il pagamento del ticket sanitario è a tutti gli effetti un contributo obbligatorio che il cittadino deve versare per legge per ottenere l'assistenza sanitaria.

Cordiali saluti

*IL PRESIDENTE
Amedeo Bianco*

All. n. 1
RISOLUZIONE N. 9/E

OGGETTO: Interpello - Art 11, legge 27 luglio 2000, n. 212 - Imposta di bollo su ricevute di pagamento dei ticket per prestazioni ambulatoriali

Con l'interpello specificato in oggetto, concernente l'interpretazione del DPR n. 642 del 1972, è stato esposto il seguente

QUESITO

ALFA chiede di conoscere il corretto trattamento applicabile, ai fini dell'imposta di bollo, alle ricevute di pagamento del ticket per prestazioni ambulatoriali rese all'utenza. ALFA fa presente che, in applicazione della previsione recata dall'articolo 2 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, "*Le richieste di prestazioni relative a branche specialistiche diverse devono essere formulate su ricette distinte. Ogni ricetta può contenere fino ad un massimo di Otto prestazioni della medesima branca. Per le prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione ogni ricetta non può contenere più di sei tipi di prestazioni: ...*".

Le prestazioni ambulatoriali, raggruppate secondo le branche specialistiche ai fini dell'applicazione dei limiti di prescrivibilità per ricetta e di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, sono elencate nell'Allegato n. 3 al D.M. 22 luglio 1996 ("*Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe*").

L'importo massimo del ticket da corrispondere è stato fissato dalla

citata legge n. 724 del 1994 in Euro 36,15 a ricetta ("*adesso Euro 46,15 con l'aggiunta della quota fissa di Euro 10,00*").

Dal combinato disposto delle norme fin qui menzionate discende che per determinate prestazioni (nella fattispecie esami di laboratorio) il medico deve compilare più ricette e accade con frequenza che l'importo complessivo del ticket a carico dell'utente, derivante dalla somma degli importi delle singole ricette, superi il tetto di Euro 77,47.

Si chiede di conoscere se in relazione a tali ricevute deve essere corrisposta l'imposta di bollo.

ALFA segnala, al riguardo, che le Aziende Sanitarie dell'Area Genovese adottano due differenti procedure per la registrazione economica delle prestazioni:

suddivisione delle ricevute di pagamento in funzione del numero di ricette registrate;

raggruppamento delle prestazioni presenti nelle varie ricette registrate in un'unica ricevuta di pagamento in ossequio alla unitarietà dell'operazione, che prescinde dal numero di esami prescritti dal Medico richiedente.

I soggetti che emettono ricevute distinte, ciascuna di importo inferiore o pari ad Euro 46,15, non superando l'importo di euro 77,47 non applicano l'imposta di bollo, mentre detta imposta viene in genere applicata dai soggetti che emettono una ricevuta riepilogativa comprensiva di più ticket.

SOLUZIONE INTERPRETATIVA PROSPETTATA DAL CONTRIBUENTE

ALFA ha fin qui adottato la soluzione b), ma un utente ha eccepito che l'applicazione dell'imposta di bollo non fosse corretta ed ha presentato un esposto al Difensore Civico Regionale.

PARERE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE

L'articolo 13, n. 1, della tariffa allegata A, parte prima, annessa al D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642, prevede l'applicazione dell'imposta di bollo nella misura di Euro 2,00 (importo così determinato dall'art. 7-bis, comma 3, del D.L. 26 aprile 2013, n. 43, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 giugno 2013, n. 71, a decorrere dal 26 giugno 2013) per ogni esemplare di "(...) ricevute e quietanze rilasciate dal creditore, o da altri per suo conto, a liberazione totale o parziale di una obbligazione pecuniaria".

Inoltre, la nota 2 all'articolo 13 citato, prevede che l'imposta non è dovuta - tra gli altri casi - "a) quando la somma non supera L. 150.000 (euro 77,47) ...".

in deroga alle previsioni recate dalla Tariffa, tuttavia, nella Tabella allegata al DPR n. 642 del 1972 (e in leggi speciali) sono previste specifiche ipotesi di esenzione dall'imposta di bollo degli atti e documenti elencati nella Tariffa.

Ai fini in esame, rileva, in particolare la previsione recata dall'articolo 9 della Tabella B, annessa al citato decreto presidenziale, che esenta dal pagamento dell'imposta gli atti e i documenti in materia di assicurazioni sociali obbligatorie e le ricevute dei contributi.

A parere della scrivente, nell'ambito applicativo di tale disposizione devono essere ricondotte anche le

ricevute che attestano il pagamento del ticket sanitario, oggetto del presente quesito, in quanto detto pagamento concretizza un contributo obbligatorio che il cittadino deve versare, a norma di legge, per ottenere l'assistenza sanitaria.

L'articolo 1 del DL 25 novembre 1989 n. 382, convertito dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8 - Misure in materia di assistenza specialistica e farmaceutica - prevede, infatti, che "Sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, sulle visite specialistiche e sulle altre prestazioni specialistiche; erogate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale in regime ambulatoriale presso strutture a gestione diretta o convenzionate, è dovuta una partecipazione alla spesa da parte degli assistiti nelle seguenti misure ...".

Il versamento del ticket rappresenta, dunque, una contribuzione obbligatoria richiesta ai cittadini per la partecipazione alla spesa sanitaria.

Tale interpretazione, è coerente con i chiarimenti già forniti dall'Amministrazione finanziaria, ancorché sulla base di previgenti disposizioni che regolavano la partecipazione degli assistiti alla spesa sanitaria, tra l'altro, con le risoluzioni 21 luglio 1990, n. 390755 e 16 maggio 1986, n. 300788.

In particolare, con la risoluzione n. 311596 del 24 giugno 1982, è stato precisato che: "la partecipazione alla spesa delle prestazioni di

diagnostica strumentale e di laboratorio posta a carico degli assistiti deve considerarsi quale versamento integrativo ai contributi obbligatori dovuti a norma di legge per ottenere l'assistenza sanitaria e costituisce l'ineliminabile collegamento strumentale della prestazione in esame all'accertamento diagnostico.

Ciò stante, nel concordare con le suddette considerazioni, lo scrivente ritiene di confermare quanto già precisato in altre occasioni in ordine al riconoscimento del beneficio tributario dell'esenzione dal pagamento dell'imposta di bollo per gli atti concernenti strettamente i rapporti tra l'ente cui incombe l'obbligo di fornire le prestazioni e gli assistiti, anche quando le prestazioni stesse sono rese, di fatto, a mezzo dei gabinetti specialistici convenzionati.

Si è del parere, pertanto, che le ricevute rilasciate agli assistiti in occasione del pagamento della partecipazione alla spesa per le prestazioni di cui all'art. 12 della legge 26 aprile 1982, n. 181, sono esenti dal tributo di bollo, in applicazione dell'art. 9 della Tabella allegata B, annessa al D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642."

Con riferimento al quesito posto, si precisa, dunque, che le ricevute di pagamento rilasciate agli assistiti per il pagamento del contributo alla spesa sanitaria previsto dalla legge n. 8 del 1990 e successive modifiche e integrazioni, non devono essere assoggettate all'imposta di bollo, ancorché l'importo sia superiore al limite di euro 77,47, previsto dall'articolo 13 della citata Tariffa.

Le Direzioni regionali vigileranno affinché le istruzioni fornite e i principi enunciati con la presente risoluzione vengano puntualmente osservati dalle Direzioni provinciali e dagli Uffici dipendenti.

IL DIRETTORE CENTRALE



Procedimenti disciplinari e il ruolo degli Ordini professionali

COMUNICAZIONE N. 36

Sono pervenute in Federazione numerose lettere relative alle recenti sentenze della Corte di Cassazione in merito ai procedimenti disciplinari con particolare riferimento alla sentenza della Cassazione Civile n. 870 del 17/01/2014.

Le problematiche sollevate da questa sentenza della Corte di Cassazione non sono, però, le uniche. Riteniamo perciò di fare cosa utile affrontando anche quanto deciso con la sentenza sempre della Cassazione Civile n. 1171 del 21/01/2014.

Con l'occasione si cercherà anche di chiarire alcuni aspetti relativi alla lettera inviata dal Presidente della Cao Nazionale ai Presidenti Cao sui temi dell'audizione ex art. 39 del DPR 221/50 ed infine forniremo risposte in merito alla delicata questione della legittimità dell'assunzione delle spese legali da parte degli Ordini nei confronti dei componenti degli Organi collegiali laddove in caso di soccombenza nel contenzioso, si ponesse il problema della risarcibilità dei danni subiti dal sanitario.

Nella consapevolezza della estrema complessità delle questioni che andiamo ad esaminare, auspichiamo eventuali contributi e/o critiche che possano consentire a tutti noi di meglio approfondire temi tanto delicati.

Per ovvi motivi di comprensione, dividiamo gli argomenti in specifici capitoli:

La sentenza della Cassazione Civile n. 870 del 17/01/2014

In tale sentenza la Cassazione Civile ha accolto parzialmente il ricorso del sanitario sanzionato rin-

viando la causa alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie sulla base fondamentalmente di due motivi:

il primo e più importante, riguarda l'illegittimità di considerare uno specifico addebito disciplinare, la mancata collaborazione e la mancata partecipazione dell'inquisito al procedimento disciplinare nelle sue varie fasi.

La Suprema Corte ha ritenuto, sulla base della giurisprudenza vigente, che come accade nell'ambito del procedimento penale, nessuno può essere tenuto ad agire contro se stesso "nemo tenetur contra se edere". Tale principio costituirebbe l'applicazione del principio di tutela della difesa sancito nell'art. 24 della Costituzione.

Rinviano alla lettura della sentenza per ulteriori approfondimenti, evidenziamo che questa interpretazione si pone sostanzialmente in conflitto con la normativa deontologica che tradizionalmente prevede il dovere deontologico del medico di prestare, anche nell'ambito del procedimento disciplinare, piena collaborazione con l'Ordine.

La rilevanza delle argomentazioni della Corte di Cassazione ha già, peraltro, influito sulla nuova stesura del Codice Deontologico laddove probabilmente verrà mantenuto il principio del dovere di collaborazione senza però estenderlo specificatamente al campo disciplinare. Il secondo motivo che è alla base del parziale accoglimento del ricorso, concerne la mancata previsione nella decisione della Commissione Centrale, di una precisa spiegazione del percorso logico seguito per giungere alla decisione impugnata.

Nel caso di cui trattasi, la Cassazione puntualizza che sarebbe stato necessario indicare in concreto gli aspetti di non trasparenza e veridicità del messaggio pubblicitario.

Da ultimo si segnala, come già indicato in un'apposita nota del Presidente della Commissione Albo Odontoiatri della FNOMCeO, che nella sentenza viene definitivamente chiarito che attraverso la Legge 24/07/1985 n. 409, i compiti disciplinari, sin dalle prime fasi, precedentemente spettanti ai Consigli direttivi degli Ordini e ai loro Presidenti, sono ora attribuiti esclusivamente alla Commissione per gli Iscritti all'Albo dei Medici e al suo Presidente e correlativamente alla Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri e al suo Presidente.



Sentenza della Cassazione Civile n. 1171 del 21/01/2014

Problemi diversi, ma estremamente complessi, discendono da questa sentenza che accoglie il ricorso di un medico avverso un provvedimento di cancellazione derivante dalla mancanza del requisito della condotta moralmente irreprensibile così come sancito dall'art 9 del DLCPS n. 233/1946.

Occorre preliminarmente osservare che il requisito della buona condotta deve essere valutato ai sensi del già citato art. 9 della legge istitutiva al momento della iscrizione, mentre non costituisce di per sé elemento per la cancellazione. dall'albo. Ovviamente tale requisito quando viene a mancare durante il periodo di iscrizione, può costituire elemento valutabile disciplinarmente portando, ad esempio, in caso di grave condanna penale al provvedimento di radiazione.

Nel caso di specie, il medico era stato condannato in via definitiva per i reati di cui agli art. 572 (maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli), 609 bis (Violenza sessuale) e 594 (Ingiuria) del c.p. con la reclusione di cinque anni e con l'applicazione della pena accessoria dell'interdizione perpetua dei pubblici uffici.

La pena detentiva veniva espiata dal 22/04/2008 al 26/07/2011. Il sanitario, inoltre, che domandava il trasferimento ad altro Ordine, nella domanda presentata con autocertificazione, avrebbe reso falsa dichiarazione di non aver procedimenti penali a carico.

La Corte di Cassazione ha ritenuto che, nel caso di specie, il ricorrente era stato condannato in via definitiva per reati non inerenti allo svolgimento della professione e che, pertanto, non poteva integrarsi, non essendo motivato, il requisito dell'insussistenza della specchiata condotta morale.

Rinviano anche in questo caso, alla lettura integrale della sentenza, si osserva che la Corte di Cassazione menziona la sentenza della Corte Costituzionale n. 311 del 1996 che precisa: "per quanto riguarda condotte apprezzabili sotto il profilo morale, deve operarsi una netta distinzione fra condotte aventi rilievo ed incidenza rispetto alla affidabilità del soggetto per il corretto svolgimento delle funzioni o delle attività volta per volta considerate, e che dunque, possono essere legittimamente oggetto di valutazione a questi effetti e condotte riconducibili esclusivamente ad una di-

mensione privata o alla sfera della vita e della libertà individuale, in quanto tali non suscettibili di essere valutate ai fini di un requisito di accesso a funzioni o ad attività pubbliche o comunque soggette a controllo pubblico".

Nel prendere atto della sentenza che stiamo commentando, rileviamo che gli Ordini per evitare di essere soccombenti quando negano l'iscrizione dei sanitari per carenza del requisito della buona condotta, dovranno motivare e dimostrare l'incidenza del comportamento moralmente censurabile sul concreto esercizio dell'attività professionale tale da rendere incompatibile l'iscrizione all'Albo dell'Ordine.

L'audizione ex art. 39 del DPR 221/50 e l'assistenza del difensore

Alcuni Ordini hanno chiesto alla FNOMCeO ulteriori chiarimenti sulla questione affrontata nella nota trasmessa in data 28101 u.s. dal Presidente della Cao Nazionale sul tema dell'assistenza del difensore di fiducia del sanitario nell'ambito dell'audizione disciplinare di cui all'art 39 del DPR 05/04/1950 n. 221.

Occorre chiarire che la Commissione Centrale con decisione n. 41 del 09/05/2007, uniformandosi alla giurisprudenza della Corte di Cassazione in materia di diritto alla difesa, ha stabilito che "è illegittimo il comportamento dell'Ordine o Collegio che rigetti l'espressa istanza dell'incolpato di farsi assistere dal proprio legale di fiducia. Infatti, anche nella fase di audizione del sanitario dinanzi al presidente dell'Ordine o Collegio, ex art. 39 DPR n. 221/1950, va assicurato senza condizioni l'esercizio del diritto di difesa, garantendo al sanitario l'assistenza del legale di fiducia, ove venga avanzata apposita istanza al riguardo, trattandosi di una fase univocamente diretta all'instaurazione del procedimento disciplinare".

Nella comunicazione del Presidente Cao veniva peraltro menzionata la decisione del Consiglio di Stato del 02/09/2005 che sostanzialmente ammetteva l'applicazione della legge 241/90 ed il relativo diritto di accesso agli atti, anche nella fase di audizione.

Questa decisione riguardava l'accesso agli atti, ma può essere ritenuta importante in quanto confermava che il principio del contraddittorio alla base del-

la legge 241/90 è applicabile anche nel procedimento disciplinare già dalla fase dell'audizione ex art. 39 DPR 221/50, Per questo motivo, si conferma che l'assistenza dell'avvocato nella più volte citata audizione costituisca ormai un elemento incontrovertibile del diritto alla difesa del sanitario.

La tutela legale e il rimborso delle spese di difesa da parte dell'Ordine a vantaggio dei componenti degli organi collegiali nell'ambito della responsabilità penale, civile ed amministrativo-contabile. Su questo argomento esiste ormai una copiosa giurisprudenza che consente di porre alcuni punti fermi.

Le considerazioni che seguono, tratte dalla giurisprudenza relative al rapporto dell'amministratore pubblico con il proprio ente, sono pacificamente applicabili ai componenti degli organi collegiali della FNOMCeO con specifico riferimento ai Presidenti degli Ordini e ai Presidenti delle Commissioni per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri. Sul piano generale, la tutela legale del rimborso delle spese nei giudizi per responsabilità civile assume meno importanza rispetto a quella per responsabilità penale e/o amministrativa.

Nei giudizi di responsabilità civile, ex art. 2043 c.c., il danneggiato cita, infatti, direttamente l'amministrazione da sola o in concorrenza con il soggetto che per lei ha agito ex art. 28 Costituzione. La tutela nei giudizi di responsabilità del dipendente e/o l'amministratore pubblico che viene convenuto in giudizio per tale sua veste, deriva dal fatto che il soggetto, in questo caso, non è portatore di un interesse suo proprio, ma dell'ente per il quale ha agito.

La giurisprudenza e la dottrina tradizionalmente individuano la giustificazione dell'intervento dell'ente a difesa del proprio dipendente e/o amministratore darla normativa sul mandato (art 1720 c.c.) che testualmente stabilisce: "il mandante deve rimborsare al mandatario le anticipazioni ... dal giorno in cui sono state fatte, e deve pagargli il compenso che gli spetta. Il mandante deve, inoltre, risarcire i danni che il mandatario ha subito a causa dell'incarico" (vedi per tutte Corte dei Conti SS.RR. n° 501-A/1986).

L'applicazione dei principi sul mandato comporta ovviamente, oltre al diritto al rimborso delle spese legali (ovvero, direttamente, all'assistenza legale stessa) anche i limiti di un simile diritto. Il

mandatario ovviamente, non può agire in danno anziché a vantaggio del mandante. Nel primo caso infatti si realizzerebbe un conflitto di interessi con l'ente di appartenenza che non potrebbe più giustificare l'assunzione delle spese e dell'assistenza regale. Particolarmente chiara è la sentenza della Corte d'Appello di Milano del 24/02/2006 n. 484 che in campo penale, nel confermare la necessità di verificare l'esistenza del nesso di causalità diretta fra l'attività svolta dall'amministratore e l'incarico ricevuto dall'ente quale elemento fondamentale per ottenere il rimborso delle spese legali concernenti la difesa nel processo, nega tale possibilità laddove sia dimostrabile un conflitto di interessi fra l'amministratore e l'ente.

ALLEVATI VARI

Cass. civ. Sez. II, Sent., 17-01-2014, n. 870

[omissis]

sentenza

[omissis]

avverso la decisione della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie in data 15 marzo 2012. (n. 2112);

[omissis]

Svolgimento del processo

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

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

- violazione degli artt. 55 e 56 codice deontologico, per non avere usato la dovuta cautela nel fornire, negli articoli apparsi sulla rivista "Controsenso, una efficacia e trasparente informazione al cittadino, per aver diffuso a mezzo stampa, Internet ed altri mezzi, una informazione arbitraria e discrezionale,

priva di dati oggettivi e controllabili, e per non avere escluso qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale, personale o a favore di altri;

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

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

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

La Commissione centrale ha poi escluso le altre ragioni di doglianza, prospettate sotto il profilo: (a) della violazione delle norme sul contraddittorio, per essere stato l'incolpato convocato per la prevista audizione, non davanti al presidente dell'Ordine, ma dinanzi al presidente della Commissione degli odontoiatri; (b) della violazione del principio di immodificabilità del collegio giudicante; (c) della omessa circostanziata contestazione degli addebiti.

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

3. - Per la cassazione della decisione della Commissione centrale il dott. S. ha

proposto ricorso, con atto notificato il 25 ottobre 2012, sulla base di cinque motivi.

Nessuno degli intimati ha svolto attività difensiva in questa sede.

Motivi della decisione

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

1.1. - Il motivo è infondato.

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

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

Nella specie, all'esito della seduta svol-

tasi, alla presenza dell'incolpato e del suo difensore, il 13 ottobre 2010, il Collegio deliberante ha immediatamente dato lettura del dispositivo con cui è stata inflitta la sanzione della sospensione dall'esercizio della professione per mesi tre, riservandosi, con lo stesso atto, di depositare nei successivi trenta giorni la motivazione del provvedimento sanzionatorio. Il che è avvenuto, come risulta dalla nota prot. n. 1677 dell'11 novembre 2010, con la quale la Commissione albo odontoiatri dell'Ordine dei medici di Potenza ha comunicato all'incolpato di avere depositato il provvedimento completo, avvertendolo che contro di esso poteva essere proposto ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie ai sensi del D.P.R. n. 221 del 1950, art. 53.

Nel procedimento disciplinare a carico degli esercenti le professioni sanitarie, ai sensi del D.P.R. n. 221 del 1950, art. 47, come è consentito scomporre la fase di decisione in due momenti successivi, trattazione orale e deliberazione della decisione, completa di dispositivo e di esposizione dei motivi, così non integra violazione delle norme sul procedimento deliberare la decisione immediatamente dopo la discussione, con lettura del dispositivo nella stessa seduta, e rinviare, sul modello previsto dal codice di rito penale, la stesura della motivazione che appaia particolarmente complessa a data successiva fissata dal Collegio deliberante, fermo restando che, in tal caso, il termine per l'impugnazione alla Commissione centrale, di trenta giorni dalla notificazione o dalla comunicazione del provvedimento (art. 53 D.P.R. cit.), decorre, non dalla lettura del dispositivo, ma dalla comunicazione integrale del provvedimento, completo di motivazione.

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

2.1. - Il motivo è infondato.

La L. 24 luglio 1985, n. 409 - istituendo, come distinta dalla professione di medico-chirurgo, la professione sanitaria di odontoiatra, e prevedendo la

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

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

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

Infatti, dal verbale di celebrazione del procedimento disciplinare a carico del dott. S., redatto ai sensi del D.P.R. n. 221 del 1950, art. 46, risulta per tabulasi (a) che nei confronti dell'incolpato, previamente convocato a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (prot. 1189 del 1 luglio 2010), in apertura della seduta, celebratasi il 21 luglio 2010, sono stati formulati addebiti circostanziati, recanti non solo l'indicazione delle disposizioni del codice deontologico as-

suntivamente violate, ma anche la menzione specifica degli addebiti; (b) che dinanzi al collegio disciplinare il dott. S. si è presentato assistito da un difensore, l'Avv. P.D.; (c) che, a seguito della relazione effettuata dal componente del collegio, il procedimento è stato rinviato ad altra seduta, al fine di permettere al dott. S. di esaminare la documentazione in atti e all'Avv. P. di depositare una memoria difensiva.

La semplice scansione procedimentale, puntualmente emergente dal testo della decisione impugnata, dimostra che vi è stata una circostanziata contestazione del comportamenti lesivi dei precetti deontologici, tale da permettere la piena esplicazione del diritto di difesa da parte dell'incolpato ed il rispetto di esigenze di trasparenza ai fini di un adeguato controllo giurisdizionale della decisione dell'organo disciplinare; mentre non possono avere ingresso in questa sede doglianze relative ad una asserita manipolazione o non genuinità del verbale delle sedute del collegio disciplinare, debitamente sottoscritto dal presidente e dal segretario del collegio.

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

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

4.1. Il motivo è fondato.

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

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

V'è, insomma, un sensibile accostamento tra i due diversi tipi di procedimento disciplinare, che trova ragione nella natura sanzionatoria delle pene disciplinari, che sono destinate ad incidere sullo

stato della persona nell'impiego o nella professione (sentenza n. 71 dei 1995). L'esito del procedimento, nell'un caso e nell'altro, può toccare invero la sfera lavorativa e, con essa, le condizioni di vita della persona e postula, perciò, anche in relazione ai procedimenti non aventi carattere giurisdizionale, talune garanzie che non possono mancare (sentenza n. 505 del 1995).

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

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

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

Senonchè, la decisione della Commissione centrale, omettendo di esaminare le doglianze sul punto dal dott. S., non spiega il percorso logico seguito per giungere alla decisione impugnata, limitandosi ad affermare, apoditticamente, che nel provvedimento Impugnato "vengono esaminate in modo dettagliato ed esauriente le circostanze di fatto contestate al ricorrente, alle quali sono puntualmente ricollegate le violazioni delle norme che disciplinano l'attività degli iscritti all'albo degli odontoiatri":

ma non dà conto di quali sarebbero in concreto gli aspetti di non trasparenza e veridicità del messaggio pubblicitario relativo all'attività odontoiatrica, nè indica in punto di fatto sotto quale profilo e che cosa consenta di qualificare servizi o autocelebrativi le pubblicazioni e gli articoli apparsi sulla rivista.

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

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

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

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

P.Q.M.

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

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

Depositato in Cancelleria il 17 gennaio 2014

* * *

Cass. civ. Sez. II, Sent., 21-01-2014, n. 1171

[omissis]

sentenza

[omissis]

avverso la decisione della Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie n. 34/12, resa il 25 giugno 2012, depositata il 14 settembre 2012 e notificata il 19 settembre 2012.

[omissis]

Svolgimento del processo

Con ricorso del 23 marzo 2012 il dott. R.F. adiva la Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie,

per chiedere l'annullamento della delib. Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Monza e Brianza n. 15 del 2012, con cui era stato cancellato dall'albo dei medici Chirurghi, e delib. N. 16 del 2012, con cui era stato cancellato in autotutela dall'Albo degli Odontoiatri.

Il Dott. R.F., iscritto all'Albo dei medici e chirurghi della Provincia di Milano dal 1985, e successivamente iscritto dapprima all'Ordine dei Medici chirurghi di Milano e, a seguito della sua istituzione, all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Monza e Brianza (31 marzo 2008), era stato oggetto di procedimento disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri da ultimo menzionato, avviato in data 20 settembre 2011, quando l'Ordine aveva acquisito il suo certificato penale, dal quale risultava che egli era stato condannato in via definitiva, con sentenza del 24 aprile 2007 della Corte d'appelli di Milano, che aveva confermato la sentenza del 22 novembre 2005 emessa dal tribunale di Milano, per i reati di cui agli artt. 572, 609bis e 594 c.p., alla pena di reclusione di anni cinque, con applicazione di varie pene accessorie, tra cui l'interdizione perpetua dai pubblici uffici.

La pena detentiva veniva espiata dal 22 aprile 2008 al 26 luglio 2011.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Monza e Brianza contestava al dott. R. di avere omesso di specificare le pendenze penali a suo carico, al momento della richiesta al momento della richiesta di trasferimento dall'Ordine milanese a quello brianzolo.

Il particolare il dott. R., nella domanda presentata con autocertificazione avrebbe reso falsa dichiarazione di non avere procedimenti penali a carico e, quindi, la sua iscrizione all'Ordine doveva essere cancellata per originaria illegittimità, difettando di uno dei requisiti previsti dal D.P.R. n. 221 del 1950, artt. 6 e 11.

Con distinte lettere raccomandate ricevute in data 7 marzo 2012, al Dott. R., veniva comunicata la successiva cancellazione dai due ordini, per i motivi sopra menzionati.

La Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, con la decisione indicata in epigrafe, rigettava il ricorso del dott. R., ritenendo corrette le delibere dell'Ordine dei Medici e Chirurghi e degli Odontoiatri della pro-

vincia di Monza e Brianza, dal momento che il ricorrente difettava del requisito della condotta moralmente irreprensibile, principio generale per l'iscrizione a qualsiasi Albo Professionale.

Avverso tale decisione, il Dott. R. ha proposto ricorso, sulla base di quattro motivi.

Gli intimati non hanno svolto attività difensiva.

Motivi della decisione

1. Con il primo motivo di ricorso, il ricorrente censura la decisione impugnata ai sensi dell'art. 111 Cost e art. 360 cod. proc. civ., n. 4, sotto il profilo della nullità/inesistenza della decisione medesima. Ad avviso del ricorrente, la nullità/inesistenza della decisione impugnata sarebbe cagionata dal mancato esame, da parte della Commissione adita, delle molteplici questioni che egli aveva posto con l'atto introduttivo. La Commissione, premettendo alla parte motiva della decisione un periodo del seguente tenore "con unico motivo di diritto il ricorrente contesta la violazione del combinato disposto del D.P.R. n. 221 del 1950, art. 50 e del D.P.R. n. 233 del 1946, art. 9, per violazione di legge ed eccesso di potere per difetto assoluto di motivazione", avrebbe escluso dal suo esame i seguenti profili che, invece, erano stati puntualmente dedotti nel ricorso avverso le due decisioni dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Monza Brianza:

- il mero automatismo dei Provvedimenti dell'Ordine, rispetto alla sentenza penale di condanna;

- la violazione ed errata applicazione di altre norme, oltre a quelle menzionate dalla adita Commissione, quali la L. n. 897 del 1938, art. 2, art. 2 (abrogato dal D.L. n. 200 del 2008) e del D.P.R. n. 221 del 1950, artt. 6 e 11;

lo scostamento, da parte della Commissione, dai costanti arresti della Corte costituzionale e della Corte di Cassazione, nella applicazione delle norme venute in rilievo nel caso in esame;

interpretazione costituzionalmente orientata delle disposizioni legislative richiamate, o, in caso di dubbio della Commissione giudicante, prospettazione di questione di legittimità costituzionale; non pertinenza degli arresti della Corte di cassazione richiamati dalla difesa dell'Ordine.

2. Con il secondo motivo di ricorso, il ricorrente denuncia la decisione impu-

gnata, ai sensi dell'art. 111 Cost. e art. 360 cod. proc. civ., n. 5, sotto il profilo della assoluta carenza, ovvero omissione della motivazione. Ad avviso del ricorrente, rispetto ai medesimi profili dedotti con il primo mezzo di ricorso, sussisterebbe, infatti, vizio di motivazione, nella parte in cui l'adita Commissione, omettendo l'esame degli stessi, ha reso, su quei determinati profili, una decisione senza motivazione; così come una sostanziale omissione di motivazione sarebbe ravvisabile riguardo all'unico profilo preso in considerazione dalla Commissione, giacché il precedente richiamato dalla Commissione per ritenere non fondata la violazione del D.P.R. n. 221 del 1950, art. 50 e del D.P.R. n. 233 del 1946, art. 9, riferendosi ad una ipotesi di cancellazione dall'ordine per reati commessi nell'esercizio della professione, non avrebbe potuto assumere rilievo nel caso di specie, in cui la cancellazione di esso ricorrente dall'Ordine era avvenuta per effetto di una condanna per reati non commessi nell'esercizio della professione.

3. Con il terzo motivo di ricorso il ricorrente denuncia, sempre ai sensi dell'art. 111 Cost. e art. 360 cod. proc. civ., n. 5, la decisione impugnata per grave contraddittorietà della (unica) motivazione, equivalente ad omissione. La motivazione del rigetto dell'unico profilo affrontato dalla Commissione sarebbe gravemente contraddittoria, laddove alcuni aspetti relativi alla ricostruzione della vicenda di esso ricorrente sono stati equivocati, dando luogo ad una parimenti contraddittoria ed erronea motivazione. Il ricorrente, in particolare, si duole sia per l'affermazione concernente la sussistenza di una sentenza definitiva di condanna al momento del trasferimento, dall'Ordine di Milano a quello brianzolo, giacché all'epoca la sentenza nei suoi confronti non era ancora divenuta irrevocabile; sia per il richiamo di un precedente giurisprudenziale riferito alla commissione di reati nell'esercizio della professione, quando invece la condanna a suo carico era stata inflitta per reati non commessi nell'esercizio della professione; sia per il riferimento alla L. n. 897 del 1938, art. 2, che è stato abrogato; sia, infine, per aver ritenuto intervenuto il vaglio, da parte dell'Ordine, della gravità dei fatti addebitatigli, mentre la cancellazione era stata deliberata automaticamente, a seguito della condanna penale.

4. Con il quarto motivo di ricorso il ricorrente deduce, ai sensi dell'art. 111 *Cost.* e art. 360 *cod. proc. civ.*, n. 3, la violazione di norme di diritto, in quanto applicate in maniera contrastante con principi costituzionali primari. L'oggetto della doglianza concerne la conferma dei provvedimenti impugnati da parte della adita Commissione, decisa senza prendere in esame né le istanze di interpretazione costituzionalmente orientata degli istituti applicati nelle delibere dell'Ordine avanzate dal ricorrente, né la possibile questione di legittimità costituzionale, prospettata col ricorso introduttivo.

5. I motivi di ricorso, stante l'intima connessione tra le questioni ivi svolte, possono essere trattati congiuntamente.

5.1. Occorre premettere una necessaria ricognizione della normativa rilevante in materia.

Ai sensi della L. 25 aprile 1938, n. 897, art. 2 (Norme sulla obbligatorietà dell'iscrizione negli albi professionali e sulle funzioni relative alla custodia degli albi), "coloro che non siano di specchiata condotta morale e politica non possono essere iscritti negli albi professionali e, se iscritti, debbono esserne cancellati, osservate per la cancellazione le norme stabilite per i provvedimenti disciplinari". Tale disposizione, abrogata per effetto del D.L. n. 200 del 2008, art. 2, comma 1, è in realtà stata ripristinata in sede di conversione del decreto legge dalla L. n. 9 del 2009, art. 1.

Della stessa, dunque, deve tenersi conto, sia pure con le precisazioni di cui si dirà.

Con particolare riferimento alle professioni sanitarie, il D.Lgs.C.P.S. n. 233 del 1946, art. 9, comma 1, dispone che "per l'iscrizione all'albo è necessario: a) essere cittadino italiano, b) avere il pieno godimento dei diritti civili; c) essere di buona condotta; d) aver conseguito il titolo accademico dato o confermato in una università o altro istituto di istruzione superiore a ciò autorizzato ed essere abilitati all'esercizio professionale oppure, per la categoria delle ostetriche, avere ottenuto il diploma rilasciato dalle apposite scuole; e) avere la residenza o esercitare la professione nella circoscrizione dell'ordine o collegio".

Il medesimo D.Lgs.C.P.S., poi, per quanto qui rileva, all'art. 11, comma 1, dispone che "la cancellazione dall'albo è pronunciata dal Consiglio direttivo, d'ufficio o su richiesta del Prefetto o del

Procuratore della Repubblica, nei casi:

a) di perdita, da qualunque titolo derivata, della cittadinanza italiana o del godimento dei diritti civili; b) di trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto; c) di trasferimento della residenza dell'iscritto ad altra circoscrizione; d) di rinuncia all'iscrizione; e) di cessazione dell'accordo previsto dall'art. 9, comma 2; f) di morosità nel pagamento dei contributi previsti dal presente decreto" e, al comma 2, stabilisce che "la cancellazione, tranne nei casi di cui alle lett. d) ed e), non può essere pronunciata se non dopo sentito l'interessato".

Ai sensi del D.P.R. n. 221 del 1950, art. 4, comma 1 (Approvazione del regolamento per la esecuzione del D.Lgs. 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse), "la domanda di iscrizione è diretta all'Ordine o Collegio nella cui circoscrizione il richiedente ha la sua residenza, e deve essere corredata dei seguenti documenti: a) certificato di nascita; b) certificato di cittadinanza italiana; c) attestato comprovante il pieno godimento dei diritti civili, d) certificato generale del casellario giudiziale, e) certificato di buona condotta; f) titolo di abilitazione all'esercizio professionale a norma delle disposizioni in vigore; g) certificato di residenza".

Il successivo art. 6 del regolamento stabilisce ancora che non possono essere iscritti all'Albo coloro che si trovano in una delle condizioni che, ai sensi degli art. 42 e 43 importino la radiazione dall'Albo o la sospensione dall'esercizio professionale, salvo che sussistano le condizioni previste dall'art. 50 ai fini della riammissione nell'Albo".

In particolare, l'art. 42 prevede, al comma 1, che "la condanna per uno dei reati previsti dal Codice penale nell'art. 446 (commercio clandestino o fraudolento di sostanze stupefacenti), art. 548 (istigazione all'aborto), art. 550 (atti abortivi su donna ritenuta incinta) e per ogni altro delitto non colposo, per il quale la legge cammina la pena della reclusione non inferiore nel minimo a due anni o nel massimo a cinque anni, importa di diritto la radiazione dall'Albo"; al comma 2 il medesimo art. 42 stabilisce altresì che "importano parimenti la radiazione di diritto dall'Albo: a) l'interdizione dai pubblici uffici, perpetua o di durata superiore a tre anni, e la interdizione dalla professione per una uguale durata;

b) il ricovero in un manicomio giudiziario nei casi indicati nell'art. 222 *cod. comm.* 2; c) l'applicazione della misura di sicurezza preventiva preveduta dall'art. 215 *cod. pen.*, comma 2, n. i (assegnazione ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro)"; al comma 3 dispone che "la radiazione nei casi preveduti dal presente articolo, è dichiarata dal Consiglio".

L'art. 43, a sua volta, al comma 1, stabilisce che "oltre i casi di sospensione dall'esercizio della professione preveduti dalla legge, importano di diritto tale sospensione: a) la emissione di un mandato o di un ordine di cattura; b) l'applicazione provvisoria di una pena accessoria o di una misura di sicurezza ordinata dal giudice, a norma degli artt. 140 e 206 *cod. pen.*; c) la interdizione dai pubblici uffici per una durata non superiore a tre anni; d) l'applicazione di una delle misure di sicurezza detentive previste dall'art. 215 *cod. pen.*, comma 2, nn. 2 e 3 (ricovero in una casa di cura e di custodia o ricovero in manicomio giudiziario); e) l'applicazione di una delle misure di sicurezza non detentive previste nel citato art. 215 *cod. pen.*, comma 3, nn. 1, 2, 3 e 4 (libertà vigilata - divieto di soggiorno in uno o più comuni o in una o più province - divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche - espulsione dello straniero dallo Stato)"; al secondo comma prevede che "la sospensione è dichiarata dal Consiglio. Il Consiglio può pronunciare, sentito il professionista, la sospensione del sanitario ammonito dalla autorità di pubblica sicurezza o contro il quale sia stato emesso mandato od ordine di comparizione o di accompagnamento senza pregiudizio delle successive sanzioni"; al comma 3, infine, dispone che "nei casi preveduti nei precedenti commi la sospensione dura fino a quando abbia effetto la sentenza o il provvedimento da cui essa è stata determinata".

5.2. La Commissione centrale ha respinto il ricorso proposto dall'odierno ricorrente avverso i provvedimenti di cancellazione adottati nei suoi confronti, ai sensi del D. Lgs. C.P.S. n. 233 del 1946, art. 9, per mancanza dei requisiti di iscrizione, svolgendo le seguenti argomentazioni: a) il requisito della condotta moralmente irreprensibile costituirebbe, secondo la giurisprudenza di questa Corte, un requisito ineludibile per l'iscrizione negli albi professiona-

li e un principio di carattere generale dell'ordinamento; b) il principio discenderebbe dalla L. n. 897 del 1938, art. 2, secondo cui "coloro che non siano di specchiata condotta morale e politica non possono essere iscritti negli albi professionali, e, se iscritti, debbono essere cancellati", nonché dall'art. 1175 cod. civ., che pone una clausola generale di correttezza, e dall'art. 2 Cost., che stabilisce il principio di solidarietà sociale; c) ciò che rileva ai fini della valutazione dei requisiti per l'iscrizione sono i fatti per cui è intervenuta la condanna penale in relazione agli effetti dell'esercizio della professione, rispondendo a principi di logica ritenere non sussistente la buona condotta sulla base di parametri penalmente rilevanti che destano allarme sociale; d) neanche un'eventuale riabilitazione del condannato sarebbe rilevante, potendo tale requisito essere oggetto di valutazione discrezionale da parte dell'Ordine.

5.3. Il Collegio ritiene che la ora richiamata motivazione non sia idonea a giustificare la decisione di reiezione del ricorso.

Essa, infatti, si fonda sul mero richiamo alla previsione dei requisiti della "specchiata condotta morale e politica" o della "buona condotta", ma omette di svolgere alcuna valutazione in ordine al modo in cui i detti requisiti debbono essere considerati alla luce dei principi costituzionali.

Si deve infatti ricordare che la Corte costituzionale, nella sentenza n. 311 del 1996, ha svolto in ordine al requisito della specchiata condotta morale e politica rilevanti riflessioni, che risultano pertinenti anche con riguardo al caso di specie, in cui si discute della sussistenza dei requisiti di permanenza della iscrizione all'Albo dei medici e a quello degli odontoiatri. In particolare, nella citata sentenza si è precisato che "per quanto riguarda condotte apprezzabili sotto il profilo morale, deve operarsi una netta distinzione fra condotte aventi rilievo e incidenza rispetto alle affidabilità del soggetto per il corretto svolgimento delle funzioni o delle attività volta per volta considerate, e che dunque possono essere legittimamente oggetto di valutazione a questi effetti; e condotte riconducibili esclusivamente ad una dimensione privata o alla sfera della vita e della libertà individuale, in quanto tali non suscettibili di essere valutate ai fini di un requisito di accesso

a funzioni o ad attività pubbliche o comunque soggette a controllo pubblico. Sotto altro profilo, non potranno essere considerate né valutate condotte che, per la loro natura, o per la loro occasionalità o per la loro distanza nel tempo, o per altri motivi, non appaiano ragionevolmente suscettibili di incidere attualmente (cioè al momento in cui il requisito della condotta assume rilievo) sulla affidabilità del soggetto in ordine al corretto svolgimento della specifica funzione o attività considerata. Non è infatti ammissibile che da episodici comportamenti tenuti da un soggetto finiscano per discendere conseguenze per lui negative diverse ed ulteriori di quelle previste dalla legge e non suscettibili, secondo una valutazione ragionevole, di rilevare un'effettiva mancanza di requisiti o di qualità richieste per l'esercizio delle funzioni o delle attività di cui si tratta, traducendosi così in una sorta di indebita sanzione extralegale.

Tali esigenze di valutazione e di ponderazione delle condizioni potenzialmente ostative alla assunzione di un impiego sono poi state ribadite dalla stessa Corte costituzionale nella sentenza n. 329 del 2007, con la quale è stata dichiarata la illegittimità costituzionale del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, art. 128, comma 2 (Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato), nella parte in cui non prevede l'obbligo dell'amministrazione di valutare il provvedimento di decadenza dall'impiego, emesso ai sensi dell'art. 127, comma 1, lett. d), dello stesso decreto, al fine della ponderazione della proporzione tra gravità del comportamento e divieto di concorrere ad altro impiego nell'amministrazione dello Stato".

Da tali pronunce risulta evidente come, ove si debba procedere a valutazioni suscettibili di incidere in via definitiva sulla possibilità delle persone di accedere agli impieghi (o più in generale di svolgere un'attività professionale che richieda l'iscrizione ad un albo), i requisiti di buona condotta o similari devono essere apprezzati con rigore e alla luce di una verifica funzionale, nel senso della necessaria indagine della possibile incidenza dell'elemento rilevante ai fini della "condotta" sullo svolgimento delle attività rispetto alle quali quella valutazione si pone come prodromico. In sostanza non è sufficiente che si rilevi l'esistenza di un fatto significativo

in astratto, ma è necessario verificare se quel fatto è in concreto a tal punto significativo da precludere lo svolgimento dell'attività cui la valutazione della commissione è preordinata. In altri termini, ciò che si intende evitare è qualsiasi effetto di automatismo tra l'esistenza di una circostanza in ipotesi rilevante e l'esclusione dell'interessato dallo svolgimento di un'attività.

5.4. Nel caso di specie, dal provvedimento impugnato emerge che il ricorrente è stato condannato in via definitiva per reati non inerenti allo svolgimento della professione e che, per effetto di tale condanna, gli è stata comminata anche la pena accessoria della interdizione perpetua dai pubblici uffici.

Orbene, posto che la detta pena accessoria non si pone come preclusiva dello svolgimento di una professione (art. 28 cod. pen.), e posto che il provvedimento di cancellazione oggetto di ricorso d'innanzi alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie è stato da tale organo giustificato con il riferimento alla insussistenza del requisito della "specchiata condotta morale e politica" o della "buona condotta", per effetto della condanna riportata in sede penale, isulta evidente il deficit motivazionale concernente la valutazione dell'incidenza della condanna penale per fatti non inerenti la professione sull'affidabilità del soggetto in ordine al corretto svolgimento da parte sua della professione.

6. Il ricorso va quindi accolto e la decisione impugnata va cassata con rinvio alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie perché, in diversa composizione, proceda a nuovo esame della impugnazione proposta dal ricorrente e provveda anche alla regolamentazione delle spese del giudizio di legittimità.

P.Q.M.

La Corte accoglie il ricorso; cassa la decisione impugnata e rinvia, anche per le spese del giudizio di legittimità, alla Commissione centrale per gli esercenti professioni sanitarie, in diversa composizione.

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

Depositato in Cancelleria il 21 gennaio 2014.

Sfruttamento sessuale e pornografia minorile

COMUNICAZIONE N. 38

Si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale del 22 marzo 2014 è stato pubblicato il decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 39 recante "Attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile, che sostituisce la decisione quadro 2004/68/GAI"

Tale direttiva è tesa a rafforzare la tutela del minore contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale nonché a contrastare la pornografia minorile.

L'art. 2 del D.Lgs. 39114 apporta modifiche al D.P.R. 313102 recante "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti", inserendovi l'art. 25-bis.

L'art. 25-bis del D.P.R. 313102 introdotto dall'art. 2, del D.,Lgs. 39114 concernente "Certificato penale del casellario giudiziale richiesto dal datore di lavoro" prevede che "il certificato penale del casellario giudiziale di cui all'articolo 25 deve essere richiesto dal soggetto che intenda impiegare al lavoro una persona per lo svolgimento di attività professionali o attività volontarie organizzate che comportino contatti diretti e regolari con minori, al fine di verificare l'esistenza di condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale, ovvero l'irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

2. Il datore di lavoro che non adempie all'obbligo di cui all'articolo 25-bis del decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre, n. 313, è soggetto alla sanzione amministrativa pecuniaria del pagamento di una somma da euro 10.000,00 a euro 15.000,00".

Si rileva che tale disposizione ha carattere di generalità ed è applicabile anche ai titolari di studio medico e odontoiatrico che abbiano al loro interno lavoratori che svolgano attività professionali.

Di fatto la predetta disposizione è volta esclusivamente a responsabilizzare il datore di lavoro e pone un obbligo, sanzionato a carico dello stesso, di procurarsi il certificato penale del casellario giudiziale di colui che intenda impiegare per attività professionali che comportino contatti diretti e regolari con minori.

In conclusione non si può non sottolineare che la norma di cui all'art. 2 del D.Lgs. 39/14 sopraccitata presenti alcuni elementi di criticità, quali il divieto per i datori di lavoro di acquisire simili informazioni sui dipendenti per violazione della privacy e la mancanza allo stato attuale di un modello di certificazione predisposto ad hoc che indichi solo i reati specifici legati alla pedofilia.

Il dietista attua le diete prescritte da un medico

COMUNICAZIONE N. 47

Facendo seguito alle Comunicazioni n. 22 dei 8 aprile 2011, n. 27 del 21 aprile 2011, e n. 22 dei 10 aprile 2013, si ritiene opportuno segnalare che al livello di servizi giornalistici radiotelevisivi si è tornati a parlare di diete. In particolare in un recente servizio della trasmissione Striscia la Notizia **una signora che si definiva "dietista e nutrizionista"** prescriveva diete nel suo studio privato. La signora in questione, oltretutto, non era una nutrizionista, in quanto non iscritta in nessun Albo professionale.

Ciò detto, appare comunque opportuno ribadire che il Consiglio Superiore di Sanità, con parere reso in data 15 dicembre 2009 inerente allo svolgimento di attività in materia di nutrizione, ha distinto la

posizione del medico, del biologo e del dietista. **"In sintesi, alla luce della riflessione del Consiglio, si afferma che, mentre il medico chirurgo può prescrivere diete a soggetti sani e malati, il biologo può elaborare e determinare diete nei confronti sia dei soggetti sani, sia dei soggetti cui è stata diagnosticata una patologia, ma previo accertamento delle condizioni fisio-patologiche del medico chirurgo"**.

Si sottolinea invece che il Consiglio Superiore di Sanità ha chiarito che il dietista, quale professionista sanitario ai sensi del DM 744/1994, elabora, formula e attua le **diete prescritte dal medico** e ne controlla l'accettabilità da parte del paziente. Si rileva inoltre che la Corte

di Cassazione Penale con sentenza n. 15006/13 ha condannato per esercizio abusivo della professione due gestori di un centro estetico, rispettivamente commercialista naturopata e psicologa, che sottoponevano i loro clienti ad anamnesi e vari controlli (richiesta di esami del sangue ecc.), interpretando loro stessi gli esiti e predisponendo i programmi alimentari. La Suprema Corte ha evidenziato come gli imputati avessero svolto attività di qualificazione dei bisogni nutrizivi, verifica di corretta assunzione di alimenti, controllo su intolleranze alimentari, tipiche del medico chirurgo specializzato in scienze dell'alimentazione.

Per completezza si ricorda infine che il Tribunale di Roma con sentenza n.3527/11, citando il parere del Consiglio Superiore di Sanità, ha ulteriormente precisato **che la competenza alla prescrizione delle diete è attribuita solo al medico**, mentre "il biologo può solo elaborare e determinare diete (non prescrivere) sia nei confronti di soggetti sani, sia di soggetti cui è stata diagnosticata una patologia, solo previo accertamento delle condizioni fisiopatologiche effettuate dal medico chirurgo, con competenza, altresì, per il biologo ad autonomamente elaborare profili nutrizionali al fine di proporre alla persona che ne fa richiesta un miglioramento del proprio benessere, quale orientamento nutrizionale finalizzato al miglioramento dello stato di salute. **In tale ambito può suggerire o consigliare integratori alimentari, stabilendone o indicandone anche le modalità di assunzione - che è sempre cosa diversa dalla prescrizione della dieta come atto curativo che rimane sempre una attribuzione esclusiva del medico**".

Amedeo Bianco

Obbligo del POS dal 30 giugno 2014

COMUNICAZIONE N. 51

Facendo seguito alla Comunicazione n. 20 del 27 febbraio 2014, si ritiene opportuno segnalare che il TAR del Lazio, con Ordinanza n. 01932114, ha respinto l'istanza cautelare, presentata dal Consiglio Nazionale degli Architetti, contro il decreto interministeriale 24 gennaio 2014 emanato dal Ministro dello Sviluppo economico di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, che all'art. 2 dispone che **a far data dal 30 giugno 2014** l'obbligo dei professionisti di accettare pagamenti effettuati attraverso carte di debito (POS) si applichi a tutti i pagamenti superiori alla soglia di 30 euro.

Il TAR del Lazio ha rilevato "che ad una prima e - inevitabilmente - sommaria valutazione, l'atto impugnato non sembra viziato dalle illegittimità dedotte in ricorso, né sot-

to il profilo della violazione di legge né sotto quello dell'eccesso/sviamento del potere".

Il TAR del Lazio ha quindi ritenuto che alla luce della sommaria delibazione dell'atto impugnato e dei motivi di ricorso, la domanda diretta all'annullamento del Decreto interministeriale 24 gennaio 2014 non appare caratterizzata da evidente "*fumus boni juris*", atteso che il Decreto impugnato sembra rispettare i limiti contenutistici ed i criteri direttivi fissati dalla richiamata fonte legislativa che, all'art. 9, comma 15-bis, impone perentoriamente ed in modo generalizzato che **"a decorrere dal 30 giugno 2014, i soggetti che effettuano l'attività di vendita di prodotti e di prestazioni di servizi, anche professionali, sono tenuti ad accettare anche pagamenti effettuati attraverso carte di debito ..."**.

Società fra professionisti: taxa di concessione governativa

COMUNICAZIONE N. 52

Per l'iscrizione delle Società tra Professionisti o delle Società multidisciplinari tra Professionisti nell'apposita sezione speciale dell'Albo, analogamente a quanto disciplinato per le persone fisiche, **deve essere presentata all'Ordine l'attestazione del versamento di euro 168,00 per la taxa di concessione governativa** da versarsi sul c.c.p. 8003 intestato all'Agenzia dell'Entrate con indicazione del codice tariffa 8617.

Si sottolinea inoltre che il Consiglio Nazionale del Notariato ha approvato il 3 aprile 2014 lo Studio di Impresa n. 224-2014 inerente alle questioni applicative sorte in seguito all'emanazione del regolamento di attuazione delle norme in tema di società tra professionisti e, in particolare, ha analizzato i dubbi interpretativi che sono sorti fin dall'entrata in vigore della disciplina per effetto delle lacune normative che la caratterizzano.

In particolare si rileva che l'art. 10, comma 4, lett. b), della legge 183/11 dispone che "possono assumere la qualifica di società tra professionisti le società il cui atto costitutivo preveda l'ammissione in qualità di soci dei soli professionisti iscritti ad ordini, albi e collegi, anche in differenti sezioni, nonché dei cittadini degli Stati membri dell'Unione europea, purché in possesso del titolo di studio abilitante, ovvero soggetti non professionisti soltanto per prestazioni tecniche, o per finalità di investimento. **In ogni caso il numero dei soci professionisti e la partecipazione al capitale sociale dei professionisti deve essere tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci;** il venir meno di tale condizione costituisce causa di scioglimento della società e il consiglio dell'ordine o collegio professionale presso il quale è iscritta la società procede alla cancellazione della stessa dall'albo, salvo che la società non abbia provveduto a ristabilire la prevalenza dei soci professionisti nel termine perentorio di sei mesi".

Il Consiglio Nazionale del Notariato chiarisce che nelle società tra professionisti (Stp) non è importante che i soci professionisti siano meno dei due terzi dei soci (nelle società di persone) o che abbiano meno dei due terzi del capitale (nelle società di capitali): **importa che ci siano delle clausole statutarie o che vengano adottate delle pattuizioni per garantire i due terzi dei voti ai soci professionisti.** Il Consiglio Nazionale del Notariato evidenzia quindi che "la legge n. 183/11 prevede che la partecipazione al capitale sociale dei professionisti debba essere tale da determinare la maggioranza dei due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci, **non anche che**

questi debbano detenere la maggioranza dei due terzi del capitale sociale prescindendo dal diritto di voto".

Ciò detto, si è portati a recepire l'interpretazione del Consiglio Nazionale del Notariato che ritiene

che per effetto della disposizione di cui all'art. 10, comma 4, lett. b), della legge 183/11 sia necessario quindi che i professionisti abbiano a disposizione **un numero di voti** almeno pari ai due terzi di quelli complessivi.

IRAP e medico convenzionato con il servizio sanitario nazionale

COMUNICAZIONE N. 55

Facendo seguito alla Comunicazione n. 86 dei 10 ottobre 2013, si ritiene opportuno segnalare che la Corte Suprema di Cassazione - Sezione Sesta Civile - con sentenza n. 8921114 (All. n. 1), intervenendo in ordine all'applicazione dell'IRAP, ha affermato che **la presenza in uno studio di medicina generale di un dipendente part-time non è sufficiente a determinare la soggezione del contribuente ad IRAP.**

Orbene si rileva che un medico di medicina generale ha presentato ricorso in Cassazione avverso la sentenza della Commissione Tributaria Regionale del Friuli VG 19/10/12 del 22 marzo 2012, che rigettava l'appello della contribuente affermando la non spettanza del rimborso IRAP relativamente agli anni 2005-2007.

La Corte Suprema di Cassazione ha evidenziato che **"il giudice di merito non ha considerato che le modeste spese per personale dipendente non sono sufficienti a determinare la soggezione della contribuente ad IRAP, specie in considerazione del fatto che i due dipendenti, che sono stati rilevati per alcuni periodi, svolgevano nel loro insieme l'orario di un segretario part-time"**. Inoltre la

Corte ha aggiunto che non è sufficiente al fine dell'assoggettamento ad IRAP la sussistenza di spese per immobili e compensi corrisposti a terzi per prestazioni afferenti alla attività professionale, non essendo concepibile un professionista che non utilizzi un immobile ed essendo proprio dei medici di base il ricorso a terzi non dipendenti, ad esempio per le sostituzioni. Per queste motivazioni la Corte Suprema di Cassazione ha accolto il ricorso del medico e ha cassato la sentenza impugnata, rinviando la controversia ad altra sezione della Commissione Tributaria Regionale del Friuli VG).

All. 1

TRIBUTI LOCALI

Cass. Civ. Sez. VI - 5, Ord., 16-04-2014, n. 8921

[omissis]

sentenza

[omissis]

avverso la sentenza n. 19/10/2012 della Commissione Tributaria Regionale di TRIESTE del 9.2.2012, depositata il 22/03/2012;

[omissis]

Svolgimento del processo - Motivi della decisione

1. La Dott. R.P.M. ricorre per cassazione avverso la sentenza della Commissione Tributaria Regionale del Friuli VG 19/10/12 del 22 marzo

2012, che rigettava l'appello della contribuente affermando la non spettanza alla Dott.ssa R. del rimborso IRAP relativamente agli anni 2005-2007.

2. La Agenzia si è costituita in giudizio.

3. Il ricorso appare - secondo il relatore - fondato.

In primis per la ragione che il giudice di merito non ha considerato che le modeste spese per personale dipendente non sono sufficienti a determinare la soggezione della contribuente ad IRAP (sentenza 2020/2013 di questa Corte). Specie in considerazione del fatto che i due dipendenti, che sono stati rilevati per alcuni periodi, svolgevano nel loro insieme l'orario di un segretario part-time. Come non contestato dalla Agenzia che si richiama all'affermazione, da cui il Collegio dissente, secondo cui la mera presenza di un dipendente determina la soggezione ad IRAP. Nè è sufficiente al fin dell'assoggettamento ad IRAP la sussistenza di spese per immobili, e compensi corrisposti a terzi per prestazioni afferenti alla attività professionale; non essendo concepibile un professionista che non utilizzi un immobile, ed essendo proprio dei medici di base il ricorso a terzi non dipendenti, ad esempio per le sostituzioni.

Del resto, per quanto attiene all'attività medica, è oramai jus receptum che:

“la disponibilità, da parte dei medici di medicina generale convenzionati con il SSN, di uno studio dotato delle attrezzature indicate nell'art. 22 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270, essendo obbligatoria ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale, non integra, di per sé, il requisito dell'autonoma orga-

nizzazione ai fini del presupposto impositivo dell'IRAP” (cfr. da ultimo l'ordinanza n. 4934 del 27 marzo 2012).

Inoltre, il giudice di merito non ha preso in esame la tesi dedotta dalla contribuente secondo cui le specifiche modalità di esercizio della professione della contribuente, medico del servizio sanitario di base in condizione di “tettista”, cioè pervenuta al massimo dei pazienti consentiti dalla normativa, non poteva risentire in alcun modo degli effetti positivi della struttura utilizzata, che determinava solo un miglioramento del servizio nell'interesse dei pazienti.

Il Collegio ha condiviso la relazione.

La controversia deve dunque essere rimessa al giudice di merito che procederà ad una nuova valutazione dei fatti attendendosi ai principi sopra enunciati ed affrontando la questione non presa in esame dalla CTR.

P.Q.M.

Accoglie il ricorso; cassa la sentenza impugnata e rinvia la controversia ad altra sezione della Commissione Tributaria Regionale del Friuli VG. Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio della Sezione Sesta Civile, il 3 aprile 2014.

Depositato in Cancelleria il 16 aprile 2014.

Disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope

COMUNICAZIONE N. 56

Facendo seguito alla Comunicazione n. 30 del 25 marzo 2014, si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n. 115 del 20 maggio 2014 è stata pubblicata la legge 16 maggio 2014, n. 79 concernente “**Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale**”.

Si rileva che il provvedimento è volto a fronteggiare gli effetti della sentenza della Corte Costituzionale n. 32/14.

Infatti la pronuncia di illegittimità di alcune modifiche apportate con la legge 21 febbraio 2006, n. 49 (c.d. legge Fini-Giovanardi) al testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope ha comportato la reviviscenza di disposizioni della legge 26 giugno 1990, n. 162 (c.d. legge Jervolino-Vassalli) che differenziava le droghe leggere dalle droghe pesanti.

L'articolo 1 del decreto prevede che le sostanze stupefacenti o psicotrope, sottoposte a vigilanza, siano raggruppate in cinque tabelle (le prime quattro riguardanti sostanze psicotrope sottoposte a controllo internazionale e nazionale, la quinta comprendente i medicinali di impiego terapeutico) e che il completamento e l'aggiornamento delle tabelle siano operati con decreto del Ministro della Salute, sentiti il Con-

siglio superiore e l'istituto superiore di sanità. La prescrizione di medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei è effettuata all'interno di un piano terapeutico individualizzato. È inoltre soppresso l'obbligo di comunicare alle autorità competenti le violazioni commesse dalla persona sottoposta a programma terapeutico alternativa a

sanzioni amministrative. L'autorizzazione del Ministero della salute per la coltivazione, l'impiego o la detenzione di sostanze stupefacenti non può essere rilasciata a soggetti che abbiano avuto condanne o sanzioni. L'articolo 2 detta una disposizione transitoria che fa salvi gli atti amministrativi adottati fino alla sentenza della Corte Costituzionale. L'articolo 3

reca disposizioni in materia di impiego di medicinali per indicazioni terapeutiche diverse da quelle contemplate nell'autorizzazione all'immissione in commercio.

Al fine di consentire un esame più approfondito della materia si allega copia della relazione al provvedimento svolta nella seduta del 14 maggio 2014 dell'Assemblea del Senato (vedi allegato sotto).

SEDUTA DEL SENATO 14 MAGGIO 2014

Discussione e approvazione del disegno di legge:

(1470) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale (*Approvato dalla Camera dei deputati*) (*Relazione orale*) (ore 11,56)

Discussione e approvazione della questione di fiducia

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge n. 1470, già approvato dalla Camera dei deputati. I relatori, senatori Giovanardi e Bianco, hanno chiesto l'autorizzazione a svolgere la relazione orale. Non facendosi osservazioni la richiesta si intende accolta. Pertanto, ha facoltà di parlare il relatore, senatore Giovanardi.

GIOVANARDI, *relatore*. Signora Presidente, questo decreto-legge si compone di quattro articoli.

Il primo reca modificazioni al testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

Il secondo articolo disciplina l'efficacia degli atti amministrativi adottati ai sensi dello stesso decreto del Presidente della Repubblica.

Infine, mentre l'articolo 3 reca disposizioni in materia di impiego di medicinali - la rubrica dell'articolo è stata opportunamente modificata nel corso dell'esame presso la Camera dei deputati - l'articolo 4 stabilisce l'entrata in vigore il giorno stesso della pubblicazione del provvedimento di urgenza nella Gazzetta Ufficiale.

Con il collega Bianco ci siamo divisi i compiti: io tratterò i profili di competenza della Commissione giustizia mentre il collega Bianco si occuperà dei profili di carattere sanitario.

Credo che i colleghi debbano sapere - lo sapranno, ma è meglio sottolinearlo - che l'articolo 1 deve riempire il vuoto normativo che si è aperto a fronte della sentenza della Corte costituzionale n. 32 del 25 febbraio 2014. Tale pronuncia, come ormai è noto, ma è meglio sottolinearlo, non è entrata nel merito delle norme che riguardano la politica in materia di droghe e tossicodipendenze, ma ha dichiarato l'illegittimità delle procedure utilizzate nel momento in cui la normativa è entrata in vigore con la legge di conversione 21 febbraio 2006, n. 49.

Questa declaratoria di illegittimità riguarda esclusivamente la disomogeneità; si è ritenuto infatti che gli articoli aggiunti nel

disegno di legge di conversione non fossero completamente omogenei rispetto ad altri articoli pur presenti nell'originario decreto, sulle tossicodipendenze, soprattutto quello che riguardava - ed è materia anche di attualità - la non applicazione della legge ex Cirielli ai tossicodipendenti e della recidiva, perché altrimenti si sarebbero assommate pene assolutamente eccessive nei loro confronti. Ripeto, tale declaratoria di illegittimità non deve ricondursi al merito, ma alle modalità, e quindi tutta la materia ha dovuto essere rivista d'urgenza dal Governo e dal Parlamento proprio per riempire questo vuoto normativo.

All'articolo 1 del decreto-legge in esame sono allegate cinque tabelle. Le prime quattro riguardano le sostanze stupefacenti e psicotrope sottoposte a controllo internazionale e nazionale; la quinta tabella comprende, invece, i medicinali di impiego terapeutico ad uso umano e veterinario.

Stante la reviviscenza della disciplina antevigente la novella dichiarata illegittima dalla Corte, per il fatto che il vuoto normativo aveva riportato la normativa al 1990 (quindi a 24 anni fa), l'articolo 1 del decreto-legge si è occupato, innanzitutto, di stabilire che il completamento e l'aggiornamento di tali prospetti tabellari si effettua una volta sentiti il Consiglio superiore di sanità e la Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento nazionale per le politiche antidroga. In seguito all'esame presso la Camera dei deputati, a quest'ultimo soggetto è stato sostituito in questo decreto l'Istituto superiore di sanità. Questo è dovuto evidentemente al fatto che in 24 anni le nuove scoperte e le droghe sintetiche hanno doverosamente richiesto una revisione delle tabelle in questione.

Il successivo comma 2 del medesimo articolo 1 reca modifiche all'articolo 13 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti. Viene pertanto ribadita l'impostazione per cui le sostanze stupefacenti o psicotrope sottoposte a vigilanza, nonché i relativi medicinali, sono raggruppate in cinque tabelle allegate. E poi appositamente indicata la procedura per l'esclusione da una o più misure di controllo dei medicinali e dispositivi diagnostici che, in forza della loro composizione quantitativa e qualitativa, non possono trovare uso diverso da quello al quale sono destinati.

Il comma 3, nell'introdurre modifiche all'articolo 14 del suddetto testo unico, disciplina i criteri per la formazione delle tabelle. Al riguardo, limitatamente ai profili di competenza inerenti alla Commissione giustizia, va sottolineato che nella tabella 1 sono indicate otto famiglie di sostanze di preparazione, rispetto alle quali il solo punto 6, in materia di tetrai-

drocannabinoli, ha subito una modifica nel corso dell'esame presso la Camera dei deputati.

Nella tabella 11 si fa esplicito riferimento alla cannabis e ai prodotti da essa ottenuti. In tabella III sono indicate sostanzialmente le sostanze barbituriche, nonché altre sostanze ad effetto ipnotico-sedativo ad esse assimilabili. In tabella IV vengono invece indicate le sostanze per le quali sono stati accertati concreti pericoli di induzione di dipendenza fisica o psichica, la cui intensità e gravità è commisurata a quelli prodotti dalle sostanze elencate nelle tabelle I e III. Tali intensità e gravità devono comunque essere minori rispetto a quelle indotte dalle sostanze ivi previste.

Infine, la tabella V, denominata tabella dei medicinali, sarà più opportunamente illustrata dal collega correlatore.

Occorre a questo punto evidenziare il tenore del comma 3-bis, anch'esso introdotto dalla Camera dei deputati, in materia di rilascio di autorizzazione per la coltivazione, la produzione, l'impiego, l'importazione, l'esportazione, la ricezione per transito, il commercio o la detenzione per il commercio di sostanze stupefacenti o psicotrope. Tali attività sono comunque precluse a coloro ai quali siano state erogate condanne o sanzioni ai sensi degli articoli 73, 74 e 75 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti. Peraltro, le autorizzazioni già rilasciate sono sottoposte a revoca immediata qualora si versi in una delle condizioni o ipotesi descritte.

Va poi aggiunto che, con una puntuale modifica al comma 4 del medesimo articolo, la Camera dei deputati ha ritenuto di escludere dal divieto di coltivazione la canapa coltivata esclusivamente per la produzione di fibre o per altri usi industriali consentiti dalla vigente disciplina dell'Unione europea. Ricordo che in Italia, già precedentemente alla sentenza della Corte, sia l'uso della cannabis terapeutica autorizzata da un medico, sia l'uso industriale della canapa per fare i vestiti erano già autorizzati, legittimi ed assolutamente leciti.

Sempre con riferimento agli specifici problemi di interesse della Commissione giustizia, al comma 27, lettera d) del testo unico è stata appartata una modifica significativa, perché è stato soppresso, in capo agli operatori del servizio pubblico per le tossicodipendenze, l'obbligo di segnalare all'autorità competente le violazioni commesse dalla persona sottoposta a programma terapeutico alternativo a sanzioni amministrative o a esecuzione di pene detentive. È opportuno soffermarsi su tale obbligo, perché esso era previsto nel testo caducato dalla sentenza, ma era stato inizialmente ripristinato nel testo originale del decreto-legge. Sugli obblighi di informazione e registrazione preciso che rimangono in vigore invece quelli previsti dal decreto-legge agli articoli 45, 60, 61, 63, 65 e 66. Prima di passare alle modifiche apportate all'impianto sanzionatorio, devo ricordare, per correttezza di informazione, che il Governo ha accolto un ordine del giorno nelle Commissioni riunite sanità e giustizia per la questione relativa non alla cannabis di vent'anni fa, cioè alla cannabis che ha THC basso o principi attivi molto bassi, ma al problema della cannabis naturale (che è rimasto aperto), la quale, arricchita negli ultimi anni, ha le stesse proprietà tossicologiche e THC o principi attivi uguali a quelle sintetiche che sono state messe in tabella 1. Quindi, il Ministero della salute dovrà valutare se, a parità di condizioni di tossicità della cannabis ovunque venga prodotta o realizzata, cioè a parità di pericolosità, essa debba essere messa nella tabella di uguale pericolosità o debba rimanere nella tabella I. Il Governo ha accolto tale ordine del giorno e

ora dovrà fare questa verifica, che è una verifica a livello esclusivamente sanitario e tossicologico.

Per quanto riguarda l'impianto sanzionatorio, l'articolo 45 in materia di dispensazione dei medicinali reca un comma 4, secondo il quale, salvo che il fatto costituisca reato, chi contravviene alle disposizioni relative alle modalità per dispensare i medicinali incorre nella sanzione amministrativa pecuniaria di una somma che va da 100 a 600 euro.

In base all'articolo 24-bis, introdotto alla Camera dei deputati, vengono apportate modifiche all'articolo 73 del testo unico. L'impianto normativa di tale articolo viene modificato inserendo una nuova disciplina in materia di reati di lieve entità, che riguardano sempre la detenzione, la cessione e tutte le modalità con le quali si può contravvenire alla legge. In tale evenienza, la pena della reclusione prevede una cornice edittale che va da sei mesi a quattro anni, con una multa da 1.032 euro a 10.329 euro. Questo vale per tutte le sostanze.

Ricordo anche - lo dico subito - che da sei mesi a quattro anni non c'è più l'arresto obbligatorio, ma c'è l'arresto facoltativo, e, se c'è l'aggravante della scuola e dei minorenni, la pena viene aumentata da un terzo alla metà. Sono state sollevate preoccupazioni circa la possibilità che la lieve entità possa riguardare anche minorenni, scuole o proselitismo rispetto a situazioni delicate; è stata prevista dunque un'aggravante di questo tipo. La lieve entità si determina valutando mezzi, modalità e circostanze dell'azione, ovvero la qualità e la quantità delle sostanze.

Ciò ripropone esattamente quello che venne già introdotto nella vecchia legge dopo la Conferenza di Palermo, perché la scelta normativa di allora, confermata adesso, è che non è sufficiente il principio attivo contenuto in una sostanza, cioè la quantità della sostanza, per determinare che uno è uno spacciatore, ma il giudice deve determinare, oltre alla soglia (che è un indizio importante) anche mezzi, modalità e circostanze dell'azione, ovvero la quantità e la qualità delle sostanze, perché, per definire uno spacciatore ed erogargli una pena o una sanzione, bisogna che il giudice si convinca del fatto che, al di là della quantità, si trova effettivamente di fronte ad uno spacciatore e non a un consumatore. Questa legge infatti, come la precedente, conferma che il consumatore, essendo una vittima, è totalmente depenalizzato e nei suoi confronti non c'è nessuna sanzione di tipo penale.

Il comma 5-bis del medesimo articolo stabilisce che, nel caso di applicazione della pena su richiesta delle parti (patteggiamento), in luogo delle pene detentive e pecuniarie può applicarsi il lavoro di pubblica utilità per una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata; questa è una conferma di quanto era contenuto nella legge precedente in materia di lavori di pubblica utilità. Naturalmente non solo tale norma si applica per i reati di lieve entità, ma è espressamente stabilito che, sempre ai fini dell'applicazione della norma, essi devono essere commessi da persona tossicodipendente o da assunto di sostanze stupefacenti o psicotrope. Viene anche confermato che, fino a sei anni di pena passati in giudizio, sia per spaccio che per altri delitti compiuti da un tossicodipendente, quest'ultimo non deve stare in carcere, ma deve stare in comunità a curarsi.

L'appello che rivolgo nuovamente al Parlamento è quello di operare sulle Regioni perché per via amministrativa stanziino i fondi sufficienti affinché le comunità o i SERT (Servizi per le tossicodipendenze) possano accogliere i tossicodipenden-

ti, che così non dovranno stare in carcere semplicemente perché mancano i fondi per permettere loro di curarsi in comunità.

Con riferimento, invece, alle modifiche apportate all'articolo 75 del testo unico, che prevede le condotte connesse al consumo di stupefacenti per uso personale, l'impostazione rimane quella: pertanto, se si tratta di sostanze stupefacenti o psicotrope comprese nelle tabelle 1 e 3, si ha un regime sanzionatorio amministrativo più grave; se si tratta di quelle comprese nelle tabelle 2 e 4, invece, si hanno sanzioni amministrative che possono protrarsi per un periodo da uno a tre mesi. Anche qui, ricordo che il principio viene confermato: il tossicodipendente in quanto tale è una vittima, quindi non va penalizzato, ma bisogna sempre tener presente che può avere comportamenti pericolosi per sé e per gli altri. Basti pensare agli incidenti stradali: dai 6.000 morti all'anno in Italia siamo scesi a 3.000, perché vi è stato un crollo della mortalità, proprio grazie ad una serie di norme ed a controlli più accurati sia sul dramma dell'alcolismo sia sulle tossicodipendenze. Sapendo infatti che molta parte degli incidenti stradali è stata causata, specialmente nelle famigerate stragi del sabato sera, da persone che guidavano ubriache o sotto l'effetto di sostanze, questi controlli ed il ritiro della patente hanno consentito, tramite tali sanzioni amministrative, di abbattere quella mortalità. Di particolare rilievo è l'inserimento di una norma volta a determinare le modalità dell'accertamento della destinazione d'uso personale di tali sostanze. Si tratta, in realtà, di due presupposti di cui tener conto, come dicevo prima: il primo è che la quantità di sostanze non sia superiore ai limiti massimi indicati da un decreto interministeriale (che costituisce la «soglia»); la norma si addentra nel tentativo di descrivere le modalità di presentazione delle sostanze stupefacenti citando il peso lordo complessivo ed il confezionamento frazionato, ma anche facendo ricorso ad una formulazione - quella del comma 1-bis, lettera a) - che, come dicevo prima, oltre alla soglia, prende in considerazione anche le circostanze di cui il giudice deve tener conto.

Insomma, per chi sa di diritto, o si poteva presumere *iuris et de iure* il fatto che uno fosse spacciatore, misurando una certa quantità di sostanza ritrovata in suo possesso; oppure - com'è accaduto nella scorsa occasione e com'è passato anche in questa - si poteva applicare il principio della presunzione *iuris tantum*, in base al quale la quantità è pure un indizio molto importante, ma c'è chi può spiegare che la sostanza è comunque soltanto per uso personale. Penso a qualche ricco personaggio del passato, che magari andava in vacanza portando dietro dosi elevate di cocaina, che non è detto fossero destinate allo spaccio, ma per uso personale.

In conclusione, l'articolo 2 del decreto-legge stabilisce che, alla data di entrata in vigore del provvedimento di conversione, riprendono a produrre effetti gli atti amministrativi adottati fino alla data della pubblicazione della sentenza n. 32 della Corte costituzionale. Segnalo al riguardo che, da un lato, la Camera dei deputati ha ritenuto di sostituire il verbo «continuano» con «riprendono», il che comporta qualche supplemento di riflessione, dato che si lascia intendere che possa esservi una cesura nell'efficacia degli atti amministrativi adottati nel periodo intercorrente tra la pronuncia della Consulta ed il decreto-legge e la legge di conversione. Peraltro, la Camera dei deputati ha introdotto una correzione retroattiva dei richiami alla tabella 2, che sono da intendersi come riferiti alla tabella

dei medicinali, come rideterminati nell'allegato A del decreto-legge. Si dovrebbe così porre rimedio in anticipo a non pochi dubbi interpretativi sulle norme contenute nei decreti applicativi del testo unico più volte citato.

Infine, è evidente che questo è un decreto-legge tampone ed un intervento d'emergenza per coprire il vuoto normativo, ma con calma, tranquillità e riflessione in futuro bisognerà toccare qualche altro tema, dei quali cito solo il seguente: tornando in vigore la vecchia legge, per lo spaccio di grave entità, adesso la pena minima va da otto a vent'anni; nella legge che porta il mio nome, invece, essa andava da sei a vent'anni, quindi - lo sottolineo - il tossicodipendente condannato poteva andare in comunità a curarsi. Con il minimo edittale a otto anni, invece, questo non è più possibile, perché deve obbligatoriamente stare in carcere. A mio avviso, quindi, si tratta di un grave passo indietro rispetto alla possibilità che veniva data a tutti i tossicodipendenti - anche a quelli che avevano commesso reati - di curarsi e non stare in carcere. Questa norma, però, è rimasta inalterata, perché è tornata a rivivere con la vecchia legge Jervolino. Questo decreto non è entrato, se non marginalmente, nella revisione delle pene complessive. Quindi, credo che il Parlamento dovrà farsi carico, in futuro, anche di queste specificità, che trovano, con questo provvedimento tampone, la necessità assoluta di affrontare un vuoto normativo, posto - sicuramente - che la materia dovrà essere nuovamente sottoposta ad un'attenta riflessione parlamentare.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il relatore, senatore Bianco.

BIANCO, *relatore*. Signor Presidente, vorrei ricordare che questo provvedimento, che in seconda lettura è al vaglio del Senato, nasce da due interventi distinti: il primo, già citato nella relazione del senatore Giovanardi, è la sentenza n. 32 del 2014 della Corte costituzionale; il secondo è l'intervento dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato, che ha sanzionato due multinazionali del farmaco - la Roche e la Novartis - per intese restrittive, con una multa pari a complessivi 180 milioni di euro. Questi interventi, per fonti e portata, configurano a pieno titolo, non solo la necessità e l'urgenza di un intervento che ricostruisca la cornice normativa, ma anche l'opportunità di riconsiderare alcuni delicati profili delle materie coinvolte che attengono alla tutela della salute ed all'amministrazione della giustizia.

Il provvedimento licenziato con modifiche dalla Camera dei deputati, come si è detto, è costituito da quattro articoli. Esso è stato esaminato in sede referente congiuntamente dalla 2ª Commissione e dalla 12ª Commissione riunite. Vorrei subito dare atto e riconoscere ai Presidenti delle rispettive Commissioni - senatore Nitto Palma e senatrice De Biasi - e a tutti i commissari di aver sviluppato e consentito un confronto serio e responsabile, pur nella contingenza, purtroppo, dello strettissimo tempo a disposizione. Tale confronto ha registrato un orientamento maggioritario favorevole al testo, così come modificato dalla Camera dei deputati, considerandolo comunque un punto positivo nel difficile e complesso cammino alla ricerca di un equilibrio tra gli obblighi ed i vantaggi di prevenire, curare e riabilitare le condizioni di tossicodipendenza da stupefacenti e sostanze psicotrope e le modalità, ad esempio - lo avete già sentito - con cui si definiscono e sanzionano l'uso personale ed il cosiddetto spaccio di lieve entità. I dubbi e le posizioni differenti e diversificate ritorneranno certamente nel dibattito in Aula e su questi, analogamente a quanto av-

venuto nelle Commissioni riunite, deciderà il voto democratico del Senato nella sua collegialità.

L'illustrazione dei contenuti del testo approvato senza modifiche a maggioranza dalle Commissioni referenti riunite, si presta, sul mero piano espositivo - intendiamoci - ad una distinta valutazione tra profili sanitari, oggetto della mia relazione, e profili giurisprudenziali penali che avete ascoltato dal senatore Giovanardi, essendo ben chiaro, però, che sono strettamente interdipendenti nel merito delle applicazioni e delle disposizioni ivi previste.

L'articolo 1 del disegno di legge provvede alla caducazione degli articoli *4-bis* e *4-vicies-ter* del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272 (cosiddetto decreto Fini-Giovanardi). Avete già sentito i profili e gli aspetti di questa sentenza. Quindi, mi limito a dire e a precisare che il citato articolo *4-bis* interveniva sull'articolo 73 del testo unico, unificando il trattamento sanzionatorio previsto per le violazioni concernenti le sostanze stupefacenti psicotrope; trattamento in precedenza differenziato - mi riferisco alla cosiddetta legge Jervolino-Vassalli - a seconda che i reati avessero per oggetto le sostanze incluse nelle tabelle II e IV (definite, nel gergo, droghe leggere), ovvero quelle incluse nelle tabelle I e III (definite, nel gergo, droghe pesanti).

Il successivo articolo *4-vicies-ter* (caducato - ripeto - dalla sentenza della Corte costituzionale) aveva parallelamente modificato la normativa, intervenendo sugli articoli 13 e 14 del testo unico ed accorpando le sostanze stupefacenti in due tabelle: la prima comprendeva le sostanze stupefacenti e psicotrope in senso stretto, mentre la seconda, articolata in cinque sezioni, individuava le sostanze aventi attività farmacologica e pertanto usate in terapia in quanto farmaci. Molto in sintesi, faccio presente che la caducazione dell'articolo *4-vicies-ter* ha determinato di fatto la sostanziale illegittimità di numerosi e rilevanti atti amministrativi; più precisamente: 22 decreti ministeriali finalizzati a completare ed aggiornare le tabelle, secondo l'articolo 13 così come modificato; l'allegato 3-bis contenente l'elenco dei medicinali impiegati nella terapia del dolore così come modificato dalla legge n. 38, quella sulla terapia del dolore e le cure palliative, che mi permetto di ricordare a mia memoria che fu una delle pochissime, forse l'unica

legge che nella scorsa legislatura registrò il consenso unanime di tutto il Parlamento.

Ulteriori sei decreti risulterebbero diventati illegittimi, che riguardano la consegna di medicinali per il trattamento delle tossicodipendenze, la registrazione con i sistemi informatici, la detenzione e il trasporto di medicinali da parte di viaggiatori, approvazione dei ricettari per la prescrizione dei farmaci stupefacenti (e qui capiremo anche un altro piccolo problema); 500 decreti autorizzativi rilasciati ai sensi dell'articolo 17 per la produzione, fabbricazione, impiego e commercializzazione delle sostanze stupefacenti; lo stesso decreto del Ministero della salute congiunto con il Ministero della giustizia, che individua i limiti quantitativi massimi di cui parlava il senatore Giovanardi.

In altre parole, per farvi capire la necessità della ricostruzione della cornice normativa, se il decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, la cosiddetta Fini-Giovanardi, era intervenuto sul testo unico apportando modificazioni a 30 articoli di quel testo unico, dobbiamo ricostruire questa cornice normativa e questa reinterviene modificando 32 articoli del testo unico.

Come avete capito, il provvedimento è complesso, quindi proverò a citarne gli elementi qualificanti. Avete già sentito parlare da parte del senatore Giovanardi dell'intervento dell'Istituto superiore di sanità, che sostituisce il Dipartimento nazionale per le politiche antidroga. Questo certamente rafforza la valenza più strettamente sanitaria delle questioni poste. Il comma 3 sostituisce l'articolo 14 del testo unico, individuando coerentemente le modalità con cui riformulare le quattro tabelle.

In sintesi, le quattro tabelle ripristinate sono suddivise come segue.

La tabella I comprende le sostanze stupefacenti e psicotrope, lo dico in parole molto semplici e facilmente comprensibili: oppio e derivati naturali di sintesi; foglie di coca e alcaloidi naturali o derivati ad azione eccitante sul sistema nervoso centrale, anfetamine; ogni altra sostanza che produca analoghi effetti sul sistema nervoso centrale; gli indolici sia triptaminici che lisergici (l'LSD), che abbiano effetti allucinogeni; le sostanze di sintesi e semi-sintesi riconducibili per struttura chimica al tetraidrocannabinolo, già citato dal senatore Giovanardi.

Nella tabella II c'è un'unica presenza: la cannabis, i prodotti da essa ottenuti e le preparazioni contenenti la medesima.

Nella tabella III sono compresi i barbiturici, che hanno notevole capacità di indurre dipendenza fisico-psichica, nonché altre sostanze ad effetto ipnotico o sedativo. Sono esplicitamente esclusi i barbiturici a lunga durata o di accertato effetto anti-epilettico, per l'ovvio motivo che potete comprendere, e i barbiturici a brevissima durata, che sono usati nell'induzione dell'anestesia o nel mantenimento dell'anestesia.



La tabella IV comprende le sostanze e le prestazioni contenenti le medesime sostanze nelle quali sono stati accertati pericoli di induzione o di dipendenza.

Questo, a grandi linee, è il disegno delle quattro tabelle ripristinate. La tabella medicinali è suddivisa in cinque sezioni (A, B, C, D ed E). In questo contesto, e per non rubare troppo spazio al dibattito, mi preme solo sottolineare che la sezione A comprende anche i medicinali di cui all'allegato 3-bis del testo unico, oggetto di modalità prescrittive semplificate in base alla disciplina delle cure palliative della terapia del dolore (quella famosa legge n. 38 del 2010 di cui dicevo prima), si è infatti dovuto anche recuperare e ricostruire la cornice di legittimità di questo provvedimento. Il decreto-legge in esame ripristina, in materia, la disciplina vigente alla data di pubblicazione della sentenza della Corte costituzionale numero 32 del 2014, apportando le modifiche necessarie per assicurare il corretto richiamo alle tabelle con talune integrazioni.

Per quanto riguarda invece l'articolo 2, il senatore Giovanardi ha già illustrato l'opportunità del raccordo e come validare tutti gli atti che sono stati messi in essere in ragione della legge o dei provvedimenti caducati. A me preme ancora ricordare che questa legittimità degli atti deve intendersi estesa anche all'intervallo compreso tra la pubblicazione della sentenza n. 32 e l'entrata in vigore del decreto, che è di sedici giorni dopo. Anche questo è importante.

Per quanto riguarda, invece, l'articolo 3, che è di assoluta prevalenza sanitaria, questo concerne disposizioni in materia di impiego di medicinali per indicazioni terapeutiche diverse da quelle contemplate nell'autorizzazione all'immissione in commercio. Si tratta della famosa AIC, che è più nota come utilizzo *off label* dei farmaci.

Occorre in premessa ricordare, per capire la portata del provvedimento, che qualunque medicinale può essere prescritto a carico della sanità pubblica, esclusivamente per le indicazioni alle quali è stato autorizzato dalle Agenzie regolatrici (in Italia l'AIFA, in Europa l'EMA e negli Stati Uniti l'FDA, che tutti conoscete) successivamente ad una valutazione derivante da studi clinici che ne accertino e ne qualifichino, in modo positivo, i profili di rischio beneficio.

Tutta la nostra normativa in materia, non solo nazionale ma anche internazionale, ha come fondamento e ragionamento cardine la tutela della salute dei cittadini. Ora, la norma vigente, prevede solo delle eccezioni a questa norma di carattere generale: eccezioni per le quali può essere prescritto un farmaco *off label*, in presenza di un farmaco *on label*, cioè autorizzato con quelle indicazioni terapeutiche.

Le eccezioni a questa regola generale sono già presenti nel nostro ordinamento. Vi ricordo la legge n. 94 del 1998 (la cosiddetta legge Di Bella), che prevedeva modalità particolari, per le quali potevano essere usati determinati farmaci, che oggi definiamo *off label*. Ma ricordo anche la legge finanziaria del 2007, cioè il decreto-legge n. 296 del 2006, che prevede l'uso *off label* di farmaci. Questi però vanno collocati e individuati in una particolare lista, che è diventata la lista 648, in relazione al provvedimento di riferimento (cioè la legge n. 648 del 1996), ma solo in assenza di un farmaco *on label*, consentendone quindi la dispensazione a carico del Servizio sanitario nazionale. L'inserimento in questa lista quindi autorizza la dispensazione del farmaco a carico del Servizio sanitario nazionale.

L'intenzione del legislatore di allora era verosimilmente quella di limitare l'uso di costosi nuovi farmaci (i quali all'inizio hanno sempre un costo elevato) a fronte di farmaci già registrati con la stessa indicazione; una preoccupazione che però si è completamente capovolta alla luce della nota vicenda Avastin-Lucentis, entrambi impiegati in una diffusa malattia dell'occhio (maculopatia degenerativa, con alcune caratterizzazioni cliniche particolari) che conduce alla cecità, se non trattata. Il secondo farmaco (Lucentis prodotto dalla Novartis) è previsto *on label*, ha l'AIC per quella indicazione specifica (trattamento della maculopatia degenerativa) con un costo di mercato largamente superiore all'Avastin (prodotto dalla Roche), che non ha quella indicazione ma di cui pratiche professionali di lunghi anni, nonché cinque studi internazionali, hanno dimostrato la pari efficacia. Si badi, i costi sono in un rapporto da uno a 50/60. L'Antitrust sanziona l'intesa per la quale l'industria produttrice del farmaco Avastin (Roche) non ha mai chiesto l'autorizzazione al commercio del suo prodotto Avastin per il trattamento della maculopatia degenerativa, lasciando di fatto grandissima parte del mercato e della domanda al farmaco prodotto dalla Novartis (Lucentis). Un intreccio - cito solo gli atti dell'Antitrust - di quote azionarie tra le due multinazionali chiude quel cerchio che l'Antitrust ha sanzionato come restrittivo della concorrenza.

Questo è il quadro sul quale interviene l'articolo 3 del decreto, al comma 1, integrando l'articolo 48, comma 19, della legge del 24 novembre 2003 n. 326, prevedendo che il fondo istituito presso l'AIFA, alimentato con i contributi obbligatori a carico delle aziende farmaceutiche, possa essere destinato da parte dell'AIFA anche alla sperimentazione clinica di medicinali per un impiego non compreso nell'AIC. Tale destinazione può essere operata, sentito il Consiglio superiore di sanità - è questa la novella - anche su richiesta delle Regioni e delle Province autonome (ricordo che l'Emilia-Romagna aveva sollevato in un recente passato il problema Avastin-Lucentis, ma aveva perso davanti al giudice - o delle stesse società scientifiche, che sono state molto attive su questo tema specifico nel settore clinico di specifico interesse.

Il comma 2, riformulato dalla Camera, inserisce nella famosa finanziaria del 2007, la legge n. 648, dopo il comma 4, la previsione che, anche qualora sussista un'alternativa terapeutica nell'ambito dei medicinali autorizzati, sia possibile inserire, previa valutazione del Comitato tecnico-scientifico dell'AIFA, secondo parametri di appropriatezza ed economicità, nel novero dei farmaci a totale carico del Servizio sanitario nazionale (la famosa lista 648), i medicinali che possono essere impiegati per un'indicazione diversa da quella prevista dalla propria AIC, sempre che tale indicazione sia nota e conforme a ricerche condotte nell'ambito della comunità medico-scientifica nazionale ed internazionale. Ovviamente, l'uso *off label* di questi farmaci impegna l'AIFA ad una particolare ed eccezionale attività di valutazione, monitoraggio e controllo di possibili effetti indesiderati, ricordandovi ancora una volta che la normazione ha la sua centralità nella tutela della salute.

PRESIDENTE. Senatore, dovrebbe concludere.

BIANCO, *relatore*. Signora Presidente, mi preme quindi ricordare che questa norma interviene in un settore delicatissimo e su beni del tutto speciali quali sono i farmaci, nella misura in cui gli eventuali USI *off label*, confortati da solide evidenze, possono produrre innanzitutto un beneficio ai pazienti e

poi contribuire alla sostenibilità economica della spesa sanitaria pubblica.

La ringrazio, signora Presidente, e chiedo scusa per essere andato oltre il tempo a mia disposizione. (Applausi dal Gruppo PD).

[OMISSIS]

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il relatore, senatore Bianco.

Vorrei richiamare i colleghi relatori, che avevano quaranta minuti a disposizione e ne hanno già usati cinquantatré.

BIANCO, *relatore*. Signor Presidente, credo che il dibattito che abbiamo ascoltato in Aula abbia rappresentato con grande chiarezza e con grande evidenza le differenze di visione, di culture, di strategie e di interpretazioni di questo stesso decreto.

Mi limito solo a sottolineare quello che ho già riportato in premessa alla mia relazione, e cioè che siamo di fronte ad uno sforzo, che a mio giudizio è positivo, volto a trovare un diverso e più avanzato equilibrio su queste materie, un giusto equilibrio tra gli obblighi e i vantaggi di prevenire, curare e riabilitare le tossicodipendenze anche al fine di evitare le manifestazioni delittuose che a queste si accompagnano. Credo che questo decreto lo faccia con sufficiente chiarezza nelle condizioni date.

PRESIDENTE. Grazie per la sintesi, senatore Bianco. Ha facoltà di intervenire il rappresentante del Governo.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, avendo ascoltato buon parte del dibattito, recupero solo qualche pensiero sintetico e finale.

È evidente che questo decreto opera sostanzialmente - mi consentirete - con due limiti. Il primo è l'urgenza, che è stata variamente valutata, ma che è indubbia, sia sulla parte stupefacenti, sia sulla parte farmaci. In particolare, sulla parte stupefacenti la caducazione di alcune norme - che sono state qui ampiamente valutate - da parte della Corte costituzionale aveva reso il terreno sostanzialmente impraticabile sia per gli attori istituzionali sia in termini di sanzioni, producendo un disordine al quale bisognava attendere anche velocemente; sulla parte farmaci, alcuni eventi e soprattutto la decisione dell'AIFA avevano determinato sugli off label - come è stato indicato in moltissimi interventi - una condizione molto complicata.

L'urgenza era evidente, e mi sentirei di dire sommessamente che non si tratta di una riforma generale sul tema degli stupefacenti, meno che mai sulla parte che riguarda i farmaci, bensì di un intervento che nasce da tale urgenza. Nel corso del dibattito sia alla Camera sia al Senato, tramite una discussione in cui si sono recuperati elementi di politica più generale all'interno della valutazione degli ordini del giorno, ci pare sia arrivato a conclusione un iter legislativo che non è perimetrabile soltanto nella secca determinata dalla ristrettezza dell'urgenza, ma che si colloca in quell'equilibrio più generale che esso stesso prova a ripristinare su alcune materie.

Mi consentirete di segnalare comunque brevemente alcune questioni apprezzabili che sono state risolte con il decreto in esame: la norma che prescrive che tutte le autorizzazioni amministrative per la commercializzazione, la detenzione ed il trasporto che sono già state rilasciate a soggetti che hanno riportato condanne penali devono cessare immediatamente, soprattutto se rapportate a condanne relative a questo tipo di reato; la procedura di affidamento dei medicinali per i pa-

zienti in corso di disassuefazione, con la previsione di un decreto del Ministro della salute; la possibilità di portare anche all'estero sostanze per un trattamento terapeutico (medicinali, stupefacenti e psicotrope) esibendo un'adeguata certificazione; la disciplina che ha dato la possibilità - a mio avviso migliorando molto quella già esistente - di coltivare la canapa a fini industriali; la modifica dell'articolo 75 del testo unico n. 309 del 1990, riferito all'uso personale, che ha riparametrato le sanzioni per l'illecito amministrativo, tenendo conto della distinzione tra le sostanze stupefacenti e psicotrope della tabelle II e IV e delle tabelle I e III (le sanzioni amministrative, in questo caso, sono la sospensione della patente di guida, del porto d'armi, del passaporto e del permesso di soggiorno); la norma approvata, che modifica l'articolo 73, che consente al giudice a determinate condizioni di applicare in luogo delle pene detentive e pecuniarie la misura del lavoro di pubblica utilità (anche questo mi sembra un avanzamento molto interessante); la norma che migliora - e devo ammettere che si tratta di contributi arrivati alla Camera da tutte le forze politiche - le procedure per l'integrazione e l'aggiornamento delle tabelle, materia di competenza esclusiva del Ministero della salute, attraverso un decreto con l'obbligo del parere dell'Istituto superiore di sanità. A nostra memoria, anche a costo di apparire ridondante, vorrei precisare che il quadro sanzionatorio definitivo che consegue da quest'iter legislativo è il seguente: le condotte aventi ad oggetto le sostanze di cui alle tabelle I e III sono sanzionate con la reclusione da otto a vent'anni, ai sensi del primo comma dell'articolo 73; le condotte aventi ad oggetto le sostanze di cui alle tabelle II e IV sono punite con la reclusione da due a sei anni, ai sensi del quarto comma. Vi è sicuramente stata una riduzione per le condotte riconducibili a quella fattispecie che viene indicata come di «lieve entità» - o il «piccolo spaccio», secondo una comunicazione più semplice - che sono punite in questo caso in modo unitario con la pena della reclusione da sei mesi a quattro anni, sia che si tratti di droghe leggere, sia che si tratti di droghe pesanti.

Allo stesso modo, se leggiamo con più serenità l'articolo 3, che riguarda i farmaci off label, nemmeno in questo caso siamo di fronte ad una riforma complessiva, pertanto occorrono ulteriori iniziative, anche legislative, alle quali il Ministero della salute sta lavorando. Eventi di cronaca come quelli cui abbiamo assistito con riferimento ai farmaci Avastin e Lucentis, però, con questa prima formulazione saranno sicuramente affrontabili con più velocità e con una trasparenza autorizzativa del processo riguardante i cosiddetti farmaci off label, che mette in campo nuovi attori, come ad esempio le Regioni o le società scientifiche, che possono contribuire sostanzialmente a rendere il mercato del farmaco più trasparente e corrispondente ai bisogni emergenti che la nostra comunità nazionale segnala.

Quindi, concludendo, anche con i limiti dell'urgenza e con un dibattito che su questa materia è di fatto molto condizionato da un equilibrio che mi rendo conto ha angolazioni e sensibilità diverse in termini politici, mi sento di dire che, nell'itinerario che il provvedimento ha seguito dalla Camera fino al Senato, segnalando qui il lavoro apprezzabile delle Commissioni e anche alcuni fruttuosi - io li considero tali - ordini del giorno, sui quali abbiamo espresso un parere favorevole, mi sembra sia stato svolto un lavoro positivo, che vorrei segnalare ulteriormente a quest'Aula.

Medici: l'ammontare del reddito non è rilevante ai fini dell'IRAP

COMUNICAZIONE N. 66

Facendo seguito alla Comunicazione n. 97 del 12 dicembre 2013, si ritiene opportuno segnalare che la Corte Suprema di Cassazione - Sezione Tributaria - con sentenza n. 11919 dei 28 maggio 2014 (Alil. n. 1) ha confermato che l'ammontare del reddito è irrilevante ai fini di ritenere o meno l'esistenza di una autonoma organizzazione. Nella fattispecie l'ammontare considerevole del reddito professionale e i costi sostenuti, in assenza di dipendenti o collaboratori, non rendono assoggettabile all'IRAP il medico di medicina generale.

La Corte Suprema di Cassazione ha rilevato che "l'ammontare del reddito in sé considerato è irrilevante ai fini di ritenere o meno la esistenza di una autonoma organizzazione, e che le spese per ammortamento di beni strumentali e per compensi a terzi, ove modeste, costituiscono dato equivoco, non evincendosi né che le prime si riferiscano a beni strumentali eccedenti il minimo indispensabile, né che le seconde siano attinenti a rapporti di collaborazione di tipo continuativo; **per quanto in particolare rileva nel caso di specie, va infine ribadito che in tema di IRAP, la disponibilità, da parte dei medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, di uno studio, avente le caratteristiche e dotato delle attrezzature indicate nell'art. 22 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale**, reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270,

rientrando nell'ambito del minimo indispensabile per l'esercizio dell'attività professionale, ed essendo obbligatoria ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale, **non integra, di per sé, in assenza di personale dipendente, il requisito dell'autonoma organizzazione ai fini del presupposto impositivo**".

La Corte Suprema di Cassazione ha inoltre affermato che "in tema di IRAP, presupposto per l'applicazione dell'imposta, in base alla previsione del D.Lgs. 15 dicembre 1997, n. 446, art. 2, è l'esercizio abituale di un'attività autonomamente organizzata diretta alla produzione o allo scambio di beni ovvero alla prestazione di servizi, che ricorre qualora il contribuente sia il responsabile dell'organizzazione ed impegni beni strumentali, eccedenti per quantità o valore, il minimo generalmente ritenuto indispensabile per l'esercizio della professione, oppure si avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui".

All. 1
IMPOSTA REDDITO PERSONE FISICHE E GIURIDICHE - TRIBUTI LOCALI

Cass. civ. Sez. V, Sent., 28-05-2014, n. 11919

[omissis]

sentenza

[omissis]

avverso la sentenza n. 57/2008 della COMM. TRIB. REG. di FIRENZE, depositata il 16/10/2008;

[omissis]

Svolgimento del processo

La CTP di Siena ha accolto il ricorso proposto da L.L., esercente l'attività di medico generico convenzionato con il SSN, avverso cartella esattoriale avente ad oggetto pagamento IRAP per il 2001.

Con sentenza depositata il 16-10-2008 la CTR Toscana ha accolto l'appello dell'ufficio; in particolare la CTR ha ritenuto, in base agli elementi ed alla documentazione prodotta in giudizio, che l'attività professionale di medico svolta dal contribuente era caratterizzata da una organizzazione di beni strumentali di rilevanti dimensioni, in grado di influire positivamente sul valore dei servizi professionali e sulla entità dei ricavi annui.

Avverso detta sentenza ha proposto ricorso per Cassazione il contribuente, affidato a due motivi ed illustrato da successiva memoria ex art. 378 c.p.c.; ha resistito l'Agenzia con controricorso.

Motivi della decisione

Con il primo motivo il contribuente, denunciando - ex art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3 - violazione e falsa applicazione del D.Lgs. n. 446 del 1997, artt. 2 e 3, ha sostenuto che il contribuente, quale medico di base, disponendo dei soli strumenti necessari all'esercizio della professione senza l'ausilio di alcun dipendente o collaboratore, era privo di autonoma organizzazione, sicché erroneamente la CTR lo aveva ritenuto assoggettabile ad IRAP sulla base dell'ammontare dei redditi percepiti e dei costi sostenuti, senza tuttavia effettuare alcuna analisi della tipologia dei costi e, quindi, dei fattori della produzione concretamente a disposizione.

Con il secondo motivo il contribuente, denunciando - ex art. 360 c.p.c., n. 5 - insufficiente motivazione circa un punto decisivo della controversia, ha dedotto che la CTR aveva affermato la sussisten-

za dell'autonoma organizzazione esclusivamente sulla base dell'ammontare dei ricavi e dei costi indicati nella dichiarazione dei redditi, senza alcuna analisi della natura dei costi stessi, così come documentati nei documenti depositati, dai quali si poteva invece evincere che il contribuente svolgeva la professione di medico di base sostenendo esclusivamente le spese indispensabili in relazione a tale attività (spese per l'immobile, per le attrezzature mediche) ed in assenza di terzi collaboratori.

Siffatti motivi, da esaminare congiuntamente in quanto tra loro strettamente connessi, sono fondati.

Contrariamente a quanto sostenuto dall'Agenzia nel controricorso, va, in primo luogo, affermata l'ammissibilità del primo motivo, atteso che con lo stesso non viene richiesta una nuova valutazione del merito della vicenda, e cioè un nuovo accertamento delle modalità organizzative dell'attività del contribuente (che - al contrario - appaiono pacifiche e non contestate), ma la verifica della corretta applicazione del D.Lgs. n. 446 del 1997, artt. 2 e 3, a tali modalità organizzative.

Ciò posto, va confermato, in termini generali, il principio ormai consolidato di questa Corte, secondo cui, in tema di IRAP, presupposto per l'applicazione dell'imposta, in base alla previsione del D.Lgs. 15 dicembre 1997, n. 446, art. 2, è l'esercizio abituale di un'attività autonomamente organizzata diretta alla produzione o allo scambio di beni ovvero alla prestazione di servizi, che ricorre qualora il contribuente sia il responsabile dell'organizzazione ed impieghi beni strumentali, eccedenti per quantità o valore, il minimo generalmente ritenuto indispensabile per l'esercizio della professione, oppure si avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui.

Al riguardo va poi precisato che l'ammontare del reddito in sé considerato è irrilevante ai fini di ritenere o meno la esistenza di una autonoma organizzazione, e che le spese per ammortamento di beni strumentali e per compensi a terzi, ove modeste, costituiscono dato equivoco, non evincendosi nè che le prime si riferiscano a beni strumentali eccedenti il minimo indispensabile, nè che le seconde siano attinenti a rapporti di collaborazione di tipo continuativo (conf. Cass. 4929/2012); per quanto in particolare rileva nel caso di specie, va infine ribadito che "in tema di IRAP, la disponibilità, da parte dei medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, di uno studio, avente le caratteristiche e dotato delle attrezzature indicate nell'art. 22 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270, rientrando nell'ambito del "minimo indispensabile" per l'esercizio dell'attività professionale, ed essendo obbligatoria ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale, non integra, di per sé, in assenza di personale dipendente, il requisito dell'autonoma organizzazione ai fini del presupposto impositivo" (Cass. 10240/2010).

La CTR, nella fattispecie in esame, non ha fatto corretto uso di tali principi, in quanto ha ritenuto sussistere una organizzazione professionale di non irrilevanti dimensioni solo in virtù di ricavi per attività professionali per L. 201.900.000, quote di ammortamento per L. 5.554.000, spese relative agli immobili per lire 3.021.000, consumi per L. 5.395.000 e compensi a terzi per L. 2.000.000; al riguardo, peraltro, non ha tenuto in nessun conto la specificità della professione di medico di base svolta dal contribuente

in assenza di personale dipendente e l'obbligatorietà dello studio nel quale detta professione veniva svolta, nonchè le giustificazioni addotte dal contribuente (e non contestate dall'Agenzia) sia in ordine alla quota di ammortamento (concernente una parete divisoria dello studio) sia in ordine al compenso di lire 2.000.000 (corrisposta a collega per la obbligatoria sostituzione in caso di assenza del medico).

In conclusione, pertanto, il ricorso va accolto e cassata l'impugnata sentenza; non essendo poi necessari ulteriori accertamenti in fatto, la causa può essere decisa nel merito ex art. 384 c.p.c., con l'accoglimento del ricorso introduttivo proposto dal contribuente.

In considerazione della formazione dei su menzionati principi giurisprudenziali in epoca successiva alla proposizione del ricorso introduttivo, si ritiene sussistano giusti motivi per dichiarare compensate tra le parti le spese ed i compensi di lite relativi al giudizio di merito. Le spese ed i compensi di lite relativi al presente giudizio di legittimità, liquidate come in dispositivo, seguono la soccombenza.

P.Q.M.

La Corte accoglie il ricorso; cassa l'impugnata sentenza e, decidendo nel merito, accoglie il ricorso introduttivo proposto dal contribuente; dichiara compensate tra le parti le spese ed i compensi di lite relativi al giudizio di merito; condanna l'Agenzia delle Entrate al pagamento dei compensi di lite relativi al presente giudizio di legittimità, che si liquidano in complessivi Euro 1.500,00, oltre Euro 200,00 per spese ed oltre accessori di legge. Così deciso in Roma, nella Camera di Consiglio della Sezione Tributaria, il 19 dicembre 2013.

Depositato in Cancelleria il 28 maggio 2014 D.Lgs. 15/12/1997 n. 446, art. 2

Borse di studio per le scuole di specializzazione medica

COMUNICAZIONE N. 70

Sulla Gazzetta Ufficiale n.144 del 24 giugno 2014 è stato pubblicato il decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90 recante **“Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”**.

Il provvedimento tra l’altro presenta norme di particolare interesse per la professione medica.

In particolare l’art. 1 recante **“Disposizioni per il ricambio generazionale nelle pubbliche amministrazioni” al comma 2 prevede che “i trattenimenti in servizio in essere alla data di entrata in vigore del presente decreto sono fatti salvi fino al 31 ottobre 2014 o fino alla loro scadenza se prevista in data anteriore. I trattenimenti in servizio disposti dalle amministrazioni pubbliche di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e non ancora efficaci alla data di entrata in vigore del presente decreto-legge sono revocati”**. Si sottolinea

però che secondo l’Inps-ex Inpdap l’eliminazione del trattenimento in servizio oltre i limiti di età previsti dall’art. 1 non riguarda i dirigenti medici e del ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale, i quali potranno continuare a permanere in servizio sino al quarantesimo anno di servizio effettivo e comunque non oltre il compimento del settantesimo anno di età. Tutto ciò a condizione che non si dia luogo a un aumento del numero dei dirigenti in servizio. Ne deriva che i dirigenti medici potranno chiedere e ottenere il trattenimento in servi-

zio oltre l’età per il collocamento a riposo, per maturare il quarantesimo anno di servizio. Rimane quindi in vigore la disposizione di cui all’art. 22 della legge 183/2010 recante **“Età pensionabile dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale”**.

L’ad. 1, comma 5, estende poi ai medici responsabili di struttura complessa il campo di applicazione della disposizione di cui all’ad. 72, comma 11, del D.L. 112/08, convertito, con modificazioni, dalla legge 133/08. Di fatto le aziende avranno la possibilità di risolvere unilateralmente il rapporto di lavoro e i contratti individuali dei primari che abbiano maturato l’anzianità massima contributiva di 40 anni di contribuzione, fatte salve le disposizioni per l’accesso al pensionamento di cui alla legge 214/11 (c.d. Salva Italia - manovra Monti), per coloro che maturano i requisiti del pensionamento a decorrere dal 1° gennaio 2012. Limiti, quelli imposti dal “cd. Salva Italia”, che oggi corrispondono a 42 anni e 3 mesi di contribuzione per gli uomini e a 41 anni e 3 mesi per le donne. Con riferimento agli anni 2014 e 2015, il requisito contributivo sopra individuato deve essere incrementato di ulteriori 3 mesi per effetto dell’adeguamento alla speranza di vita di cui al D.M. 6 dicembre 2011, in attuazione dell’articolo 12 del decreto Legge 31 maggio 2010 n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010 n. 122 e successive modificazioni.

L’art. 15 concernente **“Disposizioni urgenti relative a borse di studio per le scuole di specializzazione medica”** al com-

ma 1 dispone la riduzione di un anno della durata delle scuole di specializzazione medica a decorrere dall’anno accademico 2014-2015. In particolare, il comma 1 specifica che la riduzione della durata dei corsi delle scuole di specializzazione medica - da disporre con un decreto interministeriale che doveva essere emanato entro il 31 marzo 2014 e che al momento non è ancora intervenuto - si applica a decorrere dall’anno accademico 2014-2015. A tal fine, novella il primo periodo dell’articolo 20, comma 3-ter, del D.Lgs. 368/99. Non si registrano sostanziali variazioni rispetto alla formulazione previgente, che faceva riferimento all’anno accademico successivo all’emanazione del decreto. Si rileva, tuttavia, che, a differenza della formulazione previgente, l’attuale imporrà un nuovo intervento legislativo qualora il decreto interministeriale non dovesse intervenire in tempo utile per l’avvio dell’anno accademico 2014-2015. Come già evidenziato, il decreto, che doveva essere emanato entro il 31 marzo 2014, non è ancora intervenuto. Al riguardo si sottolinea che l’articolo 20, comma 3-bis, del D.Lgs. 368/99 ha previsto che con decreto del Ministro dell’istruzione, dell’università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, la durata dei corsi di formazione specialistica è ridotta rispetto agli attuali 5 o 6 anni, rispettando i limiti minimi previsti dalla normativa europea in materia, e si riorganizzano le classi e le tipologie di corsi di specializzazione medica. Ha, altresì, previsto che eventuali risparmi derivanti dalla riorganizzazione sono destinati all’incremento dei contratti di formazione specialistica. Inoltre, il comma 3-ter dell’articolo 20 del D.Lgs. 368/99 ha disposto che la durata dei corsi di formazione specialistica si applica agli specializzandi che nell’anno accademico

successivo all'emanazione del medesimo decreto sono immatricolati al primo anno di corso (primo periodo). Per gli specializzandi che nel medesimo anno sono iscritti al secondo o al terzo anno di corso, il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca provvede, con decreto, ad adeguare l'ordinamento didattico alla nuova durata così. Per gli specializzandi che nel medesimo anno accademico sono iscritti al quarto o successivo anno di corso, resta valido l'ordinamento previgente (secondo e terzo periodo). Viene autorizzata inoltre l'ulteriore spesa di 6 milioni di euro per l'anno 2014, di 40 milioni di euro per l'anno 2015 e di 1,8 milioni di euro per l'anno 2016 al fine di aumentare la copertura dei contratti da 3300 a 5000 nelle scuole di specializzazione.

L'art. 26 recante "Semplificazione per la prescrizione dei medicinali per il trattamento di patologie croniche" prevede, nelle more della messa a regime sul territorio nazionale della ricetta dematerializzata, con riferimento alle patologie croniche individuate dai regolamenti del comma 1, la possibilità del medico di prescrivere medicinali fino ad un massimo di sei pezzi per ricetta, purché già utilizzati dal paziente da almeno sei mesi. In tal caso, la durata della prescrizione non può comunque superare i 180 giorni di terapia. Di fatto la semplificazione introdotta sarà applicabile solo per le prescrizioni di medicinali relativi alla cura delle patologie croniche e invalidanti e delle malattie rare individuate dai regolamenti richiamati dall'art. 9, comma 1, della legge 16 novembre 2001, n. 405 concernente "Numero di confezioni prescrivibili per singola ricetta".

L'art. 27 recante "Disposizioni di semplificazione e razionalizzazione in materia sanitaria" modifica l'art. 3 del D.L. 158/13, converti-

to, con modificazioni, dalla Legge 189/12 (c.d. legge Balduzzi) recante "Responsabilità professionale del personale sanitario", intervenendo sul fondo per garantire l'idonea copertura assicurativa degli esercenti le professioni sanitarie. Nella fattispecie si prevede che la copertura assicurativa vale "nei limiti delle risorse del fondo stesso". Sarà poi il soggetto gestore del fondo a stabilire le misure di contribuzione per la costituzione del fondo, che non verranno quindi più definite in sede di contrattazione collettiva. Viene inoltre ribadito

che l'obbligo di stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, non trova applicazione nei confronti del professionista sanitario che opera nell'ambito di un rapporto di lavoro alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale. Si rileva infine che il disegno di legge (C.2486) di conversione in legge del decreto-legge sopra indicato, che ha scadenza in data 23 agosto 2014, è stato assegnato in sede referente alla Commissione Affari Costituzionali della Camera dei Deputati.

Recupero borse di studio specializzandi anni 1983-1991

COMUNICAZIONE N. 96/2013

Molti Ordini chiedono notizie alla Federazione sulla vicenda relativa ai ricorsi proposti dai medici specializzandi negli anni 1983-1991 e sull'attività svolta in sede giurisdizionale dalla Consulcesi, associazione che offre assistenza legale ai medici che svolgevano la Scuola di specializzazione nel suddetto arco di tempo. La Federazione segue da lungo tempo questo contenzioso, di indubbia rilevanza in quanto permetterebbe, in caso di esito positivo del giudizio, di ottenere un rimborso notevole ai medici ricorrenti.

Occorre rilevare che l'argomento, da un punto di vista giuridico, risulta piuttosto complesso, specialmente per quanto concerne la durata della prescrizione del diritto al rimborso e la sua decorrenza.

La giurisprudenza, nel corso degli anni, è stata piuttosto oscillante sulla questione.

Tralasciando le varie decisioni che si sono susseguite nel tempo, ap-

pare rilevante la sentenza della Suprema Corte di Cassazione - terza sezione civile - dei 18 agosto 2011, n. 17350 la quale ha affermato che il diritto a percepire quanto dovuto si prescrive nel termine di dieci anni decorrente dal 27 ottobre 1999 (data di entrata in vigore della legge 19 ottobre 1999, n. 370 con la quale lo Stato italiano ha proceduto ad un sostanziale adempimento parziale considerando solo alcune categorie di specializzandi).

Per i medici interessati della vicenda, quindi, la prescrizione sarebbe intervenuta in data 27 ottobre 2009, a meno che, entro tale data, gli interessati abbiano agito giudizialmente o compiuto atti interruttivi della prescrizione in via stragiudiziale.

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

In tali casi, infatti, avendo manifestato la propria pretesa attraverso l'esercizio di un diritto, la prescri-

zione decennale decorrerà da tali atti.

Tutto ciò premesso, la Federazione ha sempre rispettato l'autonomia di alcuni Ordini che hanno voluto stipulare convenzioni con la Consulcesi per l'assistenza legale dei propri iscritti nel contenzioso di cui trattasi.

Si ritiene, peraltro, che non sia questo il compito degli Ordini, né tantomeno della Federazione, considerato che varie possono essere le vie giudiziarie da percorrere, in particolare, ricorrendo ad un legale di fiducia che possa seguire singolarmente la specificità di ogni singolo caso.

Un mandato legale comporta, poi, inevitabili rischi di soccombenza, con i relativi oneri a carico degli iscritti e conseguente responsabilità indiretta a carico dell'Ordine che ha suggerito di affidarsi a specifici legali o ad associazioni di consulenza.

Filo diretto con FNOMCeO

L'8 aprile scorso ha preso il via una nuova iniziativa editoriale, "Filo diretto con Fnomceo", newsletter a cadenza settimanale, nella quale sono riportate, riscritte in chiave giornalistica, gran parte delle comunicazioni che la Federazione invia agli Ordini provinciali su argomenti di interesse generale per la professione medica e odontoiatrica.

Ogni martedì mattina la newsletter raggiunge i circa 190.000 iscritti agli albi dei quali sono stati forniti i recapiti di posta elettronica ordinaria, informandoli direttamente sull'attività della Fnomceo, su temi di legislazione, normativa e deontologia e sui nostri corsi ECM on-line.

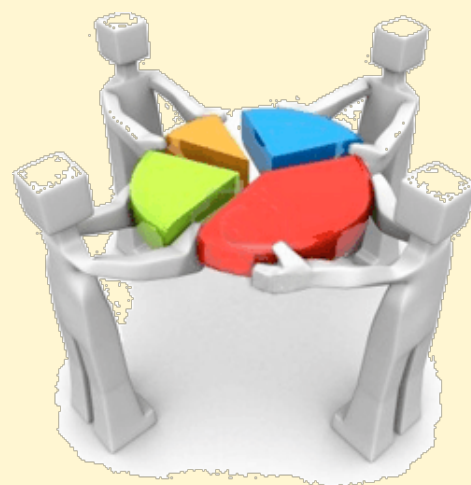
Questo nuovo strumento si aggiunge, senza sostituirla, alla newsletter del portale www.fnomceo.it, sul quale continuano a trovare spazio invece tutte le iniziative pubblicate sul sito, comprese quelle promosse e organizzate dagli Ordini provinciali.

L'intento è quello di offrire, con i nuovi linguaggi della comunicazione, strumenti di aggiornamento e riflessione alla platea più ampia possibile dei nostri iscritti, rafforzando così il rapporto con l'istituzione ad ogni livello.

Preavviso di convocazione Rinnovo cariche dell'Ordine per il triennio 2015-2017

Preavviso informale di convocazione Assemblee Elettorali per le elezioni delle seguenti cariche: Consiglio Direttivo Ordine dei Medici Chirurghi; Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri; Collegio dei Revisori dei Conti.

Le elezioni si terranno presso la Sede dell'Ordine a Trento, in Via Valentina Zambra 16 in **prima convocazione:**



VENERDI 7 NOVEMBRE 2014 dalle ore 16.00 alle ore 20.00
SABATO 8 NOVEMBRE 2014 dalle ore 9.00 alle ore 20.00
DOMENICA 9 NOVEMBRE 2014 dalle ore 9.00 alle ore 16.00

eventualmente, in **seconda convocazione**, nello stesso luogo:

VENERDI 21 NOVEMBRE 2014 dalle ore 16.00 alle ore 20.00
SABATO 22 NOVEMBRE 2014 dalle ore 9.00 alle ore 20.00
DOMENICA 23 NOVEMBRE 2014 dalle ore 9.00 alle ore 16.00

Si ricorda che ciascuna delle Assemblee elettorali è valida in prima convocazione qualora abbia votato almeno un terzo degli aventi diritto (art. 2 DLCPS 233/46). Questo comporta che deve essere accertato separatamente il conseguimento del quorum per ciascuna delle tre Assemblee.

In seconda convocazione, il raggiungimento del quorum è pari a un decimo degli iscritti. Tuttavia, i voti espressi da tale percentuale di iscritti non devono essere inferiori al doppio dei componenti il Consiglio.

Seguirà un avviso formale di convocazione nei termini previsti dalla legge.

Note CUF *nota 13*

Precisazioni

Fabrizio Zappaterra

La **categoria di rischio moderato contemplata dalle linee guida ESC** per il trattamento delle dislipidemie (basata sui valori di colesterolo totale), è stata **differenziata nelle categorie di rischio medio e moderato**, anche per tenere conto dell'aggiustamento per i valori di colesterolo HDL. Il calcolo del ri-

schio cardiovascolare secondo le carte va effettuato solo per i pazienti senza evidenza di malattia. Sono considerati per definizione a rischio alto (e il loro target terapeutico è pertanto un valore di colesterolo LDL <100), oltre a coloro che presentano un risk score $\geq 5\%$ e < 10% per CVD fatale a 10 anni, i pazienti con dislipidemie

(^o)La terapia dovrebbe essere intrapresa contemporaneamente alla modifica dello stile di vita nei pazienti a rischio molto alto con livelli di C-LDL >70 mg/dL e in quelli a rischio alto con livelli di C-LDL >100 mg/dL.

(*) Per i pazienti con livello di rischio basso (score 0-1%) è indicata solamente la modifica dello stile di vita.

(**) Nei pazienti che siano intolleranti alle statine, per il conseguimento del target terapeutico è rimborsato il trattamento con ezetimibe in monoterapia § Nei pazienti con sindromi coronariche acute o in quelli sottoposti a interventi di rivascularizzazione percutanea è indicata atorvastatina a dosaggio elevato (>40 mg).

^ Il farmaco di prima scelta è il fenofibrato per la maggiore sicurezza di uso nei pazienti in terapia con statine; la combinazione di statine e gemfibrozil è invece associata ad un aumentato rischio di miopatia.

La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti affetti da:			
Ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta, seguita per almeno tre mesi^o, e ipercolesterolemia poligenica secondo i criteri specificati al relativo paragrafo			
Ipolipemizzanti: Fibrati: - bezafibrato - fenofibrato - gemfibrozil Statine: - simvastatina - pravastatina - fluvastatina - lovastatina - atorvastatina - rosuvastatina Altri: - PUFA-N3 - ezetimibe	Target	Farmaci prescrivibili SSN in funzione del raggiungimento del target	
	LDL	Trattamento di 1° livello	Trattamento di 2° livello
Pazienti con rischio medio - score 2-3%	Colesterolo LDL < 130	Modifica dello stile di vita per almeno 6 mesi	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)
Pazienti con rischio moderato: - score 4-5%	Colesterolo LDL < 115	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)	
Pazienti con rischio alto: -score >5% <10%	Colesterolo LDL < 100	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**) Preferenzialmente atorvastatina se necessaria riduzione colesterolo >50%	rosuvastatina ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o preconstituita) (**)
Pazienti con rischio molto alto: - score $\geq 10\%$	Colesterolo LDL < 70 (riduzione di almeno il 50% del colesterolo LDL)	atorvastatina§ pravastatina fluvastatina lovastatina simvastatina(**)§ rosuvastatina nei pazienti in cui sia stata evidenza di effetti collaterali severi nei primi 6 mesi di terapia con altre statine	ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o preconstituita) (**)
PARTICOLARI CATEGORIE DI PAZIENTI			
Pazienti in trattamento con statine con HDL basse (<40 mg nei M e 50 nelle F) e/o trigliceridi elevati (> 200mg/dl)		fibrati ^	

familiari, quelli con ipertensione severa, i pazienti diabetici senza fattori di rischio CV e senza danno d'organo, i pazienti con IRC moderata (FG 30-59 ml/min/1.73m²). Sono invece considerati a rischio molto alto (e pertanto con target terapeutico di colesterolo LDL <70), oltre ai soggetti con uno score $\geq 10\%$, i pazienti con malattia coronarica, stroke ischemico, arteriopatie periferiche, pregresso infarto, bypass aorto-coronario, i pazienti diabetici con uno o più fattori di rischio CV e/o markers di danno d'organo (come la microalbuminuria) e i pazien-

ti con IRC grave (FG 15-29 ml/min/1.73m²).

* * *

A differenza di quanto affermato dal sottoscritto nel precedente bollettino, l'AIFA, oltre a dividere il rischio moderato delle L.G. della Società Europea di Cardiologia, inserendo un rischio medio con target LDL a 130, precisa la possibilità di prescrivere la Rosuvastatina, come trattamento di 2° livello in pazienti a rischio alto, o in trattamento di 1° livello in presenza di effetti collaterali severi dopo trattamento con le altre statine.

La dose iniziale raccomandata è di 10 mg al giorno; la maggior parte dei pazienti è già controllata con questa dose. Se necessario, un aggiustamento della dose a 20 mg può essere effettuato dopo 4 settimane. Un raddoppio della dose a 40 mg dopo ulteriori 4 settimane deve essere considerato solo in pazienti con ipercolesterolemia grave ad alto rischio cardiovascolare (in particolare quelli con ipercolesterolemia familiare) che con la dose di 20 mg non hanno raggiunto gli obiettivi di colesterolo stabiliti e sui quali si effettueranno controlli di routine con la supervisione di uno specialista.

Odontoiatria

Progetto di prevenzione odontoiatrica

Il presente Progetto di prevenzione è stato discusso ed elaborato a cura della Commissione istituita ad hoc dal Consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Trento nel corso del 2012. La Commissione presieduta dal dott. Fausto Fiorile è composta da:

Dott. Fausto Fiorile, Presidente CAO

Dott. Giulio Del Dot, Vicepresidente CAO

Dott. Angela Ferrari, Segretario CAO

Dott. Tiziano Bombardelli, Componente CAO

Dott. Aldo Cortelletti, Componente CAO

Dott. Luca Del Dot, Direttore U.O

Odontostomatologia Borgo Val.

Dott. Mauro Paglierani, Segretario Sindacale AIO Trento

Dott. Alberto Bertelle, Past President ANDI Trento

Dott. Giulio Scalet, Rappresentante Convenzionati interni APS S

Al Progetto ha dato il suo prezioso contributo il dott. Giovanni Sammarco.

Il Presente Progetto è stato condiviso e sottoscritto anche dall'Igienista Dentale Dr.ssa M.

Francesca Sinni, Presidente Regionale AIDI (Associazione Italiana Igienisti Dentali).

Trento, Maggio 2014

Partendo dalla definizione di salute data dall'OMS, "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo l'assenza di malattia od infermità", con il termine di salute orale non si vuole intendere solamente assenza di malattia, ma molto di più. Lo stato di salute orale rappresenta infatti una condizione che influenza fortemente anche lo stato di salute e di benessere generale della persona; esistono, ad esempio, correlazioni tra malocclusione dentale e alterazioni della postura corporea, tra parodontopatie e patologie dell'apparato cardiovascolare e diabete, tra infezioni del cavo orale quali granulomi e ascessi ed effetti su altri organi vitali.

La funzione dei denti non è limitata alla sola masticazione. Infatti, per la loro collocazione ed il rapporto con labbra, guance e lingua, i denti hanno un ruolo essenziale

anche nella fonazione (articolazione della parola) e nella vita relazionale: l'impossibilità di sorridere, a causa di una bocca poco "curata" può rappresentare una notevole limitazione ai rapporti sociali e quindi alla vita di relazione dell'individuo.

Le malattie del cavo orale colpiscono la stragrande maggioranza della popolazione italiana, sono stretta-

mente legate agli stili di vita (igienici e alimentari) e sono provocate in larga misura da batteri contenuti nella placca dentaria.

La mancanza di adeguati interventi di prevenzione conduce frequentemente ad elevati valori di prevalenza di carie e di parodontopatie, esitando spesso in una perdita precoce di elementi dentari provocando conseguentemente edentulismo (parziale o totale) e i relativi disagi funzionali ed estetici.

Le principali malattie dei denti e dei loro tessuti di sostegno sono determinate da condizioni ben individuate e controllabili. La carie dentaria e la malattia parodontale tra le patologie più diffuse, vedono nella placca batterica il principale fattore responsabile; la malocclusione, invece, è frequentemente determinata, o comunque aggravata, dall'insorgere di abitudini viziate nel paziente in crescita quali il succhiamento del dito o del ciuccio, o di disfunzioni che possono esserne collegate quali, respirazione orale, allergie, ecc. La prevenzione delle malattie dei denti e delle gengive si fonda sull'adozione e la pratica quotidiana di precise norme di comportamento legate a pratiche di igiene orale e igiene alimentare. Inoltre, periodiche visite specialistiche permettono il precoce intercettamento di eventuali processi patologici.

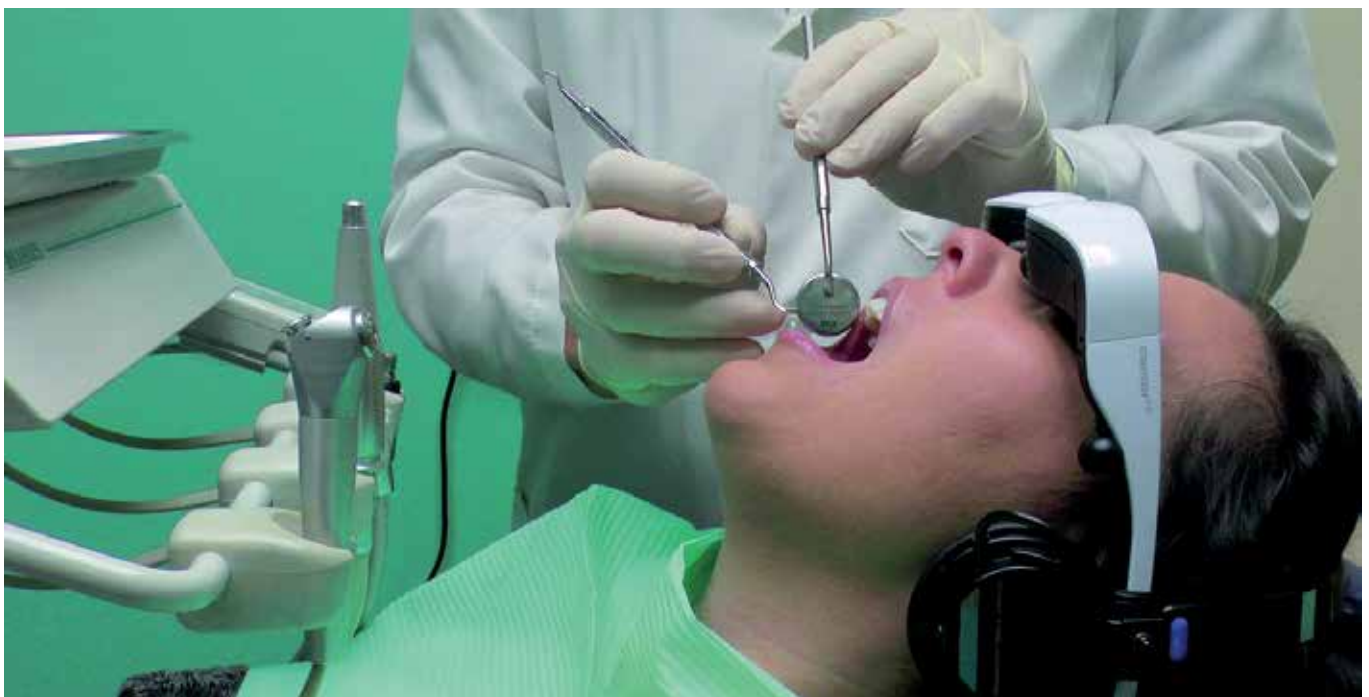
IL VALORE DELLA PREVENZIONE

Da molti anni la prevenzione è parte integrante della medicina quale aiuto per il Paziente al fine di mantenere lo stato di salute e benessere; ovviamente anche l'odontoiatria moderna ha fatto proprio questo principio. Oggi, la maggior parte delle cause che provocano le patologie odontoiatriche a carico degli elementi

dentari ed i loro tessuti di sostegno duri e molli, quindi osso e gengive, sono conosciute. E' risaputo che il controllo o l'eliminazione delle stesse è di fondamentale importanza per il mantenimento dello stato di salute generale della persona.

Nello specifico, la carie e le malocclusioni, per le proprie relative incidenze sulla popolazione, sono da annoverarsi tra le malattie sociali a più elevate ripercussioni economiche. Oggi è noto che i processi cariosi dipendono da un delicato equilibrio tra agenti protettivi che contribuiscono alla remineralizzazione dello smalto dei denti e fattori di rischio che sono causa di demineralizzazione. L'obiettivo che la prevenzione si propone di raggiungere dovrà essere quello di controllare in modo accurato e continuativo le condizioni di salute del cavo orale, e di sviluppo della dentizione e delle ossa di supporto nei bambini in età prescolare ed elementare per individuare il più precocemente possibile alterazioni e patologie. Il tutto deve essere affiancato da un'opera educativa capillare.

Lo stato di salute dell'apparato orale, infatti, è un indicatore che il bravo odontoiatra sa interpretare, guidando il paziente verso stili di vita più corretti e, quando è il caso, indirizzandolo da uno specialista. Cattiva alimentazione, fumo e abuso di alcol, sono solo alcuni dei fattori di rischio che accomunano le malattie del cavo orale alle principali categorie di malattie croniche. Se a questo uniamo il fatto che quasi il 10% della spesa sanitaria in molti dei paesi più industrializzati è destinata proprio alle cure del cavo orale, è evidente la necessità di alzare il livello di attenzione dell'opinione pubblica e degli organi competenti sull'importanza della prevenzione.



LE LINEE GUIDA NAZIONALI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Se parliamo di prevenzione delle patologie del cavo orale è corretto oltre che efficace prendere a riferimento dal punto di vista scientifico le Linee Guida Nazionali per la Promozione della Salute Orale e la Prevenzione delle Patologie Orali in Età evolutiva ed in Età Adulta, che il Ministero della Salute ha predisposto nel corso del 2009 con integrazioni nel corso del 2012 e 2013.

Proponiamo pertanto un estratto in riferimento a:

... Età pediatrica

L'incidenza di patologie di interesse odontoiatrico, in età pediatrica, nonostante gli indubbi miglioramenti ottenuti in termini di salute generale, permane elevata. Appare, quindi, chiara la necessità di promuovere interventi preventivi che, affinché possano avere la massima efficacia, necessitano dell'interazione sinergica di tutte le professionalità deputate al mantenimento ed al ripristino della salute orale.

Oltre a questo negli ultimi anni è aumentata, negli individui in età evolutiva, la prevalenza di eventi traumatici che vedono il coinvolgimento del distretto oro-facciale, ivi comprese le arcate dentarie, sì da rappresentare un indubbio problema di salute pubblica. Ciò è imputabile all'aumentato dinamismo della vita quotidiana, al maggior coinvolgimento del bambino in attività sportive agonistiche e all'aumentato uso di veicoli motorizzati da parte degli adolescenti. Scuola, ambiente domestico, ambiente sportivo e strada sono le sedi dove con maggiore frequenza si verificano eventi traumatici e, allo stesso tempo, luoghi dove è possibile mettere in atto idonee misure di prevenzione. L'arrivo ad un pronto soccorso di un paziente che abbia subito un trauma dentale è, pertanto, un'evenienza frequente e tale da richiedere, per una corretta presa in carico dell'individuo, competenze multidisciplinari (odontoiatriche, maxillo-facciali, pediatriche, medico-legali, medico-sportive, di medicina d'urgenza e di medicina preventiva); il tutto al fine di avviare il paziente verso un ottimale recupero funzionale ed estetico.

In conformità a criteri di prevalenza delle patologie IN ETÀ EVOLUTIVA e della rilevanza del problema sanitario che esse rappresentano, particolare attenzione deve essere posta ai seguenti argomenti:

1. Prevenzione delle lesioni cariose;
2. Prevenzione delle gengiviti;
3. Prevenzione delle patologie delle mucose orali;
4. Prevenzione dei problemi ortopedici dei mascellari.

5. Strategie di prevenzione dei traumi dentari

... Età adulta

L'incidenza di patologie di interesse odontoiatrico, in età adulta, nonostante gli indubbi miglioramenti ottenuti in termini di salute generale, permane elevata. E' importante, pertanto, promuovere e favorire programmi di prevenzione e cura delle patologie più diffuse della bocca: carie, malattia parodontale, neoplasie, al fine anche di evitare l'insorgenza di situazioni cliniche quali l'edentulismo che comporta invalidanti menomazioni psico-fisiche con conseguente impegno di cospicue risorse finanziarie, personali e collettive, per la terapia riabilitativa. Ben conosciuta è l'eziologia, la patogenesi, l'evoluzione delle patologie di cui sopra ed il fatto che la prevenzione rappresenta una misura fondamentale in termini di efficacia e favorevole rapporto costo-benefici. Inoltre, in considerazione del fatto che diversi fattori di rischio per le malattie del cavo orale (batteri, dieta non adeguata, fumo, abitudini di vita scorrette) sono comuni ad altre malattie cronico-degenerative, qualsiasi misura di prevenzione messa in atto va considerata come misura più ampia di promozione della salute globale dell'individuo. La promozione di azioni di prevenzione delle malattie orali è particolarmente necessaria ed opportuna anche in considerazione del ruolo oggettivamente limitato che il nostro Servizio Sanitario Nazionale, ad oggi, svolge per l'odontoiatria.

In conformità a criteri di prevalenza delle patologie DELL'ETÀ ADULTA e della rilevanza del problema sanitario che esse rappresentano, particolare attenzione deve essere posta ai seguenti argomenti:

1. Prevenzione delle patologie dei tessuti duri dentari;
2. Prevenzione della malattia parodontale;
3. Prevenzione dell'edentulia;
4. Prevenzione dei tumori maligni del cavo orale.

LE AZIONI OPERATIVE DA INTRAPRENDERE

1. Coinvolgimento degli attori che condurranno la campagna di prevenzione.

Un Progetto di prevenzione che vuole essere efficace deve prevedere innanzitutto il coinvolgimento totale di tutti gli Attori che dovranno operare nell'ambito del progetto stesso. Attori che possono essere Istituzionali, Associativi, Partner economici, Singoli Operatori.

Se vogliamo risultare efficaci in merito ai temi della prevenzione delle patologie orali, dobbiamo rivolgere le azioni più importanti nei confronti dei soggetti in crescita e solo successivamente nei confronti della popolazione adulta.

E' indispensabile intraprendere azioni coordinate e continuative nel tempo eseguite da tutti i soggetti che a vario titolo collaborano. Solo la formazione di una squadra compatta e motivata può raggiungere gli obiettivi.

Un programma di Prevenzione ambizioso deve essere progettato nei minimi dettagli prevedendo le singole azioni che i singoli attori svolgeranno negli anni. Ecco un elenco dei Soggetti Istituzionali e di Singoli Operatori da coinvolgere:

- Commissione Albo Odontoiatri (CAO) dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri • Associazioni di categoria degli Odontoiatri (AIO e ANDI)
- Associazione di categoria degli Igienisti Dentali (AIDI)
- Azienda Sanitaria per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento
- Assessorato alla salute e Istruzione
- Odontoiatri libero professionisti e Odontoiatri dell'APSS che operano sul territorio trentino
- Igienisti dentali dell'APSS
- Pediatri, Medici di Medicina Generale, Ginecologi e Ostetriche
- Insegnanti ed educatori in genere, opinion leader, genitori
- Possibili Partner Commerciali (Aziende Leader nei prodotti di igiene orale)

2. Azione di Formazione e Comunicazione rivolta agli Operatori sanitari (Medici di Medicina Generale, Pediatri, Odontoiatri, Igienisti Dentali), agli Educatori (Insegnanti, Opinion Leader Associativi, ecc.) e a tutta la Popolazione.

Nessun programma di prevenzione può avere successo senza un progetto di Formazione e di Comunicazione articolato e dettagliato sulle patologie odontoiatriche più diffuse che deve prevedere un format di formazione univoco, contenente pochi concetti semplici, chiari e validati scientificamente. Le Linee guida del Ministero rappresentano un valido strumento da cui si devono estrapolare contenuti da veicolare in modo differenziato agli operatori sanitari, agli educatori e opinion leader, ai cittadini tutti.

Promuovere un progetto di prevenzione per soggetti in età evolutiva significa confrontarsi e collaborare con educatori ed insegnanti. Per questo motivo si chiede la massima collaborazione e sinergia in questa direzione con l'Assessorato alla Salute e all'istruzione.

La **Formazione** dovrà avvalersi della collaborazione fattiva anche delle Società scientifiche che si occupano dei pazienti in età evolutiva (SIO - Società Italiana di Odontoiatria Infantile, SIDO - Società Italiana di Ortodonzia, SITD - Società Italiana di Traumatologia

Dentale), e sarà svolta nel seguente modo:

Formazione a cura della CAO (Commissione Albo Odontoiatri) che si avvarrà di Dentisti formatori esperti nel settore della prevenzione, rivolta agli Odontoiatri che parteciperanno al progetto, operanti sia nel pubblico che nel privato. Particolare impegno dovrà essere dedicato per dare massima estensione alla conoscenza ed utilizzo da parte dei dentisti delle Linee Guida predisposte dal Ministero della Salute per la loro diffusione alla popolazione.

Formazione a cura della CAO che si avvarrà di Dentisti formatori esperti rivolta ai colleghi Medici (pediatri, medici di base, otorinolaringoiatri, ginecologi, dietologi, ecc.) al fine di migliorare ed intensificare i rapporti di comunicazione con gli operatori che lavorano in ambiti collegati all'odontoiatria. L'Obiettivo del Progetto è quello di fornire al medico una serie di aggiornamenti sulle ultime evidenze scientifiche, presupposto fondamentale per una diagnosi delle malattie dentali del piccolo paziente tali da prevenire il concretizzarsi di problematiche sia semplici che complesse. Formazione degli Igienisti Dentali che operano nel comparto pubblico e privato a cura della CAO che si avvarrà della collaborazione dell'AIDI (Associazione Italiana Igienisti Dentali). L'Obiettivo del progetto è quello di fornire agli Igienisti Dentali informazioni omogenee rispetto a quelle fornite agli altri attori partecipanti al Progetto.

Formazione a cura degli Igienisti dentali dell'APSS coordinati dall'AIDI rivolta ai piccoli Pazienti delle scuole, agli Insegnanti della scuola dell'infanzia e delle scuole di grado superiore, agli Educatori, ai Genitori, agli Opinion Leader sui temi della prevenzione.

Sviluppare un programma di prevenzione efficace significa ottenere il cambiamento di alcune abitudini quotidiane da parte dei cittadini legate soprattutto all'Igiene Orale e all'Igiene Alimentare. L'opera della figura dell'Igienista Dentale diventa pertanto in questo senso estremamente preziosa. Ogni comportamento virtuoso per mantenere un ottimo stato di salute ha bisogno di tempo per potersi consolidare nelle abitudini quotidiane. Per questo motivo i "messaggi" che sono diffusi attraverso la comunicazione operata dall'Igienista Dentale, non devono avvenire a spot, ma devono essere inseriti in un programma formativo che si sviluppi per un arco temporale di almeno 5 anni.

La **Comunicazione** rappresenta uno dei momenti più importanti per la cultura della prevenzione. La promozione e la diffusione delle azioni generali e dei comportamenti virtuosi attuabili dai singoli individui, sono indispensabili per prevenire le più comuni patologie carie e gengiviti. Informare con efficacia sui temi

della prevenzione i piccoli Pazienti delle scuole, gli Insegnanti della scuola dell'infanzia e di grado superiore, gli Educatori, i Genitori, gli Opinion Leader, diventa di importanza strategica.

La comunicazione deve avvenire attraverso tutti i canali a disposizione: scuole, ambulatori dei medici di base e pediatri, studi odontoiatrici pubblici e privati, associazioni culturali, quotidiani locali, tv e radio del Trentino.

Facendo sinergia attraverso l'utilizzo delle varie risorse finanziarie che già oggi vengono investite a cura dell'Assessorato alla Salute, dell'APSS e di altri Soggetti coinvolti a vario titolo, è possibile metter in campo un'azione condivisa e coordinata che si occupi di:

Campagna d'informazione rivolta ai cittadini per comunicare quali sono le figure professionali che possono operare in ambito odontoiatrico (Odontoiatra e Igienista Dentale) e quali sono i rischi che si corrono rivolgendosi ai "falsi dentisti" (abusivismo e prestanomismo).

Campagna d'informazione puntuale sulle più diffuse patologie del cavo orale vale a dire; carie, malocclusioni, malattie delle gengive, tumori del cavo orale e sulle azioni preventive da intraprendere a cura del paziente e/o dall'odontoiatra. Campagna che deve essere rivolta come già sottolineato a 3600; ai cittadini, agli Operatori sanitari medici compresi, agli Insegnanti ed Educatori, agli Opinion leader. La campagna deve essere sviluppata con stile anglosassone che si avvicina molto alle pubblicità progresso: poiché l'approccio "fear arousing appeal" crea un bisogno più di categoria che di prodotto, il messaggio si conclude con una soluzione concreta che rassicura il destinatario e lo indirizza verso azioni virtuose da intraprendere.

Predisposizione di materiale informativo da indirizzare ai pazienti sulle linee guida del ministero relativo alla prevenzione delle patologie del cavo orale più diffuse (carie, malattie delle gengive e parodontopatie, malocclusioni, tumori del cavo orale) da diffondere a cura dell'APSS, dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Base, degli Odontoiatri privati, delle Farmacie, ecc.ecc.

3. Azioni Cliniche

a cura di Odontoiatri e Igienisti Dentali

Occorre mantenere e sviluppare quanto in questi anni è stato portato avanti a cura delle istituzioni, dell'APSS e degli Odontoiatri privati cercando di integrare in un'unica azione coordinata tutte le energie profuse al miglioramento della prevenzione in ambito odontoiatrico.

Le azioni operative che devono essere sviluppare sono:

Studio epidemiologico eseguito da personale quali-



ficato opportunamente formato (Odontoiatra), per poter misurare l'incidenza statistica della carie su un campione rappresentativo di popolazione dai 4 ai 14 anni. I dati raccolti e messi in relazione con analoghi studi da effettuare nel tempo, ci daranno precise indicazioni circa gli obiettivi da perseguire ed i risultati che dovranno essere raggiunti.

Gli screening ai bambini di seconda elementari potrebbero essere condotti a cura di Odontoiatri volontari coordinati dalla CAO che si renderanno disponibili ad **effettuare gratuitamente** "controlli odontoiatrici" nelle scuole per individuare carie e malocclusioni dentarie nei piccoli pazienti. Anche se una visita in un ambiente quale la scuola, non può essere particolarmente accurata (sarebbe necessario uno studio odontoiatrico), Odontoiatri formati su protocolli e con standard operativi validati, potrebbero comunque eseguire dei "controlli" finalizzati ad individuare la presenza della maggior parte delle patologie odontoiatriche.

Gli Screening delle malocclusioni dentarie che in questi mesi si stanno svolgendo a cura degli Studenti trentini iscritti presso la Scuola di specializzazione in Ortognatodonzia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" supportati da Tutor (Odontoiatri specialisti in Ortognatodonzia), sono un esempio concreto di importante collaborazione tra vari Attori; CAO, Assessorato alla Salute, APSS e Università degli Studi di Roma Tor Vergata. Lo studio epidemiologico che ne scaturirà, potrà essere un ottimo supporto tecnico per una corretta programmazione sanitaria da parte dell'Assessorato.

Nell'ambito dell'assistenza odontoiatrica promossa in Trentino all'interno della legge 22/2007, alla luce di come sono state impiegate le risorse economiche (€ 6.000.000,00 annui circa) nel corso degli anni 2009-

2013, si ritiene opportuno fare scelte diverse rispetto al passato. Noi riteniamo estremamente importante, in considerazione del fatto che un modello deve essere innanzitutto sostenibile economicamente, dirottare le risorse oggi destinate in grande maggioranza all'erogazione di prestazioni protesiche rivolte a pazienti di età adulta, alle prestazioni di prevenzione secondaria (cure odontoiatriche) e cure ortodontiche da erogare nella fascia di età compresa tra i 4 e i 18 anni di età.

Permettere ai pazienti in età evolutiva di fruire di queste cure, oltre che presso la rete delle Strutture pubbliche e convenzionate, anche presso il proprio Odontoiatra di fiducia al quale generalmente si rivolgono tradizionalmente le famiglie trentine, modificando legge 22/2007 per agevolare l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche in regime di assistenza indiretta come già avveniva in Trentino prima del 2007 e come avviene ancora oggi nella vicina provincia di Bolzano. Il piccolo paziente si potrebbe recare presso l'Odontoiatra di fiducia ed il genitore avere un contributo economico da parte della PAT individuato e fissato con criteri già verificati nell'ambito della legge 22/2007.



Facendo tesoro del materiale predisposto e pubblicato dall'APSS valutare l'opportunità di editare nuovamente materiale informativo su budget dell'Azienda Sanitaria (logato APSS, ORDINE, AIO e ANDI) da indirizzare ai pazienti sulle linee guida del ministero relativo alla prevenzione delle patologie del cavo orale più diffuse (carie, malattie delle gengive e parodontopatie, malocclusioni, tumori del cavo orale) da diffondere a cura dell'APSS, dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Base, degli Odontoiatri privati, delle Farmacie.

4. Azioni Operative a cura dei Pazienti e dei Genitori dei ragazzi in età evolutiva

Tutto il lavoro di progettazione, di formazione e di comunicazione relativo al Progetto di Prevenzione ha lo scopo finale di indurre i piccoli pazienti ed i loro genitori a svolgere alcune semplici azioni che le evidenze scientifiche hanno rilevato essere indispensabili per mantenere una buona salute orale.

Quattro sono le Azioni pratiche che si devono attivare se vogliamo considerare efficace un Progetto di Prevenzione rivolto alle più comuni e frequenti patologie del cavo orale. La prima azione è quella delle **Visite periodiche** di controllo eseguite da Odontoiatri pubblici o privati e per le quali ci deve essere una forte sensibilizzazione da parte di pazienti e genitori.

La seconda e la terza azione sono invece rappresentate dall'**Igiene Orale domiciliare** e dall'**Igiene Alimentare** semplici azioni che devono essere svolte quotidianamente dai Pazienti con la collaborazione di Genitori ed Educatori. Nonostante la semplicità delle Azioni, la popolazione ha bisogno di una costante e forte opera di sensibilizzazione e di un continuo rinforzo dei concetti per mettere in pratica comportamenti virtuosi.

La quarta azione riguarda la **Fluoroprofilassi**.

Visite periodiche

È importante sottoporsi regolarmente a **visite periodiche** dal proprio odontoiatra di fiducia per identificare precocemente e poter curare, sin dalle prime fasi, le eventuali patologie a carico dei denti e delle gengive. Le visite a cadenza periodica oltre a creare una consapevolezza del proprio stato di salute, servono a rimotivare il paziente ai comportamenti virtuosi suggeriti in precedenza e a far conoscere i mezzi oggi a disposizione per una buona prevenzione.

Sono altrettanto importanti le **sedute d'igiene orale** professionali per la rimozione del tartaro e della placca batterica, accompagnate da una motivazione ad una corretta igiene orale domiciliare.

Sedute dall'Odontoiatra per la cura precoce delle patologie individuate

Per permettere ai ragazzi in età evolutiva di curare

eventuali patologie quali carie, gengiviti e malocclusioni, è importante che l'accesso alle cure possa avvenire tempestivamente rispetto alla diagnosi, in modo che non si verifichino aggravamenti nella patologia dovute a ritardi nella presa in carico dei pazienti. L'ipotesi operativa più adeguata, oltre a quella già prevista dell'accesso presso studi odontoiatrici convenzionati, è senz'altro quella che preveda per il paziente la possibilità di potersi recare presso il proprio Odontoiatra di fiducia al quale generalmente si rivolgono tradizionalmente le famiglie trentine.

Igiene orale

Per una corretta igiene orale è indispensabile lavarsi i denti con spazzolino e dentifricio dopo ogni pasto, quindi, almeno tre volte al giorno e utilizzare quotidianamente il filo interdentale in maniera corretta. Tali manovre hanno lo scopo di eliminare meccanicamente la placca batterica dalle superfici dei denti allontanando eventuali residui di cibo. Esiste evidenza scientifica che le corrette abitudini di igiene orale vadano acquisite durante l'infanzia, per poi essere rafforzate durante l'adolescenza e sono alla base di una duratura salute dentale e gengivale.

In particolare, si consiglia di:

spazzolare i denti dopo ogni pasto per un tempo di almeno 2-3 minuti

usare uno spazzolino dalla testina medio-piccola con setole artificiali di durezza media, in modo da arrivare in tutte le zone della bocca

sostituire lo spazzolino almeno ogni due mesi

spazzolare accuratamente tutti i denti sia quelli anteriori che quelli posteriori, avendo cura di pulire anche le superfici verso la lingua o comunque più difficilmente raggiungibili

completare la pulizia dei denti mediante l'uso regolare del filo interdentale che rappresenta un sistema insostituibile per eliminare la placca batterica dalle zone interdentali che non possono essere raggiunte dalle setole dello spazzolino. L'uso del filo non è consigliato in età evolutiva

usare possibilmente un dentifricio a base di fluoro

Il fluoro rappresenta un altro valido aiuto nella prevenzione della carie poiché rende lo smalto più resistente e lo protegge dall'azione demineralizzante degli acidi della placca batterica.

Igiene alimentare

Anche una dieta appropriata rappresenta un importante contributo alla prevenzione delle malattie dei denti. E' stato infatti dimostrato che un abbondante apporto di zuccheri, determina da parte dei batteri cariogeni, la formazione di sostanze acide responsabili della demineralizzazione della componente inorganica dello smalto e della dentina.

È possibile ridurre la formazione della placca batterica limitando la frequenza nel consumo di dolci e di altri cibi ricchi di zuccheri; è poi consigliabile seguire una dieta equilibrata e ricca di frutta e verdura, alimenti contenenti vitamine e minerali essenziali (vitamine C, A e D, calcio, fosforo, potassio, sodio, ferro e magnesio) per la salute dei denti.

Il ricorso non prolungato a chewingum senza zucchero conduce altresì a beneficio, intervenendo nell'attività di rimozione dei residui di cibo e in quella di stimolazione della produzione di saliva, principale meccanismo di difesa del cavo orale.

Fluoroprofilassi

La fluoroprofilassi, intesa come prevenzione della carie attraverso l'utilizzo del fluoro, rappresenta la pietra miliare della prevenzione della carie ed è necessaria per tutti gli individui.

Negli anni, sono stati sviluppati diversi mezzi di somministrazione del fluoro, ognuno dei quali con diverse concentrazioni, frequenze di uso e posologie (acqua fluorata, latte, sale, compresse, gocce, dentifrici, gel, vernici ecc.).

A oggi, l'effetto preventivo post-eruttivo del fluoro, ottenuto attraverso la via di somministrazione topica, è considerato più efficace rispetto a quello pre-eruttivo, ottenuto attraverso la via di somministrazione sistemica.

CONCLUSIONI

Il Progetto di Prevenzione predisposto vuole essere un fattivo contributo di tutte le rappresentanze odontoiatriche trentine, istituzionali e associative, per dare risposte concrete ai crescenti bisogni di salute di tutta la popolazione. Si tratta di un primo passo per poter lavorare insieme, convinti come siamo che solo attraverso il contributo di tutti si possano raggiungere obiettivi e traguardi importanti. Il documento, che naturalmente può essere arricchito nei contenuti, auspichiamo possa essere condiviso e fatto proprio nel suo spirito, da parte dell'Assessorato alla Salute della Provincia Autonoma di Trento che istituzionalmente ha il compito di guidare le scelte di politica sanitaria.

Predisporre un Progetto di Prevenzione Odontoiatrica "sulla carta" non basta. Per poterlo portare avanti servono **Lavoro d'insieme, Determinazione** nel voler raggiungere gli obiettivi e soprattutto una serie di **Azioni concrete** come quelle descritte, che solo una **Visione illuminata** a medio e lungo termine può garantire. Noi siamo pronti a fare la nostra parte.

"Quando soffia il vento del cambiamento, alcuni costruiscono muri, altri mulini a vento."
(Proverbio cinese)

Appuntamenti

Convegno a fine ottobre a Levico il 25 ottobre 2014

Un terzo degli anziani soffre di osteoartrosi

Nella mattinata di sabato 25 ottobre 2014, presso il palazzetto delle Terme di Levico si terrà un convegno promosso dall'Associazione Trentina Malati Reumatici con il patrocinio, tra gli altri, dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Trento. Questa la presentazione del "focus sull'Osteoartrosi" dei medici Giuseppe Paolazzi e Antonella Fioravanti:

"L'Osteoartrosi o artrosi è la forma più comune tra le malattie reumatiche; la prevalenza della malattia aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età, fino a colpire circa 1/3 della popolazione anziana. L'artrosi rappresenta la più importante causa di disabilità nei Paesi industrializzati con un notevolissimo impatto per decine di milioni di persone sulla qualità della vita e sui costi sanitari.

La malattia artrosica origina dall'interessamento dell'intera struttura articolare, coinvolgendo la cartilagine articolare, l'osso subcondrale, la membrana sinoviale, la capsula, e i tessuti e muscoli periarticolari. Il danno articolare che ne deriva è causa di dolore e limitazione funzionali; i pazienti con artrosi (soprattutto a carico di articolazioni come anca e ginocchio) richiedono spesso aiuto e assistenza per lo svolgimento di alcune delle comuni attività quotidiane (salire le scale, percorrere un miglio, occuparsi delle faccende domestiche o trasportare pesi, ecc). La scoperta di molti dei meccanismi che danno origine all'artrosi ha indotto alla ricerca di nuovi farmaci potenzialmente in grado di arrestare l'evol-

uzione della malattia. L'obiettivo attuale è quello di individuare sostanze idonee a favorire i processi riparativi e/o a bloccare o limitare i fenomeni distruttivi articolari.

L'artrosi deve essere comunque affrontata attraverso un approccio terapeutico personalizzato rispetto alle caratteristiche del singolo paziente e in cui siano razio-

nalmente utilizzati tutti i diversi presidi terapeutici, di tipo farmacologico e non solo.

Gli interventi non farmacologici vengono troppo spesso sottovalutati, non applicati dal medico in maniera corretta, ed utilizzati con scarsa convinzione come un'ultima alternativa dopo che gli altri trattamenti hanno già fallito. In realtà, tali provvedimenti rappresentano un utile complemento alla terapia farmacologica e possono contribuire al raggiungimento di migliori risultati terapeutici.

Il Convegno cercherà di portare all'attenzione gli aspetti più attuali della malattia sul piano patogenetico e terapeutico".

Questo il programma del Convegno:

08.30 Registrazione dei partecipanti

08.45 Saluto delle autorità

09.00 – 10.30 - Sessione 1. Fisiopatologia e clinica dell'osteartrosi (Moderatore A. Fioravanti)

09.00 Introduzione al corso (G. Paolazzi)

09.15 Fisiopatologia della cartilagine e dell'osso (R. Bortolotti)

09.35 Artrosi: malattia dell'intera articolazione (A. Volpe)

10.00 Il dolore nell'osteartrosi (G. Paolazzi)

10.20 *Discussione*

10.40 Pausa caffè

10.50-12.30 – Sessione 2. Terapia dell'osteartrosi (Moderatore G. Paolazzi)

10.50 Terapia farmacologica sintomatica (F. Cavatorta)

11.15 Nuovi orizzonti nella terapia di fondo dell'osteartrosi (S. Tenti)

11.40 Sono utili le terapie termali nel trattamento dell'osteartrosi? (A. Fioravanti)

12.10 Attività Fisica e osteartrosi (Grecchi)

12.30 – 13.00 – Sessione 3. Presentazione di casi clinici

12.30 Caso clinico 1 (F. Cavatorta)

12.45 Caso Clinico 2 (M. Felicetti)

13.00 – 13.30 Test ECM e conclusioni

Presidente del Convegno: Dott. Giuseppe Paolazzi (Direttore UOC Reumatologia Ospedale S. Chiara, Trento)

Segreteria Scientifica: Dott. Giuseppe Paolazzi (Direttore UOC Reumatologia Ospedale S. Chiara, Trento); dott.ssa Antonella Fioravanti (Dirigente Medico UOC di Reumatologia Azienda Ospedaliera – Università di Siena, Siena).

Segreteria Organizzativa: ATMAR- Associazione Trentina Malati Reumatici ATMAR Dott.ssa Patrizia Manica (Direttore Sanitario Terme di Levico)

RELATORI

Bortolotti Roberto

Reumatologia, Ospedale S. Chiara, Trento

Cavatorta Paolo Francesco

Reumatologia, Ospedale S. Chiara, Trento

Felicetti Mara

Reumatologia, Ospedale S. Chiara, Trento

Fioravanti Antonella

Reumatologia, Azienda Ospedaliera – Università, Siena

Grecchi Adriana

Direttore U.O. Medicina Fisica e riabilitazione,

P.O. Villa Igea, Trento

Paolazzi Giuseppe

Direttore Reumatologia, Ospedale S. Chiara, Trento

Tenti Sara

Specializzanda in Reumatologia, Università degli Studi di Siena

Volpe Alessandro

Reumatologia, Ospedale S. Chiara, Trento

Informazioni generali:

La partecipazione all'evento, previa iscrizione, è gratuita.

Evento in fase di accreditamento

Terme di Levico e Vetriolo: 0461-706077 direzione sanitaria@termedilevico.it

ATMAR: 0461 260310; 3483268464 atmar@reumaticitrentino.it

Seminario il 4 ottobre 2014

La deontologia del medico nella pratica quotidiana

Sabato 4 ottobre 2014, presso la sede dell'Ordine in via Zambra, 16, si tiene un seminario su un tema di stretta attualità in molti settori delle libere professioni: la deontologia. In questo caso "La deontologia dell'agire medico quotidiano tra ipermedicalizzazione e contrazione delle risorse". Nel corso della mattinata saranno proposte relazioni dal presidente dell'Ordine dei Medici, Giuseppe Zumiani; da Cinzia Picocchi ed Elisabetta Pulice, giuriste del

progetto "Biodiritto" della facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Trento; dai medici Marco Clerici e Isabel Inama, della scuola di formazione specifica di Medicina Generale; da Fabio Branz, già presidente dell'Ordine e componente il Comitato etico per la Sperimentazione con l'Uomo (Università di Trento). Il seminario sarà accreditato ECM, invieremo una newsletter con i dettagli dell'evento ai professionisti più coinvolti dalla tematica.

4 ottobre 2014

Medicina convenzionale e medicina complementare in gastroenterologia: Integrazione o competizione:

08.15 Apertura della segreteria e accredito partecipanti
08.40 Presentazione del convegno e degli obiettivi formativi
08.50 Saluto delle autorità

I SESSIONE: La medicina convenzionale

Moderatori: **Bruno Crestani – Diego Tummarello**

09.00 Dispepsia **Luigi Benini**
09.20 Intestino irritabile **Piergiuseppe Orlandi**
09.40 Disbiosi e diverticolosi **Rudi De Bastiani**
10.00 Discussione
10.20 *Coffee break*

II SESSIONE: La medicina complementare: applicazioni in campo gastroenterologico

Moderatori: **Franco De Berardinis – Giovanni De Pretis**

10.50 La dieta **Antonio Costa, Carlo Pedrolli**
11.10 La fitoterapia: dalla tradizione alla biofarmaceutica vegetale applicata **Fabio Diana**
11.30 Omeopatia: medicina da ciarlatani? **Fabio Cappelletti**
11.50 Discussione
12.10 LECTIOMAGISTRALIS - Aleatorietà: il grande nemico della medicina sia convenzionale che alternativa **Giorgio Dobrilla**
13.00 *Lunch*

III SESSIONE: Tecniche alternative nella gestione delle malattie dell'apparato digerente

Moderatori: **Manuela Fortuna – Carlo Segatta**

14.30 Idrocolonerapia **Andrea Geccherle**
14.50 Agopuntura **Maria Grazia Berlanda**
15.10 Ipnosi **Paolo Azzolini**
15.30 Discussione
15.45 TAVOLA ROTONDA

Moderatori e coordinatori: **Franco De Berardinis – Manuela Fortuna**

Presentazione e discussione casi clinici: **Fabio Diana, Fabio Cappelletti, Manuela Fortuna**
17.00 Test ECM e chiusura lavori

Informazioni generali

La partecipazione all'evento è gratuita, previa iscrizione. Sono disponibili 100 posti che saranno assegnati in base all'ordine cronologico di arrivo delle schede di adesione. La scheda di iscrizione scaricabile dal sito www.orkata.it (eventi in corso) debitamente compilata, dovrà essere inviata via fax al numero 0461/ 824251 o via mail a segreteria@orkata.it entro il 15 settembre 2014. Alla chiusura delle adesioni, la segreteria darà conferma di accettazione, via mail.

Ecm

L'evento è accreditato ECM per le seguenti categorie: Medici Chirurghi (50 posti), Infermieri (30 posti), Dietisti (10 posti), Farmacisti (10 posti).

In forte aumento le reazioni da farmaci

Convegno su cute e reazione da farmaci, il 25 ottobre prossimo presso la "Sala don Guetti" della Cassa centrale delle Casse Rurali del Trentino. Presidente del convegno è il dott. Carlo René Girardelli, primario di Dermatologia al "S. Chiara" di Trento. Poiché l'allergia da farmaci è un problema che si pone con sempre maggiore frequenza, ne parleranno, nel corso di una tavola rotonda, oltre a Girardelli, gli ex primari di dermatologia dell'ospedale di Trento, Mario Cristofolini e Giuseppe Zumiani. Nel 2013 le reazioni cutanee avverse ai farmaci sono state il 26% in più dell'anno precedente.

Relatori al convegno promosso dalla LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) medici dermatologi, medici di medicina generale e farmacisti: Riccardo Roni, Pasquale Laurino, Laura Rizzoli, Franco Urbani, Biagio Didona, Laura Tasin, Elisabetta De Bastiani, Giovanni Tognoni, Renzo De Stefani, Mariacristina Sicher. Il programma in dettaglio è disponibile sul sito dell'Ordine.



Trento, 25 ottobre 2014

CON IL PATROCINIO DI:

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia di Trento
Provincia Autonoma di Trento
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento
Ordine dei Farmacisti della Provincia di Trento

In collaborazione con



Per la “giornata del medico 2014”

Torna la “banda dei medici” all’Auditorium il 13 dicembre

Sarà replicato in occasione della “Giornata del medico” (13 dicembre 2014, Auditorium “S. Chiara”, ore 20.30) lo spettacolo messo in scena lo scorso anno (19 ottobre 2013) dalla “banda dei dottori”. Si tratta di “Rock Survivors of the ‘70s” storia, suoni e immagini del Rock anni Settanta-Ottanta proposto dal gruppo musicale “Oldies but goldies”.

La formazione, che è attiva in spettacoli di solidarietà (lo scorso anno il ricavato della serata fu devoluto alla famiglia del collega Alejandro Ruben Frate scomparso a causa di un tragico incidente stradale) è formata per la maggior parte da medici: Maurizio Salandini (medico di base); Saverio Mirabassi (medico pediatra), Roberto Dal Fovo (odontoiatra), Nicola Mirabassi (anatomia patologica), Carlo Mirabassi e Alessandro Galvagni. Adesso fanno parte del gruppo anche i due figli del dott. Dal Fovo.

“Il gruppo, spiega il dott. Salandini, si è formato negli anni Novanta del secolo scorso. Ognuno di noi suonava già al tempo del liceo, poi un giorno abbiamo deciso di unire i nostri strumenti per farne una band. Al nucleo di partenza si sono aggiunti nel corso degli anni altri elementi”. Compatibilmente con gli impegni professionali di ognuno, la formazione si incontra tutte le settimane per le prove.

“Abbiamo cominciato a preparare questo tipo di spettacolo ‘a tema’ cinque anni fa. L’esordio con “Anni ‘60: California”, a questo è seguito un secondo sull’Inghilterra e la musica degli anni ‘60 (Beatles e gruppi dell’epoca). Il terzo, che ri-proporremo all’Auditorium per la ‘giornata del medico’ ruota attorno alla musica e alle immagini de-



gli anni ‘70. Stiamo lavorando ad un nuovo spettacolo che presenteremo, se riusciremo, nella primavera del prossimo anno”.

Lo spettacolo proposto dagli “Oldies but goldies” non è solo musica. È strutturato, infatti, con interventi di spiegazione e inquadramento storico di ogni

singolo brano proposto. Testo e musica sono poi accompagnati da filmati dell’epoca.

Per quanto riguarda la serata del 13 dicembre 2014 è necessaria la prenotazione che può essere fatta con una semplice telefonata all’Ordine dei Medici entro e non oltre il 24 novembre 2014.

13 DICEMBRE 2014 - LA GIORNATA DEL MEDICO

- Ore 15.30 Assemblea Generale Ordinaria degli iscritti
- Ore 16.30 Relazione dei Presidenti
Saluto dell’Ordine e delle Autorità
- Ore 17.15 Presentazione dei Colleghi neoiscritti e cerimonia del “Giuramento di Ippocrate”
- Ore 18.15 Riconoscimento ai Colleghi che hanno raggiunto i 50 anni di laurea
- Ore 19.00 Buffet e brindisi natalizio
- Ore 20.30 Concerto “ Oldies but Goldies”

Per ragioni organizzative è cortesemente richiesta la prenotazione al concerto indicando il numero dei partecipanti. Vi invitiamo pertanto a comunicare l’adesione l’Ordine telefonicamente 0461 – 825094 o con posta elettronica all’indirizzo info@ordinemedicim.org entro e non oltre il 24 novembre p.v.

La nostra storia

a cura di Alberto Folgheraiter

La Grande guerra nelle pagine del "Bollettino"

Che cosa accadde negli anni cruciali della storia europea (1914-1915) per quanto riguarda l'Associazione medica trentina?

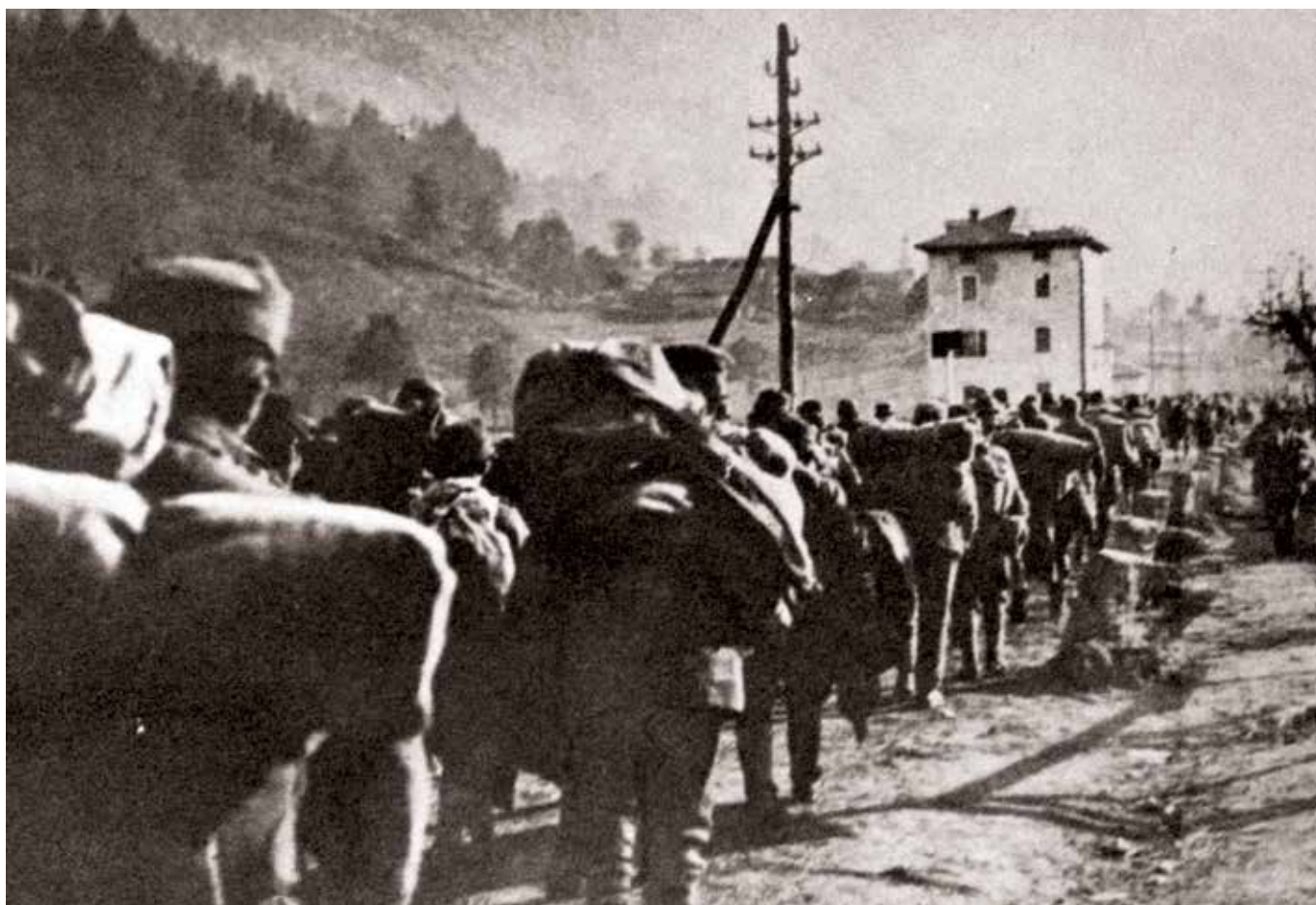
Sfogliando "il Bollettino" degli anni 1914-1915 la guerra mondiale si fa sentire con la chiamata alle armi per molti medici delle valli. Nel mese di marzo del 1914 tiene banco sul "Bollettino" una dettagliata relazione del prof. L. Devoto, ordinario degli Istituti clinici di Milano (straniero, poiché il Trentino era ancora territorio austriaco). Si parla di "Patologia, clinica e terapia della pellagra". Erano trascorsi "tre

anni, egregi colleghi, dall'ultimo convegno pellagologico tenuto in questo Istituto (a Rovereto) consacrato alla liberazione del Trentino dalla pellagra...". L'illustre luminaire dichiarò che "la pellagra è, per me, un'intossicazione strettamente collegata con l'uso del mais, in-tossicazione cronica, a preparazione lenta e nella cui costituzione od estrinsecazione in forme cliniche concorrono fattori individuali; abbiamo quindi un veleno esogeno e un modello endogeno fisiologico. Questa preparazione può essere lunghissima, anche di nove mesi, come ha dimostrato il dott. Cristo-

foretti di Terragnolo col suo famoso caso, in cui la comparsa delle manifestazioni pellagrose distanziò appunto di nove mesi l'assunzione ultima di mais".

Il "Bollettino" di marzo 1914 pubblica pure l'avviso che *"la vedova di un egregio Collega tiene disponibile per la eventuale vendita un'istrumentario ostetrico-chirurgico moderno e quasi nuovo. Se qualche collega, specialmente giovane, ne vuol fare l'acquisto, si rivolga per le necessarie informazioni al Redattore del Bollettino"*.

Nel mese di aprile del 1914 tiene banco la notizia di "un nuovo metodo per dimagrire". A giugno si parla di "terapia del morbillo"; a luglio 1914 il tema dominante del "Bollettino" è la "cura dell'uretrite gonorroica maschile"; ad agosto, quando cioè l'Austria ha già dichia-





Riva, D.r Bonapace, D.r Banfichi e D.r Bacca di Trento sono stati richiamati a prestare il loro servizio militare. Al certo molti altri medici trentini sono stati richiamati o sono a disposizione sempre dell'Autorità militare".

Nel luglio 1914, gli iscritti alla Camera medica, in Trentino, erano 181, sette in meno dell'anno precedente poiché "la cruda Parca à mietuto abbondantemente nelle nostre file". I sette medici andati all'altro mondo avevano un'età fra i 27 e i 51 anni.

Nel mese di settembre del 1914 tra le "notizie personali" comparve una "Relazione sullo stato del personale sanitario di Val di Non e Sole". Esordiva: *"Pel richiamo dei medici comunali al servizio di guerra sono rimasti privi di personale sanitario nel Capitanato di Cles ben 28.042 abitanti divisi in 44 comuni".*

Una nota di fondo pagina: *"Il Bollettino Medico Tridentino da qualche tempo esce molto irregolarmente e non già a cagione nostra, ma per le difficili ed anormali circostanze in cui ci troviamo".*

Il 21 ottobre 1914 si tenne una riunione presso la Camera dei medici a Trento. Il presidente, dott. Luigi Guella fece cenno *"all'avvenuto richiamo in servizio di*

rato guerra alla Serbia e divampa ormai la prima guerra mondiale, il "Bollettino" si occupa di "catatonnia tardiva" e di "avvelenamenti da funghi: cause, sintomi, cura".

Nel "Bollettino" di agosto, un primo cenno alla guerra figura tra le "Notizie personali". Ecco quanto scrive dalla Val di Non e Val di Sole il dott. Giovanni Casna:

"Vi do qualche notizia riguardo allo stato del personale sanitario del Gruppo Anaune-Solandro, che, per dirlo in termine vero, potrebbe chiamarsi un'ecatombe di medici. Sono stati richiamati sotto le armi nientemeno che i D.ri Gallina Attilio di Cusiano, Ravelli di Dimaro, Menestrina di Rumo, Largaiolli jun. di Cavareno, e Seppi di Casez, ed inoltre il medico distrettuale di Cles D.r Scarperi.

In Val di Sole non c'è che il D.r Bertoldi di Vermiglio, il quale supplirà come potrà per le condotte di Peio, Cusiano e Vermiglio, ma mi si dice che facilmente anche questo verrà richiamato.

La condotta di Dimaro è interinalmente supplita dal D.r Barbacovi di Malè, ma anche di questa supplenza non si è sicuri, perché

sembra che venga richiamato anche questo collega. È pure stato richiamato il D.r Egidio Arlanck di Tuenno di cui io ho assunta la supplenza a tempo indeterminato.

Il D.r Depretis ha la supplenza della condotta di Livo e si obblighò di prestarsi per le chiamate urgenti di Rumo e Casez. Non so ancora chi supplisca per Cavareno. Qui è un lagno generale per la mancanza di personale sanitario e la popolazione è molto allarmata".

Nel "Bollettino" si scriveva pure: *"Ci consta che il D.r Giordani di*



Le fotografie di questo articolo sono pubblicate nel volume "Non solo armi, Pasubio 1915-1918" (Nicolodi editore, 2002) e fanno parte degli archivi del Museo storico Italiano della Guerra di Rovereto e del Tiroler Kaiserjägermuseum di Innsbruck.

guerra di molti medici comunali ancora soggetti a quest'obbligo, che sono in numero di circa cinquanta". Da un'indagine compiuta sull'intero territorio provinciale emerse che erano "scoperte 49 condotte" mediche. La Camera dei medici riconobbe "ad unanimità che a quest'anormale stato di cose, per quanto imposto da imperiose circostanze, è assolutamente indispensabile trovarvi rimedio".

Fu chiesto, pertanto, alla Luogotenenza "di voler accordare i suoi buoni uffici perché venga esonerata dal servizio attivo di guerra, se non tutto, almeno la maggior parte possibile dei medici condotti richiamati, almeno per le sedi delle condotte più disagiate, il cui servizio non potrebbe essere disimpegnato da medici dei circondari sanitari limitrofi".



Il "Bollettino" del mese di novembre 1914 fece sapere che erano stati richiamati "al servizio di guerra" anche i medici Rizzardi di Brez e Trojani di Rabbi. A Tuenno si erano procurati un medico stabile nella persona del dott. Colmano di Levico ma anche quest'ultimo fu chiamato a prestare servizio nella sanità militare. Non che altre valli fossero esenti dal richiamo dei medici. Il fatto è che l'unico corrispondente efficiente del "Bollettino" dava notizie soltanto dalle valli di Non e di Sole. Il numero di dicembre (anno XXXIII) del "Bollettino dell'Asso-

ciazione medica Tridentina" aprì con un saluto "Ai Soci!"

Scriveva: "Il 1914 è per spirare. Fu un anno nefasto che rimarrà di triste memoria nella storia dei popoli e ciò per l'immane guerra che avvolse quasi tutta l'Europa. Molti nostri colleghi, chiamati sotto le armi dal loro dovere di cittadini, abbandonarono le loro condotte, le loro famiglie, i loro interessi, la loro clientela privata, i loro diletti studj per recarsi chi direttamente sul teatro della guerra, chi in ospedali militari ove affluiscono feriti e malati, conducendo una vita di indefesso lavoro, di gravi sacrifici, di inevitabili pericoli. Lode ed encomio a questi apostoli del dovere!"

Chiudeva l'anno. Il 1915 vedrà la pubblicazione di soli due numeri del "Bollettino dell'Associazione medica Tridentina". Con lo scoppio della guerra tra l'Italia e l'Austria-Ungheria anche il "Bollettino" sospese le pubblicazioni. Saranno riprese nel 1921 quando la guerra avrà devastato l'Europa, provocato dodici milioni di morti, quattro milioni di feriti e il Trentino sarà diventata terra italiana.

Un'altra storia.





Ospedale da campo dell'esercito italiano in Val delle Prigioni, sul Pasubio di Vallarsa, a ridosso della linea di fuoco fra l'esercito italiano e l'esercito austro-ungarico (1916) (Foto Museo Storico Italiano della Guerra di Rovereto).