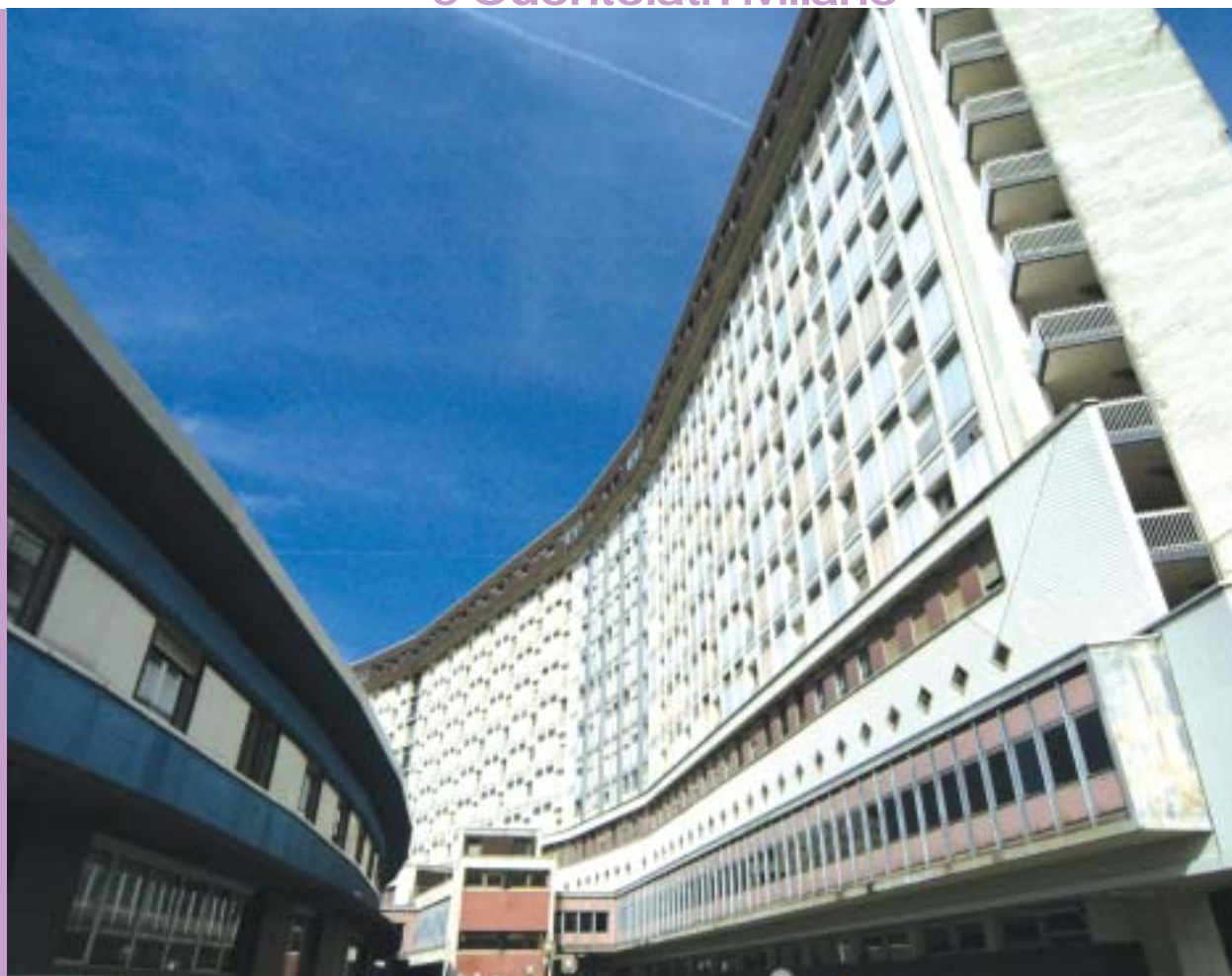




bollettino

Ordine Provinciale Medici Chirurghi
e Odontoiatri Milano



ONAO SI?! No, grazie!

Sanità italiana?!

Pagano i soliti e mangiano
sempre gli stessi

**Il punto sul lavoro
notturno**

**La liquidazione
delle ferie non godute**

ECM

I prossimi eventi

Snami Rosa

Ma le donne
preferiscono il rosa?

**Il bilancio
preventivo 2008
dell'Ordine**



CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente
Roberto ANZALONE

Vice Presidente
Ugo GARBARINI

Segretario
Piero ROSSI

Tesoriere
Angiolino BIGONI

Consiglieri
Leandro ALETTI
Salvatore G. ALTOMARE
Matteo BONZINI
Valerio BRUCOLI
Marcello COSTA ANGELI

Dino DINI
Roberto Marco GATTO
Dalla Patrizia GRECO
Daniela MASSARI
Luigi PAGLIA
Massimo PARISE
Giordano P. POCHINTESTA
Roberto Carlo ROSSI
Ugo G. TAMBORINI

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente
Valerio BRUCOLI

Segretari
Ercole ROMAGNOLI
Dino DINI
Claudio GATTI
Luigi PAGLIA

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente
Mauro MARTINI

Componenti
Maria BRASIOLI
Paola PIFAROTTI

Supplente
Claudia M. BERTOGLIO

COLOPHON

Autorizzazione Tribunale di Milano
n° 366 del 14 agosto 1948

Direttore Responsabile
Dott. Marcello COSTA ANGELI

Segretaria di Redazione
Cinzia PARLANTI

Redazione
Via Lanzone 31 - 20123 Milano
Orario: da lunedì a giovedì 9.00-16.00
venerdì 9.00-13.00 (sabato escluso)
E-mail: info@omceomi.it
Centralino: Tel. 02 864711
Redazione: Tel. 02 86471400 - Fax 02 86471448

Servizi Editoriali
EDRA SpA
Viale Monza, 133 - 20125 Milano
Tel. 02 28172 300 - Fax 02 28172 399
E-mail: info@edraspa.it

Stampa
ARTI GRAFICHE MIGLIORINI - Melzo (Milano)

Trimestrale
Poste Italiane SpA - Spediz. in abbonamento postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46)
art. 1, comma 2, DCB Milano

ANNO LVX - 4/2007 OTTOBRE-DICEMBRE

bollettino
Ordine Provinciale Medici Chirurghi
e Odontoiatri Milano

L'editoriale

- 1 ONAOSI: delibera dell'Ordine

Attività dell'Ordine

- 2 ONAOSI?! ...No, grazie!
3 Cosa dicono gli altri. Ma... noi non concordiamo!
4 La lettera di alcuni Sindacati della Dipendenza. Noi concordiamo!
7 Vergogna! Pagano i soliti e mangiano sempre gli stessi. Analisi della Sanità italiana
14 Facciamo il punto sul lavoro notturno
16 Liquidazione delle ferie non godute
17 Limiti alla detrazione IVA sulle auto: via libera della UE
19 ECM - Eventi programmati dall'Ordine

Verbali

- 29 Sintesi verbali riunioni. Consigli dell'Ordine

Riceviamo e volentieri pubblichiamo

- 35 SNAMI Rosa - Le donne preferiscono il rosa?
37 A che punto siamo con il contratto dei medici della dipendenza?! Il riassunto delle fasi della contrattazione

Approfondimenti

- 39 AMMI - Associazione Mogli Medici Italiani

43 Bilancio preventivo 2008

Rubriche

- 5 Libri ricevuti: "Anima nuda"
40 Libri ricevuti: "Una nuova rivista medico-giuridica. Perché?"
41 Libri ricevuti: "Alla conquista del tempo dopo la conquista dello spazio"
41 Libri ricevuti: "Follia e psichiatria: crisi di una relazione"
42 Libri ricevuti: "La dipendenza dal tabacco. Storia, botanica, farmacologia e metodi di disassuefazione dal fumo"
42 Libri ricevuti: "Chirurgia delle varici. Un osservatorio italiano"
52 Nel mondo delle arti visive e della luce
La Mec art

Sommario

ONAOSI: delibera dell'Ordine

Il Consiglio, nella seduta del 24/9/2007, ha deliberato (vedi delibera allegata) di incaricare un avvocato per la redazione di un atto formale rivolto all'ONAOSI perché provveda a restituire tutti i contributi dal 2003 al 2006 pagati dai medici pubblici dipendenti e/o liberi professionisti in base a quanto stabilito dalla sentenza della Corte Costituzionale 190 del giugno 2007.

Inoltre, per gli stessi motivi, con lo stesso mezzo verrà richiesto all'ONAOSI di non insistere nel richiedere i contributi per lo stesso periodo.

Il Consiglio infine ha chiesto allo stesso professionista, nel caso che un iscritto all'Ordine ritenesse di conferirgli mandato per la questione ONAOSI, di accettare l'incarico senza richiedere fondo spese e a richiedere il compenso ai minimi di tariffa solo nel caso che ONAOSI non venga condannata, come invece i giuristi affermano essere praticamente certo, al pagamento delle spese.

A tal proposito riportiamo il parere pro-veritate del Prof. Antonio Baldassarre, Presidente emerito della Corte Costituzionale, che così si è espresso:



“Se un sanitario iscritto all’Ordine professionale richiede all’ONAOSI la restituzione dei contributi versati a partire dalla data di entrata in vigore della legge 289/2002 in quanto contributi imposti da un regolamento della Fondazione che la Corte Costituzionale ha ritenuto privo di base legittima oppure se un sanitario rifiuta di versare da ora in poi i contributi a lui richiesti in base agli stessi regolamenti, è pressoché impossibile, dopo la sentenza della Corte Costituzionale, che non si veda riconosciuto dal giudice adito la fondatezza del proprio diritto”.

ONAOESI?! ...No, grazie!

■ di Marcello Costa Angeli

Non siamo ammazza-orfani, né orfani pronti al pasto, ma siamo contro le ingiustizie e di certo siamo contro l'inequità.

L'Onaosi, Opera Nazionale per l'Assistenza agli Orfani dei Sanitari Italiani, è un Ente senza scopo di lucro fondato nel 1874 da Luigi Casati, giuridicamente inquadrato come fondazione privata. Nel 1901, su proposta del deputato perugino Cesare Fani, è approvata la legge istitutiva dell'obbligo di contribuzione per tutti i sanitari dipendenti da pubbliche amministrazioni. Il suo ruolo fu importante a cavallo delle due guerre. Nel 1977 il D.P.R. n. 616 elimina alcuni enti pubblici ritenuti inutili, tra questi l'Onaosi. Una legge promossa dal senatore Saporito sancisce nel 1991 che l'Onaosi ha diritto a continuare ad esistere. L'Onaosi si occupa principalmente di sostenere gli orfani dei Sanitari attraverso diverse strutture di cui è proprietaria. Promuove il loro corso di studio e li ospita in convitti presenti a Perugia (4 sedi), Padova, Pavia, Torino e Bari. Vengono erogati contributi legati all'ordine di studi eseguiti e alle condizioni economiche presenti. L'Onaosi offre anche la possibilità agli aventi diritto di seguire corsi post-laurea, di usufruire dei centri vacanze che possiede (2 invernali: Prè Saint Didier ad Aosta e Nevegal a Belluno, 2 estive: Porto Verde a Misano Adriatico e Torre Normanna di Ispa-

bi a Salerno). Ha inaugurato una residenza per anziani a Montebello (Pg) che offre soggiorni a prezzi ridotti e un centro formativo a Bologna e Messina.

In passato quando l'assistenza era per pochi e assicurarsi praticamente impossibile, una forma di previdenza collettiva verso il rischio di decesso a favore dei figli era più che doveroso.

Oggi le possibilità di decesso per un medico con figli sono proprio poche. Lo dimostrano i tassi di mortalità di una categoria professionale che inizia a lavorare in età tarda e si sposa e prolifera in età ancora più tarda.

Proprio tale situazione ha spinto l'Onaosi a spostare l'assistenza anche a categorie diverse dagli orfani dei sanitari assicurati e gestisce case vacanze anche per anziani e giovani contribuenti.

Ma questo non è e non era il fine primario della sua esistenza e dubitiamo molto che lo possa giustificare con un contributo obbligatorio.

Ma gli Orfani assistiti quanti sono?... Noi non lo sappiamo con certezza.

In una trasmissione RAI (REPORT di cui troverai il resoconto in questo link del web: http://www.report.rai.it/R2_popup_articolofoglia/0.7246.243^95049.00.html) il Direttore del Collegio maschile di Perugia riferisce a domanda che su 280 assistiti solo 70 ca. sono non paganti (cioè sono orfani!) Alla stessa domanda rivolta alla Direttrice del collegio femminile si rende no-

to che su 200 ospiti solo la metà sono non paganti (quindi ca 100).

Ma viene anche riferito che l'ente assiste soprattutto a domicilio, e che gli orfani dei medici dovrebbero essere 3.300.

Tuttavia Il Presidente Aristide Paci prevedeva allora che nel 2010 si assisterebbero 5.400 orfani. Certamente non crediamo a tale infausta profezia di cui non vediamo le motivazioni.

Di certo sappiamo che ci sono questi dati:

- l'Onaosi nel 2003 ha erogato 4700 prestazioni per una cifra pari a 40 milioni di euro;
- si ritiene che il contributo abbia poco a che vedere con l'assistenza agli orfani bisognosi; infatti la modifica all'art. 2 dello Statuto dice che *la condizione di bisogno prescritta all'art. 1 della L. 306 del 1901 in vigore ed istitutiva dell'Ente non è più necessaria* e che per ottenere l'assistenza basta essere orfani indipendentemente dal reddito. È abilitato lo stato di bisogno che, il regolamento d'altri Enti assistenziali (l'Ente paf per i farmacisti), prescrive debba essere "comprovato";
- all'art. 6, lettera b, anche la *condizione d'orfano è resa non fondamentale*, essendo stato esteso il beneficio ai figli di sanitari inabili, sempre indipendentemente dalle condizioni di bisogno;
- infine, sempre all'art. 6, lettera c, è *superata la condizione d'essere figli di sanitari inabili, essendo sufficiente essere figli di contribuenti viventi e abili;*
- Nel 1977: la legge riconosce l'Onaosi quale ente inutile da sopprimere, includendolo tra gli enti assistenziali le cui funzioni erano da trasferire alle regioni e agli enti locali.
- Il patrimonio netto: da 327 miliardi dell'esercizio 1995 è passato a 523 miliardi dell'esercizio del 2000;

4/2007 Ottobre-Dicembre

- Il suo Consiglio di amministrazione è di 23 membri ben pagati:
Indennità di carica annua lorda
 - Presidente € 72.000,00;
 - Due vice presidenti € 50.000,00 ciascuno;
 - Componenti di giunta € 19.000,00 ciascuno;
 - Componenti di Consiglio € 12.000,00 ciascuno;
- Gettone di presenza € 360,00 per ogni riunione per ciascuno dei partecipanti;
- Personale dipendente
 - nel 2003 n. 210 con un costo di € 9.214.305,00
 - nel 2004 n. 240 con un costo di € 10.169.869,00;
- Patrimonio immobiliare € 85.027.320,00 (165 miliardi di lire)
- Prestazioni erogate nel 2004
 - 5.568 contributi ordinari domiciliari.
 - 163 contributi per specializza-

zioni e 227 contributi di primo intervento;

- Utenti strutture educative: 732;
- Patrimonio mobiliare: Titoli di Stato, prodotti assicurativi, obbligazioni bancarie e corporate, gestioni patrimoniali e fondi.
- Totale € 254.093.765,00 (500 miliardi di lire).

Da tutto ciò ci sembra che tale ricco Ente se utile un tempo non può considerarsi più tale oggi. Non si ritiene giusto obbligare ad un versamento una categoria per assistere *condizioni di bisogno non comprovate!*

Inoltre riteniamo che non sia motivato che:

- *si dia assistenza con un atto coercitivo d'adesione ad un ente privato* (violazione dell'articolo 18 del dettato Costituzionale);
- *che l'assistenza privata possa essere obbligatoria* (violazione dell'articolo 38 del dettato Costituzionale);

- *che diverso sarebbe se tale assistenza possa essere scelta facoltativamente*; come già possibile per i sanitari che non siano a dipendenza; e non si capisce perché gli uni debbano essere forzatamente assistiti e gli altri no;
- *che già l'ENPAM fornisce alcune tipologie di assistenza di cui l'ONAOSI va a configurare.*

Per cui riteniamo che la Politica non debba preoccuparsi di come trasformare tale Ente *ma piuttosto di come fare sì che termini il suo essere*, risarcendo adeguatamente e giustamente la Categoria dei contributori - *per esempio trasferendo il suo patrimonio alle casse pensione secondo una giusta ripartizione*, per favorire (allora si in giusto modo) la più certa e necessaria forma di assistenza alla categoria: **un migliore adeguato futuro pensionistico.**

Marcello Costa Angeli

Cosa dicono gli altri! Ma... noi non concordiamo!

Mercoledì 10/10/2007

La maggioranza della categoria si esprime a difesa dell'ONAOSI

Si è tenuto presso il Ministero della Salute un incontro convocato dal Sottosegretario Serafino Zucchelli e dai Presidenti delle Federazioni degli Ordini dei Medici e Odontoiatri, Farmacisti e Veterinari, per trovare posizioni comuni da parte delle categorie interessate sulla riforma della Fondazione Onaosi, prevista dall'art. 29 del D.L. 159/2007.

Le tre Federazioni e le associazioni sindacali ANAAO, CIMO, Federazione

Medica aderente alla UIL, Sivemp, SINAFIO, FIMG, SUMAI, AMVI, ANDI, AIO si sono riconosciute in un documento che afferma:

- l'obbligatorietà della contribuzione per i medici, odontoiatri, veterinari e farmacisti dipendenti pubblici, con la facoltà di aderire volontariamente per i colleghi convenzionati e liberi professionisti;
- l'estensione della mission della Fondazione all'assistenza ai sanitari disabili o anziani in condizioni disagiate;
- la modifica della composizione degli Organi di Gestione, saranno eletti dai contribuenti, con una garan-

zia di presenza proporzionale di tutte le componenti ed una drastica riduzione dei componenti il Cda.

Tale documento diventerà una delibera che il Cda della Fondazione (presente alla riunione con il Presidente ed alcuni componenti) esaminerà il prossimo 13 ottobre, dando inizio alla necessaria modifica statutaria, la cui bozza verrà presentata entro il 20 novembre ai firmatari il documento, prima dell'approvazione definitiva da parte del Cda e l'invio ai Ministeri vigilanti.

Erano assenti ENPAM, FESMED e FIMP.

CISL Medici, ANPO e SIMET hanno sottoscritto i primi due punti, riservandosi il giudizio sulla modifica degli organi di gestione dopo la visione del testo proposto.

CGIL Medici ha dichiarato che prima di esprimersi su obbligarietà e mission, voleva vedere il testo ed i tempi di approvazione del nuovo statuto, ponendo comunque riserve sulla presenza proporzionale di tutte le componenti negli organi di gestione (coerentemente con l'esclusione dei Medici dagli organi di gestione dell'INPDAP e del nascente fondo di pre-

visione integrativa). Il documento è stato rifiutato dal CIPE (che rappresenta 449 pediatri convenzionati secondo i dati SISAC) e dall'ENPAF che ha chiesto la modifica del D.L. con la trasformazione dell'ONAOSI da Ente previdenziale privatizzato a Ente pubblico.

Il Ministro Turco ha fatto la sua parte impegnandosi in Consiglio di Ministri per garantire la sopravvivenza dell'ONAOSI, Zucchelli si è adoperato perché le categorie si incontrassero per condividere gli obiettivi. La vicenda può avere una soluzione positiva se:

- il Cda della Fondazione sarà in grado di assumere le iniziative per rispondere positivamente alle richieste dei propri associati e delle categorie;
- i sindacati dei medici, veterinari e farmacisti pubblici dipendenti confermeranno con i fatti la volontà di voler salvaguardare un patrimonio della categoria;
- i parlamentari rispetteranno la volontà di chi rappresenta la categoria, evitando di scippare alla categoria a vantaggio di estranei quanto questa ha accumulato nel corso di oltre un secolo di storia della Fondazione. ■

La lettera di alcuni Sindacati della Dipendenza Noi concordiamo!

- *Al Ministro della Salute*
Lungo Tevere Ripa, 1 - 00153 Roma
- *Al Ministro del Lavoro e Previdenza Sociale*
Via Veneto, 56 - 00187 Roma
- *Al Ministro della Solidarietà Sociale*
Via Fornovo, 8 - 00192 Roma
- *Al Ministro delle Riforme e Innovazioni nella Pubblica Amministrazione*
Corso Vittorio Emanuele II, 116 - 00186 Roma
- *Al Ministro della Economia e Finanze*
Via XX Settembre, 27 - 00187 Roma
- *Al Presidente ed ai componenti della Commissione Sanità del Senato*
Palazzo Madama - 00186 Roma
- *Al Presidente e ai Componenti della Commissione Affari Sociali della Camera*
Piazza Montecitorio - 00186 Roma

Roma, 26 settembre 2007

Le scriventi OO.SS, che unitariamente sono le maggiormente rappresentative dell'area dirigenziale medica, ritengono necessario salvaguardare il fine storico istituzionale dell'Onaosi, di assistenza agli orfani dei sanitari, nonché il patrimonio acquisito negli anni con il contributo di diverse generazioni di medici.

Si tratta di riportare l'Onaosi, dopo una politica della recente gestione orientata verso una estensione della contribuzione obbligatoria insieme ad una impropria diversificazione delle attività, al suo proprio ruolo di assistenza agli orfani. Questo si può realizzare con la **solidarietà dei contributi volontari**, che già vedono interessati circa 17.000 sanitari, ed ai quali si potrà aggiungere una parte rilevante degli attuali oltre 100.000 contribuenti obbligatori. Si ritiene infatti di dover porre fine alla obbligarietà dei contributi che, come ha già relazionato la Corte dei Conti, ha portato nel passato ad un eccesso di risorse finanziarie, e che contrasta con il principio del-

la volontarietà in ambito assistenziale.

L'eliminazione della contribuzione obbligatoria da parte dei sanitari non dipendenti del Ssn, già introdotta con la Finanziaria 2007, in presenza di una progettazione di espansione, e soprattutto la recente sentenza della Corte Costituzionale, che ha dichiarato illegittima la potestà decisionale in merito all'entità dei contributi obbligatori da parte dell'Onaosi, rischiano di portare al collasso l'Ente, a danno di chi crede nelle sue originarie funzioni di assistenza. Deve essere chiusa una fase storica che ha visto l'Onaosi accomunata nella Legge 509 del 1994 come Fondazione privata al pari degli enti previdenziali, pur non essendolo, e che oggi rischia di vedere la sua sostanziale scomparsa all'interno di qualche grande ente previdenziale, quale l'Inpdap, l'Enpam o la stessa Inps, con il paradosso della obbligarietà dei contributi.

Si tratta anche di avere una gestione trasparente e democratica, dove solo chi contribuisce deve amministrare l'Ente. Una richiesta più volte inu-

4/2007 Ottobre-Dicembre

tilmente avanzata all'attuale gestione che vede un Cda con ben 23 membri, in gran parte di nomina estranea alla platea dei contribuenti obbligatori. Si deve consentire il risanamento dell'Onaosi, garantendo l'assistenza a chi ne ha veramente bisogno, cioè agli orfani dei sanitari, introducendo i principi della volontarietà e della democrazia rappresentativa, oggi assenti, e garantendo l'occupazione dei lavoratori.

Le scriventi OO.SS., che rappresentano gli attuali contribuenti obbligatori,

chiedono pertanto alle SS.VV. di mettere in atto tutte le necessarie modifiche legislative e procedurali, a partire dalla prossima finanziaria 2008, per consentire una nuova ed appropriata veste gestionale e giuridica dell'Onaosi, che potrebbe vedere un ritorno alle origini istitutive del 1899, quando nacque come Ente Morale.

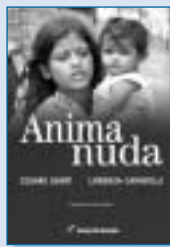
In attesa di cortese riscontro, si pongono cordiali saluti

Raffaele Perrone Donnorso
ANPO - Armando Masucci
FEDERAZIONE MEDICI aderente
UIL FPL (AMCO - COAS - CUMIAISS
FAPAS - FNAM - Nuova ASCOTI
SAPMI - UIL-FPL MEDICI - UMI - UMUS)
Carmine Gigli
FESMED (ACOI - ANMCO - AOGOI
SUMI - SEDI - FEMEPA - ANMDO)
Massimo Cozza
FP CGIL MEDICI
Vincenzo Carpino
UMSPED (AAROI - AIPAC - SNR)

Il sito web dell'Ordine di Milano www.omceomi.it riporta tutti gli altri documenti sulla vicenda ONAOSI tra cui "l'atto di intimazione e la diffida stragiudiziale eseguita a nome dell'Ordine di Milano avverso ai prelievi ONAOSI".

Si invitano pertanto gli iscritti a prenderne visione e accedere alle pagine riservate del sito, iscrivendosi on-line, per poter visionare le ulteriori documentazioni e ricevere i nostri aggiornamenti mail.

Libri ricevuti



Anima nuda

di Cesare Santi e Lorenza Caravelli

Lorenza Caravelli è nata a Milano il 12 luglio 1954. Laureata in Lettere Moderne, insegna Italiano, Latino e Storia. È infermiera diplomata della Croce Rossa Italiana.

Cesare Santi è nato a Milano il 16 luglio 1951.

Medico chirurgo, da anni esercita la professione con pluriennale esperienza di malati oncologici e terminali. Da sempre attento alla valenza umanitaria del suo lavoro, ha fatto numerosi viaggi con i treni bianchi di Lourdes, in Bosnia durante la guerra, in Africa nel Malawi e in India, a Calcutta.

Il Libro. Anima nuda è un diario, in chiave di percorso spirituale, che descrive il viaggio a Calcutta di un medico, Cesare Santi, e di una crocerossina, Lorenza Caravelli. Al racconto delle impressioni destinate dal violento impatto con una realtà destabilizzante, si accompagna una profonda riflessione scaturita dall'esperienza come volontari nei centri di accoglienza di Madre Teresa. Il desiderio di riscoprire se stessi, spogliandosi dell'inutile bisogno di essere approvati, stimati, apprezzati, la ricerca di una esperienza di essenzialità dove, nella solitudine e nel silenzio, mettere a nudo la propria anima per riscoprire "che si può esistere al di là dei ruoli che ricopriamo e che portiamo cuciti addosso come una seconda pelle", ha condotto i due protagonisti in luoghi contraddistinti dalla malattia, dalla miseria, dalla disperazione. Ogni angolo di Calcutta trasuda povertà e afflizione che istintivamente si vorrebbero eliminare, mettere da parte. Cesare e Lorenza comprendono che è necessario sovvertire i parametri ai quali si è abituati per affrontare Calcutta; anche la sofferenza è una componente della vita e come tale va accettata e sfidata.

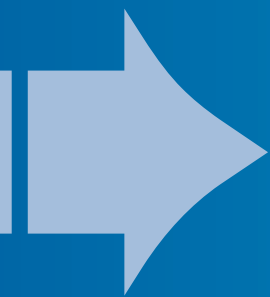
"Bisogna andare oltre lo schifo, la ripugnanza, guardare in faccia il dolore... Non c'è più niente che è troppo per te da guardare perché niente è troppo per loro da vivere, e non ci sono limiti alla loro sofferenza".

A Baraipur, nel centro tubercolotico, e a Kalighat, alla casa accoglienza per moribondi, i due protagonisti hanno lavorato come volontari. Qui vengono accolti i malati, gli "ultimi", persone bisognose di essere lavate, sfamate, dissetate, assistite, persone private di onore, rispetto e dignità persino in punto di morte. I volontari si prendono cura di loro offrendo cure, attenzione, conforto e facendo sentire loro la propria presenza costante. La preghiera, il ricordo e gli insegnamenti di Madre Teresa hanno permesso a Lorenza e Cesare di vincere la paura che li ha accompagnati in quei giorni, e di riscoprire risorse che non pensavano di possedere. In quei luoghi di accoglienza i due sperimentano il bisogno di dare senza riserve e il significato dell'amore autentico.

Indicativa è la frase: "Ribellarmi ai perché di un Dio che sembra assente da questa stanza non mi sfiora la mente per più di un istante. Qui dentro Dio c'è, eccome".

Per donare se stessi attraverso i propri gesti è necessario accettarsi per quello che si è, con tutti i propri limiti, i propri difetti e le proprie sofferenze, che non possono essere annullate o sostituite a contatto con l'altrui sofferenza.

Il testo è breve, scorrevole, di impatto e di immediata lettura. Ad esso si mescolano una quarantina di fotografie a colori, fotogrammi di vita segnati da miseria, malattia, ma anche esempi mirabili di fratellanza e carità.



a tutti gli iscritti

Non tutti ci hanno ancora inviato l'indirizzo e-mail. Ancora una volta Vi invitiamo a fornircelo per completare il nostro archivio informatico e permetterci di contattarTi con maggior tempestività. Se non l'hai già fatto inviaci per favore una Tua e-mail all'indirizzo **stampa@omceomi.it** con l'indirizzo e-mail a cui desideri ricevere le Nostre comunicazioni. Grazie.



Il direttore della stampa
Marcello Costa Angeli



4/2007 Ottobre-Dicembre

Vergogna! Pagano i soliti e mangiano sempre gli stessi

Analisi della Sanità italiana

Il deficit sanitario Regione per Regione

■ di **Marcello Costa Angeli**

È recente la "ferale" notizia che ancora una volta i virtuosi cittadini italiani pagheranno i debiti accumulati dagli spendaccioni (*per non dire al-tro!*) depauperatori del pubblico denaro. La Regione Lazio ha ad oggi accumulato il maggior debito sanitario italiano (*quasi 10 milioni di euro*) nonostante sia stata in passato più volta richiamata a rientrare. Ora con la finanziaria questo Stato gli regala 2,3 miliardi per ripianare la prima parte del debito (sino al 2009) e poi stanziando un prestito di 5,8 miliardi di euro da rendere in 30 anni... "ma ci credete voi alla sua restituzione"?

La casta ripropone se stessa e salva se stessa! E... noi paghiamo!

Il deficit del Sistema sanitario nazionale è una costante ma molto diverso per regione. Nel 2005 undici regioni virtuose hanno agito sul controllo della spesa e dieci sono state incapaci di contrastarne la dinamica.

Dieci non hanno usato la leva fiscale e i ticket, scelti invece da sei Regioni e cinque hanno attinto a risorse autonome del proprio bilancio. Ancora una volta, però, il rigore non è stato premiato così che Campania, Sicilia, Abruzzo, Molise, Liguria sono in lista d'attesa per spartirsi i 2,5 miliardi di euro stanziati dalla Finanziaria 2007 per i disavanzi elevati.

Vale sempre l'argomento che la nuova giunta regionale non può essere ritenuta responsabile dei debiti della precedente!!! (*Che scaricabarile!!!*). E così a ogni nuova legislatura scatta l'operazione "voltare pagina" con l'immane sanatoria dei debiti pregressi. Il provvedimento varato è un "premio" all'irresponsabilità gestionale delle Regioni che non si sono mai mosse con iniziative proprie.

Devo ricordare che, dal 1981 in poi il Ssn ha sempre accusato deficit che sono stati regolarmente ripianati dallo Stato fino all'accordo dell'8 agosto 2001, in base al quale dovrebbero essere le Regioni a doversi accollare i debiti per cause non dipendenti da provvedimenti statali (*come accordi di lavoro o prezzo dei farmaci*).

Per garantire l'equilibrio di bilancio, le Regioni hanno a disposizione tre strumenti principali: il controllo della spesa sanitaria, l'aumento delle entrate tributarie (*attraverso i ticket e la maggiorazione dell'Irap e dell'addizionale Irpef*) e le risorse stornate da altri capitoli del bilancio regionale. Possono operare, dunque, dal lato della spesa, delle en-

trate fiscali o di entrambi; oppure da nessun lato, lasciando lievitare il deficit!

Dopo l'accordo del 2001, cinque Regioni di centrodestra (Piemonte, Lombardia, Veneto, Molise e Calabria) hanno maggiorato l'addizionale Irpef, portandola dallo 0,9 all'1,4 per cento e hanno reintrodotta le compartecipazioni sui farmaci. Umbria e Marche sono intervenute solo sull'addizionale Irpef. Dopo le elezioni del 2005, le nuove giunte di centrosinistra in Lazio, Abruzzo, Calabria e Sardegna si sono affrettate ad abolire i ticket sui farmaci. Altre Regioni hanno operato sulla distribuzione diretta dei farmaci e sul controllo della spesa come Emilia-Romagna, Toscana e Basilicata. Lo scorso anno le sei Regioni con gravi deficit e l'Emilia-Romagna hanno maggiorato l'addizionale Irpef, portando a 13 il totale delle Regioni che sono intervenute su questa voce.

Ora tra il 2003-2005, il Ssn ha accumulato quasi 13 miliardi di disavanzo, dei quali il 30 per cento è concentrato in Lazio, il 25 per cento in Campania e il 13 per cento in Sicilia (*insieme assommano quasi il 70 per cento del totale!!!*). Seguono il Piemonte con l'8% e la Sardegna con il 5%. In termini pro-capite le regioni che presentano valori di debito elevati sono: Lazio (253 euro), Molise (210), Campania (190), Abruzzo (137), Sardegna (126), Sicilia (111) e Valle d'Aosta (102). Le Regioni meno responsabili - Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sardegna - non sono capaci di controllare la dinamica della spesa e non si affidano neppure all'imposizione fiscale (*se non dal 2006 per obbligo di legge*) e sono le Regioni con i maggiori deficit di bilancio.

Il gruppo di Regioni virtuose - Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Puglia, Basilicata e Calabria - ha contato solo sulla capacità di controllo della spesa, senza ricorrere all'imposizione fiscale, riuscendo a contenere il deficit su bassi livelli.

Un terzo gruppo (Lombardia, Veneto, Marche) ha puntato sul controllo della spesa sanitaria ricorrendo all'imposizione fiscale e un quarto gruppo (Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana) a risorse autonome di bilancio) presentano dei disavanzi minimi o addirittura degli avanzi.

Al loro si può accostare il comportamento di un quinto gruppo (Valle d'Aosta e Trento) per il quale le risorse aggiuntive di bilancio non sono bastate a

compensare il mancato controllo della spesa o la pretesa di migliori livelli qualitativi dei servizi (*15 per cento la spesa pro-capite oltre la media nazionale*).

Un sesto gruppo dal comportamento problematico (Piemonte, Liguria e Sicilia) pur contando sul gettito aggiuntivo delle imposte e dei ticket e pur con livelli di spesa inferiori alla media nazionale presenta comunque disavanzi consistenti.

Dal libro verde delle spese

Oggi risulta che sul piano internazionale in Italia la spesa sanitaria pubblica ha rappresentato nel 2005 il 76,6% della spesa complessiva, posizionandosi al di sopra della media OCSE (72,5%) anche se la sua inci-

denza percentuale si è ridotta di 2,9 punti dal 1990.

Quasi l'83,0% della spesa privata italiana è di tipo "out-of-pocket", cioè spesa diretta delle famiglie (*uno dei valori più alti fra i paesi dell'UE a 15*) mentre solo una piccola quota è finanziata da assicurazioni e fondi sanitari integrativi.

Si osserva una prevalenza della spesa ospedaliera che rappresenta il 48% della spesa pubblica totale, e una ridotta spesa per la prevenzione.

La spesa pubblica relativa ai soli ricoveri (*quindi al netto della stima dei costi relativi alle prestazioni specialistiche erogate agli assistiti non ricoverati*) rappresenta circa il 42% della spesa pubblica totale contro una media OCSE del 35% (Tabella 1).

Tabella 1 La spesa sanitaria nei principali paesi OCSE - anno 2005

	Spesa sanitaria pubblica e privata in rapporto al PIL	Spesa sanitaria pubblica in rapporto alla spesa sanitaria totale	Spesa sanitaria pubblica e privata pro capite (dollari USA P.P.P.)	Spesa farmaceutica in rapporto alla spesa totale	Medici per 1.000 abitanti	Infermieri per 1.000 abitanti	Posti letto per acuti per 1.000 abitanti	Risonanza magnetica nucleare (per 1.000.000 di abitanti)	Tomografia assiale computerizzata (per 1.000.000 di abitanti)	Speranza di vita alla nascita femmine	Speranza di vita alla nascita maschi	Mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)
Australia	(9,5)	(67,5)	(3128)	(13,3)	(2,7)	(10,4)	(3,6)	4,2	(45,3)	83,3	78,5	5,0
Austria	10,2	75,7	3519	11,6	3,5	9,4	6,1	16,3	29,4	82,2	76,7	4,2
Belgio	10,3	72,3	3389	n.d.	4,0	6,1	4,4	6,6	(31,6)	(82,4)	(76,5)	3,7
Canada	9,8	70,3	3326	17,7	2,2	10	(2,9)	5,5	11,2	(82,6)	(77,8)	(5,3)
Rep. Ceca	7,2	88,6	1479	25,1	3,6	8,1	5,7	3,1	12,3	79,1	72,9	3,4
Danimarca	9,1	84,1	3108	8,9	(3,6)	(7,7)	(3,1)	(10,2)	13,8	80,2	75,6	4,4
Finlandia	7,5	77,8	2331	16,3	2,4	(7,6)	2,9	14,7	14,7	82,3	75,5	3,0
Francia	11,1	79,8	3374	16,4	3,4	7,7	3,7	4,7	9,8	83,8	76,7	3,6
Germania	10,7	76,9	3287	15,2	3,4	9,7	6,4	7,1	15,4	81,8	76,2	3,9
Grecia	10,1	42,8	2981	n.d.	(4,9)	(3,8)	(3,8)	13,2	25,8	81,7	76,8	3,8
Ungheria	(8,1)	(70,5)	(1337)	(29,2)	3,0	8,8	5,5	2,6	7,1	76,9	68,6	6,2
Islanda	9,5	82,5	3443	13,3	3,7	14	n.d.	20,3	23,7	83,1	79,2	2,3
Irlanda	7,5	78	2926	10,9	2,8	15,2	2,8	n.d.	10,7	81,8	77,1	4,0
Italia	8,9	76,6	2532	20,1	3,8	7	3,9	15	27,7	83,2	77,6	4,7
Giappone	(8)	(81,7)	(2558)	(2558)	(2,0)	(9)	8,2	40,1	n.d.	85,5	78,5	2,8
Corea	6	53	1318	1318	1,6	1,9	6,5	12,1	32,2	81,9	75,1	(5,3)
Lussemburgo	(8,3)	(90,6)	(5352)	(5352)	2,5	13,9	5,2	11	28,6	82,3	76,2	2,6
Messico	6,4	45,5	675	675	1,8	2,2	1	1,3	3,4	77,9	73	18,8
Olanda	(9,2)	(62,5)	(3094)	(3094)	3,7	14,5	3,1	5,6	5,8	81,6	77,2	4,9
Nuova Zelanda	9	78,1	2343	2343	(2,2)	(9,5)	n.d.	n.d.	(12,1)	81,7	77,5	5,1
Norvegia	9,1	83,6	4364	4364	3,7	15,4	3	n.d.	n.d.	82,5	77,7	3,1
Polonia	6,2	69,3	867	867	2,1	5,1	4,7	2	7,9	79,4	70,8	6,4
Portogallo	10,2	72,7	2033	2033	3,4	4,6	3	n.d.	26,2	81,4	74,9	3,5
Rep. Slovacca	7,1	74,4	1137	1137	(3,1)	(6,3)	5	4,3	11,3	77,9	70,1	7,2
Spagna	8,2	71,4	2255	2255	3,8	7,4	(2,6)	8,1	13,5	83,9	77,4	4,1
Svezia	9,1	84,6	2918	2918	(3,4)	(10,6)	2,2	n.d.	n.d.	82,8	78,4	2,4
Svizzera	11,6	59,7	4177	4177	3,8	(14,1)	3,6	14,4	18,2	83,9	78,7	4,2
Turchia	7,6	71,4	586	586	(1,5)	(1,8)	2	(3)	n.d.	73,8	68,9	23,6
Inghilterra	8,3	87,1	2724	2724	2,4	9,1	3,1	5,4	7,5	81,1	76,9	5,1
Stati Uniti	15,3	45,1	6401	6401	2,4	(8,1)	2,7	(26,6)	(32,2)	(80,4)	(75,2)	(6,8)

4/2007 Ottobre-Dicembre

Il costo per posto letto a livello nazionale è di 200.076 euro ma nella regione Lazio è molto più alto (278.115), mentre il valore più basso si riscontra nella regione Lombardia con 166.228.

Valori piuttosto elevati si registrano in Piemonte (262.751 euro), Toscana (245.958 euro) e Campania (243.353 euro).

Considerando le singole A.O., il costo più elevato del posto letto (327.521 euro) spetta al San Camillo Forlanini di Roma, seguito dalle Molinette di Torino (322.603 euro) e dal Cto-Crf Maria Adelaide di Torino (309.379 euro).

A livello nazionale un episodio di ricovero costa 3.940 euro (+5,4% rispetto al 2003), per una spesa complessiva pari a 16 miliardi di euro di cui circa il 60 % per il personale (9,7 mld).

Il costo medio per ricovero pesato indica l'entità media delle risorse impiegate per ciascun ricovero nor-

malizzato per la complessità della casistica e si ottiene dal rapporto tra costo medio del ricovero e peso medio DRG. Rispetto al primo, questo secondo indicatore fornisce una informazione più corretta sul livello di efficienza relativa delle AO nelle diverse regioni, in quanto tiene conto della complessità della casistica trattata.

La media italiana del costo medio per episodio di ricovero pesato è 3.450 euro. La regione dove tale ricovero costa di più è il Lazio, con un importo pari a 5.083 euro, seguita dal Piemonte (4.459). Tutte le altre regioni presentano valori più bassi, compresi tra il minimo di 2.842 euro della Sicilia e i 3.881 euro della Toscana.

A livello di singola A.O. il costo maggiore per ricovero si registra al Cto-Crf Maria Adelaide di Torino (6.223 euro), ospedale specializzato nella traumatologia,

seguito dal San Camillo Forlanini di Roma (5.473 euro) e dal San Giovanni Battista Molinette di Torino (5.318) entrambi AO a carattere generale. I costi minori sono fatti registrare dall'AO Treviglio Caravaggio in provincia di Bergamo (1.590 euro), seguito dalle due AO siciliane Vittorio Emanuele di Gela (2.082) e S. Elia di Caltanissetta (2,121).

Il costo medio per giornata di degenza a livello nazionale è pari a 674 euro. Il costo maggiore si registra nella regione Piemonte con 932 euro. In Liguria si registra il costo minore pari a 593 euro, anche se tale regione presenta una rilevante incidenza di ricoveri complessi. In questo caso, a pesare in modo differenziato sui costi sono soprattutto le differenti specialità garantite dalle strutture. Esempio emblematico è rappresentato dal Cto-Crf Maria Adelaide di Torino che registra la giornata di degenza più costosa (1.144 euro) in ragione della sua specializzazione complessa sui casi traumatologici.

Tabella 2 Indicatori di costo dell'assistenza ospedaliera - valori in euro

Regione	Costo medio per abitante (Costo LEA assistenza ospedaliera 2002)	Aziende Ospedaliere				Presidi Ospedaliere			
		Costo medio per posto letto (2004)	Costo medio per ricovero pesato (2004)	Costo medio per giornata di degenza (2004)	Costo medio per unità di personale (2004)	Costo medio per posto letto (2003)	Costo medio per ricovero (2003)	Costo medio per ricovero pesato	Costo medio per unità di personale (2003)
Piemonte	638,47	262.751	4.459	932	43.701	165.433	3.813	3.204	41.398
Valle d'Aosta	834,64					220.286	5.431	4.488	54.558
Lombardia	617,22	166.228	3.236	608	40.691				
P.A. Bolzano	908,10					190.449	4.081	3.814	44.342
P.A. Trento	837,51					194.116	4.788	3.990	52.046
Veneto	679,98	219.632	3.638	677	38.177	152.548	3.497	2.890	41.942
Friuli V. Giulia	713,99	171.697	3.558	641	38.341	149.225	3.909	3.204	38.263
Liguria	692,05	206.861	3.148	593	48.572	148.291	3.071	2.603	42.183
Emilia Romagna	608,31	205.035	3.459	638	41.198	160.092	3.436	2.771	43.551
Toscana	627,93	245.958	3.881	829	41.560	158.899	3.501	2.918	39.364
Umbria	635,29	203.643	3.166	676	45.302	164.278	3.060	2.807	44.396
Marche	631,91	255.458	3.602	819	45.089	129.495	3.121	2.738	39.793
Lazio	674,91	278.115	5.083	801	47.861	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Abruzzo	712,83					156.150	2.960	2.716	40.324
Molise	691,14					173.929	3.675	3.467	43.539
Campania	673,04	243.353	3.235	710	50.586	203.992	3.426	3.359	49.631
Puglia	622,16	195.614	3.389	646	43.484	137.181	3.061	3.061	46.625
Basilicata	696,15	176.035	3.275	652	45.316	110.274	3.161	3.130	42.273
Calabria	649,01	179.789	3.562	650	46.651	162.542	2.830	3.043	47.007
Sicilia	668,80	185.517	2.842	605	48.624	141.123	2.083	2.170	48.569
Sardegna	731,37	194.739	2.947	721	42.292	139.892	3.053	2.908	42.834
Italia	656,58	200.076	3.450	674	43.288	156.924	3.266	2.969	43.620

Per quanto riguarda il costo medio totale del personale della A.O., a fronte di una media nazionale pari a 43.288 euro, il valore più alto si osserva in Campania con 50.586, mentre il valore più basso è fatto registrare dalla regione Veneto con 38.177 euro per addetto.

Il costo medio per posto letto, pari a livello nazionale a 156.924 euro, assume i valori più elevati in Valle D'Aosta (220.286) e Campania (203.992).

Un ricovero in un presidio a gestione diretta costa mediamente in Italia 3.266 euro, valore che si riduce a 2.969 rapportando il costo del ricovero con il peso medio DRG. Il costo per ricovero pesato assume valori molto elevati in Valle D'Aosta (4.488 euro), P.A. di Trento (3.990 euro), P.A. di Bolzano (3.814 euro) e Molise (3.467 euro).

Per tali regioni la contenuta dimensione geografica, l'assenza di aziende ospedaliere e la presenza di alcune caratteristiche specifiche (montuosità, bilinguismo) determinano maggiori costi. Anche la Campania (con 3.359 euro) evidenzia comunque un costo per ricovero pesato ben sopra la media nazionale.

Il costo unitario del personale è pari a 43.620 euro a livello nazionale, con valori significativamente superiori alla media in Valle D'Aosta, P.A. di Trento, Campania, Calabria e Sicilia (Tabella 2).

Nel complesso, si registra quindi una rilevante variabilità territoriale nei costi dell'assistenza ospedaliera, con alcune regioni (Valle d'Aosta, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Lazio, Campania e, in parte, Molise) che evidenziano valori elevati per tutti i parametri di costo considerati.

Le Aziende Ospedaliere Italiane nel 2004 erano 95

La loro dotazione complessiva consisteva di 79.892 posti letto (con una diminuzione di 3.033 p.l. rispetto al 2003) e di 225.035 unità di personale (erano 227.613 nel 2003), di cui 39.660 medici e 93.188 infermieri. Le dimissioni complessive (ricoveri ordinari e di day hospital) sono state 4.057.405.

Il numero di letti ha raggiunto oggi lo standard fissato dall'Intesa Stato-regioni (4,5 ogni mille abitanti, comprensivi di quelli per i pazienti non acuti) con un grande divario per cui il Lazio e il Molise hanno surplus di posti letto mentre Puglia e Campania ne sono carenti. Toscana e Veneto rientrano nel giusto valore, mentre Liguria, Calabria, Sicilia (4,4), Marche e Piemonte (4,6) viaggiano prossime. Sardegna e Lombardia eccedono di poco (4,9) con il Friuli Venezia Giulia e la provincia autonoma di Trento (5). Molise (5,6) e Lazio (5,8) eccedono di molto. Basilicata (4,3), l'Umbria (4,2), e soprattutto la Valle D'Aosta (4), la Puglia (4) e la Campania (3,8) sono sotto i valori medi.

Un eccesso di posti letto permette più ricoveri e (teoricamente) minori liste d'attesa ma può favorire ricoveri inappropriati e certamente l'aumento dei costi. Dai dati emerge in quasi tutte le regioni, una carenza di posti letto per i pazienti non acuti, sia in degenza ordinaria che in day hospital (Grafico 1).

Vediamo dettagli e confronti

Il personale addetto per posto letto è un dato dal significato storico per il blocco delle assunzioni. Dovrebbe essere base di partenza per valorizzare la qualità ed intensità di assistenza, proporzionale all'entità del suo valore (Grafico 2).

La Lombardia per entità del personale è sotto la media nazionale. Lazio e Piemonte sono da sempre ipertrofici (Grafico 3).

La Lombardia ha una media di medici molto inferiore alla media nazionale. Lazio, Campania, Toscana e Piemonte sono al top della pletera medica. Il dato del numero di infermieri per posto letto teoricamente promette qualità nella assistenza al paziente. Risente come per i medici dei vincoli delle assunzioni e del passato (Grafico 4).

Il numero degli infermieri in Lombardia è nella media rispetto ai valori nazionali. Il Lazio sembra essere "più fortunato" (Grafico 5).

Il rapporto infermieri/medici in Lombardia è fra i più alti della nazionale. (Spiccano alcune regioni in cui sembra che la medicina si faccia quasi solo con i Medici) (Grafico 6).

Il numero di dimessi per medico risente del valore dei ricoveri sia ordinari che dei DH. Nella media c'è il giusto peso. Discostarsi non è positivo. Il numero di pazienti dimessi per medico in Lombardia è nei valori medi nazionali. Il Lazio ha invece una voragine numerica di dimessi nonostante abbia il maggior numero di Medici e Infermieri (Grafico 7).

Il numero dei pazienti dimessi per infermieri in Lombardia è nella media nazionale. Lo studio dei pesi medi dei DRG risente molto del modo in cui si compilano le diagnosi dei ricoveri (Grafico 8).

Il peso medio per DRG in Lombardia è inferiore alla media nazionale. (Non è che qualcuno aumenta i pesi per guadagnare di più? oppure in Lombardia i malati sono meno gravi?!).

Spesso il DH è un abuso per effettuare esami che potrebbero essere svolti in forma ambulatoriale e per evadere il pagamento delle compartecipazione alla spesa. Teoricamente il DH dovrebbe essere proposto solo per pazienti le cui indagini o terapie richiedano un allettamento per almeno 1/2 giornata. Quindi per ogni giorno di lavoro dovrebbero al massimo turnare due pazienti per letto effettivo documentato di DH in U.O. In realtà spesso molti più DH risultano essere effettuati rispetto ai letti a disposizione, documentando quindi un uso incongruo del mezzo per indagini o terapie che dovrebbero invece essere espletate con modalità ambulatoriale (Grafico 9).

Il numero dei ricoveri in DH della Lombardia è anch'esso inferiore alla media nazionale. *(Si fa ambulatoriale ciò che è ambulatoriale senza ingigantire inutilmente i ricoveri)* (Grafico 10).

Il dato del costo medio per ricovero è un quadro evidente di come si potrebbe risparmiare e di come invece si spende inutilmente. **Il costo medio dei ricoveri lombardi è inferiore alla media nazionale. (Il Lazio-ROMA? Non ci costa forse un po' troppo?)** (Grafico 11).

I dati del costo medio per giornata di ricovero ricalca in parte il grafico precedente. **Anche il costo medio per giornata di ricovero in Lombardia è inferiore alla media nazionale. (Anche la Toscana e il Piemonte non scherzano come costi)** (Grafico 12).

Il costo medio per posto letto è inferiore in Lombardia alla media nazionale. Anche i dati dei costi medi per posto letto mostrano come ci sia molto divario tra le diverse realtà regionali. Risente dell'efficienza del sistema e della complessità dei casi clinici affrontati (Grafico 13).

Così pure il costo medio del personale è inferiore alla media nazionale in Lombardia.

Riepilogando possiamo concludere che nella nostra regione le A.O. operano nell'ambito della media nazionale con un equilibrio di dati che è segno del virtuosismo di un sistema che ha responsabilizzato nell'uso corretto delle risorse.

Marcello Costa Angeli

Grafico 1

Posti letto previsti per acuti e non acuti per 1.000 abitanti (2004). Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della salute.

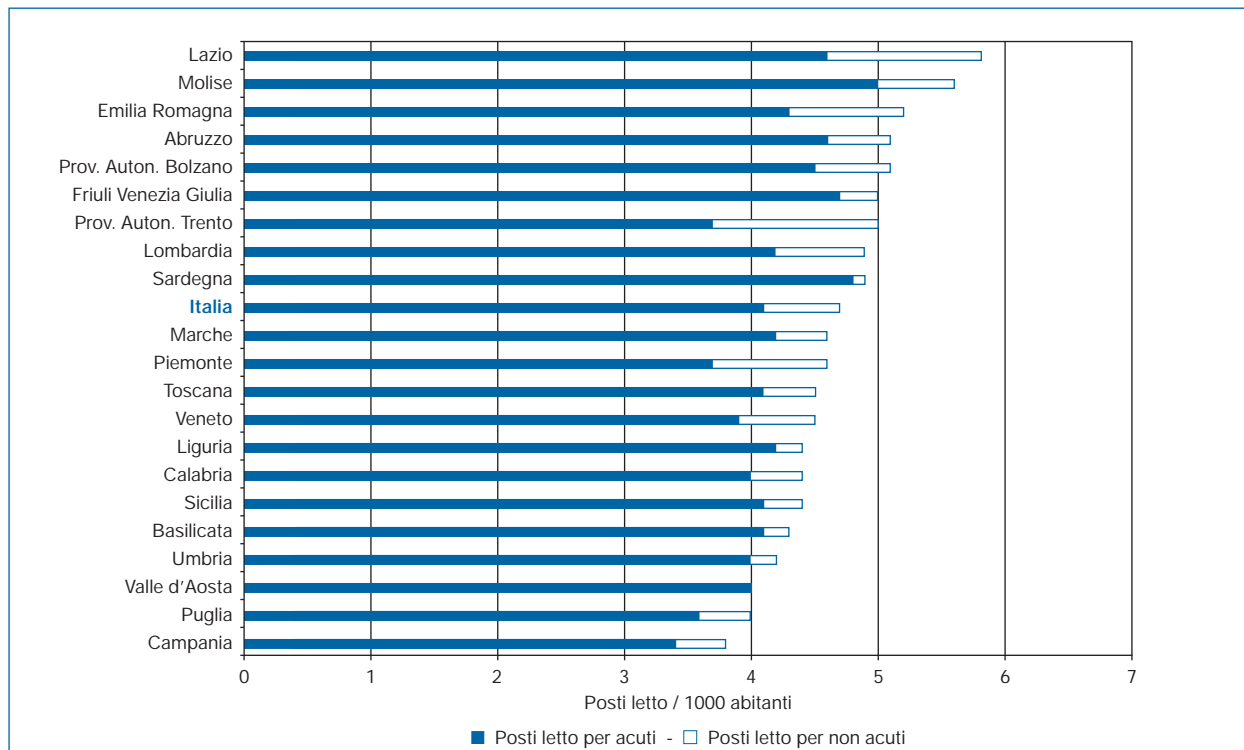


Grafico 2
Totale personale per posto letto. Valori per Regione.

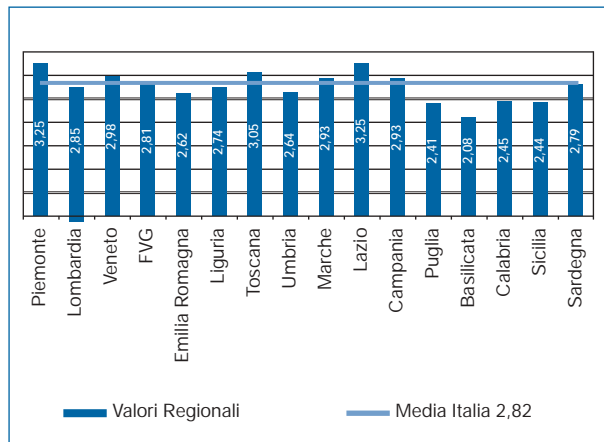


Grafico 3
Medici per posto letto. Valori per Regione.

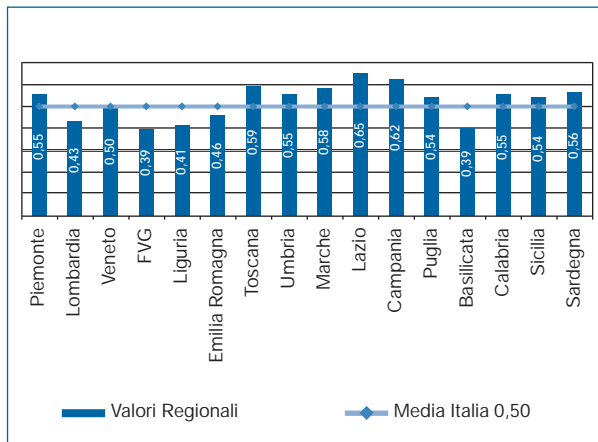


Grafico 4
Infermieri per posto letto. Valori per Regione.

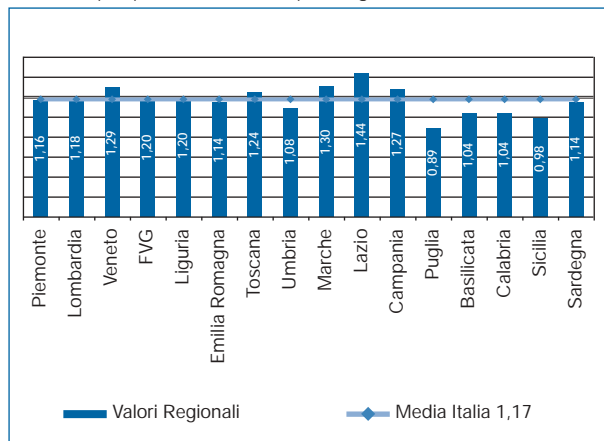


Grafico 5
Rapporto Infermieri-Medici. Valori per Regione.

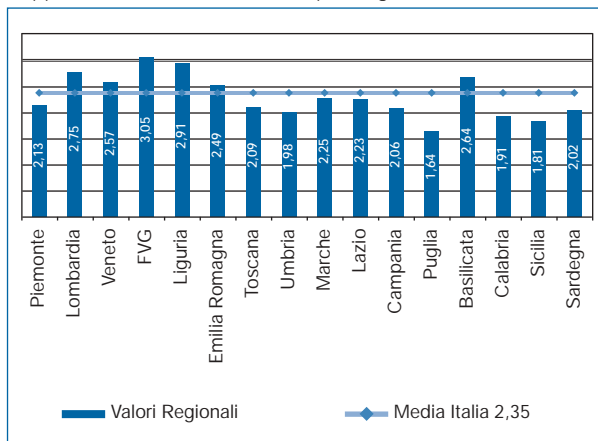


Grafico 6
Dimessi (pesati) per Medico. Valori per Regione.

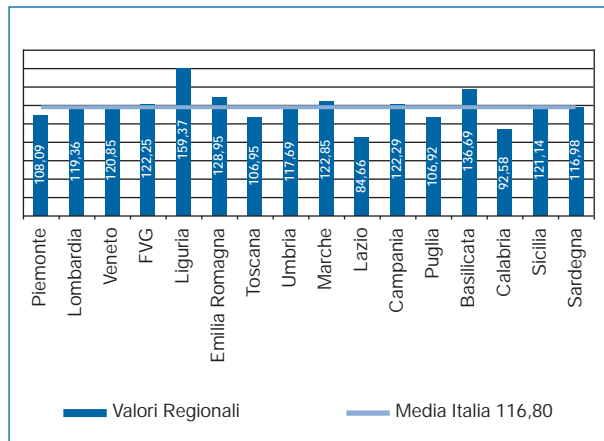
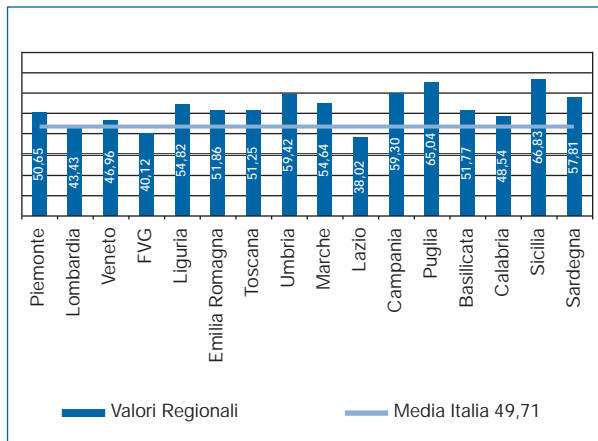


Grafico 7
Dimessi (pesati) per Infermiere. Valori per Regione.



4/2007 Ottobre-Dicembre

Grafico 8
Peso Medio DRG (ricoveri ordinari). Valori per Regione.

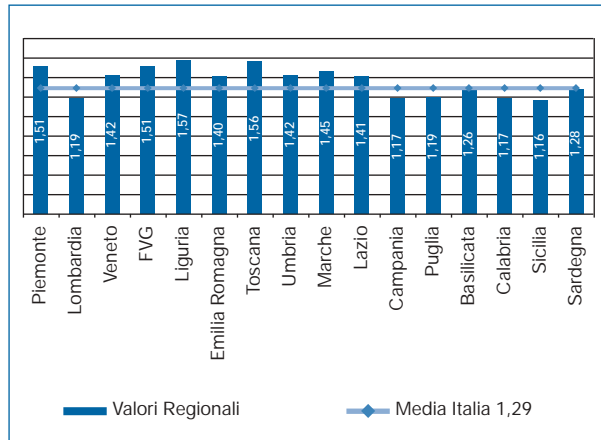


Grafico 9
% Ricoveri D.H. sul totale dei ricoveri. Valori per Regione.

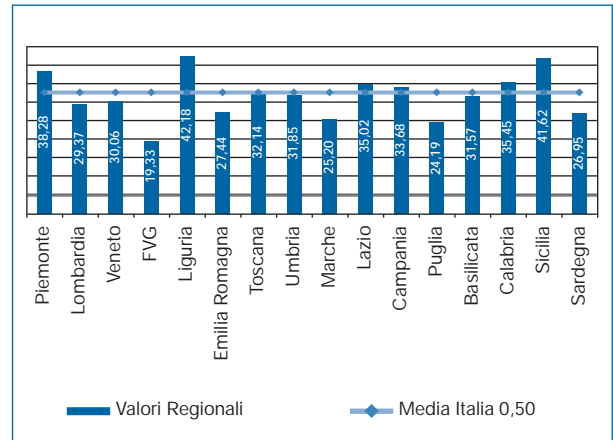


Grafico 10
Costo medio per episodio di ricovero (pesato). Valori per Regione.

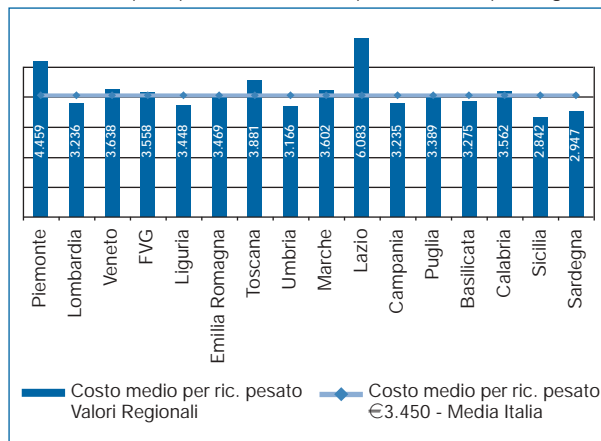


Grafico 11
Costo medio per giornata di ricovero. Valori per Regione.

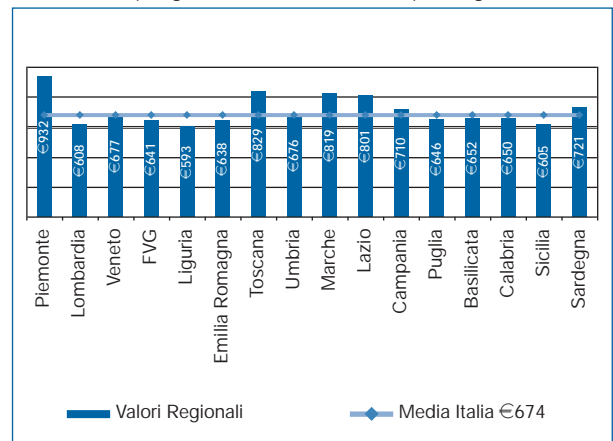


Grafico 12
Costo medio per posto letto. Valori per Regione.

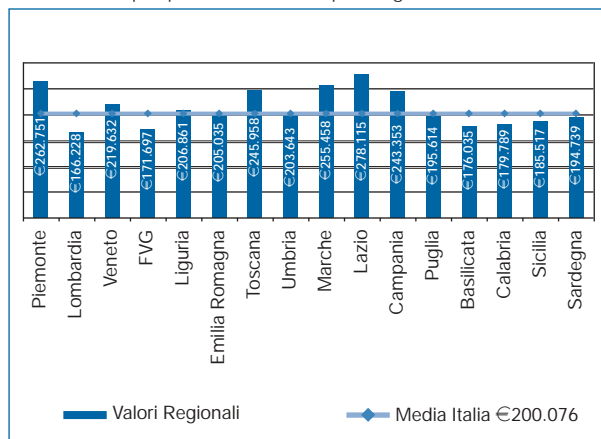
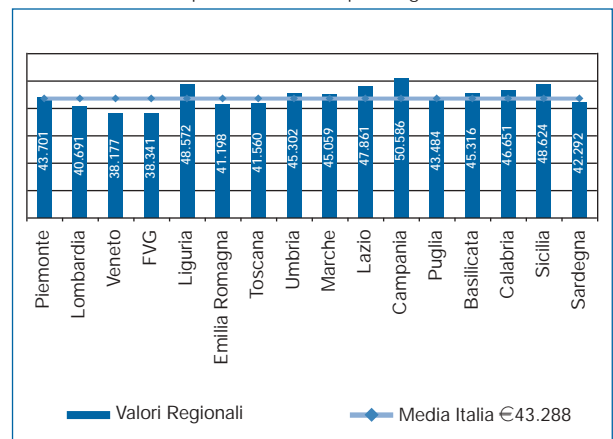


Grafico 13
Costo medio totale personale. Valori per Regione.



Facciamo il punto sul lavoro notturno

■ di MCA

Il lavoro a turni, anche di notte e nei festivi, riguarda più di otto milioni di lavoratori destinatari, sovente, di disturbi psico-fisici dovuti al continuo cambiamento tra "l'orologio biologico" che scandisce i ritmi dell'organismo, seguendo la naturale alternanza del giorno e della notte, e le esigenze imposte dalla "società del lavoro" che queste naturali alternanze non riconosce più (social jet lag).

L'inserimento dei lavoratori nel lavoro a turni e notturno a volte non è correttamente valutato e lascia una porta aperta ai rischi per la mancanza di una giusta organizzazione che unita al già rilevato disagio psico-fisico che logora l'organismo.

In particolare è sottovalutata, nell'adibizione al lavoro notturno, l'esposizione ai maggiori rischi da parte della popolazione femminile, prima tradizionalmente esclusa.

Normativa

La Direttiva (Ce) n. 88/2003, del Consiglio d'Europa, regola aspetti dell'organizzazione del tempo di lavoro, codificando la vecchia direttiva di base (Ce) n. 104/93 del Consiglio nonché disponendone la sua modifica tramite la direttiva (Ce) n. 34/2000. Concretamente, essa si prefigge di realizzare un equilibrio tra l'obiettivo principale della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e le esigenze di un'economia europea moderna.

Con l'introduzione nell'ordinamento giuridico italiano del D.Lgs. n. 626/

1994, si è data attuazione a otto direttive europee che garantiscono in maniera generalizzata la tutela della salute del lavoratore sui luoghi di lavoro. Questa norma obbliga il datore di lavoro a valutare tutte le tipologie di rischio in azienda e ad organizzarsi per garantire i livelli di sicurezza della stessa.

In Italia con il D.Lgs. n. 66/2003 (di seguito chiamato "decreto"), di recepimento della Direttiva europea n. 88/2003 e con la circolare n. 8/2005, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, vengono puntualizzate, unitamente ad altri aspetti della disciplina sull'orario di lavoro, le definizioni di lavoro notturno.

Definizioni

Il lavoro notturno e a turni notturni è quello prestato in un periodo di almeno sette ore consecutive comprendenti l'intervallo tra la mezzanotte e le cinque del mattino.

Quindi, il lavoro notturno è quello svolto tra:

- le 22.00 e le 5.00;
- le 23.00 e le 6.00;
- le 24.00 e le 7.00;

indipendentemente dalla eventuale maggiorazione retributiva prevista dalla contrattazione collettiva.

Lavoratore notturno si considera il soggetto che svolge durante il periodo notturno almeno tre ore del suo tempo di lavoro giornaliero impiegato

in modo normale, o che svolge almeno una parte del suo orario di lavoro secondo le norme definite dai contratti collettivi di lavoro.

In difetto di disciplina collettiva, è considerato lavoratore notturno qualsiasi lavoratore che svolge lavoro notturno per un minimo di 80 giorni lavorativi l'anno. Questo limite minimo è riproporzionato in caso di lavoro a tempo parziale.

Il lavoro notturno può essere svolto per una durata massima di 8 ore in media nelle 24 ore salva l'individuazione, da parte dei contratti collettivi, di un periodo di riferimento più ampio.

Quali sono le tutele assicurate ai lavoratori?

Il decreto dedica una particolare attenzione alla tutela dell'integrità psico-fisica del lavoratore notturno, garantendo allo stesso, tra l'altro, anche la valutazione del suo stato di salute a carico del datore di lavoro, sia tramite il medico competente aziendale che utilizzando le strutture pubbliche, laddove questi non sia stato nominato.

Il lavoratore ha diritto sia a visite preassuntive (o, se già assunto, prima di cominciare a svolgere il lavoro notturno) volte a dichiararne l'idoneità per lo svolgimento dello stesso, che a visite periodiche di controllo del suo stato di salute, almeno ogni due anni, per verificare l'assenza di controindicazioni. Qualora sopraggiungano condizioni di salute che comportino l'inidoneità alla prestazione di lavoro notturno il lavoratore può essere trasferito al lavoro diurno.

Questo trasferimento, però, è subordinato alla esistenza e alla disponibilità di un posto di lavoro con mansioni equivalenti. In mancanza di tali condizioni il datore di lavoro ha facoltà di risolvere il contratto per giustificato motivo oggettivo.

4/2007 Ottobre-Dicembre

Alla contrattazione collettiva è attribuita la facoltà di definire le modalità di applicazione delle disposizioni illustrate in materia di trasferimento al lavoro diurno e di individuare le soluzioni per le ipotesi in cui manchino le condizioni per l'assegnazione al lavoro diurno del prestatore di lavoro.

L'art. 14, c. 2 e 3 del citato decreto recita testualmente: "Durante il lavoro notturno il datore di lavoro garantisce, previa informativa alle Rappresentanze sindacali di cui all'art. 12, D.Lgs. n. 66/2003, un livello di servizi o di mezzi di prevenzione o di protezione adeguato ed equivalente a quello previsto per il turno diurno".

Il datore di lavoro, previa consultazione con le Rappresentanze sindacali, dispone, ai sensi degli artt. 40 e seguenti del D.Lgs. n. 626/1994, per i lavoratori notturni che effettuano le lavorazioni che comportano rischi particolari di cui all'elenco definito dall'art. 13, c. 3, del decreto, appropriate misure di protezione personale e collettiva (art. 14, c. 2 e 3).

Divieti e possibilità di rifiuto

È fatto divieto, infine, di adibire a lavoro notturno alcune particolari tipologie di lavoratori quali le donne in stato di gravidanza e di maternità, fino al primo anno di vita del bambino o, comunque, dal momento in cui il datore di lavoro ha avuto conoscenza della fattispecie generatrice del divieto.

Inoltre, possono rifiutare la prestazione di lavoro notturno, con lettera inviata al datore di lavoro entro 24 ore precedenti al previsto inizio della prestazione:

- lavoratrici madri di un figlio con età fino a 3 anni;

- l'unico genitore affidatario e convivente di un minore di età inferiore a 12 anni;
- coloro che abbiano a proprio carico un soggetto disabile ai sensi della legge per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (legge n. 104/1992).

Valutazione del rischio in azienda

Il D.Lgs. n. 626/1994, effettivamente, dà ampie garanzie di tutela e sicurezza ai lavoratori in azienda, rimanendo però carente per quanto attiene la previsione di specifiche tutele in particolari condizioni quali il lavoro notturno dove, in genere, viene ridotta non solo la forza utilizzata di personale, bensì tutto l'apparato organizzativo proprio della giornata lavorativa "ufficiale" dell'azienda.

Mentre durante l'orario di apertura nelle aziende, come norma, troviamo ormai regolarmente istituite squadre di emergenza e preposti che sorvegliano la sicurezza nei luoghi di lavoro (art. 4, c. 5, D.Lgs. n. 626/1994), spesso nella realtà dei turni o del lavoro notturno ci troviamo con la riduzione drastica delle unità lavorative e, conseguentemente, dei soggetti con responsabilità in materia di gestione della sicurezza.

Questo particolare si fa ancora più gravoso riguardo all'obbligatorietà di reperire squadre di emergenza in tutte le aziende o unità produttive.

Quasi sempre il lavoratore notturno lavora in gruppi ridotti ove risulta difficile garantire la presenza degli addetti alla evacuazione, all'antincendio e al primo soccorso e talvolta lavora addirittura in solitudine.

Per quanto attiene al documento di valutazione del rischio, spesso questo non fa riferimento ai rischi specifici del lavoro notturno, o gli stessi sono scarsamente valutati.

Tali rischi, specifici e propri di questa tipologia di lavoro, sono:

- microclima inidoneo;
- illuminazione inadeguata;
- carenza di misure di emergenza;
- ritmi e carichi di lavoro eccessivi;
- assenza di colleghi;
- lavoro monotono;
- difficoltà nelle comunicazioni con i superiori;
- carenza di sicurezza negli spostamenti all'interno dell'azienda;
- minor livello di sicurezza e difesa relativamente ai fenomeni di microcriminalità;
- carenza di sicurezza negli spostamenti durante il tragitto casa/lavoro (soprattutto per il personale femminile);
- difficoltà di cambio o sostituzione del turno in caso di necessità personale;
- indebolita condizione fisica personale determinata dalla collocazione dell'attività lavorativa in fascia oraria notturna.

Va, inoltre, prestata una speciale attenzione alle forme dell'organizzazione del lavoro che comportino uno sforzo mentale importante.

Considerazioni finali

Se tutti i rischi sopra evidenziati appaiono, dunque, aggiuntivi rispetto alle normali condizioni dei lavoratori diurni, risulta agevole concludere come il lavoratore notturno, al quale per legge si devono garantire gli stessi livelli di sicurezza in azienda,

debba essere per lo meno destinatario di programmi di formazione e informazione specifici, più approfonditi e inerenti la sua condizione lavorativa.

Il Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione dovrà fare un sforzo di collaborazione ulteriore con il datore di lavoro nella realizzazione di procedure di sicurezza e piani di emergenza mirati nonché la programmazione di corsi di formazione specifica per i lavoratori notturni, dove non si possa garantire la presenza degli addetti alle emergenze di evacuazione, di antincendio e di primo soccorso.

Sicuramente particolari procedure devono essere realizzate per il lavoratore che lavora in solitudine, come il controllo della sua integrità fisica, anche con dispositivi già esistenti in commercio (come cerca persone e salva vita).

Una particolare attenzione deve essere riservata alla presenza delle donne nei turni di lavoro notturno, in quanto soggetti destinatari di specifiche tutele le quali, per esempio, dovranno essere ulteriormente ampliate in considerazione dell'eventuale stato di maternità delle lavoratrici.

Sarebbe opportuno programmare misure speciali in azienda, come test o altre misure alternative, per il controllo della loro salute, per evitare che queste siano trascurate quando, anche per motivi personali, non abbiano opportunamente ed espressamente comunicato il loro stato di gravidanza o puerperio.

Va sottolineato che il diritto alla salute è un diritto inalienabile costituzionalmente tutelato e, quindi, va rispettato indipendentemente dalla volontà dello stesso interessato. ■

MCA

Liquidazione delle ferie non godute

■ di MCA

Gli interrogativi sulle ferie sono sempre gli stessi: entro quanti mesi è fissato il limite temporale massimo per usufruire delle ferie annuali? In quali casi è possibile l'erogazione dell'indennità per ferie non godute? La liquidazione delle ferie non godute ha carattere retributivo o risarcitorio? Vediamo quali sono le risposte.

I lavoratori italiani hanno diritto ad un periodo di ferie annuali retribuite. Sono demandate ai contratti collettivi di categoria:

- la durata delle ferie;
- l'erogazione;
- il periodo di godimento (art. 2109 c.c).

Il datore di lavoro, tenuto conto delle esigenze aziendali, può disporre dei periodi per la fruizione delle ferie. Il profilo normativo, quindi, appare estremamente variegato, spaziando dalla Costituzione agli usi aziendali per applicare, quando possibile, le norme di miglior favore.

Il D.Lgs. n. 213/2004, apportando modifiche al D.Lgs. n. 66/2003 ha modificato anche la disciplina relativa all'utilizzo delle ferie. In particolare, l'art. 10 è stato così modificato:

- diritto da parte del lavoratore di un periodo annuale minimo di 4 settimane di ferie;
- delle 4 settimane di ferie maturate almeno due debbono essere godute nell'anno di maturazione con la possibilità di godere del periodo re-

stante entro un massimo di 18 mesi dalla maturazione;

- divieto di monetizzazione delle ferie non godute, salvo i casi espressamente previsti;
- possibilità di applicare le norme previste dalla contrattazione collettiva, qualora siano più favorevoli.

Pertanto le disposizioni che regolano il diritto alle ferie annuali ribadiscono che:

- il periodo di ferie ha lo scopo di far recuperare al lavoratore dipendente le energie psicofisiche spese durante il periodo lavorativo;
- la relativa fruizione è un diritto irrinunciabile, visto anche il divieto di monetizzare con un'indennità i periodi non goduti.

Appare evidente che il lavoratore deve usufruire delle ferie annuali nella misura minima di 2 settimane e dilazionare le restanti settimane nei 18 mesi successivi. Il limite temporale massimo risulta quindi essere fissato in 30 mesi dalla maturazione.

Esistono eccezioni?

L'unica categoria di lavoratori che fa eccezione è costituita dai dirigenti (quindi i medici dipendenti del SSN!), i quali vista anche l'autonomia nell'organizzazione del proprio lavoro possono rinunciare alle ferie. In questo caso, la mancata fruizione del periodo di ferie deve intendersi come una rinuncia, a meno che il mancato godimento di-

4/2007 Ottobre-Dicembre

penda, non dalla scelta del dirigente ma da esigenze lavorative eccezionali (necessita per tale scopo una certificazione del datore di lavoro).

Per i lavoratori a domicilio, vista anche la natura del loro rapporto di lavoro, non esiste la possibilità di usufruire di un periodo di ferie. Alla loro retribuzione viene sommata una percentuale, stabilita dai Ccnl di categoria, quale indennità per le ferie non godute.

Indennità per ferie non godute

La liquidazione delle ferie non godute è quindi residuale rispetto al diritto di godimento delle ferie annuali da parte del dipendente. Il diritto all'indennità sostitutiva del periodo di ferie non godute è ammessa solo nel caso di risoluzione del rapporto di lavoro relativamente ai periodi di ferie maturate e non godute dal dipendente, oppure per le giornate che eventualmente eccedono il periodo minimo di quattro settimane di ferie per i dipendenti in costanza di rapporto di lavoro (art. 10, D.Lgs. n. 66/2003).

Per i contratti a tempo determinato è possibile sostituire con il pagamento della rispettiva indennità i periodi di ferie non godute. L'indennità deve essere, comunque, erogata al termine del rapporto di lavoro e non con frequenza mensile.

Un aspetto importante da considerare è il seguente: al datore di lavoro è lasciata la possibilità (spesso prevista dalla contrattazione collettiva) di poter richiamare il lavoratore in ferie, per eccezionali esigenze di servizio, fermo restando che dovranno essere rimborsate al lavoratore le spese sostenute e ogni altro onere connesso all'interruzione del periodo di ferie e dovrà essergli consentito di continuare il periodo di ferie previsto appena cessano le esigenze straordinarie.

In caso contrario potrebbe essere richiesto il risarcimento del danno. Il lavoratore deve dare la prova del danno; il datore di lavoro, per sottrarsi all'obbligo risarcitorio, dovrà dimostrare l'avenuto godimento delle ferie da parte

del lavoratore, o che il mancato godimento non sia a lui imputabile o, infine, che il suo inadempimento sia stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile.

Liquidazione delle ferie: retribuzione o risarcimento?

Non è stato ancora chiarito se la liquidazione delle ferie non godute abbia carattere retributivo o risarcitorio, e la differenza assume importanza per identificare la tipologia del compenso. Infatti:

- nel primo caso, sarebbero dovuti i contributi previdenziali;
- nel secondo caso, non sarebbero dovuti i contributi ma solo la ritenuta ai fini Irpef.

L'orientamento prevalente è a favore dell'ipotesi retributiva, così come è anche la tendenza dell'Inps, la quale richiede la contribuzione sui periodi di ferie non godute. ■

MCA

Limiti alla detrazione IVA sulle auto: via libera della UE

■ di MCA

Dal 27 giugno 2007 è stata ripristinata la limitazione del diritto alla detrazione dell'IVA sulle spese delle auto aziendali. L'imposta potrà essere detratta nella misura del 40%, autorizzata dal Consiglio dell'UE fino all'entrata in vigore di nuove disposizioni comunitarie, ma comunque non oltre il 31 dicembre 2010.

È stata pubblicata nella G.U.U.E. Serie L, n. 165, del 27 giugno 2007 la decisione del Consiglio dell'Unione euro-

pea del 18 giugno 2007, che autorizza l'Italia a (re)introdurre una limitazione oggettiva del diritto alla detrazione dell'IVA sulle spese delle cd. auto aziendali.

Il provvedimento era stato chiesto dal nostro Governo all'indomani della sentenza con la quale la Corte di giustizia delle Comunità ha bocciato le limitazioni introdotte dal 1° aprile 1979, perché incompatibili con la disciplina comunitaria.

La decisione del Consiglio ha autorizzato l'Italia "... a limitare al 40% il diritto a detrarre l'IVA sulle spese dei veicoli stradali a motore non interamente utilizzati a fini professionali", accettando quindi la percentuale indicata dal nostro Governo e giudicata congrua dalla Commissione europea.

Parallelamente, la decisione ha autorizzato l'Italia a derogare alla disposizione dell'art. 26, par. 1, lett. a), della direttiva n. 112/2006, in base alla

quale "l'utilizzazione di un bene destinato all'impresa per l'uso privato del soggetto passivo o per l'uso del suo personale o, più generalmente, per fini estranei alla sua impresa, qualora detto bene abbia dato diritto a una detrazione totale o parziale dell'IVA, è assimilato a una prestazione di servizi a titolo oneroso". Per evitare doppie imposizioni, infatti, è stato stabilito che l'Italia è "tenuta a non assimilare a prestazioni di servizi a titolo oneroso l'uso a fini privati di veicoli che rientrano fra i beni dell'impresa di un soggetto passivo, se tale veicolo è stato soggetto a restrizione del diritto a detrazione ai sensi della presente decisione".

La situazione dal 27 giugno 2007

In seguito alla pubblicazione della decisione, pertanto, ai sensi dell'art. 19-bis1, lett. c), del D.P.R. n. 633/1972, è detraibile nella misura del 40% del suo ammontare, senza possibilità di prova contraria, l'IVA relativa all'acquisto o all'importazione di:

- ciclomotori;
- motocicli;
- autoveicoli di cui alla lett. a) dell'art. 54 del D.P.R. 30 aprile 1992, n. 285;
- autoveicoli di cui alla lett. c) del suddetto art. 54.

Nella stessa misura è detraibile l'imposta relativa all'acquisto o all'importazione dei componenti, ricambi, carburanti e lubrificanti, nonché alle prestazioni di servizi di cui al terzo comma dell'art. 16 del D.P.R. n. 633/1972 ed a quelle di impiego, custodia, manutenzione e riparazione, relativi ai veicoli medesimi.

Sono esclusi dalla limitazione in esame i seguenti veicoli:

- veicoli compresi nella tabella B allegata al D.P.R. n. 633/1972;

- veicoli adibiti ad uso pubblico;
- veicoli che formano oggetto dell'attività propria dell'impresa;
- veicoli utilizzati per lo svolgimento dell'attività di agente o rappresentante di commercio.

Occorre notare, al riguardo, la non perfetta coincidenza della norma nazionale con la decisione del Consiglio, che all'art. 3 esclude dalla restrizione del diritto alla detrazione le seguenti categorie:

- veicoli rientranti fra i beni strumentali del soggetto passivo nell'esercizio della sua attività;
- veicoli utilizzati come taxi;
- veicoli utilizzati ai fini di formazione dalle scuole guida;
- veicoli utilizzati per noleggio o leasing;
- veicoli utilizzati da rappresentanti di commercio.

La disposizione che limita la detrazione ha effetto dal 27 giugno 2007, data di pubblicazione della decisione nella G.U.U.E., per gli acquisti e importazioni "effettuati" a partire da tale data e cioè far riferimento:

- per gli acquisti interni, alla data di consegna del bene o, se anteriore, al momento dell'emissione della fattura o del pagamento del corrispettivo;
- per gli acquisti intracomunitari, alla data della consegna nel territorio dello Stato o di arrivo nel luogo di destinazione, a seconda del soggetto che effettua il trasporto, o, se anteriore, al momento dell'emissione della fattura o del pagamento del corrispettivo;
- per le importazioni, al momento della dichiarazione in Dogana;
- per le prestazioni di servizi, al momento del pagamento del corrispettivo o, se anteriore, di emissione della fattura.

Un problema particolare riguarda le schede carburanti, che raggruppano gli acquisti effettuati, presso i distributori stradali, nel corso di un mese o di un trimestre solare; è da ritenere che se il contribuente, in relazione agli acquisti effettuati prima del 27 giugno 2007, intenda far valere la detrazione in misura diversa dal 40%, sarà necessario sdoppiare nel senso conseguente il documento all'atto dell'annotazione nel registro di cui all'art. 25 del D.P.R. n. 633/1972.

Temporaneità del regime

Si deve evidenziare come anche il nuovo regime sia dichiaratamente provvisorio, per due ordini di motivi che la decisione del Consiglio esplicita nei "considerando":


1. la limitazione nel tempo delle misure derogatorie risponde alla necessità di procedere "...alla valutazione della loro efficacia e della percentuale appropriata, poiché la percentuale proposta si basa su osservazioni iniziali relative all'uso professionale" dei veicoli;
2. il processo di armonizzazione delle legislazioni nazionali in materia di IVA dovrà finalmente abbracciare le limitazioni oggettive del diritto alla detrazione.

Di qui la previsione dell'art. 7, secondo cui la decisione "scade alla data di entrata in vigore delle norme comunitarie che stabiliscono quali spese relative ai veicoli stradali a motore non possono beneficiare della detrazione totale dell'imposta sul valore aggiunto, e comunque il 31 dicembre 2010". ■

Iscrizione agli eventi ECM dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Milano

L'iscrizione ai Corsi ECM organizzati dall'Ordine dei Medici di Milano può essere effettuata a mezzo Internet all'indirizzo www.omceomi.it nella sezione ECM per chi è già registrato a Medikey.

La registrazione on-line consente al Medico di avere in tempo reale la conferma della propria iscrizione all'evento.

All'interno del sito (sezione ECM) occorre selezionare  e procedere alla compilazione del form.

Qualora il Medico non avesse accesso al sito Internet, potrà inviare via fax al n. 02 7005 7964 la scheda qui di seguito riportata.

Consenso al trattamento dei dati personali

Il trattamento dei dati personali che La riguardano viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge 196/2003 sulla tutela dei dati personali.

Si raccomanda di compilare la scheda di iscrizione in tutte le sue parti, compreso il codice fiscale, indispensabile al fine di ottenere l'attribuzione dei crediti formativi.

Accetto Non accetto

Firma _____

L'accettazione al consenso del trattamento dei dati è fondamentale ai fini dell'iscrizione.

* Nome/Cognome		

* Luogo e data di nascita		

* Anno di Laurea	* Specialità	
_____	_____	
* Qualifica		

Istituto		

Indirizzo professionale		n.
_____		_____
CAP	Città	Prov.
_____	_____	_____
Residente a		

Indirizzo domicilio		n.
_____		_____
CAP	Città	Prov.
_____	_____	_____
Tel. ab.	Osp.	
_____	_____	
Cellulare	Fax	
_____	_____	
E-mail		

* Codice fiscale		

INFORMAZIONI GENERALI

- L'iscrizione al Corso è gratuita.
- Il Corso è in fase di accreditamento presso il Ministero della Salute: verrà rilasciato un attestato di partecipazione con i crediti formativi attribuiti dalla Commissione E.C.M.
- L'attestato verrà rilasciato solo a coloro che parteciperanno all'intera durata dei lavori e compileranno il questionario di valutazione/ apprendimento e il modulo di valutazione dell'evento.

- 1. Le infezioni nei pazienti con insufficienza renale cronica: problemi e soluzioni**
Sabato 26 gennaio 2008
- 2. Dalla prevenzione dell'infertilità di coppia ai fattori prognostici che influenzano i risultati delle terapie**
Sabato 2 febbraio 2008
- 3. Responsabilità professionale in odontoiatria**
Venerdì 15 febbraio 2008
- 4. L'utilizzo del laser nelle varie branche odontoiatriche. Valutazioni tecniche e cliniche**
Sabato 16 febbraio 2008
- 5. Omeopatia e antroposofia nella pratica clinica quotidiana: un nuovo equilibrio tra scienza e umanesimo. Collocazione attuale e valutazione dei fondamenti scientifici e dell'efficacia terapeutica**
Sabato 23 febbraio 2008

- 6. La chirurgia mininvasiva: attualità e nuove prospettive**
Sabato 1 marzo 2008
- 7. Ruolo del MMG nei programmi regionali di screening per il carcinoma colo-rettale**
Sabato 8 marzo 2008
- 8. La responsabilità di carattere amministrativo del Medico**
Sabato 15 marzo 2008
- 9. Applicazioni cliniche dell'implantologia**
Sabato 29 marzo 2008

1

Le infezioni nei pazienti con insufficienza renale cronica: problemi e soluzioni

Sabato 26 gennaio 2008 ▪ ore 8.00-13.00

Auditorium Don Alberione - Periodici San Paolo - Via Giotto, 36 - Milano

PROGRAMMA

Coordinatore

- **Dott. Maurizio Gallieni**
Vice Direttore U. O. di Nefrologia e Dialisi
A. O. San Paolo - Milano

Moderatori

- **Prof.ssa Antonella d'Arminio Monforte**
Professore Straordinario di Malattie Infettive - Università degli Studi di Milano
Direttore Clinica di Malattie Infettive e Tropicali - A. O. San Paolo - Milano
- **Prof. Diego Brancaccio**
Professore Associato di Nefrologia - Università degli Studi di Milano
Direttore Cattedra di Nefrologia - A. O. San Paolo - Milano

- | | |
|-------------|--|
| 08.00-08.30 | Registrazione Partecipanti |
| 08.30-09.00 | Prof.ssa Antonella d'Arminio Monforte - Prof. Diego Brancaccio
<i>Introduzione</i> |
| 09.00-09.30 | Dott. Maurizio Gallieni
<i>Definizione di insufficienza renale cronica: clearance della creatinina e volume del filtrato glomerulare</i> |
| 09.30-10.00 | Prof. Francesco Scaglione
<i>Professore Associato di Farmacologia - Università degli Studi di Milano</i>
<i>Uso degli antibiotici nell'insufficienza renale</i> |
| 10.00-10.20 | Caso clinico |
| 10.20-10.50 | Intervallo |
| 10.50-11.20 | Dott. Roberto Ranieri
<i>Dirigente Medico - U. O. di Malattie Infettive e Tropicali - A. O. San Paolo - Milano</i>
<i>Infezioni e danno renale</i> |
| 11.20-11.40 | Caso clinico |
| 11.40-12.10 | Dott. Mario Cozzolino
<i>Dirigente Medico - U. O. di Nefrologia e Dialisi - A. O. San Paolo - Milano</i>
<i>Insufficienza renale e infezioni</i> |
| 12.10-12.30 | Caso clinico |
| 12.30-13.00 | Discussione e compilazione scheda di valutazione e di verifica |

2 Dalla prevenzione dell'infertilità di coppia ai fattori prognostici che influenzano i risultati delle terapie

Sabato 2 febbraio 2008 ▪ ore 8.15-13.30

Auditorium Don Alberione - Periodici San Paolo - Via Giotto, 36 - Milano

PROGRAMMA

Moderatore

▪ **Dott. Giovanni M. Colpi**

U. O. C. di Urologia II - Andrologia e Centro di Riproduzione Assistita - A. O. San Paolo - Mi

08.15-08.45 Registrazione Partecipanti

08.45-09.00 **Dott. Giovanni M. Colpi**
Introduzione

09.00-09.40 **LE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE**

▪ **Dott.ssa Marina Ravizza**

Clinica Ostetrico-Ginecologica - A. O. San Paolo - Mi

Le infezioni sessualmente trasmesse nel partner femminile

▪ **Dott. Mario Mancini**

U. O. C. di Urologia II - Andrologia e Centro di Riproduzione Assistita

A. O. San Paolo - Milano

Le infezioni sessualmente trasmesse nel partner maschile

09.40-10.00 **Dott. Alessandro Bulfoni**

Clinica Ostetrico-Ginecologica - A. O. San Paolo - Mi

Radicalità chirurgica e patologia ginecologica benigna

10.00-11.00 **ABITUDINI DI VITA E AMBIENTE**

▪ **Dott.ssa Simona Vailati**

Clinica Ostetrico-Ginecologica - Centro di Riproduzione Assistita - A. O. San Paolo - Mi

Impatto sulla fertilità femminile

▪ **Dott. Guido Piediferro**

U. O. C. di Urologia II - Andrologia e Centro di Riproduzione Assistita - A. O. San Paolo - Mi

Impatto sulla fertilità maschile

▪ **Dott. Guglielmo Ragusa**

Clinica Ostetrico-Ginecologica - Centro di Riproduzione Assistita - A. O. San Paolo - Mi

Impatto sui risultati

11.00-11.20 **Intervallo**

11.20-12.20 **FATTORE ETÀ**

▪ **Dott. Gianfranco Contalbi**

U. O. C. di Urologia II - Andrologia e Centro di Riproduzione Assistita - A. O. San Paolo - Mi

Impatto sulla fertilità maschile

▪ **Dott. Pablo E. Levi-Setti**

U. O. di Ostetricia e Ginecologia - Centro di Medicina della Riproduzione

Istituto Clinico Humanitas - Rozzano (Milano)

Impatto sui tassi di gravidanza

▪ **Dott.ssa Stefania Ronzoni**

Clinica Ostetrico-Ginecologica - A. O. San Paolo - Milano

Outcome ostetrico

12.20-12.40 **Dott. Guido Ragni**

U. O. C. di Sterilità di Coppia e Andrologia

Fondazione Ospedale Maggiore, Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - Milano

Fattori extramedici e risultati delle tecniche di PMA: i primi tre anni dalla legge 40/2004

12.40-13.00 **Dott. Giovanni M. Colpi - Dott. Guglielmo Ragusa**

Conclusioni

13.00-13.30 **Discussione e compilazione scheda di valutazione e di verifica**

3 Responsabilità professionale in odontoiatria

Venerdì 15 febbraio 2008 ▪ ore 10.00-18.15

Auditorium Don Alberione - Periodici San Paolo - Via Giotto, 36 - Milano

PROGRAMMA

Coordinatore

▪ **Dott. Claudio Gatti**

Commissione Albo Odontoiatri Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano

Moderatore

▪ **Dott. Luigi Paglia**

Responsabile Dip. Odontoiatria Infantile - Istituto Stomatologico Italiano - Milano

Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano

14.00-14.30 Registrazione Partecipanti

14.30-14.45 **Dott. Valerio Brucoli**

Presidente Commissione Albo Odontoiatri OMCeO Milano

Saluto ai Partecipanti

14.45-15.15 **Dott. Giuseppe Renzo**

Presidente Nazionale Commissione Albo Odontoiatri FNOMCeO Roma

Aspetti deontologici e ordinistici in responsabilità professionale

15.15-15.45 **Prof. Riccardo Zoia**

Professore Ordinario di Medicina Legale e delle Assicurazioni

Università degli Studi di Milano

Epidemiologia della responsabilità professionale

15.45-16.15 **Dott. Paolo Monestiroli**

Libero Professionista - Milano

Gestione e prevenzione della lite

16.15-16.30 **Intervallo**

16.30-17.00 **Avv. Mariateresa Garbarini**

Libero Professionista - Milano

Gestione stragiudiziale della lite

17.00-17.45 **Tavola rotonda** Moderatore: **Dott. Francesco Di Gregorio**

Tutela assicurativa per responsabilità professionale: le polizze a confronto

17.45-18.15 **Compilazione scheda di valutazione e di verifica**



4

L'utilizzo del laser nelle varie branche odontoiatriche

Valutazioni tecniche e cliniche

Sabato 16 febbraio 2008 ▪ ore 8.15-14.15

Auditorium Don Alberione - Periodici San Paolo - Via Giotto, 36 - Milano

PROGRAMMA

Coordinatore

- Dott. Claudio Gatti

Commissione Albo Odontoiatri Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano

Moderatore

- Dott. Luigi Paglia

Responsabile Dip. Odontoiatria Infantile - Istituto Stomatologico Italiano - Milano

Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano

- 08.15-08.45 Registrazione Partecipanti
- 08.45-09.00 **Dott. Luigi Paglia**
Introduzione
- 09.00-09.45 **Dott. Ercole Romagnoli**
Presidente Accademia Internazionale Odontostomatologia Laser Assistita (AIOLA)
La radiazione Laser: dalla fisica alle applicazioni cliniche
- 09.45-10.30 **Prof. Rolando Crippa**
Capo reparto Patologia Orale Laser Terapia (POLT)
Istituto Stomatologico Italiano - Milano
L'utilizzo del laser a diodi nella chirurgia dei tessuti molli orali
- 10.30-10.45 **Intervallo**
- 10.45-12.15 **Prof. Jean Paul Rocca**
Docente - Facoltà di Odontoiatria - Università di Nizza
Interazione Er-YAG laser e tessuti duri
- 12.15-13.00 **Prof. Stefano Benedicenti**
Professore Associato Università degli Studi di Genova
Il trattamento endodontico laser assistito
- 13.00-13.45 **Dott. Giuseppe Iaria**
Presidente Academy of Laser Industry (ALD) Italia
Lo sbiancamento laser nell'estetica dentale
- 13.45-14.15 **Discussione e compilazione scheda di valutazione e di verifica**

5 Omeopatia e antroposofia nella pratica clinica quotidiana: un nuovo equilibrio tra scienza e umanesimo

Collocazione attuale e valutazione dei fondamenti scientifici e dell'efficacia terapeutica

Sabato 23 febbraio 2008 ▪ ore 8.30-13.00
Auditorium Don Alberione - Periodici San Paolo - Via Giotto, 36 - Milano

PROGRAMMA

Coordinatore

- **Dott. Roberto Gatto**
Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano
Referente Commissione Ordinistica medicina non convenzionale

Moderatore

- **Prof. Giancarlo Buccheri**
Docente di Medicina Antroposofica - Università degli Studi di Firenze

- 08.30-09.00 Registrazione Partecipanti
- 09.00-09.45 **Dott.ssa Antonella Ronchi**
Presidente Federazione Italiana Associazioni Medici Omeopati (FIAMO)
Medicina omeopatica: storia, evoluzione e stato dell'arte
La medicina omeopatica come opportunità per il medico clinico
- 09.45-10.30 **Dott. Mauro Alivia**
Presidente Società Italiana Medicina Antroposofica (SIMA)
Medicina antroposofica: origine, storia e attuale sviluppo in Italia, in Europa e nel mondo
- 10.30-11.00 **Intervallo**
- 11.00-11.45 **Prof. Edoardo Felisi**
Docente di medicinali omeopatici - Università degli Studi di Pavia
Medicina omeopatica: plausibilità dell'infinitesimale
Esempi di ricerche sulle ultradiluizioni
Presentazione di studi clinici sulle più diffuse patologie
- 11.45-12.30 **Dott. Sergio Maria Francardo**
Membro Comitato Tecnico Scientifico
Medicina Complementare della Regione Lombardia
Specificità del farmaco antroposofico. Nuovo rapporto tra natura e rimedio
Accenni ad alcuni importanti studi clinici
- 12.30-13.00 **Compilazione scheda di valutazione e di verifica**

6 La chirurgia mininvasiva: attualità e nuove prospettive

Sabato 1 marzo 2008 ▪ ore 8.30-13.30

Auditorium Don Alberione - Periodici San Paolo - Via Giotto, 36 - Milano

PROGRAMMA

Coordinatore

- **Dott. Giovanni Carlo Ferrari**
*Dirigente Medico Struttura Complessa di Chirurgia Gen. I e Videolaparoscopica
A. O. Niguarda Ca' Granda - Milano*

Moderatore

- **Prof. Raffaele Pugliese**
*Direttore Dipartimento Polispécialistico di Chirurgia
Direttore Struttura Complessa di Chirurgia Gen. I e Videolaparoscopica
A. O. Niguarda Ca' Granda - Milano*

- 08.30-08.45 Registrazione Partecipanti
- 08.45-09.00 **Prof. Raffaele Pugliese**
Introduzione
- 09.00-09.20 **Dott. Stefano Di Lernia**
*Dirigente Medico Struttura Complessa di Chirurgia Gen. I e Videolaparoscopica
A. O. Niguarda Ca' Granda - Milano
Stato dell'arte della Chirurgia laparoscopica*
- 09.20-11.00 **CHIRURGIA LAPAROSCOPICA AVANZATA**
- **Dott. Stefano Di Lernia**
Chirurgia coloretale
 - **Dott. Marco Boniardi**
*Dirigente Medico Struttura Complessa di Chirurgia Gen. I e Videolaparoscopica
A. O. Niguarda Ca' Granda - Milano
Chirurgia endocrina e degli organi parenchimatosi*
 - **Dott. Dario Maggioni**
*Dirigente Medico Responsabile Struttura Semplice di Chirurgia d'Urgenza
A. O. Niguarda Ca' Granda - Milano
Chirurgia gastrica*
 - **Dott. Giovanni Carlo Ferrari**
Chirurgia della parete addominale
- 11.00-11.30 **Intervallo**
- 11.30-11.45 **Dott. Giulio Zanasi**
*Dirigente Medico Struttura Semplice di Endoscopia Digestiva
A. O. Niguarda Ca' Granda - Milano
Endoscopia operativa*
- 11.45-12.00 **Dott. Giuseppe Tommaso Grassi**
*Dirigente Medico Struttura Complessa di Chirurgia Gen. I e Videolaparoscopica
A. O. Niguarda Ca' Granda - Milano
Fast Track Surgery*
- 12.00-12.20 **Dott. Giovanni Carlo Ferrari**
Chirurgia robotica: ruolo nella chirurgia endoscopica
- 12.20-12.40 **Dott. Antonello Forgione**
*Dirigente Medico Struttura Complessa di Chirurgia Gen. I e Videolaparoscopica
A. O. Niguarda Ca' Granda - Milano
Chirurgia senza cicatrici: chirurgia attraverso gli orifizi naturali*
- 12.40-13.00 **Discussione**
- 13.00-13.30 **Compilazione scheda di valutazione e di verifica**

7 Ruolo del MMG nei programmi regionali di screening per il carcinoma colo-rettale

Sabato 8 marzo 2008 ▪ ore 8.30-13.30

Auditorium Don Alberione - Periodici San Paolo - Via Giotto, 36 - Milano

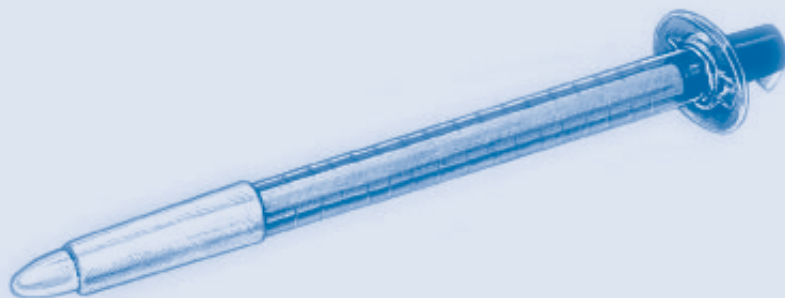
PROGRAMMA

Coordinatore

▪ **Prof. Bruno Andreoni**

*Direttore Div. Chirurgia Gen. Istituto Europeo di Oncologia – Milano
Facoltà Medicina Università degli Studi di Milano*

- 08.30-09.00 Registrazione Partecipanti
- 09.00-09.20 **Prof. Bruno Andreoni**
*Lo stato attuale dei programmi regionali di screening del carcinoma colo-rettale in Italia
Linee guida e indicatori di qualità*
- 09.20-09.40 **Dott.ssa Maria Elena Pirola**
*Dirigente Divisione Generale Sanità Regione Lombardia
Promozione, controllo e coordinamento regionale dei programmi di screening
per il carcinoma colo-rettale*
- 09.40-10.00 **Dott. Luigi Bisanti**
*Responsabile Servizio Epidemiologia Asl Città di Milano
Il programma di screening della Asl Città di Milano*
- 10.00-10.20 **Dott.ssa Gemma Lacaita**
*Responsabile Servizio Medicina Primaria Asl Città di Milano
Il punto di vista della Asl e dei Distretti*
- 10.20-10.40 **Dott. Cristiano Crosta**
*Direttore Divisione Endoscopia - Istituto Europeo di Oncologia - Milano
Il punto di vista dell'Endoscopista*
- 10.40-11.00 **Intervallo**
- 11.00-13.00 **Tavola Rotonda - Il punto di vista di alcuni MMG**
Moderatore: Prof. Bruno Andreoni
Dott. Alberto Bozzani - Dott. Ernesto Fumagalli
Dott. Alfredo Mancuso - Dott. Paolo Spriano
MMG a Milano
- 13.00-13.30 **Compilazione scheda di valutazione e di verifica**



8

La responsabilità di carattere amministrativo del Medico

Sabato 15 marzo 2008 ▪ ore 8.30-13.45

Auditorium Don Alberione - Periodici San Paolo - Via Giotto, 36 - Milano

PROGRAMMA

Moderatore

▪ **Dott. Ugo Garbarini**

Medico Legale

Vice Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano

- 08.30-09.00 Registrazione Partecipanti
- 09.00-09.30 **Dott. Ugo Tamborini**
 Medico di Medicina Generale a Milano
 Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano
Il "Rappresentante di Distretto" e le responsabilità "contrattuali" del Medico Convenzionato
- 09.30-10.00 **Dott. Roberto Carlo Rossi**
 Medico di Medicina Generale a Milano
 Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano
La responsabilità di carattere contabile del Medico Convenzionato
- 10.00-10.30 **Dott. Pierfranco Rossi**
 Esperto di problematiche della Dirigenza Medica
 Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano
La responsabilità di carattere contabile del Dirigente Medico
- 10.30-11.00 **Dott. Ugo Garbarini**
Le responsabilità di carattere deontologico
- 11.00-11.15 **Intervallo**
- 11.15-11.45 **Dott. Antonio Vitello**
 Direttore Servizio di Medicina Legale ASL "Città di Milano"
Responsabilità connesse con l'attività prescrittiva
- 11.45-12.15 **Dott. Fabio Sandrini**
 Dirigente Medico
 Coordinamento SISAC
L'accusa di "iperprescrizione" ed i controlli effettuati dalle ASL
- 12.15-12.45 **Avv. Gennaro Messuti**
 Giurista
 Patrocinante in Cassazione
Come difendersi quando qualcosa va storto
- 12.45-13.15 **Discussione**
- 13.15-13.45 **Compilazione scheda di valutazione e di verifica**

9 Applicazioni cliniche dell'implantologia

Sabato 29 marzo 2008 ▪ ore 8.15-13.45

Auditorium Don Alberione - Periodici San Paolo - Via Giotto, 36 - Milano

PROGRAMMA

Coordinatore

▪ **Dott. Luigi Paglia**

*Responsabile Dip. Odontoiatria Infantile - Istituto Stomatologico Italiano - Milano
Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano*

08.15-08.45 Registrazione Partecipanti

08.45-09.00 **Dott. Luigi Paglia**
Saluto ai Partecipanti

09.00-10.00 **Dott. Claudio Gatti**
Commissione Albo Odontoiatri - Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano
Libero Professionista a Parabiago e Milano
La riabilitazione implantoprotesica delle edentulie parziali

10.00-11.00 **Dott. Maurizio Silvestri**
Professore a contratto di Parodontologia - Università degli Studi di Pavia
La riabilitazione implantoprotesica dei settori estetici

11.00-11.15 **Intervallo**

11.15-12.15 **Prof. Luca Francetti**
Professore Associato di Malattie Odontostomatologiche
Università degli Studi di Milano
La riabilitazione implantoprotesica delle edentulie complete

12.15-13.15 **Dott. Luigi Paglia**
Conclusioni e discussione con i Partecipanti

13.15-13.45 **Compilazione scheda di valutazione e di verifica**

4/2007 Ottobre-Dicembre

Sintesi verbali riunioni Consigli dell'Ordine

3° Consiglio 2 aprile 2007

Presenti i Consiglieri, Dottori: Anzalone, Aletti, Altomare, Bigoni, Costa Angeli, Dini, Garbarini, Gatto, Greco, Massari, Parise, Pochintesta, Rossi Piero, Rossi Roberto Carlo, Tamborini.

Assenti i Consiglieri, Dottori: Bonzini e Paglia.

Presenti i Revisori dei Conti, Dottori: Martini, Brasioli e Pifarotti.

Assenti i Revisori dei Conti, Dottori: Bertoglio.

Presiede il Presidente, Dottor: Anzalone.

Segretario, Dottor: Piero Rossi.

Comunicazioni del Presidente

■ Pubblicità informativa: invio circolare agli iscritti

Il Presidente espone ai Colleghi i risultati decisi dal Consiglio Nazionale FNOMCeO in data 22/23 febbraio 2007.

Sono infatti prevenuti dalla FNOMCeO il nuovo testo del Codice di Deontologia Medica (in cui è stata modificata all'art. 56 la parola 'autorizzata' con 'verificata'), il nuovo testo delle Linee Guida sul conflitto di interessi (non modificato) e sulla Pubblicità informativa (profondamente modificato).

Il Presidente legge ai Colleghi il testo di una circolare sulla Pubblicità informativa da inviare a tutti gli iscritti, riportante le norme e le procedure da adottare. Il Consiglio approva all'unanimità la circolare e ne delibera l'invio agli iscritti all'Ordine.

■ Medicine non Convenzionali

Il Dott. Roberto GATTO, Referente della Commissione interna sulle 'Medicine non Convenzionali', relaziona al Consiglio sulla possibilità di rilevare dati sulla diffusione, conoscenza e pratica delle MnC tra gli iscritti attraverso un questionario che può essere pubblicato sul Bollettino e sul sito dell'Ordine: il questionario verrà poi analizzato ed elaborato dalla Società EDRA senza spese aggiuntive per l'Ordine. Il Consiglio delibera la pubblicazione del questionario sulle MnC sul Bollettino n. 2/2007 e sul sito dell'Ordine. Il Vice Presidente, Dott. Ugo GARBARINI, legge al Consiglio la nota pervenuta all'Ordine in data 2/2/2007 dal Dott. Alberto MASSIRONE sul problema della Medicina Convenzionale. Dopo ampia discussione il Consiglio delibera di costituire un Gruppo di Studio sull'argomento i cui componenti sono: Dott. Ugo GARBARINI -Referente- Dott.ssa Maria BRASIOLI, Dott. Augusto CAVALLERO, Dott. Dino DINI, Dott.ssa Dalila PATRIZIA GRECO, Dott. Alberto MASSIRONE, Dott. Massimo PARISE, Dott.ssa Paola PIFAROTTI.

■ Richieste patrocinio all'Ordine per manifestazioni e iniziative culturali

Esaminate le relative richieste il Consiglio concede il patrocinio a 7 manifestazioni culturali.

■ Questioni amministrative

Il Consiglio delibera alcuni provvedimenti amministrativi, ratifica alcuni impegni di spesa e approva alcune fatture.

■ Variazione di cognomi

Il Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano, riunito in data 2 Aprile 2007:

- vista la segnalazione da parte dell'interessata e preso atto della variazione del cognome da 'SALA' a 'BELLONI SALA' da parte della Dott.ssa BELLONI SALA Valeria Maria Teresa Vittoria - nata a Rapallo (Ge) il 13/5/1956, con numero di codice fiscale BLL VRM 56E53 H183 O, D E L I B E R A e dà mandato alla Segreteria di effettuare le relative modifiche all'Albo dei Medici Chirurghi di Milano in cui la Dottoressa è iscritta dal 4/2/1982 al n. 21972 di posizione.

■ Iscrizioni psicoterapeuti

Il Consiglio, vista la Legge 18/12/1989 n. 56, la Legge 14/1/1999 n. 4 e relativi atti, delibera l'iscrizione di un medico nell'elenco della psicoterapia.

Albo dei Medici Chirurghi

■ Reiscrizioni per doppia iscrizione all'Albo Medici Chirurghi

Il Consiglio delibera la reiscrizione all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi di Milano dei seguenti Medici: MENOZZI Luigi 40543, PRANDELLI Mauro Giacomo 40544, SANGIOVANNI Luca Dario 40545.

■ Iscrizione all'Albo Medici Chirurghi della Dott.ssa MIHALI Selma, Cittadina Albanese con titoli accademici italiani Ai sensi del D.L. n° 286/1998 e del D.P.R. n° 394/1999

Il Consiglio **DELIBERA** l'iscrizione all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi di Milano della Dott.ssa MIHALI Selma, Cittadina Albanese con titoli accademici italiani, ai sensi del D.L. n° 286/1998 e del D.P.R. n° 394/1999 al n. 40554 di posizione.

■ Iscrizione all'Albo Medici Chirurghi della Dott.ssa SAJADIDH-KORDI Faridh, Cittadina Iraniana con titoli accademici italiani - Ai sensi del D.L. n° 286/1998 e del D.P.R. n° 394/1999

Il Consiglio **DELIBERA** l'iscrizione all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi di Milano della Dott.ssa SAJADIDHKORDI Faridh, Cittadina Iraniana con titoli accademici italiani, ai sensi del D.L. n° 286/1998 e del D.P.R. n° 394/1999 al n. 40555 di posizione.

■ Iscrizioni all'Albo Medici Chirurghi

- Vengono iscritti all'Albo i seguenti Medici: AGOSTI Marta 40559, AMORUSO Chiara 40563, BIANCHI Paola Ilaria 40562, BOTTICELLI Irene Maria Caterina 40578, CHIGHIZOLA Cecilia Beatrice 40573, COLOMBO Veronica Deysi Genoveva 40561, CORTESE Paolo Donato Maria 40587, COSSU Gavina Anna 40556, CRIVELLI Paola 40583, CROTTA Alessandro 40577, DE VIDOVIKICH Giulia Zeldà 40579, DI DEDDA Umberto 40570, DI MAGGIO Francesco 40585, FOSSATI Barbara 40557, GRECCHI Silvia 40574, GUERRIERO Giuseppe 40572, IACCARINO Laura 40566, MANGANARO Davide 40558, MARCELLI Simone Renato 40560, MARCHI Silvia 40580, MOBILIA Francesca 40567, NANETTI Lorenzo 40571, OCCHI Francesca 40582, OLIVARES Cecilia 40589, PELLUCCHI Federico 40590, PEROGLIO DEIRO Antonio 40565, PETAZZI Silvia 40569, PIANI Cecilia 40584, PIETROBONI Anna Margherita 40575, SARNATARO Carolina Silvia 40581, SPAGNUOLO Vincenzo 40568, STUCCHI Claudia 40564, TOMBA Carolina 40586, TRACANELLI Paola 40576, ZANONI Angela 40588.

- Vengono iscritti all'Albo per provenienza da altro Ordine: BOTTIGLIERI Luca 40552 da Bari, COLOTTA Francesco 40548 da L'Aquila, LEONCINO Stefania 40551 da Matera, PONDINI Ivano 40549 da Forlì, RUSSI Massimo Luigi 40553 da Pescara, SOLARI Alessandra 40546 da Parma, SORRENTINO Flavia 40550 da Napoli, STIVAL Paolo 40547 da Udine.

■ Revoche di annotazioni in campo odontoiatrico

- **Revoche delle annotazioni in campo odontoiatrico** dall'Elenco dei Medici "Specialisti" di n° 16 Medici: BRUNO Giancarlo 9819 (25/10/1989), CAMPANARI Mario 9257 (14/12/1990), COCUCCI Nicola 9693 (25/10/1989), DEL RE Renato 11847 (10/3/1997), DIAN Enrico 11812 (13/2/1990), LA ROCCA Michele 7483 (13/2/1990), LAINO Carmela 10182 (20/12/1989), LUCCHINA Margherita 10489 (22/5/2000), MOLINARI Giorgio 10409 (20/12/1989), PACE Leonardo 14742 (20/12/1989), PALAZZO Maurizio 36559 (25/5/1989), PUPILLI Maria Teresa 13398 (24/1/1990), SECCHI Ludovica Maria 9626 (25/10/1989), TRITTONI Dario 17511 (26/9/1990), TROTTA Ennio 9822 (20/12/1989), URAS Carlo 17292 (23/4/1991).

- **Revoche delle annotazioni in campo odontoiatrico** dall'Elenco dei Medici "non Specialisti" di n° 11 Medici: BERBALDO Brunello 27969 (27/3/1995), BRIOSCHI Stefano 25772 (17/4/1991), CASERTA Filippo 23265 (16/5/1990), CAVORETTO Dario 13569 (13/2/1990), GARIBOLDI Stefano Enrico 29740 (10/5/1995), GIANA Giancarlo 24484 (20/6/1990), SORBINI Rossella Paola Maria 30212 (26/9/1990), SORMANI Ruggero 25082 (20/12/1989), SPAGNOLO Giovanni 15311 (13/2/1990), SPAGNOLO Giuseppina 27922 (13/2/1990), VIMERCATI Franco 18866 (29/11/1989).

■ Revoche di annotazioni in campo odontoiatrico a favore della doppia iscrizione all'Albo Odontoiatri

- **Revoche delle annotazioni in campo odontoiatrico** dall'Elenco dei Medici "Specialisti" di n° 27 Medici, **a favore della doppia iscrizione all'Albo degli Odontoiatri**: ABATI Silvio 24861 (25/10/1989), AGNANI Fabio 31390 (2/6/1997), ANNONI Franco Ambrogio 16742 (10/5/1995), BENCO Gabriella Aurelia Maria 25045 (25/10/1989), BRANDOLINI Giovanni 12298 (25/10/1989), BUCARELLI Pier Giorgio 30475 (25/9/1991), CANDEO Franco Maria 27421 (18/12/1991), CERECA Rita Alessandra 37454 (29/10/2001), COCUZZA Lilliana 36931 (10/1/1997), COLOMBO Arturo 18248 (24/6/1991), COLOMBO Elio 18351 (25/10/1989), D'AQUINO Pierpaolo 29759 (3/4/1993), DAVI' Francesco 16926 (25/10/1989), GOBBI Rosa Maria 20257 (25/10/1989), KHOURI CHALOUHI Georges Elia 18516 (25/10/1989), LANGHI Elena 29440 (26/11/1994), MUSUMARRA Antonino 23221 (29/1/1991), NEMBRI Alessandro Maria A. 27702 (20/1/1993), PACILLI Federico 28388 (3/4/1993), PALOMBO Viviano Maurizio 21670 (25/10/1989), POLIDORI Dario 20189 (25/10/1989), RIGONI Alessandra 29029 (18/12/1991), RUSCA Marcellino Pio 23531 (25/10/1989), SARTORI Arrigo Francesco Giovanni 18156 (29/1/1991), SERNAGIOTTO Sergio 14768 (20/12/1989), SISTI Flavia 22722 (26/11/1994), VITALI Luisa 26144 (25/9/1991).

- **Revoche delle annotazioni in campo odontoiatrico** dall'Elenco dei Medici "non Specialisti" di n° 30 Medici, **a favore della doppia iscrizione all'Albo degli Odontoiatri**: AGLIARDI Carlo Mauro 19970 (13/2/1990), BAGNAGATTI DE GIORGI Arnaldo 17551 (17/4/1991),

BAISI Bianca Maria 12405 (25/10/1989), BELLERIO Luca 25289 (26/9/1990), BONETTI Giuseppe Carlo 24386 (24/1/1990), BULFON Luigi 26767 (25/10/1989), CARDELLA Carlo Benedetto 22463 (21/2/1990), CATOZZI Giorgio 20761 (17/4/1991), COLOMBO Edgardo 26459 (29/8/1990), FERRARI Nella 28194 (4/11/1992), FILARDI Alberto Attilio 23362 (25/10/1989), FORLAI Daniela 20425 (28/3/1990), GALANTE Gian Luigi 26439 (25/10/1989), GALLIANI Fabio Arnaldo 24630 (20/5/1991), GHISELLI Franco 27435 (29/11/1989), GIANNONI Alberto 34041 (28/10/1996), INZANI Giorgio 17646 (24/1/1990), KAUFMANN Maurizio 22080 (24/1/1990), LENSÌ Carlo Celso 20807 (10/3/1990), LORENZI Elisabetta 24159 (28/11/1990), MAGISTRELLI Alberto Giuseppe Michele 22565 (13/2/1990), MARANDO Francesco 13204 (13/12/1996), MELLANI Marco 26858 (29/11/1989), PARISE Gianfranco 18485 (25/10/1989), RIZZI Daniele Cristiano 26713 (25/10/1989), ROMANO Rita 18390 (29/1/1991), TARANA Mario 31793 (27/5/1992), TOMASI Mario 24481 (21/2/1990), URSO Giuseppe Antonio 25736 (29/8/1990), VILLA Daniela Lucia 22451 (16/5/1990).

■ Cancellazioni all'Albo Medici Chirurghi

- Vengono cancellati dall'Albo dei Medici Chirurghi di Milano "per trasferimento ad altro Ordine" i seguenti Medici: BAIGUINI Monica per Verona, BONETTI Massimo per Massa Carrara, GIORDANI Roberta per Trento, JANNELLO Antonio Maria F. per Verona, MAURI Socrate per Varese, MAZZANTI Maria Cristina per Lecco, RONCHETTI Anna Bruna per Pavia, SOLIANI Alberto per Cremona.
- Vengono cancellati dall'Albo dei Medici Chirurghi di Milano "per trasferimento all'Estero" il seguente Medico: BERRA Lorenzo 36751 (decorrenza 28/2/2007).
- Vengono cancellati dall'Albo dei Medici Chirurghi di Milano "per rinuncia all'iscrizione" i seguenti Medici: CADLOLO Marina 13468, CORNO Fiorenzo 6588.
- Viene cancellato dall'Albo di Medici Chirurghi "per morosità" n. 1 Medico.
- Vengono cancellati dall'Albo dei Medici Chirurghi "per morosità e irreperibilità" n. 5 Medici.

■ Conferma per trasferimento all'Albo Medici di altro Ordine

Viene confermata la cancellazione dall'Albo dei Medici Chirurghi di Milano per trasferimento ad altro Ordine dei seguenti Medici: CRISCUOLI Aldo Maria 37079, MASCHERPA Mara Angela 34817, MAURI Socrate 33013, MAZZANTI Maria Cristina 35704, MELI Giordina 14138, PELAGATTI Maria Antonietta 39533, PINTAUDI Maria 37895, SOLIANI Alberto 26390, VERGANI Diego 15438.

Albo degli Odontoiatri

■ Doppie iscrizioni e cancellazioni all'Albo Odontoiatri

- Il Consiglio delibera: **le doppie iscrizioni** all'Albo degli Odontoiatri di Milano di n° 57 Medici riportati in ordine alfabetico e numero di posizione: ABATI Silvio 4382, AGLIARDI Carlo Mauro 4364, AGNANI Fabio 4399, ANNONI Franco Ambrogio 4352, BAGNAGATTI DE GIORGI Arnaldo 4353, BAISI Bianca Maria 4347, BELLERIO Luca 4384, BENCO Gabriella Aurelia Maria 4381, BONETTI Giuseppe Carlo 4377, BRANDOLINI Giovanni 4348, BUCARELLI Pier Giorgio 4346, BULFON Luigi 4389, CANDEO

4/2006 Ottobre-Dicembre

Franco Maria 4392, CARDELLA Carlo Benedetto 4373, CATOZZI Giorgio 4368, CEREÀ Rita Alessandra 4383, COCUZZA Liliana 4400, COLOMBO Arturo 4358, COLOMBO Edgardo 4388, COLOMBO Elio 4360, D'AQUINO Pierpaolo 4398, DAVI' Francesco 4349, FERRARI Nella 4394, FILARDI Alberto Attilio 4374, FORLAI Daniela 4357, GALANTE Gian Luigi 4387, GALLIANI Fabio Arnaldo 4379, GHISELLI Franco 4393, GIANNONI Alberto 4401, GOBBI Rosa Maria 4366, INZANI Giorgio 4354, KAUFMANN Maurizio 4369, KHOURI CHALOUHI Georges Elia 4355, LANGHI Elena 4380, LENSÌ Carlo Celso 4367, LORENZÌ Elisabetta 4376, MAGISTRELLI Alberto Giuseppe Michele 4371, MARANDO Francesco 4350, MELLANI Marco 4391, MUSUMARRA Antonino 4362, NEMBRI Alessandro Maria A. 4395, PACILLI Federico 4396, PALOMBO Viviano Maurizio 4370, PARISE Gianfranco 4361, POLIDORI Dario 4365, RIGONI Alessandra 4397, RIZZI Daniele Cristiano 4390, ROMANO Rita 4359, RUSCA Marcellino Pio 4375, SARTORI Arrigo Francesco Giovanni 4356, SERNAGIOTTO Sergio 4351, SISTI Flavia 4363, TARANA Mario 4345, TOMASI Mario 4378, URSO Giuseppe Antonio 4386, VILLA Daniela Lucia 4372, VITALI Luisa 4385;

- la cancellazione dalla doppia iscrizione all'Albo Odontoiatri di Milano per morosità e irreperibilità, di n. 1 Medico;
- la cancellazione dalla doppia iscrizione all'Albo Odontoiatri di Milano per trasferimento all'Ordine di Trento, della Dott.ssa GIORDANI Roberta n. 3824 di posizione.

4° Consiglio 7 maggio 2007

Presenti i Consiglieri, Dottori: Anzalone, Aletti, Altomare, Bigoni, Bonzini, Brucoli, Garbarini, Greco, Paglia, Parise, Pochintesta, Piero Rossi, Roberto Carlo Rossi, Tamborini.

Assenti i Consiglieri, Dottori: Costa Angeli, Dini, Gatto e Massari.

Presenti i Revisori dei Conti, Dottori: Martini e Pifarotti.

Assenti i Revisori dei Conti, Dottori: Brasoli e Bertoglio.

Presiede il Presidente, Dottor: Anzalone.

Segretario, Dottor: Piero Rossi.

Comunicazioni del Presidente

Il Presidente informa il Consiglio che il rapporto con il Dott. Giuseppe Palumbo, Dirigente Generale dell'Ordine, a seguito delle dimissioni per motivi familiari presentate in data 25/1/2007 ed accettate dal Consiglio con delibera 5/3/2007, è terminato il 30/4/2007.

Le sue funzioni dal punto di vista giuridico possono essere affidate alla Sig.ra Gabriella Sartoni e legge l'Ordinanza Presidenziale n.12 del 2/5/2007 e, valutata la Pianta Organica dell'Ordine propone di procedere alla copertura con concorso pubblico di un posto in C3. Il Consiglio, dopo ampia discussione, approva.

■ Valutazione modulo per esami da eseguire per indagini radiologiche con mezzi di contrasto

Il Dott. Piero Rossi fa presente che in seno all'Osservatorio "Raccomandazioni per migliorare il comportamento deontologico tra Colleghi in merito a richieste, proposte e prescrizioni" istituito da questo Ordine è stato creato un apposito e piccolo gruppo di lavoro allo scopo di studiare le problematiche deontologiche tra Colleghi relative alle richieste di esami RX

con mezzi di contrasto e suggerire possibili soluzioni.

Tale sottocommissione ha quindi elaborato un documento che è stato poi approvato dall'Osservatorio e che viene ora presentato al Consiglio.

Il Consiglio, esaminato e condiviso il suddetto testo, decide di inviarlo alla Regione Lombardia, Assessorato alla Sanità, per le necessarie competenze con una lettera di accompagnamento che viene letta e approvata.

■ Sospensione dall'esercizio professionale di quattro sanitari su nota del Tribunale Ordinario di Milano

Il Consiglio, vista la nota del Tribunale Ordinario di Milano - Ufficio G.I.P. Dott. Luigi Varanelli con allegata relativa ordinanza da cui si evince che è stata applicata la misura cautelare della custodia in carcere a carico di quattro sanitari, ne dispone la sospensione di diritto dall'Albo professionale stabilendo che la sospensione avrà la stessa durata del provvedimento che l'ha determinata.

■ Interdizione dall'esercizio professionale di quattro sanitari su comunicazione della Procura Generale della Repubblica di Milano - ufficio Esecuzioni Penali

Il Consiglio vista la comunicazione n. 272/2007 R.E.S. dell'Ufficio Esecuzioni Penali della Procura Generale della Repubblica di Milano, pervenuta all'Ordine in data 30 aprile 2007, relativa a quattro sanitari dalla quale si evince essere divenuta definitiva la sanzione penale detentiva e quella accessoria dell'interdizione dall'esercizio della professione di medico delibera di prendere e dare atto di tale pronuncia, con ogni conseguente effetto, e pertanto ne dichiara l'interdizione dall'esercizio della professione in forza della sentenza divenuta definitiva il 22 febbraio 2007 n. 4095/2003 emessa in data 1° ottobre 2004 dalla Corte d'Appello di Milano.

■ Convegno FNOMCeO "Medicina e sanità declinate al femminile"

Il Presidente informa che la FNOMCeO sta organizzando un Convegno dal titolo "Medicina e sanità declinate al femminile", che si svolgerà a Caserta il 29 settembre 2007, ed ha richiesto agli Ordini di individuare chi, all'interno dei propri Consigli, è interessato alle attinenti problematiche. Il Consiglio decide di indicare alla Fnomceo il nominativo della Dott.ssa Dalia Geco che potrà partecipare all'incontro preparatorio previsto a Roma per il 1° giugno 2007

■ Richiesta di parere dell'Ordine inviata dal Comune di Milano R.S.A. 'Famagosta'

Il Dott. Valerio Brucoli informa il Consiglio di aver ricevuto, in qualità di Presidente della Commissione Bioetica e Deontologia, dai responsabili del Settore Servizi per Anziani R.S.A. - Famagosta, una richiesta di parere sulle disposizioni anticipate, fatte da un loro Ospite affetto da Sclerosi laterale Amiotrofica, che non vuole essere sottoposto a terapia intensiva in caso di necessità. Il Consiglio, dopo approfondita valutazione del caso, decide di inviare una nota a firma congiunta del Presidente dell'Ordine e del Presidente della Commissione Bioetica e Deontologia in cui viene ribadito quanto stabilisce in materia il Codice deontologico.

■ Abusivismo Sanitario - Azione risarcitoria

Il Presidente legge il parere richiesto all'Avv. Enrico Pennasillico, su sollecitazione del Presidente della Commissione Odontoiatri, e informa i Consiglieri sulla possibilità oltre che di costituirsi parte civile nei confronti di chi esercita abusivamente la professione anche di svolgere azione risarcitoria nei confronti dell'abusivo. Il Consiglio, dopo ampia discussione, delibera in tal senso.

■ Richieste di patrocinio all'Ordine per iniziative e manifestazioni culturali

Esaminare le relative richieste il Consiglio concede il patrocinio a 4 manifestazioni culturali.

■ Commissioni interne dell'Ordine: variazioni

In qualità di 'componenti esterni', vengono inseriti i seguenti nominativi, nelle relative Commissioni:

- Dott. Franco MANTOVANI
"Attività associative e culturali dell'Ordine";
- Dott. Luigi MACULOTTI
"Bioetica e Deontologia";
- Dott. Enrico XIMENES
"Problemi Sociali"

■ Aggiornamento professionale dell'Ordine Manifestazione "Testamento biologico"?

Viene approvata l'organizzazione della manifestazione "Testamento biologico"? che si terrà il 16 giugno 2007 presso l'Aula Magna dell'Università degli Studi di Milano.

Introdurrà i lavori il Dott. Valerio Brucoli in qualità di Presidente della Commissione di Bioetica e Deontologia. Il Prof. Alfredo Anzani tratterà il tema "L'etica alla frontiera della vita".

Seguirà una Tavola Rotonda, moderata da Stefano Zurlo, giornalista de "Il Giornale", cui parteciperanno Amedeo Bianco Presidente FNOMCeO, Francesco Paolo Casavola Presidente Comitato Nazionale Bioetica, Roberto Formigoni Presidente Regione Lombardia, Vito Mancuso Ordinario di Teologia Moderna e Contemporanea, Mario Melazzini, Presidente Associazione italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica e Mons. Luigi Negri, Vescovo di San Marino.

■ Delibere relative al personale dell'Ordine

Il Consiglio assume alcune delibere riguardanti l'inquadramento del personale dell'Ordine.

■ Questioni amministrative

Il Consiglio delibera alcuni provvedimenti amministrativi.

■ Acquisizione Cittadinanza Italiana

Il Consiglio dell'Ordine delibera l'acquisizione della cittadinanza italiana della Dott.ssa Mariana Lorena DE ARAQUISTAIN e dà mandato alla Segreteria di effettuare le relative modifiche all'Albo degli Odontoiatri di Milano in cui la Dottoressa è iscritta dal 14/6/2004 al n. 3139 di posizione.

Albo dei Medici Chirurghi

- Il Consiglio delibera l'iscrizione all'Albo Medici della Dott.ssa TERENT'EVA Elizaveta, Cittadina Russa con titoli accademici italiani - Ai sensi del D.L. n° 286/1998 e del D.P.R. n° 394/1999 al n. 40601 di posizione.
- Il Consiglio delibera l'iscrizione all'Albo Medici del Dott. LENNIG Peter (Cittadino Svedese/CEE) con titoli accademici europei al n. 40591 di posizione.
- Il consiglio delibera l'iscrizione all'Albo Medici della Dott.ssa SCHNEIDER Heike Maria (Cittadina Tedesca/CEE) con titoli accademici europei al n. 40596 di posizione.

■ Iscrizioni all'Albo Medici Chirurghi

- Vengono iscritti all'Albo i seguenti Medici: COPPADORO Andrea 40603, DE CARLI Agnese Maria 40602, MANFREDI Sabato 40600, MARTELLO Leonardo 40599.
- Vengono iscritti all'Albo per provenienza da altro Ordine: ALBINI Nicoletta 40597 da Piacenza, DIONISI Matteo 40595 da Siracusa, MARI Ettore 40592 da Chieti, MICCICHE' Rosa 40593 da Catania, NITRO Vittorio 40598 da Pavia, VILEI Giuseppa Lucia 40594 da Lecce.

■ Revoche di annotazioni in campo odontoiatrico

- **Revoche di annotazioni in campo odontoiatrico** dall'Elenco dei Medici "Specialisti" di n. 1 medico: PAPOLA Maya Paola 29940 (10/6/1996).
- **Revoche delle annotazioni in campo odontoiatrico** dall'Elenco dei Medici "non Specialisti" di n° 3 Medici: BAGNI Carlo Maria 16981 (16/5/1990), CLEMENTE Tullia 21867 (16/5/1990), PICOLLO Sergio 29454 (5/1/1994).

■ Revoche di annotazioni in campo odontoiatrico a favore della doppia iscrizione all'Albo Odontoiatri

- **le revoche delle annotazioni in campo odontoiatrico** dall'Elenco dei Medici "Specialisti" di n° 14 Medici, **a favore della doppia iscrizione all'Albo degli Odontoiatri**: CRAVERI Dario Angelo 30721 (12/12/1994), DAL CANTO Roberto 20403 (20/5/1991), DI FRANCESCO Giacomo Massimo 25164 (25/10/1989), DI VINCENZO Carla Maria A. S. 23832 (24/1/1990), GHISLANDI Carlo 29067 (26/2/1992), GREPPI Annaluisa 22775 (25/10/1989), MALTECCA Paolo 23543 (16/3/1998), OLDONI Giovanni 31327 (18/9/1995), PONTI Fulvio 20487 (16/5/1990), PROCOPIO Immacolata 25888 (20/2/1991), ROCCELLI Bruno 22739 (25/10/1989), SCATTONI Silvia 29889 (17/12/1992), SGULMAR Marilisa 24105 (25/9/1991), VARISCO Pasqualino 30302 (2/6/1997).
- **le revoche delle annotazioni in campo odontoiatrico** dall'Elenco dei Medici "non Specialisti" di n° 14 Medici, **a favore della doppia iscrizione all'Albo degli Odontoiatri**: ACCARDO Paolina 33461 (27/2/1995), AGOSTONI Roberto 25863 (16/5/1990), ARMENIO Pietro 24297 (26/9/1990), ARNABOLDI Adelio 20234 (14/12/1990), BAGINI Fabrizio 23393 (13/2/1990), BELLATI Attilio 21564 (10/3/1990), BOSCO Marcello Angelo 26619 (13/2/1990), CAVIONI Veglia Beatrice 24011 (24/1/1990), DI BELLO Maria 23638 (26/11/1994), MARTINO Maria Grazia 33330 (7/6/1993), RIVA Roberto Battista 30219 (11/7/1990), SOLARI Luciana 19311 (18/9/1995), STUCCHI Domenico 23355 (30/1/1995), ZILIANI Giuseppina 23931 (17/10/1990).

■ Cancellazioni all'Albo Medici Chirurghi

- Vengono cancellati dall'Albo dei Medici "per trasferimento ad altro Ordine" i seguenti Medici: BARBI Riccardo per Verbania, BIELLI Laura per Verbania, BUONTEMPI Liliana per Pisa, CRISCUOLI Aldo Maria per Pisa, GORLA Alberto Gianmaria per Cuneo, MASCHERPA Maria Angela per Rimini, ROMANIN Maria Cristina per Firenze, SPAGNOLO Diego per Macerata.
- Vengono cancellati per "morosità e irreperibilità" n. 2 Medici
- Vengono cancellati "per rinuncia all'iscrizione" i seguenti Medici: GHIGINI Francesca 7604, GIARRIZZO Calogero 11238, GUARISE Alfredo 6450, PINCHET Lina 9444, SARRACINO Massimo 26073, SIMIERI Giorgio 8001, VACCARO Ada 25999.

4/2006 Ottobre-Dicembre

- Il Consiglio, venuto a conoscenza della scomparsa dei seguenti 11 Colleghi ne delibera la cancellazione dall'Albo: CARATOZZOLO Franca (1927-2007), CODEBO Pier Francesco (1925-2007), DINELLI Carlo Alberto (1923-2007), ERBA Aurelio Angelo (1946-2007), FISSORE Elio (1930-2007), POGNA Pietro Luigi (1953-2007), RANCATI Mario (1947-2007), TUMMINELLO Francesco Antonio (1953-2007), ZACCARONI Giuseppe (1927-2007, ZOCCHI Fulvio (1917-2007), ZONA Marilena (1962-2007).

■ Conferma per trasferimento all'Albo Medici di altro Ordine

- Viene confermata la cancellazione dall'Albo dei Medici Chirurghi di Milano per trasferimento ad altro Ordine dei seguenti Medici: BARBI Riccardo 15710, BIELLI Laura 15994, BERRA Giorgio 16198, GORLA Alberto Gianmaria 31776, ROMANIN Maria Cristina 34015, VALLO Giuseppe 39767.

Albo degli Odontoiatri

- Iscrizione all'Albo Odontoiatri della Dott.ssa STRUNGARU Anca Maria, Cittadina Rumena/CEE con titoli accademici stranieri al n. 4431 di posizione.

■ Iscrizioni all'Albo degli Odontoiatri

- Viene iscritto all'Albo degli Odontoiatri il Dottor Costantino VALERIO al n. 4430 di posizione.

■ Doppie iscrizioni all'Albo degli Odontoiatri

Il Consiglio delibera: **le doppie iscrizioni** all'Albo degli Odontoiatri di Milano di n° 28 Medici: ACCARDO Paolina 4429, AGOSTONI Roberto 4420, ARMENIO Pietro 4410, ARNABOLDI Adelio 4407, BAGINI Fabrizio 4412, BELLATI Attilio 4409, BOSCO Marcello Angelo 4422, CAVIONI Veglia Beatrice 4418, CRAVERI Dario Angelo Maria 4427, DAL CANTO Roberto 4402, DI BELLO Maria 4414, DI FRANCESCO Giacomo Massimo 4419, DI VIN-CENZO Carla Maria Angela Silvestra 4417, GHISLANDI Carlo 4424, GREP-PI Annalisa 4405, MALTECCA Paolo 4413, MARTINO Maria Grazia 4423, OLDONI Giovanni 4428, PONTI Fulvio 4408, PROCOPIO Immacolata 4421, RIVA Roberto Battista 4426, ROCHELLI Bruno 4404, SCATTONI Silvia 4425, SGULMAR Marilisa 4416, SOLARI Luciana 4406, STUCCHI Domenico 4411, VARISCO Pasqualino 4403, ZILIANI Giuseppina 4415.

■ Cancellazioni all'Albo Odontoiatri

- Il Consiglio, venuto a conoscenza che una Collega è "deceduta" ne delibera la cancellazione CAMERA Rina (1941-2007).
- Viene cancellato dall'Albo dei Medici di Milano "per rinuncia all'iscrizione" il Dottor BRIGHENTI Gianlorenzo 293.

Commissione Infezioni Crociate

Verbale della riunione del 25 gennaio 2007

Presenti: Brucoli, Paglia, Balsano, Maniezzo, Ghiringhelli, Mazza

Il Dott. Paglia ringrazia tutti gli intervenuti e dà inizio alla riunione. Come premessa prega tutti gli intervenuti alla maggior concretezza possibile nel trattare un argomento a cui la popolazione è sempre più sensibile anche per campagne di stampa non sempre obiettive. Ideale sarebbe che la commissione nel corso del mandato facesse due o tre iniziative

atte a migliorare l'approccio dei professionisti al problema del controllo del rischio biologico nell'ambulatorio odontoiatrico.

Il Dott. Ghiringhelli propone un'azione sull'autorità pubblica deputata ai controlli affinché programmi controlli adeguati sulla professione. Propone inoltre un'azione sui professionisti per sensibilizzarli sui principali aspetti della sterilizzazione e disinfezione in ambito odontoiatrico.

Il Dott. Maniezzo sottolinea come il modello da implementare a livello ambulatoriale debba essere economicamente sostenibile.

Il Dott. Brucoli sottolinea come sempre con più insistenza che si sta parlando a livello ministeriale del risk-management in cui rientra il rischio di infezione che si può contrarre nei nostri ambulatori.

Il Dott. Balsano sottolinea come da un punto di vista di leggi e normative dobbiamo rispettare quelle già esistenti a livello Europeo. È poi importante verificare e conoscere la portata del problema da un punto di vista epidemiologico e dare poi nelle soluzioni una priorità laddove si presentano i maggiori problemi. Fermo restando che l'aspetto sterilizzazione e disinfezione è un pre-requisito indispensabile all'attività professionale sul quale non è possibile transigere.

Il Dott. Paglia sottolinea l'importanza di seguire protocolli precisi e documentati come sono sottolineati peraltro anche dalle linee guida ISPELS per la sicurezza dei lavoratori e a tal proposito si impegna a presentare alla commissione un documento che sintetizza le stesse linee guida.

A seguito di ampia discussione si decide per la riunione seguente di formulare il seguente odg:

- Analisi leggi e normative e delle linee guida esistenti - Balsano
- Dati epidemiologici - Ghiringhelli-Maniezzo
- Linee guida ISPELS Paglia - Mazza
- Organizzazione convegno sulle infezioni crociate ottobre 2007 - Paglia
- Si decide di convocare la prossima riunione della commissione il 17 Maggio 2007

In tale seduta si è preso atto del documento:

Risk Management: aspetti culturali e operativi

I. Annino (Ordinario di Igiene, UPM, Ancona)

L. Balsano (Odontoiatra I.p., Pandino - Cremona)

Il cui testo è stato pubblicato sul sito dell'Ordine www.omceomi.it nella parte riservata agli utenti registrati nella parte relativa alle Commissioni Interne dell'Ordine.

Codice di Deontologia Medica

Si ricorda che il Codice di Deontologia Medica (capo V - rapporti con l'Ordine Professionale art. 64 doveri di collaborazione) al primo capoverso recita: *"Il Medico è tenuto a comunicare al Presidente dell'Ordine i titoli conseguiti utili al fine della compilazione e tenuta degli Albi"*.

Si invitano pertanto tutti i Colleghi all'osservanza di quanto sopra precisato, allo scopo di aver un Albo Professionale completo e aggiornato.

Commissione Infezioni Crociate

Verbale della riunione del 17 Maggio 2007

Presenti: Paglia, Bruccoli, Mazza, Balsano

La commissione prende atto con disappunto della lettera pervenuta dai dottori Ghiringhelli e Maniezzo riguardo alla loro astensione dai lavori presenti e futuri della commissione e auspica un ripensamento dei validi colleghi.

Paglia propone di produrre come commissione nel corso del mandato un manuale per l'implementazione di un sistema di qualità della sterilizzazione nell'ambulatorio odontoiatrico che potrebbe essere presentato nel corso del convegno che sarà organizzato nell'ottobre 2007 a cura dell'Ordine dei Medici e di cui si discute e si allega il programma.

Si decide inoltre il sommario del manuale sulla sterilizzazione che sarà presentato al convegno sopra programmato e alle iniziative satelliti che in futuro la commissione odontoiatri potrà decidere su suggerimento della commissione infezioni crociate.

Il Dott. Mazza e il Dott. Paglia presentano la sintesi delle linee guida ISPELS sulla protezione dell'operatore e del paziente dal rischio biologico durante l'attività odontoiatrica.

Il documento viene approvato dalla commissione.

Il Dott. Balsano sottolinea l'importanza peraltro già nella precedente riunione evidenziata dal Dott. Bruccoli di approfondire gli aspetti culturali e operativi relativi al risk management nell'ambulatorio odontoiatrico al fine di prevenire il contenzioso che anche su questo argomento inevitabilmente sta espandendosi.

A tal fine si impegna a produrre un documento per la prossima riunione della commissione che si terrà il 19 luglio 2007.

In questa riunione il Dott. Paglia si impegna a portare una proposta concreta sulle dotazioni tecniche minime adatte ad uno studio professionale.

Commissione Infezioni Crociate

Verbale della riunione del 19 Luglio 2007

Presenti: Paglia, Mazza, Balsano

Il Dott. Balsano consegna e discute con la commissione il documento sugli aspetti culturali e operativi del risk management.

Dopo ampia discussione il documento viene approvato.

Per quanto riguarda il convegno sulle infezioni crociate viene stabilita la data del 27 ottobre 2007 per il suo svolgimento e si proporrà alla commissione odontoiatri di portare l'evento nelle sedi dislocate di Monza, Magenta, Lodi e Legnano nel corso del 2007/2008.

Nel corso di queste manifestazioni sarà presentato il manuale che la commissione sta producendo sull'argomento e che conterrà una consistente parte sui protocolli operativi da implementare nell'ambulatorio odontoiatrico al fine di controllare il rischio biologico.

Lo scopo è quello di portare all'attenzione della professione questo importante problema con le soluzioni praticabili e implementabili nelle diverse realtà.

Per quanto riguarda le dotazioni degli studi la commissione raccomanda:

- Dotazioni Tecniche: Autoclave di classe B-Vasca a ultrasuoni
 - Un numero di turbine in relazione al flusso di pazienti
- Produrre un protocollo scritto sulle procedure utilizzate
- Tenuta di un registro sui cicli di sterilizzazione
- Tenuta di un registro dei test di convalida dei cicli di sterilizzazione.

La commissione infine approva il documento di sintesi che riassume le varie posizioni espresse fino ad ora e deliberate.

Si propone una prossima riunione della commissione nel Novembre 2007 al fine di programmare le iniziative per la diffusione del manuale che sarà presentato nel convegno di ottobre.

Riceviamo dalla FNOMCeO

Riceviamo dalla FNOMCeO Comunicazione n. 46 del 27 luglio 2007 avente per oggetto:

Privacy: divieto di richiedere e fornire dati dei pazienti visitati a domicilio all'interno di zone a traffico limitato.

Cari Presidenti,

nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 13 luglio 2007, n. 161, è stato pubblicato il provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali 14 luglio 2007 recante "Trattamento dei dati sensibili per l'accesso di medici in zone a traffico limitato (ZTL)". Nella fattispecie il Garante ha disposto il divieto per i Comuni a richiedere e per i medici a fornire le generalità o anche altre informazioni che possano identificare le persone visitate a domicilio all'interno di zone a traffico limitato (ZTL). Il provvedimento allegato alla circolare è stato pubblicato sul sito dell'Ordine www.omceomi.it nell'area riservata agli utenti registrati alla voce Comunicazioni/ Comunicazioni FNOMCeO.



A seguito di quesito del 1 agosto 2007, posto in materia di privacy-studio medico di famiglia, la FNOMCeO risponde inviando comunicazione prot. 8583/30 del 20 agosto u.s. che di seguito pubblichiamo:

In relazione alla nota del 1 agosto u.s. concernente una problematica che investe la normativa in materia di privacy in ambito di studio medico convenzionato e specificatamente la perplessità di una assistita all'accesso dei propri dati sensibili da parte dell'infermiera dello studio medesimo si comunica quanto segue. Nel caso in cui l'infermiera dello studio ha accesso ai dati personali e sensibili del medico, titolare del trattamento dei dati degli assistiti, nomina con una specifica lettera di incarico sottoscritta, incaricato del trattamento dei dati medesimi l'infermiera che si impegna a rispettare la normativa della privacy nel trattamento, raccolta e comunicazione degli stessi. Il medico a sua volta, quale titolare del trattamento, ha l'obbligo di vigilare sulla corretta osservanza degli obblighi di legge da parte degli incaricati da lui nominati.

Le donne preferiscono il rosa?

■ di Maria Cristina Campanini

Una ricercatrice dell'Università di Newcastle, Anya Hurlbert, direttrice dell'Istituto di Neuroscienze, ha condotto diversi studi che portano alla conclusione che l'associazione del colore rosa al sesso femminile non è casuale o culturale, ma avrebbe una base scientifica e presupposti biologici. L'ultimo articolo è stato pubblicato sulla rivista *Current Biology* nell'agosto 2007.

Tecnicamente il "rosa" è un colore della gamma del rosso (più chiaro e denaturato), ottenuto dalla miscela di questo con il bianco. Già a partire dalla nascita viene associato al concetto femminile, basti pensare il fiocco rosa che ancora si appende alle porte per indicare la nascita di una bambina. Nella storia della religione il rosa è simbolo di gioia e di felicità; viene usato nella terza domenica di Avvento (denominata *gaudete*) e nella quarta domenica di Quaresima (chiamata *laetare*).

Il colore ha sempre avuto un ruolo fondamentale nella storia dell'uomo: sono stati ritrovati esempi di pitture con colori minerali fin a partire dalla preistoria, in alcune grotte spagnole e francesi di circa 15.000 anni fa (uomo di Cro-Magnon). Coloratissimi i palazzi di Cnosso e Festo nella civiltà minoica, che vedeva anche luminosissime policromie nei vestiti, negli utensili e nei marmi e stucchi utilizzati per decorare le abitazioni. La civiltà fenicia veniva soprannominata la tintoria del Mediterraneo, per la capacità degli abitanti (fenici significa "gente del paese della porpora") di estrarre il color porpora da particolari conchiglie, per utilizzarle poi anche come trucco o per de-

corare gioielli. Per gli egiziani il colore era l'essenza delle cose: nella scrittura geroglifica veniva usato inchiostro nero per segnare eventi positivi e rosso per quelli negativi. La civiltà romana enfatizzò l'uso dei colori (si pensi alla fastosità della Domus Aurea del primo secolo d.C), proponendo la toga nera per le celebrazioni del lutto, la rossa per festeggiare vittorie e trionfi, la bianca per le cariche pubbliche o quando occorreva distinguersi dalla folla. Il colore ha avuto anche un ruolo come fenomeno legato alla magia: l'arcobaleno, nel libro della Genesi, rappresenta il simbolo del patto tra Dio e gli uomini alla fine del diluvio universale. In Etruria l'analisi del colore e della consistenza delle viscere animali per le divinazioni era considerata al pari di una scienza.

Il rosso, da cui deriva il colore rosa, veniva nell'antichità indicato con diversi vocaboli, a seconda delle differenti gradazioni e intensità, la maggior parte dei quali però deriva dalla parola *sanguis*. Veniva estratto dall'ematite rossa, minerale facilmente reperibile e dalle ocre ferrose, ma anche sostanze vegetali (barbabietola e mirtillo) si utilizzavano per le tinte dei tessuti e le decorazioni. Il rosso è il primo colore che i neonati riconoscono e viene ormai diffusamente identificato come simbolo di tutto ciò che ruota intorno al cuore. Anche la Medicina Tradizionale Cinese associa il colore rosso all'elemento fuoco, alla stagione estiva alla loggia energetica Cuore-Intestino Tenue (che a grandi linee rappresentano la capacità di provare sentimenti, di analizzare e comprendere

la vita e le capacità spirituali e quella di scelta, come separazione del puro dall'impuro). Solo all'inizio del novecento il rosa perde le sue connotazioni femminili e viene considerato come una variante del rosso, colore del sangue, associato alla caccia e quindi reputato di maggior pertinenza maschile; l'azzurro, colore tenue e delicato viene così per contro valutato come più confacente alla gentilezza e delicatezza delle donne.

Ma esiste davvero una preferenza di genere per i colori?

La questione rimane contraddittoria per la difficoltà di controllo dei metodi di rilevazione che rendono difficile una descrizione sistematica e quantitativa dell'eventuale diversità. Rimane comunque una radice storica che porterebbe le donne a preferire i colori legati al rosa e rosso perché questi segnalavano la maturazione dei frutti e quindi la possibilità di coglierli; allo stesso modo il colorito e l'aspetto "rosso" dell'incarnato di una persona erano, in mancanza di altri indicatori, segno di buona salute e di possibile capacità riproduttiva per il mantenimento della specie. Allo stesso modo gli uomini erano più portati a scrutare il cielo e la savana per capire se la giornata fosse o meno adatta alla caccia e alla ricerca di fonti di acqua. Secondo la ricercatrice la tradizione culturale ha solo meglio sfruttato e utilizzato questa inclinazione naturale. L'occhio umano ha una struttura tale da recepire per primi i colori blu, rosso e verde. Lo studio compiuto dalla ricercatrice ha co-

SNAMI
Rosa

involto 200 inglesi, maschi e femmine di età compresa tra 20 e 26 anni, che dovevano scegliere rapidamente da un pc rettangoli colorati in modo diverso. Lo studio è stato poi ripetuto su un altro campione di cinesi per limitare il pericolo che le scelte fossero influenzate da fattori culturali o legati ai ricordi infantili. In entrambi i gruppi esaminati le donne hanno dimostrato di preferire le tonalità tendenti al rosso-rosa, rispetto al blu-azzurro-verde preferito dagli uomini. I coni che recepiscono il colore blu si collocano nella retina periferica e rappresentano il 2% del totale, mentre quelli che percepiscono il colore rosso sono la maggioranza e centro-retinici. La distribuzione anatomica delle strutture delegate alla percezione dei colori era nota da tempo ma una preferenza di scelta del colore così marcata tra i due sessi viene definita come abbastanza sorprendente. Sono in progetto studi approfonditi che verranno compiuti sui bambini per avere risultati che possano avvalorare questi dati iniziali. Si ipotizzano studi anche per analizzare legami tra preferenze cromatiche e alterazioni del comportamento alimentare (come tipologia di alimenti preferiti) e del tono dell'umore.

L'industria ha già da tempo imboccato la strada dei "colori di genere" proponendo un'infinita serie di oggettistica rosa dedicata alle donne, dall'abbigliamento ai cellulari, computer e i-pod, dagli utensili domestici a biciclette e motociclette; gli esperti del marketing la chiamano pink-mania, sebbene l'articolo della famosa ricercatrice abbia scatenato polemiche sui quotidiani inglesi, tra cui l'autorevole The Guardian che commenta sprezzante: "L'umanità non ha nulla da guadagnare da una scienza che indaga il colore preferito dalle ragazze". Dalla prestigiosa Yale University però un gruppo di ricercatori capitanati da Jos-

hua New, studioso dei rapporti tra cognizione e percezione visiva, lancia un altro sasso nello stagno (storicamente già noto a tutti): oltre a preferire il colore rosa le donne sono più capaci di fare shopping rispetto agli uomini. Per provare quella che le donne considerano spesso una naturale inclinazione (che comunque ha sempre un retaggio preistorico quando venivano unite le risorse di organizzazione sociale e l'uomo aveva il compito di uscire per cacciare mentre la donna di provvedere all'accumulo e utilizzo di quanto le veniva fornito) è stato condotto un esperimento pubblicato in agosto 2007 sulla rivista "Proceedings of the Royal Society". La teoria dello studioso è che le donne hanno storicamente acquisito migliori capacità di memoria sull'ubicazione del cibo, tanto più se si tratta di alimenti particolarmente graditi e palatabili. Sono stati studiati 41 donne e 45 uomini nei percorsi per l'acquisto all'interno di un supermercato che comprendeva 90 compartimenti con differenti tipi di alimenti. In ogni compartimento veniva data la possibilità di assaggiare il cibo esposto. Al termine del tragitto i partecipanti dovevano ricordare l'esatta localizzazione dei prodotti. È stato chiesto inoltre di specificare l'indice di gradimento dei differenti alimenti, quante volte questi venivano consumati nella vita quotidiana, se erano esposti nello stand in modo gradevole e allettante e quante altre volte erano stati precedentemente acquistati. Dopo la visita di ogni 6 stand i soggetti venivano riportati al centro del supermercato e da lì veniva loro chiesto di indicare con un puntatore la localizzazione degli stand visitati e la strada più breve per raggiungere la precedente determinata postazione. In media le donne sono risultate avere una capacità di orientamento per gli stand dei vari prodotti 9 volte superiore rispetto agli uomini (co-

sa che solitamente risulta inversa per la localizzazione di strade o percorsi di viaggio o lettura di mappe stradali). I dati pare siano sufficienti anche per escludere che questo risultato sia dovuto a una maggiore frequentazione dei supermercati da parte delle donne rispetto agli uomini. Pare quindi esista proprio una peculiarità tutta femminile come capacità a localizzare e memorizzare la collocazione dei cibi da acquistare. Questa caratteristica pare inoltre tanto maggiore quanto più elevato è il contenuto calorico dei cibi stessi, mentre nessuna differenza è stata rilevata per altri parametri definiti come secondari (palatabilità, gradevolezza nell'esposizione e presentazione, frequenza di consumo e di acquisto).

Come dice un motto inglese: "può darsi che Eva avesse qualche altra ragione per cogliere una mela rossa": a questo punto aspettiamo che la scienza ci aiuti a capire se l'abbia colta perché era rossa o perché sapeva esattamente quante calorie possedesse! ■

Settembre 2007

Maria Cristina Campanini

Comunicazione importante

Oggetto: obbligo di indicare il proprio numero di partita Iva nella Home Page del proprio sito internet.

Si ricorda a tutti gli iscritti che abbiano aperto una home page in internet, l'obbligo di indicare il proprio numero di Partita Iva siccome previsto dall'art. 2 D.P.R. n. 404/2001, anche perché la violazione di tale obbligo può comportare, in base al D.P.R. n. 473/1997 una sanzione che varia da un minimo di 258,23 euro ad un massimo di 2.065,83 euro.

A che punto siamo con il contratto dei medici della dipendenza?!

Il riassunto delle fasi della contrattazione

■ di **Marcello Costa Angeli**

La contrattazione collettiva nazionale di lavoro si svolge tra l'Aran e le controparti sindacali (i sindacati) attraverso le seguenti fasi:

- la legge finanziaria individua le risorse finanziarie destinate alla contrattazione collettiva per le amministrazioni statali, in base alle compatibilità definite nel documento di programmazione economica e finanziaria. Per le restanti amministrazioni pubbliche le risorse finanziarie sono a carico dei rispettivi bilanci, fermo restando i parametri fissati nel documento di programmazione economica e finanziaria;
- in previsione di ogni rinnovo contrattuale e nei casi nei quali si richieda, comunque, l'attività negoziale dell'Aran, i **Comitati di settore** deliberano, preventivamente, gli **atti di indirizzo**. Quelli relativi alle amministrazioni diverse dallo Stato vengono sottoposti al Governo che ha

10 giorni per valutarne la compatibilità con la politica economica e finanziaria nazionale. Questi atti di indirizzo vengono quindi inviati all'Aran;

- l'Aran avvia la trattativa negoziale convocando le confederazioni e le organizzazioni sindacali di comparto maggiormente rappresentative ai sensi dell'art. 43 del D.Lgs. n. 165/2001;
- la trattativa può avere una prima fase conclusiva che si concretizza in una preintesa sul contenuto contrattuale complessivo;
- il testo della preintesa è oggetto di consultazione con i lavoratori da parte delle organizzazioni sindacali, mentre l'Aran può effettuare ulteriori verifiche con le amministrazioni rappresentate;
- la trattativa si conclude con una **ipotesi d'accordo**, con la quale le parti formalizzano l'accordo definitivo;

- l'Aran, entro 5 giorni, deve acquisire il parere dei Comitati di settore sulla ipotesi di accordo e sugli oneri finanziari, diretti e indiretti, che ne derivano sui bilanci delle amministrazioni interessate;
- acquisito il parere favorevole, il giorno successivo l'Aran trasmette alla Corte dei Conti la quantificazione dei costi contrattuali ai fini della certificazione di compatibilità con gli strumenti di programmazione e di bilancio di cui all'art. 1 bis della L. n. 468/78. La Corte deve esprimersi entro 15 giorni; se la certificazione è positiva, il contratto viene sottoscritto definitivamente e diventa efficace dal momento della sottoscrizione; il testo è pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale al fine esclusivo di portarlo a conoscenza degli utenti;
- se la certificazione è negativa, sentito il comitato di settore o il Presidente del Consiglio dei ministri, l'Aran assume le iniziative necessarie per adeguare la quantificazione dei costi contrattuali o, qualora non lo ritenga possibile, riapre le trattative;
- la procedura di certificazione deve, comunque, concludersi entro 40 giorni dall'ipotesi di accordo, decorsi i quali il Presidente dell'Aran, salvo che non ravvisi l'esigenza di riaprire le trattative come si è detto sopra, ha mandato di sottoscrivere definitivamente il contratto collettivo.

Istituita dal D. Lgs 29/1993, con sede a Roma, l'Aran, Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle Pubbliche Amministrazioni, è un organismo tecnico, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, gestionale e contabile. L'Aran ha la rappresentanza legale di tutte le pubbliche amministrazioni in sede di contrattazione collettiva nazionale. L'Aran, pertanto, svolge ogni attività relativa alla negoziazione e definizione dei contratti collettivi del

personale dei vari comparti del pubblico impiego, ivi compresa l'interpretazione autentica delle clausole contrattuali e la disciplina delle relazioni sindacali nelle amministrazioni pubbliche. Nello svolgimento dei suoi compiti istituzionali, l'Agenzia si attiene agli atti di indirizzo dei Comitati di settore (organismi collegiali costituiti per rappresentare categorie omogenee di amministrazioni), con l'autonomia richiesta dalle esigenze di una corretta e funzionale dinamica negoziale.

L'Aran, inoltre, assiste le pubbliche amministrazioni per l'uniforme applicazione dei contratti collettivi di lavoro e, su richiesta dei comitati di settore, può costituire delegazioni temporanee a livello regionale o interregionale per soddisfare specifiche esigenze delle amministrazioni interessate. Unico organismo preposto alla negoziazione nel pubblico impiego, l'Agenzia è, quindi, costante punto di riferimento nel complesso sistema della contrattazione collettiva.

Il punto attuale

Il giorno 29 settembre si è riunito il Comitato di Settore per la Sanità ed è stato varato l'atto di indirizzo (per cui siamo all'inizio punto 2 dell'elenco precedente). Siamo quindi in alto mare per un contratto scaduto in dicembre 2005.

Ma vediamo in breve cosa recita l'attuale atto di indirizzo

Richiede la semplificazione della normativa contrattuale con l'adozione di un testo unico...

Commento - Finalmente!!! Chiarirebbe molte controversie.

La semplificazione del sistema retributivo.

Commento - Speriamo che sia una chiarezza migliorativa...

L'integrazione tra lavoro dipendente e convenzionato.

Commento - vediamo cosa s'inventano... e cosa diranno i sindacati della convenzionata.

Rafforzare il livello di contrattazione regionale.

Commento - Sarebbe ora...

Chiarire le linee di autonomia degli incarichi dirigenziali gestionali.

Commento - Sarebbe auspicabile.

Potenziamento della pronta disponibilità.

Commento - Se pagata con l'elemosina... Grazie non ci stiamo!!! Un tempo andava abrogata. Ora che almeno se non deve essere abrogata che vada pagata come si conviene!!

Risoluzione della normativa riguardante le ferie profilattiche per l'esposizione alle radiazioni ionizzanti.

Commento - Ben venga un chiarimento.

Riaffermazione del numero massimo di ore settimanali che non superino le 48 ore con riferimento alla media annuale.

Commento - Meglio ben puntualizzare il dovuto orario max. Farebbe chiarezza su una condizione di conflitto continuo.

Possibile variazione di impiego sulla base di riutilizzo del personale su specializzazioni diverse da quella per cui si era stati assunti.

Commento - Un utile chiarimento dovuto.

Semplificazione dei processi di valutazione.

Commento - Va bene se vengono mantenute le tutele di garanzia di legalità.

Doveri dei Dirigenti nella formazione dei medici specialisti.

Commento - Sì...!! ma ai doveri devono affiancarsi i compensi!!! e il riconoscimento legale di questa attività!!!

Disponibilità delle risorse economiche quantificate ad oggi per l'an-

no 2006 nel valore della indennità della vacanza contrattuale (0,39% - in pratica + 44 euro/mese) e per l'anno 2007 il valore degli incrementi retributivi pari al tasso dell'inflazione programmata del 2% detratta l'indennità di vacanza contrattuale (1,61% - in pratica + 185 euro/mese). E per il 2008 gli incrementi di regime del 4,46% che assicurino il recupero dell'inflazione programmata del biennio 3,7% ed un ulteriore incremento retributivo dello 0,76% (0,76% - in pratica + 513 euro/mese).

Commenti - Le disponibilità economiche sono molto scarse. Si prevede di poter contare su un miglioramento globale della costituzione del salario attraverso una rivalutazione del valore dell'indennità di pronta disponibilità ferma all'anno 2000 attraverso un fondo aggiuntivo apposito e la sua introduzione nel salario base così che se ne possa innalzare il valore utile al fine dei successivi periodi contrattuali anche per il computi dei recuperi inflattivi periodici.

Commento finale

"Mala tempora currunt" non è un si fa per dire. Pochi soldi sul piatto e l'escamotage possibile ma difficile sul piano economico della rivalutazione del valore dell'indennità di esclusività. Speriamo che passi. Comunque tempi lunghi; anche perché la finanziaria del 2006 non aveva stanziato soldi per il rinnovo dei contratti per la sanità. Gli stanziamenti sono tutti per il 2008!! ammesso che li prevedano per intero!! La pressione sindacale sulla finanziaria corrente quindi deve fare prevedere i soldi aggiuntivi per la rivalutazione dell'esclusività. Se non verranno previsti ci si dovrà aspettare tanto quanto già previsto per il rinnovo dei contratti per la funzione pubblica di 110 euro! haimè...

Marcello Costa Angeli

Associazione Mogli Medici Italiani

In riferimento all'articolo del Bollettino 3/2007 ho riscontrato degli errori di stampa che in un caso hanno cambiato il significato del mio pensiero.

Errore di battitura (volgiamo invece di "vogliamo") primo rigo della seconda colonna. Errore di battitura (canonici invece di "canoni di") dodicesimo rigo seconda colonna.

È stata sbagliata la battitura dell'ultima frase dell'articolo, sono state omesse due parole stravolgendo il senso della frase stessa.

Il testo doveva essere: "Non danneggia essere ottimisti, al contrario, essere pessimisti è una sofferenza doppia, se si soffre prima, e si soffre dopo, se la delusione c'è stata".

L'anno sociale è cominciato lo scorso mese di ottobre e con grande gioia ho rivisto le "ammine". Nello stilare il programma del prossimo anno ho tenuto conto dei suggerimenti e dell'aiuto del Consiglio Direttivo che collabora fattivamente, un grazie alla mia giunta e alle mie consigliere che sempre mi sostengono.

Stiamo organizzando il Congresso Nazionale che si terrà nel prossimo mese di maggio e devo dire che ho dovuto superare non poche difficoltà nel mettere a punto il programma.

Darò al più presto comunicazioni in merito, onde permettere di intervenire, anche alle mogli dei medici che non sono ancora iscritte all'associazione, e che ci auguriamo si iscrivano al più presto. Ogni presenza sarà graditissima.

Riflettevo nei giorni scorsi su un problema che affligge molte giovani ragazze: quello dell'anorexia. Sono state fatte campagne importanti al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica su questo fenomeno negativo: ma questa "malattia" sembra non regredire.

D'altra parte come si fa ad insistere che non si può non mangiare per essere magre quando siamo bombardate da pubblicità raffiguranti sempre esili giovani donne.

È naturale che l'emulazione e la voglia di essere come le modelle costringe coloro che sono di corporatura normale a diete ferree, o addirittura a saltare i pasti.

Naturalmente dietro tutto ciò esiste un fenomeno mentale e psicologico di insofferenza e di disagio che si manifesta proprio così. Bisogna ricercare a monte la causa che ha provocato questo comportamento.

Noi dell'AMMI continueremo a tenere presente questo problema tenendo conferenze e parlandone nelle varie occasioni di incontro, augurandoci che questo problema trovi una soluzione.

Teniamo viva l'attenzione su tale argomento con la speranza che questo continuo interesse dia qualche frutto.

Ricordo che teniamo conferenze con argomento medico, artistico, culturale, programiamo visite a mostre in Milano e fuori, organizziamo gite culturali e gastronomiche; ci occupiamo di solidarietà ed interveniamo con il nostro aiuto, là dove riteniamo sia estremamente necessario.

Abbiamo interessi diversi, ma comuni, siamo donne attive con tanta voglia di fare e attendiamo le vostre adesioni. Un affettuoso saluto.

La Presidente AMMI di Milano
Alba Maspero



Libri ricevuti



Una nuova rivista medico-giuridica. Perché?

di Antonio Farneti
Presidente del Gruppo Medicina e Diritto

Il Gruppo di Studio Medicina e Diritto compirà tra poco 20 anni. Nato sulla scia dei dibattiti seguiti alla sentenza 184/86 della Corte Costituzionale, si è da sempre interessato ai diversi aspetti del danno alla persona, dalla responsabilità civile al danno iatrogeno da responsabilità professionale e, recentemente, ha affrontato temi emergenti, quali il rischio clinico e la prevenzione dell'errore in sanità.

L'uomo, come centro di interesse nella sua realtà psicofisica, ha da sempre rappresentato oggetto di studio del Gruppo: l'uomo, nelle diverse sue espressioni di vita, lavoro, salute, malattia in una parola come entità inserita nel mondo che lo circonda, ove esplica per un certo tempo di vita un lavoro, e con i suoi molteplici interessi, che nel trascorrere degli anni ne caratterizzano l'esistenza. Verso questo tipo di uomo, inteso nella globalità dell'essere e del divenire, il Gruppo si è sempre rivolto affrontando in scritti e convegni i problemi di maggior rilievo posti dall'evoluzione giuri-sprudenziiale, dottrinarie e legislativa.

Circa 20 anni orsono il Gruppo nacque coagulandosi attorno ad una figura di entusiasta, di tra-scinatore, quale è stato Walter Brondolo. Un ortopedico innamoratosi della medicina legale alla quale ha dato tanto. L'idea vincente di Brondolo fu di riunire alcuni medici legali, avvocati-giuristi, magistrati ed assicuratori, per discutere informalmente di tematiche sul danno alla persona per portare all'esterno (attraverso convegni, pubblicazioni) il frutto di questi incontri serali, promuovendo una crescita reciproca nello scambio di esperienze e nel confronto di posizioni culturali e professionali diverse. Nel corso degli anni il Gruppo ha perduto il suo fondatore ed altri soci di grande spessore culturale (Gennaro Giannini, Mario Pogliani, Franco Mangili). Ciò nonostante il nucleo dei soci rimasti ha coinvolto altre figure di valore scientifico fornite di giovanile entusiasmo, si da infondere nuova linfa ad una iniziativa che nel corso degli anni, soprattutto grazie a convegni periodici, è divenuta un punto di riferimento ben preciso nella realtà medico giuridica milanese e nazionale. Proprio a questi giovani ed al loro entusiasmo si deve l'idea

di una rivista nuova nel titolo, che è quello del Gruppo, e nuova anche nell'impostazione e nei contenuti, improntata a fornire una visione pluridisciplinare di uno medesimo argomento riunendo le differenti professionalità e le diverse anime culturali del Gruppo al fine di fornire al lettore una visione quanto più possibile e ampia, forniera di spunti di riflessione e di aggiornamento delle proprie conoscenze. Ma la rivista propone anche di offrire contributi di pratica consultazione, snelli, che diano voce anche ai giovani, capaci di proporre casi di interesse generale e peculiare, che possano essere motivo di discussione e confronto e quindi ausilio nel quotidiano svolgersi della nostra professione. Nell'editoria attuale non pare vi sia nulla di analogo.

È questo lo spirito di fondo che, sull'onda entusiastica dei giovani, ha indotto anche i più vecchi e recalcitranti tra noi a sostenere l'iniziativa: fornire alle diverse visioni culturali che quotidianamente si confrontano sul danno all'uomo, una lettura pluridisciplinare, possibilmente utile per crescere migliorare e per giungere a quel risarcimento integrale del danno che è forse utopia, ma che può trarre vantaggio da un percorso fatto insieme.

Da ultimo una considerazione: un ulteriore prodotto nell'era informatica può trovare spazio?

Chi scrive usa lo strumento informatico con l'aiuto di terzi, non è quindi in grado di giudicare. È pur vero che la comoda lettura di un prodotto cartaceo, quali che siano il contenuto e l'argomento, risulta essere meno fredda di una "schermata" del computer.

L'avventura ha inizio. Il Gruppo Medicina e Diritto sosterrà per qualche tempo con i contributi dei soci della rivista, ma è certo che alla stessa saranno necessari gli apporti dei lettori interessati, mediante esegesi dottrinarie, note e commenti a sentenza, segnalazioni casistiche particolari, cioè tutto quello che rientrando nello spirito del periodico serva ad interessare il lettore, ne stimoli le riflessioni, gli sia di aiuto nel lavoro di ogni giorno.

È questo lo spirito che anima noi tutti. Speriamo di essere ben accolti. Speriamo, soprattutto, di essere utili.

È mancato il Prof. Alessandro Ambrosini

La notizia della morte del Prof. Alessandro Ambrosini ha lasciato sgomento e rimpianto.

Allievo del Prof. Oselladore ha saputo essere per tutti i suoi collaboratori, nella vita come nella professione, esempio di serietà e sensibilità, sprone allo studio e alla ricerca responsabile, maestro di competenza e di sollecita disponibilità.

Direttore dal 1970 della Divisione di Chirurgia dell'Ospedale Predabissi di Melegnano, ha saputo creare con i suoi allievi un'équipe affiatata, animata dal comune intento di aiutare chi soffre, una Famiglia responsabile ed entusiasta, di cui è stato per tanti anni guida insostituibile. Lo ricordiamo tutti con commozione e gratitudine.

Dott. F. Crespi, Dott. M. Bersani

Si associano al ricordo di un caro amico Roberto Anzalone e Piero Rossi

4/2006 Ottobre-Dicembre

Libri ricevuti



Alla conquista del tempo dopo la conquista dello spazio

di Fernando Santarelli

La singolare circostanza biografica che consente al Dott. Santarelli di unire alla conoscenza della Scienza Medica una profonda esperienza negli studi economici, lo porta ad integrare tra loro le due discipline e ad indagare i fenomeni biologici, quali quello dell'invecchiamento, con un nuovo Metodo globale, basato sull'Economia biologica.

Questo libro, che tiene conto anche dei più recenti studi sul DNA e sugli esperimenti relativi alla "clonazione", si pone come un contributo scientifico originale ed uno stimolo per sviluppare sempre più l'attività di ricerca scientifica sull'invecchiamento, nella prospettiva concreta di un possibile ulteriore incremento della durata della vita in buona salute, da sempre obiettivo primario dell'Umanità.

Fernando Santarelli, laureato in Economia presso l'Università "Bocconi" di Milano, Docente incaricato di Economia presso l'Università di Trieste, è stato per molti anni Preside di uno dei più importanti Istituti Statali di Milano.

Dal Presidente della Repubblica è stato insignito della medaglia d'oro di Benemerito della Scuola, della Cultura e dell'Arte. Ha conseguito una seconda laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano, discutendo una tesi in Gerontologia. Si è dedicato quindi alla ricerca medica fondando nel 1992 l'Associazione Italiana Ricerca Prevenzione Terapia dell'Invecchiamento e pubblicando, su Riviste mediche specializzate, diversi articoli scientifici sull'invecchiamento.



Follia e psichiatria: crisi di una relazione

di Alberto Giannelli

La psichiatria, sul piano epistemologico e culturale disciplina complessa e ambigua, si trova ancora oggi in difficoltà a coniugare la sua dimensione medico-psicosociologica con la funzione di controllo sociale che dai tempi del-

la sua origine la collettività le demanda. Stretta tra lo sviluppo straordinario delle neuroscienze e l'area plurivariegata delle discipline psicosociologiche in una sorta di serrata contesa tra loro, non solo corre il rischio di cedere a un monoriduzionismo che rivelerebbe del tutto sterile, ma anche di vedere minacciata la sua autonomia e progressivamente impoverite le sue aree di intervento. È pertanto necessario che rinnovi, anche in modo radicale, i modelli formativi degli operatori, adattandoli anche alle nuove modalità espressive della follia e aprendoli all'orizzonte creativo in essa indovato, riveda i loro profili professionali e ne rivisiti gli assetti operativi. Solo intervenendo a questi livelli la psichiatria potrà salvaguardare, rifondandola su basi più solide, la sua autonomia e, opponendosi a qualsiasi forma nuova di esclusione sociale, tutelare la complessa totalità della persona.

Alberto Giannelli, libero docente in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali e in Psichiatria dell'Università di Milano, ha al suo attivo una intensa e lunga attività didattica e operativa e una ricca produzione scientifica nell'ambito della psicopatologia, dell'etica e della psichiatria clinica. È socio onorario della Società Italiana di Psichiatria Diritto ed Etica. Ha fondato nel 1988 il periodico Psichiatria oggi, del quale è Direttore.

Presentazione

Sono lieto di presentare questo libro di Alberto Giannelli, che è stato un mio valido allievo prima e prezioso collaboratore dopo, della cui preparazione culturale e capacità professionale sono da sempre diretto testimone. Si tratta di un libro che sostiene con forza che la psichiatria ha bisogno di una maggiore visibilità per venire a contatto con un pubblico più largo, dal cui consenso ottenere comprensione e aiuto, al fine di superare quei pregiudizi e quelle diffidenze che ancora gravano sulla malattia mentale, su chi ne soffre e su chi ad essa si dedica.

Giannelli richiama le differenze concettuali e metodologiche del fare psichiatria rispetto all'esercizio della restante medicina, nonché le sue risonanze etiche e socio-culturali nella coscienza individuale e collettività.

La psichiatria, si evince dalla lettura del libro, deve arricchirsi del sapere neuroscientifico e psicologico, ma senza diventarne subalterna, anzi deve rinforzare la sua autonomia e la sua specificità di scienza multidisciplinare, che tenga conto della complessa totalità della persona umana.

Alcune tesi sostenute dall'autore vanno senz'altro condivise (come quella che vede nella comunicazione interpersonale il momento operativo irrinunciabile), altre si prestano invece ad essere discusse (come quella per cui l'attuale piano di studi deve lasciare il posto a una formazione dello psichiatra disancorata da pregiudiziali riduzionistiche, vuoi neurobiologiche che psicosociologiche).

Crede che un libro sia importante non solo per quello che dice, ma anche e soprattutto per i problemi che solleva e per il dibattito delle idee cui dà vita. Ritengo che questi obiettivi siano stati raggiunti.

Carlo Lorenzo Cazzullo

Presidente onorario della Società Italiana di Psichiatria

Libri ricevuti



La dipendenza dal tabacco

Storia, botanica, farmacologia e metodi di disassuefazione dal fumo

Federico E. Perozziello

Un saggio di medicina che vuole prima di tutto essere uno strumento per conoscere il tabacco, la sua storia ed i suoi effetti sulla salute. Appare infatti impossibile, a mio modesto parere, affrontare il problema posto dal tabacco e dalle sue conseguenze sulla salute in termini legati solo ad un'analisi del tipo causa/effetto di tale comportamento di dipendenza.

Gli intrecci storici, sociali, economici, medici e via dicendo che tale dipendenza provoca nel tessuto sociale del nostro mondo contemporaneo affondano le loro radici su di una complessità di ragioni che ho cercato di illustrare con agilità, senza rinunciare ad un riferimento puntuale alle fonti scientifiche sull'argomento.

Si tratta di un libro che racconta di botanica, chimica, farmacologia e malattie correlate all'uso di questa importante pianta e, naturalmente, parla dei metodi scientificamente efficaci e delle terapie farmacologiche per smettere di fumare. La dipendenza dal tabacco viene affrontata partendo dalle sue origini storiche. Attraverso una descrizione dei componenti costitutivi del fumo di tabacco, si analizzano gli effetti sulla salute e le malattie da esso indotte.

Una parte importante dell'opera è dedicata ai metodi per smettere di fumare. Si descrivono le componenti psicologiche della dipendenza tabagica, i meccanismi di valutazione e consapevolezza dello stato di dipendenza che interessano il fumatore, le sue motivazioni a smettere e le conseguenze della cessazione dal fumo sull'architettura del suo equilibrio psicologico.

Vengono infine passate in rassegna le principali terapie mediche che possono essere impiegate per favorire la cessazione dal fumo, attraverso una descrizione delle terapie farmacologiche utilizzate in un passato recente, fino ai farmaci impiegati attualmente o di recente introduzione in commercio. Completano l'opera le valutazioni su di un eventuale vaccino anti-nicotinico e le prospettive per il futuro. Una vasta bibliografia sull'argomento è a disposizione del lettore.

Federico E. Perozziello è medico, è nato e vive a Milano, dove lavora come specialista in malattie dell'apparato respiratorio. Si occupa da molti anni di delle problematiche legate alla dipendenza da fumo di tabacco.



Chirurgia delle varici

Un osservatorio italiano

di Giovanni B. Agus

È la curiosità che fa la cultura. Quando poi questa si accompagna alla metodologia rigorosa e al costante aggiornamento, il tutto permeato dalla cultura umanistica, come dicono gli Inglesi, "il goal è fatto". Potrei fermarmi qui in questa presentazione del Libro "quasi un osservatorio flebologico" del Prof. Agus o dell'amico di percorso Giovanbattista o dell'eterno ragazzo Giovanni, ma sembrerebbe un escamotage per non recensire un libro non letto.

Non si tratta di libro che nasce già vecchio alla prima edizione, né di una monografia noiosa per antonomasia in quanto spesso autoincensante; trattasi di una completa e aggiornata revisione critica del corpo dottrinario flebologico che nell'avere rispetto e apertura alla cultura in progress, riporta le opinioni vissute dell'Autore porte con garbo rispetto e senza la naturale diffidenza che unisce gli esperti, anomala in un isolano come Giovanbattista. Tutto questo permette di perdonargli il "bossiano" arroccamento che trova i propri confini a Porta Romana di Milano.

Per chiunque di Flebologia si interessi e voglia avere un respiro sul mondo, questo testo è non solo necessario, ma una chicca da con-

sultare ogni volta si voglia scrivere, discutere o tenere una relazione su questo argomento.

Chiaro, semplice, preciso nelle esposizione, pratico fino al paternalismo didattico nella informazione delle tecniche, dello strumentario chirurgico, trasparente nel consiglio tecnico-economico di scelta dei presidi diagnostico-terapeutici in un mondo commerciale globalizzato nella disinformazione.

Va ragazzo con il tuo passo spedito e volitivo che ti porta ad una eterna e pacata conoscenza come quando ad ogni costo volesti arrivarci prima dell'alba sulla vetta del Sinai durante uno dei primi backstage del Collegio Italiano di Flebologia, in quel di Sharm El Sheik, proficui programmatori di ricerca, linee-guida e idee flebologiche.

Con commozione intellettuale, presento questo tassello di cultura e, se per sacro egoismo non vorrei che altri facessero parte di questo cenacolo con uguale doverosa apertura scientifica, invito tutti i Flebologi Italiani a sedere alla mensa del Prof. Agus.

Prof. Claudio Allegra

Presidente della Union Internazionale de Phébologie - UIP

relazione del tesoriere sul bilancio preventivo per l'anno 2008

In ottemperanza alle disposizioni di Legge ed al Regolamento per l'Amministrazione e la Contabilità del nostro Ente, il Consiglio dell'Ordine ha approvato nella seduta dell'8 ottobre 2007 il bilancio di previsione per l'anno 2008. In esso è contemplata anche la previsione triennale, suddivisa per categorie, con un incremento medio per il 2009 e il 2010 di circa il 5% all'anno.

Il bilancio di previsione è articolato tenendo conto di una ulteriore riduzione della quota capitale dei mutui contratti con l'ENPAM per l'acquisto e la ristrutturazione della sede (scelta già fatta nel 2007 e ribadita per il 2008 in virtù delle economie di bilancio e di una accurata gestione economica), e della prossima istituzione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Monza e Brianza che sottrarrà al nostro Ordine le quote dei Medici che saranno trasferiti.

Inoltre nel 2008 si terranno le elezioni per il rinnovo delle cariche istituzionali dell'Ordine e ciò comporterà spese per circa € 170.000,00. Nonostante questi impegni la quota di iscrizione all'Ordine per il 2008, resterà invariata.

Ovviamente il presente bilancio sarà sottoposto ad un assessment col nuovo anno (in fase di presentazione del conto consuntivo) che sarà portato all'approvazione dell'Assemblea secondo le normative vigenti.

Mi è grata l'occasione per ringraziare il Personale dell'Ordine per l'impegno dimostrato nello svolgimento dei propri compiti e per il supporto che mi ha reso in questo delicato compito.

Tutte le scritture sono state eseguite in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti e i dati sono riportati nell'allegato bilancio preventivo in entrata ed in uscita.

Il Tesoriere
Prof. Angiolino Bigoni

DELIBERA DI CONSIGLIO

Il Consiglio dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano riunito in seduta l'8 ottobre 2007,

- **esaminato** lo schema del Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario dell'anno 2008;
- **esaminata** la relazione del Tesoriere;
- **visti** gli artt. 2 e 6 del vigente regolamento per l'amministrazione e la contabilità;

ALL'UNANIMITÀ DELIBERA

di sottoporre all'approvazione dell'Assemblea dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri iscritti nei rispettivi Albi, appositamente convocata,

IL BILANCIO DI PREVISIONE DELLE ENTRATE E DELLE SPESE PER L'ANNO FINANZIARIO 2008

1. È autorizzata la riscossione delle tasse dei diritti e degli altri proventi dovuti per l'anno 2008 e il versamento delle relative somme, giusta la seguente previsione:

Presumibile avanzo di amministrazione al 31/12/2007	€	515.000,00
TITOLO I Entrate contributive	€	2.939.585,00
TITOLO II Entrate correnti	€	72.000,00
TITOLO III Entrate per alienazione di beni patrimoniali e riscossione crediti	€	1.000,00
TITOLO IV Entrate derivanti da accensione di mutui e prestiti	€	15.000,00
TITOLO V Entrate per partite di giro	€	2.005.250,00
TOTALE ENTRATE	€	5.547.835,00

2. È autorizzata, in particolare la riscossione della tassa annuale di iscrizione, pari a € 120,00 come prima iscrizione e a € 217,00 per le doppie iscrizioni, da riscuotere in un'unica rata come da convenzione con l'ESA.TRI;

3. È approvata per l'anno 2008 la spesa come da seguente previsione:

TITOLO I Uscite correnti	€	2.562.585,00
TITOLO II Uscite in conto capitale	€	90.000,00
TITOLO III Uscite per estinzione di mutui e anticipazioni	€	890.000,00
TITOLO IV Uscite per partite di giro	€	2.005.250,00
TOTALE USCITE	€	5.547.835,00

4. Le tabelle delle Entrate e delle Uscite del Bilancio di previsione 2008, ripartite in titoli, categorie e capitoli, parti integranti della presente deliberazione, saranno pubblicate unitamente alla relazione illustrativa del Tesoriere sul Bollettino dell'Ordine.

Il Segretario Dott. Piero Rossi	Il Tesoriere Prof. Angiolino Bigoni
	Il Presidente Dott. Roberto Anzalone

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MILANO BILANCIO PREVENTIVO ANNO 2008 - ENTRATE -					
TIT. CAT.	CAP. ART.	Descrizione	PREVISIONI INIZIALI ANNO 2008	PREVISIONI 2009	PREVISIONI 2010
		Avanzo di amministrazione presunto al 31/12/2007	€ 515.000,00		
I		ENTRATE CONTRIBUTIVE			
		CONTRIBUTI ASSOCIATIVI			
	1	Tassa annuale a ruolo Medici e Odontoiatri	€ 2.585.050,00		
	2	Tassa annuale a ruolo per doppie iscrizioni	€ 227.950,00		
	3	Tassa annuale a esazione diretta	€ 58.200,00		
	4	Tassa annuale a esazione diretta per doppie iscrizioni	€ 68.385,00		
	5	Tasse degli anni precedenti	-		
	6	Ruolo suppletivo	-		
		TOTALE TITOLO I	€ 2.939.585,00	€ 3.000.000,00	€ 3.150.000,00
II		ENTRATE CORRENTI			
		Redditi e proventi patrimoniali			
	7	Interessi attivi su depositi bancari e investimenti in titoli di Stato	€ 20.000,00		
	8	Interessi su mutui concessi al Personale	-		
	9	Interessi su prestiti concessi al Personale	€ 1.500,00		
		TOTALE CAT. II - Redditi e proventi patrimoniali	€ 21.500,00	€ 22.000,00	€ 23.000,00
III		Diritto di segreteria e altri proventi			
	10	Tassa iscrizione (prima iscrizione, provenienti da altro Ordine, trasferimento e rilascio nulla-osta per trasferimento)	€ 6.000,00		
	11	Tassa rilascio certificati di iscrizione	-		
	12	Pareri di congruità	€ 12.000,00		
	13	Altri proventi patrimoniali (rimborsi Altri ed elenchi - rimborsi spese per utilizzo salone)	€ 1.000,00		
IV		Poste correttive e compensative di spese correnti			
	14	Recuperti e rimborsi diversi	€ 1.000,00		
	15	Contributi Fnomceo o altri per corsi di aggiornamento professionale - contributi per funzionamento sportello Enpam	€ 29.000,00		
	15	Contributo Fnomceo per spese di esazione	-		
	15	Rimborso spese da associazioni	-		
	15	Interessi di mora e penalità	€ 1.000,00		
	15	Entrate non classificabili in altre voci	€ 500,00		
		TOTALE CAT. III e IV	€ 50.500,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00
		TOTALE TITOLO II	€ 72.000,00		
III		ENTRATE PER ALIENAZIONE DI BENI PATRIMONIALI E RISCOSSIONE DI CREDITI			
V		ALIENAZIONE BENI MOBILI e IMMOBILI			
	16	Alienazione beni mobili, attrezzature e varie	€ 1.000,00		
	16	Alienazione valori mobiliari			
	16	Alienazione beni immobili			
		TOTALI TITOLO III	€ 1.000,00	€ 1.000,00	€ 1.000,00

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MILANO							
BILANCIO PREVENTIVO ANNO 2008 - ENTRATE -							
TIT.	CAT.	CAP.	ART.	Descrizione	PREVISIONI INIZIALI ANNO 2008	PREVISIONI 2009	PREVISIONI 2010
IV				ENTRATE DERIVANTI DA ACCENSIONE DI MUTUI E PRESTITI			
	VI			MUTUI E PRESTITI CONCESSI AL PERSONALE			
		17		Rimborso quote per sottoscrizione mutui contratti dal Personale	-		
		18		Rimborso quote per sottoscrizione prestiti contratti dal Personale	€ 15.000,00		
	VII			ACCENSIONE DI MUTUI E PRESTITI			
		19		Mutuo per acquisto Sede	-		
		19	1	Mutuo per ristrutturazione Sede			
				TOTALE TITOLO IV	€ 15.000,00	€ 15.000,00	€ 15.000,00
V				PARTE DI GIRO			
	VIII			Contributi obbligatori alla Federazione - Ritenute varie			
		20		Quota Fnomceo per tassa annuale a ruolo	€ 612.950,00		
		20	1	Quota Fnomceo per tassa annuale a esazione diretta	€ 13.800,00		
		21		Quota Fnomceo per tasse relative agli anni precedenti	€ -		
		22		Ritenute erariali per lavoro dipendente	€ 250.000,00		
		23		Ritenute previdenziali e assistenziali per lavoro dipendente	€ 75.000,00		
		24		Ritenute erariali per lavoro autonomo e occasionale	€ 25.000,00		
		24	1	Ritenute previdenziali e assistenziali per lavoro autonomo	-		
		24	2	Ritenute erariali per redditi assimilati a lavoro dipendente	€ 15.000,00		
		24	3	Ritenute previdenziali e assistenziali per redditi assimilati a lavoro dipendente	€ 2.000,00		
		25		Ritenute sindacali per lavoro dipendenti	€ 1.500,00		
	IX			Gestioni diverse			
		26		Ritenute per conto terzi	-		
		27		Versamento bollo virtuale	-		
		28		Servizio economato	€ 10.000,00		
		29		Indennità di anzianità accantonata per pagamento liquidazioni	-		
		30		Vendita Titoli di Stato	€ 1.000.000,00		
				TOTALE TITOLO V	€ 2.005.250,00	€ 2.000.000,00	€ 2.000.000,00
				RIEPILOGO			
				Avanzo di amministrazione presunto al 31/12/2007	€ 515.000,00		
				TOTALE TITOLO I - Entrate Contributive	€ 2.939.585,00	€ 3.000.000,00	€ 3.150.000,00
				TOTALE TITOLO II - Entrate Correnti	€ 72.000,00	€ -	€ -
				TOTALE TITOLO III - Entrate per alienazione beni patrimoniali e riscossione di crediti	€ 1.000,00	€ 1.000,00	€ 1.000,00
				TOTALE TITOLO IV - Entrate derivanti da accensione di mutui e prestiti	€ 15.000,00	€ 15.000,00	€ 15.000,00
				TOTALE TITOLO V - Partite di giro	€ 2.005.250,00	€ 2.000.000,00	€ 2.000.000,00
				TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE	€ 5.547.835,00	€ 5.016.000,00	€ 5.166.000,00

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MILANO BILANCIO PREVENTIVO ANNO 2008 - USCITE -				
TIT. CAT.	CAP. ART.	Descrizione	PREVISIONI INIZIALI ANNO 2008	PREVISIONI 2009
I		SEPE CORRENTI		
		Spese per gli organi istituzionali dell'ente		
	1	Spese convocazione assemblee (ordinaria e straordinarie)	€ 40.000,00	
	2	Spese elezioni organi istituzionali	€ 170.000,00	
	3	Spese assicurazione componenti organi istituzionali	€ 20.000,00	
	4	Rimborso spese viaggio (compreso taxi), vitto e soggiorno per trasferte organi istituzionali	€ 10.000,00	
	4	1 Indennità di presenza - Organi istituzionali	€ 200.000,00	
	4	2 Indennità di trasferta - Organi istituzionali	€ 20.000,00	
	4	3 Contributi erariali e previdenziali a carico dell'Ordine per compensi organi istituzionali	€ 15.000,00	
		TOTALE SPESE ORGANI ISTITUZIONALI	€ 475.000,00	€ 340.000,00
I	II	Spese per l'organizzazione e la partecipazione a convegni, congressi, mostre e altre manifestazioni		
	5	Aggiornamento professionale e culturale	€ 175.000,00	
	6	Contributi per organizzazione E.C.M. - Rimborsi spese	€ 8.000,00	
		Spese per il funzionamento di commissioni		
	7	Contributo funzionamento commissioni varie	€ 20.000,00	
		Spese per stampa periodici e opuscoli		
	8	Spese pubblicazione albo e opuscoli vari	€ 5.000,00	
	9	Spese pubblicazione e spedizione Bollettino	€ 100.000,00	
	10	Spese informativa aggiornamento culturale	€ 5.000,00	
		TOTALE SPESE CAT. II - III - IV	€ 313.000,00	€ 330.000,00
I	V	Spese per il personale dipendente		
	11	Trattamento economico fondamentale, R.I.A., adeguamenti CCNL	€ 500.000,00	
	12	Indennità di mensa	€ 35.000,00	
	13	Quote per agguente di famiglia (assegni familiari)	€ 3.000,00	
	14	Fondo per la retribuzione di risultato del Dirigente	€ -	
	15	Indennità varie, trattamento accessorio e lavoro straordinario	€ 90.000,00	
	15	1 Indennità di Ente	€ 30.000,00	
	16	Contributi ad altri Enti (ARAN)	€ 100,00	
	17	Assicurazioni infortuni del Personale	€ 1.500,00	
	18	Aggiornamento e formazione	€ 10.000,00	
	19	Indennità di trasferta + rimborso spese per missioni	€ 5.000,00	
		Spese per concorsi		
	20	Copertura posti vacanti	€ 1.000,00	
		Oneri previdenziali, sociali e assistenziali a carico dell'ente		
	21	Contributi previdenziali, assistenziali e IRAP	€ 230.000,00	

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MILANO BILANCIO PREVENTIVO ANNO 2008 - USCITE -				
TIT. CAT.	CAP. ART.	Descrizione	PREVISIONI INIZIALI ANNO 2008	PREVISIONI 2009
I	VIII	Interventi assistenziali per il Personale		
	22	Benefici assistenziali	€ 10.000,00	
		TOTALE SPESE PER IL PERSONALE DIPENDENTE	€ 915.600,00	€ 965.000,00
IX		Acquisto libri, riviste giornali e altre pubblicazioni		
	23	Abbonamenti a riviste amministrative, acquisto pubblicazioni varie	€ 10.000,00	
X		Spese per la sede		
	24	Spese condominiali	€ 50.000,00	
XI		Combustibili ed energia elettrica		
	25	Energia elettrica, acqua, gas	€ 12.000,00	
XII		Spese per pulizia e sorveglianza dei locali		
	26	Spese per la sorveglianza dei locali	€ 2.000,00	
	27	Spese per la pulizia dei locali	€ 50.000,00	
XIII		Spese per l'acquisto materiali di consumo e per il noleggio di materiale tecnico		
	28	Spese per cancelleria e materiale vario	€ 12.000,00	
	28 1	Spese servizi audiovisivi	€ 2.000,00	
	28 2	Spese minute varie	€ 6.000,00	
	29	Spese per stampati, rilegature e lavori tipografici	€ 15.000,00	
		TOTALE CAT. IX - X - XI - XII - XIII	€ 159.000,00	€ 165.000,00
I	XIV	Manutenzioni e riparazioni, adattamento locali e relativi impianti		
	30	Manutenzioni e riparazioni ordinarie: macchinari, mobili e attrezzature varie	€ 5.000,00	
	31	Spese gestione fotocopiatrici, contratti di manutenzione, noleggio macchinari e apparecchiature informatiche, protocollo informatico	€ 55.000,00	
	32	Spese manutenzione ordinaria della Sede	€ 10.000,00	
	32 1	Spese per traslochi, facchinaggi, dismissione beni, ecc.	€ 3.000,00	
	XV	Spese per la gestione del sito Internet		
	33	Spese per canone, gestione, manutenzione e affitto spazio Web	€ 25.000,00	
	XVI	Spese postali, telegrafiche e per corrieri		
	34	Spese telefoniche, per connessione Internet (ADSL) e telegrafiche, canone centralino	€ 23.000,00	
	35	Spese postali e per corrieri	€ 25.000,00	
	XVII	Premi di assicurazione		
	36	Assicurazione: furto e incendio, polizza elettronica su beni patrimoniali	€ 4.000,00	
	XVIII	Spese di rappresentanza		
	37	Spese di rappresentanza	€ 10.000,00	
	37 1	Iniziative divulgative	€ 20.000,00	
	XIX	Onorificenze agli iscritti		
	37 2	Medaglie 50mo di laurea e Cerimonia Giuramento	€ 35.000,00	
I		TOTALE CAT. XIV - XV - XVI - XVII - XVIII - XIX	€ 215.000,00	€ 226.000,00
	XX	Manutenzione, noleggio ed esercizio di mezzi di trasporto		
	38	Spese di locomozione	€ 2.000,00	
				€ 1.010.000,00

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MILANO BILANCIO PREVENTIVO ANNO 2008 - USCITE -					
TIT. CAT.	CAP. ART.	Descrizione	PREVISIONI INIZIALI ANNO 2008	PREVISIONI 2009	PREVISIONI 2010
I	XXI	Consulenze			
	39	Consulenza legale e tributaria esterna all'Ente	€ 25.000,00		
	XXII	Oneri e compensi per speciali incarichi - Esternalizzazione di servizi e Assistenza			
	40	Assistenza legale, fiscale e ospedaliera (agli iscritti)	€ 50.000,00		
	40	Assistenza legale in giudizio	€ 15.000,00		
	41	Assistenza in materia di lavoro	€ 15.000,00		
	42	Assistenza in materia informatica	€ 30.000,00		
	43	Collaborazioni occasionali	€ 3.000,00		
	43	Collaborazioni coordinate continuative	-		
	43	Competenze previdenziali a carico dell'Ente	€ 1.000,00		
	43	Consulenza Responsabile servizio di protezione e prevenzione	€ 2.000,00		
	XXIII	Spese per accertamenti sanitari			
	44	Visite mediche e di controllo (medico competente)	€ 2.000,00		
	44	Visite fiscali	€ 500,00		
	XXIV	Spese per trasferimenti			
	45	Contributo a Federazione regionale Lombardia	-		
	45	Trasferimento quote di competenza Ordine Monza e Brianza	€ 20.000,00		
	46	Equo indennizzo al Personale	-		
	47	Contributi vari	-		
		TOTALE CAT. XIX - XX - XXI - XXII	€ 165.500,00	€ 175.000,00	€ 180.000,00
I	XXV	Oneri tributari			
	48	Imposte, Tasse, tributi e bolli - IRAP su prestazioni occasionali	€ 40.000,00		
	XXVI	Commissioni bancarie			
	49	Commissioni bancarie	€ 2.000,00		
	XXVII	Rimborsi quote, spese e oneri diversi			
	50	Rimborso quote di iscrizione e tasse non dovute	€ 2.000,00		
	51	Sgravi su emissione ruoli	€ 2.000,00		
	52	Spese varie per emissione ruoli	€ 90.000,00		
	XXVIII	Interessi passivi			
	53	Interessi passivi	€ 1.000,00		
	53	Interessi passivi su mutuo per acquisto e/o ristrutturazione immobili	€ 60.000,00		
	XXIX	Poste correttive e compensative di entrate correnti			
	54	Arrotondamenti su partite di giro	€ 100,00		
	55	Accertamento rischi su quote inesigibili	€ 10.000,00		
I	XXX	Fondi di riserva			
	56	Fondo di riserva per gli stanziamenti insufficienti	€ 107.385,00		
	56	Fondo di riserva per spese impreviste o straordinarie (art. 34 DPR 22/1/50)	€ 5.000,00		
		TOTALE CAT. XXIII - XXIV - XXV - XXVI - XXVII - XXVIII	€ 319.485,00	€ 335.000,00	€ 354.000,00
		TOTALE SPESE CORRENTI	€ 2.562.585,00	€ 2.536.000,00	€ 2.656.000,00

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MILANO BILANCIO PREVENTIVO ANNO 2008 - USCITE -							
TIT.	CAT.	CAP.	ART.	Descrizione	PREVISIONI INIZIALI ANNO 2008	PREVISIONI 2009	PREVISIONI 2010
II				SPESE IN CONTO CAPITALE			
	XXXI			Acquisizione beni di uso durevole e opere immobiliari			
		57		Spese per la manutenzione straordinaria degli immobili - rinnovo impianti	€ 10.000,00		
		57	1	Spese per la ristrutturazione degli immobili	€ 10.000,00		
		58		Acquisto mobili, arredi, elettrodomestici, ecc.	€ 10.000,00		
	XXXII			Acquisizione di immobilizzazioni tecniche			
		59		Acquisto macchine, attrezzature per gli uffici e procedure informatiche	€ 10.000,00		
	XXXIII			Acquisizione beni patrimoniali			
		60		Acquisto Sede - valore mutuo	-		
		60	1	Accantonamento a fronte di impegni mediante l'utilizzo dell'avanzo di amministrazione per acquisto Sede	-		
		60	2	Spese x acquisto Sede (perizie, notaio, agenzia, ecc.)	-		
	XXXIV			Accantonamento Indennità anzianità e similari			
		61		Accantonamento per trattamento di fine rapporto e di quiescenza aggiuntivo	€ 50.000,00		
				TOTALE USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 90.000,00	€ 100.000,00	€ 110.000,00
III				ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI			
	XXXV			Quote mutui			
		62		Concessione mutui al Personale	€ 100.000,00		
		63		Concessione prestiti al Personale	€ 50.000,00		
		64		Rimborso quote per sottoscrizione mutui contratti dall'Ordine	€ 740.000,00	€ 230.000,00	€ 250.000,00
		65		Rimborso quote per sottoscrizione prestiti contratti dall'Ordine	-		
				TOTALE TITOLO III	€ 890.000,00	€ 380.000,00	€ 400.000,00
IV				PARTITE DI GIRO			
	XXXXVI			Contributi obbligatori alla Federazione - Ritenute varie			
		66		Quota Fnomceo per tassa annuale a ruolo	€ 612.950,00		
		66	1	Quota Fnomceo per tassa annuale a esazione diretta	€ 13.800,00		
		67		Quota Fnomceo per tasse relative agli anni precedenti	-		
		68		Ritenute erariali per lavoro dipendente	€ 250.000,00		
		69		Ritenute previdenziali e assistenziali per lavoro dipendente	€ 75.000,00		
		70		Ritenute erariali per lavoro autonomo e occasionale	€ 25.000,00		
		70	1	Ritenute previdenziali e assistenziali per lavoro autonomo	-		
		70	2	Ritenute erariali per redditi assimilati a lavoro dipendente	€ 15.000,00		
		70	3	Ritenute previdenziali e assistenziali per redditi assimilati a lavoro dipendente	€ 2.000,00		
		71		Ritenute sindacali per lavoro dipendenti	€ 1.500,00		
	XXXXVII			Gestioni diverse			
		72		Ritenute per conto terzi	-		
		73		Versamento bollo virtuale	-		
		74		Servizio economato	€ 10.000,00		
		75		Indennità di anzianità accantonata per pagamento liquidazioni	-		
		76		Acquisto Titoli di Stato	€ 1.000.000,00		
				TOTALE TITOLO IV	€ 2.005.250,00	€ 2.000.000,00	€ 2.000.000,00

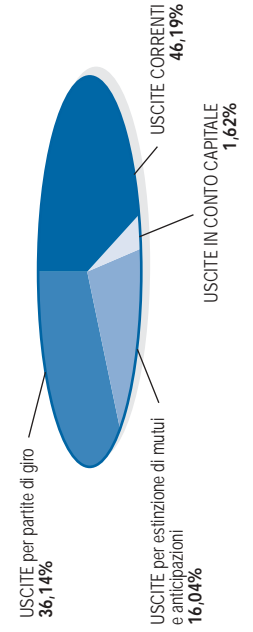
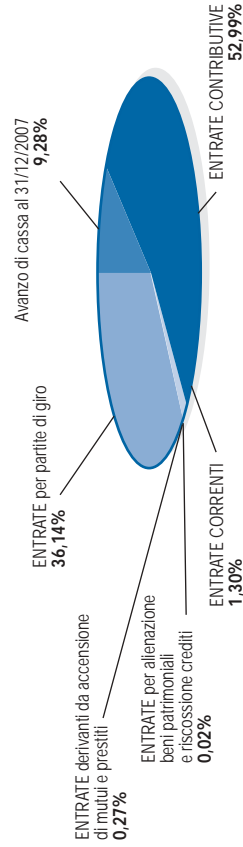
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MILANO
BILANCIO PREVENTIVO ANNO 2008 - USCITE -

TIT.	CAP.	ART.	Descrizione	PREVISIONI INIZIALI ANNO 2008	PREVISIONI 2009	PREVISIONI 2010
			RIEPILOGO DELLA SPESA			
			TOTALE TITOLO I - Spese Correnti	€ 2.562.585,00	€ 2.536.000,00	€ 2.656.000,00
			TOTALE TITOLO II - Spese in conto capitale	€ 90.000,00	€ 100.000,00	€ 110.000,00
			TOTALE TITOLO III - Estinzione di mutui e anticipazioni	€ 890.000,00	€ 380.000,00	€ 400.000,00
			TOTALE TITOLO IV - Partite di giro	€ 2.005.250,00	€ 2.000.000,00	€ 2.000.000,00
			TOTALE GENERALE DELLA SPESA	€ 5.547.835,00	€ 5.016.000,00	€ 5.166.000,00

BILANCIO DI PREVISIONE 2008

ENTRATE	
Avanzo di amministrazione presunto al 31/12/2007	€ 515.000,00
ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ 2.939.585,00
ENTRATE CORRENTI	€ 72.000,00
ENTRATE per alienazione beni patrimoniali e riscossione crediti	€ 1.000,00
ENTRATE derivanti da accensione di mutui e prestiti	€ 15.000,00
ENTRATE per partite di giro	€ 2.005.250,00
TOTALE GENERALE ENTRATE 2008	€ 5.547.835,00

USCITE	
USCITE CORRENTI	€ 2.562.585,00
USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 90.000,00
USCITE per estinzione di mutui e anticipazioni	€ 890.000,00
USCITE per partite di giro	€ 2.005.250,00
TOTALE GENERALE USCITE 2008	€ 5.547.835,00



Nel mondo delle arti visive e della luce

La Mec art

■ a cura di **Silvano Battistotti**

L

La Mec-art o arte meccanica è un tipo di estrinsecazione estetica che trova il suo

motivo di essere in considerazioni che scaturiscono dal bello che la "macchina, l'artificio tecnico, la struttura interna dell'oggetto" possono evocare.

Lo scienziato, l'ingegnere, il tecnico, si occupano della costruzione, dell'efficienza, della funzionalità dell'oggetto, che diventa "macchina" appena entra in azione. Il design dà a tutta questa funzionalità un carattere anche estetico per cui, se la "macchina, l'oggetto tecnologico" è anche bello e si presenta bene, piacerà ai futuri acquirenti e fruitori, la sua appetibilità farà crescere le vendite, rientrando in quella "logica del profitto" che rende efficace un "ritorno" dei capitali investiti nella ricerca scientifica e nella sperimentazione.

L'artista (non che i designer non siano artisti o creatori, per lo meno nelle arti applicate), nel mio caso, viene dopo, quando l'oggetto tecnologico ha finito di funzionare, quando ormai è divenuto obsoleto (e oggi l'obsolescenza ha ritmi molto rapidi), quando si è inceppato e non è più conveniente ripararlo, quando incidenti di vario tipo lo abbiano reso inservibile. Il suo destino è la discarica o, se si recuperano i vari elementi che lo costituiscono, sarà destinato allo smontaggio, dove agli ed esperte mani, magari cinesi (e non solo) rapidamente lo smonteranno recuperando, per settori, le varie materie prime di cui è costituito.

Tra questo recupero estremo (demolitivo) ed il riciclaggio con trasformazione in "oggetto estetico" si pone l'azione di recupero, diversa, dell'artista. Il risultato sarà una scultura o una pittura tridimensionale, a seconda del tipo di riutilizzo.

Nella scomposizione dell'oggetto tecnologico l'artista si rifà al piacere infantile di distruggere una bambola per vedere il meccanismo che fa muovere gli occhi o che produce suoni di lamento o di richiamo, o che fa muovere un carro armato con o senza telecomando. Ecco allora che la progressiva demolizione dell'oggetto, smontato svitando viti o tagliando fili elettrici, presenta il piacere della scoperta tecnologica e la sorpresa di trovare componenti neppure immaginati. Accanto alla scoperta di forme insolite variamente assemblate, vi è la progressiva riflessione sul possibile riutilizzo da un punto di vista estetico. Si passa quindi da una funzione dell'oggetto ad una disfunzione (demolizione) per acquisire una "funzione estetica". Ciò significa che la nuova funzione prescinde da una funzionalità meccanicistica, ormai dimenticata, per assumere una nuova, legata a rapporti formali e cromatici, propri ad arti quali la pittura e la scultura.

Facile, comodo, direte, tutto è lì già pronto, senza la fatica di "costruire" l'oggetto. Se pensiamo che le arti siano il frutto della mente, che abbiano la loro ragione di essere nella considerazione attenta che l'artista ha degli oggetti, sia della natura come dell'artificio tecnolo-

gico, ci apparirà evidente il "lavoro mentale" da lui compiuto per presentarci modalità diverse di "approccio all'oggetto".

L'orinatoio di Marcel Duchamp sta sempre lì ad indicarci che anche il contrario della funzione ha una sua funzione, diversa dalla prima ma pur sempre valida. Allora ecco che la scomposizione dell'oggetto, che da "unità a blocchi" è costituita, porta ad una sua "ricostituzione" diversa da quella per cui esso era stato costruito. Si tratta dunque di un processo di "neo-costruttivismo" quello a cui l'artista sottopone l'oggetto durante il suo nuovo assemblaggio. È questo un modo di fare che ci aiuta a "vedere le cose" con modalità diverse da quelle con cui siamo abituati a vederle, cioè con occhio generico, distratto, superficiale. L'artista vuole farci vedere di più, vuole portarci oltre la funzione e la sua estetica per introdurci in un mondo "diverso" in cui l'estetica è al primo posto. L'estetica è così importante che molti acquistano un'automobile solo perché è "bella", ha una bella linea, una bella carrozzeria, senza nulla sapere del motore che, in un oggetto che deve servire al trasporto, dovrebbe essere il primo elemento da prendere in considerazione. Ma il motore è nascosto, è "contenuto" nel suo vano e la sua "bellezza" con i vari componenti disposti secondo una logica ingegneristica è nascosta ai nostri occhi, quasi una cenerentola "estetica", che non sia degna di essere esposta e messa in evidenza.

Battistotti vuole portare alla luce, e quindi alla nostra conoscenza, questo

4/2007 Ottobre-Dicembre

Silvano Battistotti: "Mec-Art n.3"
30/05/2006
cm. 31x26x7,2
Metallo e plastica

Silvano Battistotti: "Mec-Art n.11"
18/06/2006
cm. 40,5x7,6x19
Componenti elettronici (fronte)

Silvano Battistotti: "Mec-Art n.11"
18/06/2006
cm. 40,5x7,6x19
Componenti elettronici (retro)

Silvano Battistotti: "Mec-Art n.18"
(Dimensione plastica in rosso e nero)
06/08/2005
cm. 35,6x44,5x8
Metallo e plastica

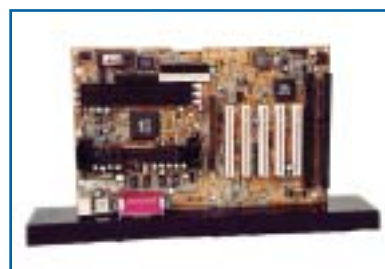
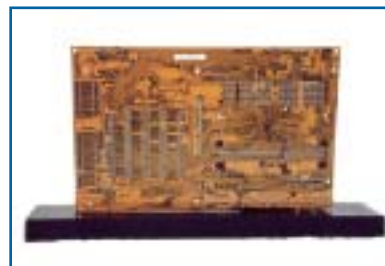
bello nascosto e, attraverso "sezioni" particolari od assemblaggi inventati ci presenta l'interno di queste macchine (radio, televisori, frigoriferi, computer, stampanti e quant'altro) facendolo diventare "esterno", bello estetico degno di essere visto e preso in considerazione. È questo un bello fisico, legato alla specificità della materia, rame, stagno, argento, alluminio, oro, plastica, acciaio, gomma ed altro, un bello ordinato, a volte freddo, in cui molle ed ingranaggi dinamizzano il complesso, a volte statico, creato dai metalli tagliati geometricamente secondo le ortogonali. Qua e là alcuni spinotti gialli, viola, blu, arancio animano, con il loro tocco di colore, zone apparentemente "vuote" vivacizzandole e connettendole tra loro. Microsaldature, raccolte in gruppi, sembrano mille neuroni pulsanti che uniscano il tutto in una nuova unità viva e presente, quella estetica appunto.

Quando l'elemento costruttivo di queste opere era costituito da "pezzi" di plastica o di metallo pre-tagliati, spesso di uguale misura, quindi modulari, potevamo a ragione parlare di "costruttivismo" ora, poiché l'elemento di base è costituito da "pezzi" già in parte preparati potremmo parlare di "ricostruttivismo". Seguendo questa scala potremmo avere questa sequenza in progressione di "costruzione, smontaggio, ricostruzione". Alcune volte l'oggetto "ricostruito" presenta anche delle parti mobili o rotanti, ma questo è un elemento

aggiunto, marginale, che può indicare un ultimo sussulto di vita in un oggetto ormai morto che cerca di rivivere in una sorta d'ibernazione dei suoi elementi. È come se la nuova vita (estetica) si "cristallizzasse" nel tempo, diventando fissa ed immutabile (polvere ed ossidazione a parte), oggetto inglobato nella storia della scienza ed archiviato sotto l'etichetta di "archeologia industriale".

Se il tecnico sbaglia una saldatura o un collegamento elettrico l'oggetto non funzionerà; il nuovo oggetto non ha bisogno di funzionare (l'arte non serve), ma ci permette una dilatazione interpretativa e di lettura: potremo con la vista collegare un avvolgimento rameico con uno spinotto blu, solo perché sono colori complementari, senza pericolo di cortocircuiti o di fusioni, potremo associare la circolarità di un condensatore con le curve dentate di un ingranaggio, sicuri che nulla si incepperà. Tutto è lì a nostra disposizione per essere letto: pieni e vuoti, colori e forme, tutti capaci di associarsi casualmente o razionalmente, è il trionfo degli elementi in libertà, una sorta di "surrealismo tecnologico" non privo di qualche aspetto minaccioso: la consapevolezza di non potere stare al passo con la tecnica e l'incapacità di potere dominare una macchina, sempre più complessa, che il nostro modulo biologico non riesce più a seguire.

Silvano Battistotti



Collegati CON l'Ordine

per avere tutte le notizie,
le informazioni e i servizi
riservati agli iscritti

A tutti gli iscritti

Abbiamo bisogno di conoscere il Tuo indirizzo e-mail per completare il nostro archivio informatico e permetterci di contattarTi con maggior tempestività.

Se non l'hai già fatto inviaci per favore una Tua e-mail all'indirizzo stampa@omceomi.it con l'indirizzo e-mail a cui desideri ricevere le Nostre comunicazioni. Grazie.

Il direttore della stampa
Marcello Costa Angeli

Centralino 02 864711

Gli interessati possono chiamare direttamente i sottoelencati uffici, senza passare attraverso il centralino.

Ufficio Stampa	Cinzia Parlanti	02 8647 1400
Sportello certificati, iscrizioni e cancellazioni	Laura Cazzoli	02 8647 1413
	Alessandra Gualtieri	02 8647 1402
	Sarah Ballarè	02 8647 1401
	Silvana Ballan	02 8647 1412
ENPAM	Gabriella Banfi	02 8647 1404
Contabilità/Economato	Fernanda Melis	02 8647 1409
	Antonio Ferrari	02 8647 1407
Segreteria del Presidente	Gabriella Sartoni	02 8647 1403
Segreterie: Vice Presidente, Commissione Odontoiatri e Aggiornamento/ECM	Marina Caserta	02 8647 1405
Ufficio Commissione Odontoiatri (solo mercoledì dalle 11 alle 12.30)		02 8647 1423
Segreteria Consigliere Segretario	Giusy Pecoraro	02 8647 1410
Pubblicità sanitaria e Psicoterapeuti	Laura Lai	02 8647 1420
	Maria Floris	02 8647 1417
CED	Rossana Ravasio	02 8647 1419
	Lucrezia Cantoni	02 8647 1424