

# BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

*“MALPRACTICE... VERA O PRESUNTA?”: RELAZIONI (II° PARTE)*

*LA CONSULENZA GENETICA NELL’AZIENDA USL DI MODENA (S. SANTUCCI)*



# MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARI

# SASSUOLOASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARI

**NOI VI ASSISTIAMO A CASA E IN STRUTTURE OSPEDALIERE a MODENA ed ora anche a SASSUOLO; SERVIZI DI ASSISTENZA personalizzata per anziani, malati, disabili e persone non autosufficienti**

*Dietro lo slogan "Noi vi Assistiamo a casa e in strutture ospedaliere" lavora un mondo di professionisti capaci, sensibili, in grado di risolvere ogni problema e dare risposte concrete ed immediate alle varie esigenze.*

*La nostra società è in grado di assicurare a domicilio e in ospedale un servizio di assistenza. Il servizio igienico sanitario si espleta nelle seguenti mansioni:*



**Assistenza alla mobilitazione**

(aiuto nell'alzata e messa a letto delle persone);

**Assistenza all'alimentazione**

(preparazione e somministrazione del pasto);

**Assistenza nell'igiene e cura delle persone**

(aiuto nelle operazioni di igiene personale quotidiana, ecc.);

**Controllo e sorveglianza notturna e diurna;**

**Assistenza nell'igiene e cura degli ambienti di vita;**

**Assistenza nell'igiene e cura dell'abbigliamento**

(lavaggio, stiro, ecc.);

*Presso i nostri uffici, che potete visitare, è sempre disponibile una persona, che accoglie anziani, familiari e chiunque abbia bisogno di informazioni, dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.30.*

***"I nostri servizi permettono alle persone anziane e disabili di restare al proprio domicilio il più a lungo possibile ritardando o evitando l'ingresso in strutture di ricovero e di ospedalizzazione o favorirne le dimissioni"***

I nostri servizi di  
**SOSTEGNO A DOMICILIO E IN STRUTTURE OSPEDALIERE**  
possono essere: salutarì, continuativi, part-time, giornalieri/notturni,  
fine settimana.

---

**MODENASSISTENZA**

**059-22.11.22**

Via Ciro Menotti, 43 - Modena

# BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI MODENA

## CONSIGLIO DIRETTIVO

*Presidente*

Dr. Nicolino D'Autilia

*Vice Presidente*

Dr. Beniamino Lo Monaco

*Consigliere Segretario*

Dr. Stefano Reggiani

*Consigliere Tesoriere*

Dr. Antonino Addamo

*Consiglieri*

Dr. Lodovico Arginelli - Dr. Marco Baraldi

Dr. Luigi Bertani - Dr. Adriano Dallari

D.ssa Azzurra Guerra - Dr. Giacinto Loconte

Dr. Paolo Martone - Dr. Michele Pantusa

Prof. Francesco Rivasi - Dr. Francesco Sala

D.ssa Laura Scaltriti

*Consiglieri Odontoiatri*

Dr. Roberto Gozzi - Dr. Vincenzo Malara

## COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

*Presidente*

Dr. Roberto Olivi

*Componenti:*

Dr. Giovanni Bertoldi - Dr. Carlo Curatola

*Revisore dei conti supplente:*

D.ssa Marisa Zanini

## COMMISSIONE ODONTOIATRI

*Presidente*

Dr. Roberto Gozzi

*Segretario*

Dr. Mario Caliandro

*Componenti*

D.ssa Francesca Braghiroli

Dr. Vincenzo Malara

Prof. Mario Provvisionato

*Direzione e Amministrazione:*

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

Email: [ippocrate@ordinemedicimodena.it](mailto:ippocrate@ordinemedicimodena.it)

[www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it)

*Direttore Responsabile*

Dott. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO

N° 83 del 28/6/52

*Editore*

Ordine dei Medici Chirurghi e  
Odontoiatri di Modena

*Comitato di Redazione:*

dr A. Addamo - dr L. Arginelli

dr L. Bertani - dr A. Dallari

dr.ssa A. Guerra - dr P. Martone

dr R. Olivi - dr M. Pantusa - prof F. Rivasi

*Realizzazione Editoriale:*

Pol. Mucchi - Via Emilia Est. 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977



EDITORIALE .....	4
LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA .....	5
ATTIVITÀ DELL'ORDINE .....	7
NORMATIVA .....	8
INSERTO CENTRALE:	
Convegno "Malpractice... vera o presunta?" .....	9
ENPAM .....	19
DI PARTICOLARE INTERESSE .....	22
FLASH .....	25
ARTE E DINTORNI .....	26

In copertina:

"Signora con ombrello"  
di Giovanni Muzzioli  
acquerello cm. 31x24

# INCENERITORE: FUMI E CORTINE FUMOGENE



**C**i sono fumi e fumi. Anzi ci sono fumi veri e fumi falsi, un po' come i falsi d'autore. Poi ci sono anche le cortine fumogene, ma sono un'altra cosa.

Dopo la presa di posizione del Consiglio dell'Ordine sulla vicenda dell'inceneritore di Modena, ampiamente riportata dai mass media, si è scatenata una vera e propria corsa alla ricerca di responsabilità, non sempre limpida per la verità. Le reazioni invero sono state numerose, ufficiali ed ufficiose. I comitati dei cittadini hanno sottolineato la grande valenza socio-politica della nostra iniziativa, anche se avevamo dichiarato ad alta voce la nostra ferma intenzione di non aderire ad alcun comitato di protesta; la gente che abbiamo incontrato per strada e quella che abbiamo ricevuto nei nostri studi si è congratulata per la decisione dei medici di scendere in campo a difesa della salute dei cittadini, tutti indipendentemente dalle loro convinzioni politiche.

La politica appunto, quella con la P maiuscolo, è stata la grande assente. Ancora una volta è sceso un silenzio imbarazzante da parte di chi avrebbe dovuto fornire risposte rassicuranti, come se la nocività o meno delle emissioni di un inceneritore fosse questione di esperti e non di maggiore o minore pericolosità per tutti, cittadini e politici che dei primi sono l'espressione.

E l'Ordine ha proceduto ad una audizione con la partecipazione di "esperti": epidemiologi, igienisti, oncologi, biologi. In una serata oggettivamente interessante e "partecipata" da tutti i consiglieri, abbiamo ascoltato le loro relazioni, supportate da dati di provenienza nazionale ed internazionale. Abbiamo recepito una sostanziale difficoltà da parte di tutti gli organi, deputati ai controlli, a fondare le loro valutazioni su una realtà, gli inceneritori, che è di recente implementazione, non solo a Modena naturalmente. Abbiamo ascoltato, chiesto lumi dove non abbiamo compreso alcuni passaggi e ci siamo fatti un'idea della situazione.

In tutto questo divenire di cose c'è stato chi ha cercato di bruciare un po' di sterpaglia per creare una bella cortina fumogena.

Noi come Ordine dei medici abbiamo fatto la scelta di andare avanti sulla nostra strada perché in realtà a noi interessano i fumi, quelli dell'inceneritore, non le cortine fumogene.

Per questo ascolteremo altri attori ed altre campane. E siamo convinti che la stessa cosa interessi ai cittadini, quelli di Modena e zone limitrofe. La politica, quella con la P maiuscola, non quella delle dichiarazioni strumentali del giorno successivo al nostro comunicato stampa, farà le sue scelte.

Ad maiora!

*Il presidente*

**Tuttia Casa**  
BPER Mutuo Famiglia

**1,5%\***  
tasso fisso per i primi 6 mesi  
fino al 90% del valore della casa  
durata fino a 30 anni

Banca popolare dell'Emilia Romagna  
GRUPPO BANCARIO della Banca Popolare dell'Emilia Romagna

www.bper.it 800-205040

La banca per la famiglia

# UN ANNO DI INIZIATIVE CULTURALI DEGLI ODONTOIATRI MODENESI



conclusione di un anno ricco di attività culturali, voglio ricordare l'art. 15 del Codice di Deontologia Medica che prevede "...l'obbligo etico - morale dell'aggiornamento".

L'obbligo morale è ciò che distingue il professionista rispetto ad altre figure lavorative, senza tuttavia ridurlo ad un adempimento di tipo amministrativo.

La nostra Associazione è stata e sarà sempre favorevole a promuovere l'aggiornamento professionale specie con il contributo di società scientifiche, gruppi culturali o istituzioni come quella universitaria.

Proprio queste iniziative hanno come obiettivo, per la nostra Associazione, uno stimolo forte per un aggiornamento di livello culturale completo ai fini della crescita professionale.

A tal proposito voglio ringraziare, in rappresentanza

di tutti i soci A.N.D.I. della provincia di Modena, il Dr. Pietro Di Michele del servizio di odontoiatria dell'Azienda USL ed il Prof. Ugo Consolo dell'Università di Modena e Reggio Emilia per l'impegno, l'organizzazione ed i programmi di grande interesse ed attualità sviluppati nel corso delle manifestazioni culturali.

La collaborazione è stata proficua in tutti gli aspetti ed in particolar modo nell'interesse di rilanciare la nostra professione ed ottimizzare la nostra professionalità quotidiana.

Un particolare ringraziamento va a Hesperia Hospital che ci ha concesso, in diverse occasioni, la sala conferenze gratuitamente.

E. Mincione

Segretario culturale A.N.D.I. Modena

Organizzatore	Data	Titolo	Sede	Relatori:
A.N.D.I. Modena	12 marzo '05 orario 9:00-13:00	<b>Introduzione alle sindromi occluso - posturali</b>	Aula Magna dell'Hesperia Hospital	Dr. Andrea Pelosi
A.N.D.I. Modena	2 aprile '05 orario 9:00-13:00	<b>Heal Ozone la nuova frontiera</b>	Aula Magna dell'Hesperia Hospital	Dr. Giovanni Dicran Megighian
A.N.D.I. Modena <i>in collaborazione con U.S.L. Modena - Servizio di Odontoiatria e Ortodonzia</i>	9 aprile '05	<b>La biomeccanica in ortodonzia clinica</b>	Sala Rossa Ospedale S. Agostino Modena	Dr. A. Laino, Dr. R. Martina
A.N.D.I. Modena <i>in collaborazione con U.S.L. Modena - Servizio di Odontoiatria e Ortodonzia</i>	16 aprile '05	<b>L'emergenza- urgenza in ambulatorio odontoiatrico: la formazione del team odontoiatra-assistenti</b>	Sala Rossa Ospedale S. Agostino Modena	Dr. G. Bianchini, Dr. M. Cavalli, Dr.ssa E. Grossi, Dr. G. Laganà, Dr. R. Scavone, Dr. G. Taddia
A.N.D.I. Modena	18 aprile '05 ore 21:00	<b>Riabilitazioni estetiche: dal trattamento conservativo alle nuove ceramiche integrali</b>	Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Modena	Dr. Nikolaos Perakis
A.N.D.I. Modena <i>in collaborazione con U.S.L. Modena - Servizio di Odontoiatria e Ortodonzia</i>	4 giugno '05	<b>Trattamento ortognatodontico precoce: vantaggi, svantaggi e nuove procedure terapeutiche</b>	Sala dei Contrari Rocca del Castello di Vignola	Dr. Marco Rosa
A.N.D.I. Modena	21 giugno '05 ore 21:00	<b>Rigenerazione parodontale con amelogenine</b>	Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Modena	Prof. Giovanni Zucchelli

Organizzatore	Data	Titolo	Sede	Relatori:
A.N.D.I. Modena	17 settembre '05 orario 9:00-15:00	<b>Nuove prospettive nel restauro estetico adesivo</b>	Aula Magna dell'Hesperia Hospital	Prof. Antonio Cerutti
A.N.D.I. Modena	26 settembre '05 ore 20:45	<b>Rigenerativa di piccoli e medi difetti ossei</b>	Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Modena	Dr. Fabio Ziveri
A.N.D.I. Modena <i>in collaborazione con U.S.L. Modena - Servizio di Odontoiatria e Ortodonzia</i>	1 ottobre '05	<b>Esperienze chirurgiche "laser assistito" dalla patologia orale alla paradontologia</b>	Sala Congressi Hotel Raffaello - Modena	Dr. G. Bruzzesi, Dr. P. Calvani, Prof. F. Spadari
A.N.D.I. Modena <i>in collaborazione con U.S.L. Modena - Servizio di Odontoiatria e Ortodonzia</i>	22 ottobre '05	<b>L'ossido di zirconio nella riabilitazione complessa ed in implantoprotesi</b>	Aula Corassori P.zza Cittadella - Modena	Prof. E. Conserva, Dr. F. Cazzella, Dr. P. Di Michele, Prof. A. Forabosco, Odt. Sig. A. Maleci
A.N.D.I. Modena <i>in collaborazione con U.S.L. Modena - Servizio di Odontoiatria e Ortodonzia</i>	19 novembre '05	<b>Radiologia diagnostica in clinica odontoiatrica e maxillo-facciale</b>	Sala Congressi Hotel Raffaello - Modena	Dr. D. Acchiapati, Prof. M. Bertolani, Dr. F. Cazzella, Ing. G.C. Conti, T.S.R.M. P. Costantino, Dr. P.L. De Bassa, Dr. P. Di Michele, Dr. R. Galetti, Dr.ssa N. Guicciardi, Dr.L. Guicciardi, Prof. M. Ronchin, Dr. A. Santoro, Prof. A. Salvato, Dr. R. Scavone, Dr. M. Serafini, Dr. V. Spina

patrocini

Corsi organizzati dalla Clinica Odontoiatrica dell' Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia:

- *Corso di perfezionamento post-laurea in endonzia clinica e chirurgica*
- *IV Corso del Team Implantoprotesico*
- *Corso di perfezionamento in Odontoiatria Conservativa*
- *Corso pre-Congressuale Problematiche clinico - odontoiatriche di origine microbica* organizzato dalla Società Italiana di Microbiologia Medica Odontoiatrica e Clinica insieme alla Direzione della Clinica Odontoiatrica del Policlinico di Modena.
- *IV° Corso di Aggiornamento per il Team implantoprotesico*



**POLIGRAFICO  
MUCCHI**

41100 MODENA - Via Emilia Est, 1525 - Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

## SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO martedì 29 novembre 2005

Il giorno martedì 29 novembre 2005 - ore 21 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Luigi Bertani, Dott. Nicolino D'Autilia (presidente), Dott. Adriano Dallari, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

### Ordine del giorno:

1. Approvazione verbali sedute di Consiglio del 13.9.2005 e 24.10.2005;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Assestamento di Bilancio 2005 (Reggiani);
5. Esercizio provvisorio 2006 (Reggiani);
6. Definizione quota di iscrizione anno 2006 (Reggiani);
7. Convenzione Uniriscossioni 2006 (Reggiani);
8. Definizione di atto medico: una proposta del Comitato Centrale FNOMCeO (D'Autilia);
9. Consiglio Nazionale Enpam del 26.11.2005 (Baraldi);
10. Problematiche correlate all'impianto di inceneritore (D'Autilia);
11. Richiesta del Dott. Guido Lodi di parere da parte dell'Ordine sulla legittimità degli incentivi AUSL correlati al contenimento della spesa (Arginelli; Loconte);
12. Casa del Professionista e dell'Artista: nuovo statuto e inizio lavori di ristrutturazione (D'Autilia);
13. Delibere amministrative (Reggiani);
14. Delibere di pubblicità sanitaria;
15. Varie ed eventuali.

## VARIAZIONI AGLI ALBI

### Seduta di Consiglio del 29 novembre 2005

#### ALBO MEDICI CHIRURGHI

Iscrizione per trasferimento		N. Iscriz.
ARIGLIANO	VINCENZO	5951
BISCARI	MATTEO	5952
CHIARINI	LUIGI	5953
GUARNIERI	BEATRICE	5954
PALADINI	MARIA EUGENIA	5955
<b>Inserimento elenco speciale Medici Competenti in Medicina del Lavoro ai sensi Dl.vo 277/91</b>		
CINTORI	CHRISTIAN	5571
MARIANI	STEFANIA	5593
MELCHIONDA	DOMENICO	4927
MONDUZZI	GIORGIA	5596
VIVI	MARIANGELA	5482
<b>Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti ai sensi della L. 56/89</b>		
DI VICO	MADDALENA	5444
GIUVA	TIZIANA	5640
<b>Cancellazione</b>		
DOMENICONI	ROMANO	1702
LIMONTINI	STEFANO	4972
MARUDI	GIOVANNI	1598
MAVRIDIS	LUCAS	4783
MONTANARI	DINO	1193
RIGHI	LUCIANO	782

SECCHI	ENRICA	1664
TADDEI	ERCOLE	1095

#### ALBO ODONTOIATRI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
COPPOLA	GIANFRANCO	669
SIMONI	STEFANO	670
<b>Prima iscrizione con contemporanea all'Albo dei Medici Chirurghi</b>		
CHIARINI	LUIGI	671
GUARNIERI	BEATRICE	672
<b>Cancellazione</b>		
TADDEI	ERCOLE	652

## SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO giovedì 15 dicembre 2005

Il giorno giovedì 15 dicembre 2005 - ore 21 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Luigi Bertani, Dott. Nicolino D'Autilia (presidente), Dott. Adriano Dallari, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Laura Scaltriti.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

### Ordine del giorno:

1. Variazioni agli albi professionali;
2. Comunicazioni del presidente;
3. Delibere amministrative (Reggiani);
4. Delibere di pubblicità sanitaria.

## VARIAZIONI AGLI ALBI

### Seduta di Consiglio del 15 dicembre 2005

#### ALBO MEDICI CHIRURGHI

Iscrizione per trasferimento		N. Iscriz.
DEBORTOLI	CLAUDIO	5956
LUBELLO	ROBERTO	5957
<b>Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti ai sensi della L. 56/89</b>		
CIOCCA	BARBARA	5620
<b>Cancellazione</b>		
AGGAZZOTTI CAVAZZA	MARIA LUDOVICA	2324
FOLCHI VICI	FRANCESCO	1119
GUIDOTTI	GUIDO MANFREDO	1485
LUSVARGHI	EGIDIO	1036
LUZIETTI	GIORGIO MARIO	3107
ZANCHETTA	GIANPIERO	4010

## SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO mercoledì 30 novembre 2005

Il giorno mercoledì 30 novembre 2005 - ore 21,05 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.


Sono Presenti: Dott. Marco Fresa, Dott. Roberto Gozzi (presidente), Dott. Vincenzo Malara (segretario).

### Ordine del giorno:

1. Approvazione verbale seduta del 30/8/2005;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Opinamento parcelle odontoiatriche.

## PAZIENTI E PRIVACY, LE REGOLE DEL GARANTE

**L'OBIETTIVO È ASSICURARE "LA PIÙ ASSOLUTA RISERVATEZZA" E IL "PIÙ AMPIO RISPETTO DEI DIRITTI FONDAMENTALI E DELLA DIGNITÀ" DI OGNI CITTADINO CHE ENTRA IN CONTATTO CON LE STRUTTURE SANITARIE**

 Distanza di cortesia", come quando si fa la fila in banca o alle poste, anche negli ospedali e nelle ASL. No alla chiamata del paziente per nome e cognome nei locali di grandi strutture sanitarie, come i poliambulatori. No all'affissione di liste di pazienti. Sono alcune regole di condotta per la sanità della Penisola, pubblica e privata, dettate dal Garante per la protezione dei dati personali con un provvedimento generale. L'obiettivo è assicurare "la più assoluta riservatezza" e il "più ampio rispetto dei diritti fondamentali e della dignità" di ogni cittadino che entra in contatto con le strutture sanitarie.

Il Garante per la privacy, dunque, prescrive ad aziende sanitarie territoriali, ospedali, case di cura, osservatori epidemiologici regionali, servizi di prevenzione e sicurezza sul lavoro, una serie di misure da adottare per adeguare il funzionamento e l'organizzazione delle strutture a quanto stabilito nel Codice sulla privacy. Particolare attenzione va rivolta a fasce deboli (disabili, minori, anziani), ma anche a pazienti sottoposti a trattamenti medici invasivi o per esempio ad aborto. **I camici bianchi di famiglia, gli studi medici privati e gli specialisti non sono obbligati ad adottare queste misure, che valgono per i volontari presenti nelle strutture sanitarie.** Sulle modalità di applicazione delle norme, il Garante ha avviato una consultazione con organismi sanitari, associazioni e comitati interessati. Queste le regole dettate dal Garante per la privacy. Nei reparti di rianimazione devono essere adottati accorgimenti anche provvisori, come paraventi, per delimitare la visibilità del paziente, durante l'orario di visita, ai soli familiari e conoscenti. Quando prescrive medicine o rilascia certi-

ficati, il personale sanitario deve evitare che le informazioni sulla salute dell'interessato possano essere conosciute da terzi. Stesso obbligo per la consegna di analisi, cartelle cliniche, prescrizioni in situazioni di promiscuità (locali per più prestazioni, sportelli).

Ospedali e aziende sanitarie devono predisporre distanze di cortesia per operazioni amministrative allo sportello (prenotazioni) o al momento dell'acquisizione di informazioni sullo stato di salute, sensibilizzando anche gli utenti con cartelli, segnali e inviti. Si possono dare informazioni sullo stato di salute solo con lo "specifico consenso" del diretto interessato. I referti diagnostici, i risultati delle analisi e i certificati rilasciati dai laboratori di analisi o dagli altri organismi sanitari possono essere ritirati anche da persone diverse dai diretti interessati purché munite di delega scritta e con consegna in busta chiusa.

Si può dare notizia, anche per telefono, sul passaggio o sulla presenza di una persona al pronto soccorso, ma solo a terzi legittimati, come parenti, familiari, conviventi. Il paziente, se cosciente e capace, deve essere preventivamente informato e decidere. Lo stesso deve avvenire per le notizie sulla presenza di pazienti nei reparti. Nuove regole anche per le chiamate in sale d'attesa: no al nome e cognome nei locali di grandi strutture sanitarie, ma un codice numerico da attribuire al momento della prenotazione o dell'accettazione. Non è giustificata l'affissione di liste di pazienti, in attesa di intervento, in locali aperti al pubblico. E ancora, non devono essere resi visibili a estranei documenti sulle condizioni cliniche del paziente, come le cartelle infermieristiche poste vicino al letto di degenza.



Prosegue su questo numero la pubblicazione delle relazioni tenute nel Convegno "Malpractice... vera o presunta?" svoltosi il 22 ottobre u.s.

## RESPONSABILITÀ CIVILE

Avv. Giorgio Fregni  
Avvocato civilista

Il tema della responsabilità civile del medico è vasto e complesso e non si può certo pensare di esaurirlo con poche battute.

Per la natura di questo convegno e per il tempo a mia disposizione, io mi limiterò, in questa sede, a qualche breve considerazione su tre argomenti che mi sembrano di importanza fondamentale, vale a dire:

1. l'assicurazione per la responsabilità civile;
2. la colpa;
3. il consenso informato.

### L'ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE

Vi anticipo che, dal punto di vista pratico, vi sentirete toccati molto più da vicino dalla relazione dell'amico e collega avvocato Alessandro Sivelli, vale a dire dal tema della responsabilità penale.

La responsabilità penale, infatti, è personale; chi sbaglia, paga personalmente e non può fare scontare ad altri la pena.

Ben diverso, invece, è il discorso per la responsabilità civile, cioè l'argomento di cui devo occuparmi. La r.c. si traduce, infatti, nella peggiore delle ipotesi, nella condanna a pagare una somma di denaro e c'è la possibilità di prevenire questo tipo di evento con un accorgimento ben noto a tutti voi, vale a dire la stipulazione di una polizza assicurativa.

Per quanto riguarda la r.c., il medico che stipula una buona (e sottolineo: buona) polizza assicurativa (nel senso che spiegherò fra poco) può stare tranquillo, sa che, se sarà condannato al risarcimento dei danni in sede civile, c'è chi pagherà per lui.

Basterà che, quando gli arriva la richiesta di risarcimento oppure l'atto di citazione si rivolga subito all'avvocato, che provvederà a fare quanto necessario per far valere la garanzia assicurativa.

Dunque, per quanto concerne il profilo civilistico, la miglior "tutela legale possibile" per il medico è sicuramente costituita da una buona polizza assicurativa.

Anche l'argomento delle polizze assicurative meriterebbe una trattazione ampia e specifica.

In questa sede mi limito a rilevare che occorre distinguere, in linea generale, fra

- medici dipendenti
- e medici libero professionisti.

Mentre i secondi devono provvedere di loro iniziativa ed a loro spese a stipulare una polizza, per i primi, invece, le strutture sanitarie dovrebbero generalmente essere assicurate per i danni provocati dagli operatori sanitari.

Ad esempio, l'art. 24 del CCNL 8-6-2000 dell'area relativa alla dirigenza medica e veterinaria del s.s.n. prevede che "1. Le aziende assumono tutte le iniziative necessarie per garantire la copertura assicurativa della responsabilità civile dei dirigenti, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25, per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave".

Nel caso l'Amministrazione abbia stipulato la polizza assicurativa, il medico è dunque garantito, anche se può comunque correre dei rischi, ad esempio laddove l'Assicurazione eserciti il diritto di rivalsa (cioè laddove l'Assicurazione chieda al medico di essere rimborsata del denaro che avrà dovuto pagare al danneggiato), ciò che è possibile nei casi di dolo o colpa grave.

Per prevenire queste (o altre analoghe) infauste eventualità, sarebbe sicuramente conveniente per il medico dotarsi di una propria copertura assicurativa integrativa.

La polizza va, in ogni caso, esaminata con la massima attenzione.

Ad esempio bisogna chiedersi:

1. la polizza prevede la copertura anche dei sinistri denunciati successivamente alla scadenza<sup>1</sup>? (cosiddetta "postuma"). Sarebbe opportuno che la polizza prevedesse una copertura siffatta, per un periodo non inferiore a due anni.
2. La copertura assicurativa dell'Azienda datore di lavoro:
  - prevede la copertura per la colpa grave senza rivalsa?
  - prevede la copertura per la libera professione intramuraria? (anche allargata)
  - prevede, in caso di sinistro, la libera scelta dell'avvocato per ogni medico coinvolto<sup>2</sup>?
  - prevede, in caso di sinistro, la libera scelta del consulente tecnico di parte per ogni medico coinvolto?
 Tutto quello che non è previsto dalla polizza dell'Azienda dovrebbe essere previsto con una polizza integrativa aggiuntiva o individuale.
3. La polizza integrativa dell'Azienda ha un massimale annuo sufficiente a coprire i sinistri che dovessero verificarsi anche in prossimità della scadenza?
4. Le condizioni di polizza contengono esclusioni significative per la professione ("consenso informato, sperimentazione clinica, ecc...")? Tutti aspetti della professione che possono sembrare

marginali, ma che oggi sono "nel mirino" dell'autorità giudiziaria.

5. La copertura della Difesa Legale - Tutela Giudiziaria deve avere un capitale garantito non inferiore a 10.000 € e non deve imporre limitazioni nella scelta dei professionisti.

Queste brevi e non esaustive considerazioni servono a far comprendere l'importanza di una analisi attenta della polizza assicurativa, al fine di essere certi che essa garantisca effettivamente dai rischi che la professione inevitabilmente comporta.

## LA COLPA

Ma veniamo al merito ed esaminiamo il tema centrale del convegno di oggi, vale a dire quello della colpa.

Come si misura la colpa del medico nel processo civile italiano?

Ve lo dico anzitutto rispondendo alla domanda contenuta nel titolo del convegno, cioè "malpractice... vera o presunta?"

La risposta giuridica è: presunta!

In realtà, il titolo del convegno intendeva porre un'altra questione, cioè se la ragione dell'aumento esponenziale delle cause contro i medici, nel nostro come in altri paesi, sia veramente da ricercare negli errori commessi. Intendeva, cioè, porre il quesito se le sempre più numerose azioni legali vengano intraprese per errori reali oppure per altre ragioni (un impeto incontenibile di litigiosità, aspettative eccessive disilluse, comunicazione insufficiente, disinformazione o altro).

Nel Regno Unito è stata svolta una ricerca puntuale ed è emerso che il paziente vince la causa solo nel 17% dei casi<sup>3</sup>.

E in Italia?

Mancano statistiche precise.

I dati (almeno quelli in mio possesso) sono poco aggiornati e, in parte, contraddittori.

Ma vale la pena di dar loro una rapida occhiata, anche per capire quali siano i medici più "a rischio".

<sup>1</sup> Nelle polizze possono essere inserite clausole *claims made* oppure *loss occurrence*.

• Nel primo caso, si fa riferimento alla richiesta di risarcimento presentata dal terzo danneggiato all'assicurato nel corso del periodo di assicurazione.  
 • Nel secondo caso, il riferimento è costituito dalla data in cui si verifica il comportamento colposo posto in essere dall'assicurato che, per essere considerato coperto, deve necessariamente avvenire nel periodo di validità del contratto, indipendentemente dal fatto che la richiesta di risarcimento del terzo danneggiato sia presentata in questo arco temporale.

<sup>2</sup> La maggior parte delle polizze attribuiscono alla Compagnia la scelta dei legale e dei consulenti tecnici. Data la delicatezza della materia e dato che gli interessi della Compagnia e quelli dell'assicurato non sempre coincidono, il medico dovrebbe poter scegliere persone di propria fiducia, cioè scelte da lui stesso.

<sup>3</sup> Si vedano i dati contenuti in M. Stauch - K. Wheat . J, Tingle, *Sourcebook on Medical Law*, 2nd ed. Cavendish Publishing, London, 2002, 357.

Il Cineas (Consorzio universitario per l'ingegneria nelle assicurazioni), riporta un dato che, già dal 2000, ricorreva su quotidiani e riviste specializzate: su 8 milioni di pazienti, ben 320 mila (il 4% circa) hanno denunciato danni più o meno gravi subito durante il ricovero negli ospedali italiani, per un totale di 12 mila cause pendenti e un valore dei risarcimenti richiesti di 2,5 miliardi di euro.

L'ANIA (Associazione Italiana Imprese Assicuratrici) ha rilevato che, tra il 1994 e il 2002, il numero dei sinistri denunciati alla magistratura e comunicati alle compagnie d'assicurazione è pressoché raddoppiato, passando da circa 8 mila a quasi 15 mila casi. È l'area della r.c. professionale del medico a registrare l'incremento più rilevante, il 148%: da 3.150 a 7.800 denunce. Anche il valore economico dei sinistri è cresciuto con il tempo. Nel periodo che va dal 1994 al 2002, il costo medio dei sinistri ha raggiunto i 17.550 euro nel caso della r.c. professionale medica (+21%) e i 26.750 euro nel caso della r.c. delle strutture sanitarie (+67%). In questo lasso di tempo alcune componenti del danno hanno registrato un marcato aumento, in particolare il danno "biologico" e il danno "morale".

L'Osservatorio istituito presso l'Università di Napoli in materia di r.c. professionale medica rileva che le professioni con il maggior numero di casi segnalati e che, quindi, sono considerate più a rischio, sono:

- Ostetricia/ginecologia (16% del totale dei casi segnalati)
- Chirurgia generale (13,7%)
- Ortopedia e traumatologia (12,4%)
- Medicina generale (6,0%)
- Anestesia e rianimazione (5,2%)

In oltre il 70% dei casi segnalati all'Osservatorio è stata riconosciuta la responsabilità del professionista; quasi il 50% delle azioni giudiziarie di risarcimento viene trattata in sede penale, il 36% in sede civile e il 14% in sede stragiudiziale.

Il Tribunale per i diritti del Malato ha presentato di recente una relazione sullo stato della Sanità in Italia.

Quali inadempienze lamentano i pazienti italiani? Circa 7 mila richieste d'intervento riguardano sospetti errori di diagnosi e terapia; in primo piano quelli dell'ortopedia (18,5% dei casi totali).

La segnalazione di errori dei medici è in crescita (dal

19,4% dei casi del 2002 al 23,2% nel 2004). Allo stesso tempo sembrano diminuire le presunte errate interpretazioni dei test e delle indagini strumentali, che restano tuttavia la voce più elevata (dal 52,9% dei casi nel 2002 al 48,7% nel 2004).

Il Tribunale per i diritti del Malato evidenzia anche l'elevata percentuale di riscontri con esito a favore del danneggiato, corrispondenti al 46,6% dei casi totali segnalati dai pazienti, con una punta che raggiunge l'88,7% nella specialità dell'ortopedia e traumatologia.

V'è, infine, una recente indagine di RVA (Rasini Viganò Assicurazioni): un censimento dei sinistri di Responsabilità Civile Terzi ed Operatori del SSR lombardo, avviato, su incarico della Regione Lombardia, nel novembre 2004.

Ne emergono dati in controtendenza rispetto a quelli sopra riportati.

Ortopedia e Traumatologia, con il 16% dei casi, sono le unità che registrano il maggior numero di richieste di risarcimento danni in sede civile, la metà delle volte per errori chirurgici. Segue il Pronto Soccorso (12% delle richieste di risarcimento danni) e la Chirurgia generale (10% dei casi).

In sede penale, in cima alla lista si trova invece Ostetricia e Ginecologia (15% dei casi), seguito da Pronto Soccorso (13%) e Ortopedia e Traumatologia (12%).

Il costo complessivo dei risarcimenti (per i soli sinistri definiti con un importo liquidato al danneggiato) ammonta a oltre 45 milioni di euro per eventi generatisi nelle 29 Aziende Ospedaliere della Lombardia e oltre 900 mila euro per eventi accaduti nell'ambito delle 15 ASL.

L'importo medio liquidato nelle strutture ospedaliere è pari a circa 17 mila euro e raggiunge i 60 mila euro medi per gli errori terapeutici, con un picco di oltre 2,5 milioni di euro rimborsati per un'errata prestazione in Ostetricia e Ginecologia. Nelle ASL l'importo medio si assesta intorno ai 5 mila euro e tocca i 37 mila euro medi per infezioni alimentari di origine animale, connesse a prestazioni del Servizio di Igiene degli alimenti di origine animale, anche se, in taluni casi, i rimborsi hanno superato anche i 250 mila euro di risarcimento.

Questi, dunque, i dati.

La sensazione è che il contenzioso sia in aumento e

che spesso, in sede giudiziale, sia riconosciuto l'errore del medico.

E non c'è da stupirsi, poiché in una causa civile (contrariamente a quanto avviene nel processo penale, come ci dirà l'avv. Alessandro Sivelli), la colpa del medico è presunta.

Ma cosa vuole dire che la colpa è presunta?

Vuole dire che compete al medico, tutte le volte che il caso affidatogli non sia di particolare complessità, provare che l'insuccesso del suo intervento è stato incolpevole, e non al paziente dimostrarne la colpa<sup>4</sup>. In altre parole, il paziente deve solo dimostrare che l'intervento non era di speciale difficoltà e, ciò nonostante, ha portato ad un peggioramento delle pregresse condizioni di salute, dovendo presumersi l'inadeguatezza o la non diligente esecuzione della prestazione professionale, sulla base del principio dell'*id quod plerumque accidit*<sup>5</sup>.

A questo punto, spetta al medico fornire la prova contraria, cioè dimostrare che la prestazione è stata eseguita idoneamente (con diligenza) e l'esito peggiorativo è stato causato dal sopravvenire di un evento imprevisto ed imprevedibile oppure dalla preesistenza di una particolare condizione fisica dell'ammalato, non accertabile con il criterio della ordinaria diligenza professionale<sup>6</sup>.

Il principio trova fondamento nelle norme relative alla responsabilità del debitore nelle obbligazioni contrattuali, ed in particolare nell'art. 1218 c.c.<sup>7</sup>

In altri termini, fuori dall'ambito ristretto della limitazione di responsabilità ex art. 2236 c.c.<sup>8</sup>, opera la presunzione di responsabilità in capo al medico, considerato quale soggetto inadempiente rispetto alla sua obbligazione contrattuale, al pari di tutti i "comuni" casi di responsabilità per inadempimento contrattuale.

L'esistenza di una responsabilità di tipo contrattuale viene riconosciuta anche in capo al medico dipendente della struttura ospedaliera, ancorché fondata non su un contratto in senso formale, ma sul cosiddetto "contatto sociale" tra medico e paziente<sup>9</sup>.

Questo principio non va, in linea teorica, ad inficiare l'affermazione, pacifica, che l'obbligazione del medico è di mezzi e non di risultato; il mancato raggiungimento del risultato, in effetti, non determina di per sé inadempimento del sanitario, nei confronti del quale è invece necessario accertare il difetto di diligenza nell'esecuzione della sua obbligazione di mezzi, da cui è eventualmente derivato il danno consequenziale dell'aggravamento della situazione fisica della paziente o anche il mancato raggiungimento del risultato promesso.

La Cassazione, imponendo al medico l'onere di dimostrare che la prestazione è stata eseguita con diligenza e che l'esito peggiorativo è stato causato dal sopravvenire di un evento imprevisto ed imprevedibile oppure dalla preesistenza di una particolare condizione fisica dell'ammalato, non accertabile con il criterio della ordinaria diligenza professionale, ha piuttosto operato con rigore la ripartizione dell'onere probatorio, a seconda del diverso tipo di difficoltà nella prestazione sanitaria richiesta, in ragione del principio della "vicinanza della prova", inteso come apprezzamento dell'effettiva possibilità dell'uno (medico) o dell'altro (paziente) di offrirla<sup>10</sup>.

Precisato quanto sopra, concludo con un'osservazione relativa alla importanza del C.T.U. nei processi inerenti la r.c. professionale del medico. Una volta acquisito tutto il materiale probatorio (documenti, testimonianze ecc.), chi valuta se il medico ha commesso un errore? Ovviamente il consulente tecnico d'ufficio (C.T.U.). Ed il C.T.U. non è altri che un medico, nominato dal giudice, che assume un ruolo centrale nella cause civili di responsabilità sanitaria, tanto che qualcuno è stato indotto a chiedersi: *iudex peritus peritorum o peritus iudex iudicum?*

<sup>4</sup> Cassazione civile, sez. III, 21 luglio 2003, n. 11316.

<sup>5</sup> Cass. 23.2.2000 n. 2044.

<sup>6</sup> Cass. 16/11/93, n. 11287, Cass. 16/11/88 n. 6220.

<sup>7</sup> Cfr. in questi termini espressamente Cass. sez. III, 30 maggio 1996 n. 5005; successivamente in maniera conforme Cass. sez. III, 4 febbraio 1998 n.1127; sez. III, 8 gennaio 1999, n. 103; sez. III, 23 febbraio 2000, n. 2044; sez. III, 11 marzo 2002, n. 3492.

<sup>8</sup> Art. 2236 c.c.: "Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave".

<sup>9</sup> Cfr. Cass. 22 dicembre 1999, n. 589.

<sup>10</sup> Non vi è dubbio (secondo la Cassazione) che la prova in ordine alla bontà tecnica dell'intervento medico sia più vicina a chi l'ha eseguito.

## IL CONSENSO INFORMATO

Può essere fonte della responsabilità del medico anche la violazione del suo dovere di informazione del paziente, al fine di ottenerne un consenso<sup>11</sup> consapevole. Il medico ha l'onere di provare che il proprio inadempimento -ovvero il proprio inesatto adempimento- è incolpevole da ogni punto di vista.

In questa ottica, il dovere di informazione del paziente, al fine di ottenerne un consenso consapevole è, ormai pacificamente, uno specifico obbligo del medico, il quale, proprio perché l'oggetto della sua prestazione è solo di mezzi e non di risultato, deve informare il paziente:

- della situazione clinica;
- della natura e delle difficoltà dell'intervento;
- dei rischi e delle complicazioni prevedibili<sup>12</sup>, con esclusione solamente degli esiti anomali, per evitare che il paziente sia indotto al rifiuto delle cure per il timore di eventi infausti di remota verificazione;
- delle possibilità, probabilità, portata ed estensione dei risultati conseguibili;
- delle alternative.

Il tutto al fine di porre il paziente nelle condizioni di formulare un consenso valido e consapevole, attraverso la personale valutazione del bilanciamento dei vantaggi e dei rischi, nell'esplicazione del suo diritto all'autodeterminazione nel processo decisionale di adesione al trattamento terapeutico ex artt. 13 e 32 Cost.

Non può esistere valido consenso se manca la corretta informazione o se è carente.

Ma quando l'informazione può dirsi sufficiente?

Non esistono standard definiti *ex ante*.

Utili indicazioni sono rinvenibili nel Capo IV del codice di deontologia medica, articoli dal 30 al 35.

In particolare, l'informazione necessaria per ottenere un valido consenso deve essere proporzionata al livello di cultura e di emotività del paziente, cioè deve essere in funzione della sua capacità di comprensione.

Il modulo scritto per il consenso informato è certamente consigliabile<sup>13</sup>, ma non deve essere generico e, in ogni caso, non è risolutivo, potendo costituire solo una tappa della "alleanza terapeutica", certo utile alla consapevolezza del paziente ed alla autotutela del medico.

Una curiosità: negli USA, per ovviare alla frequente inadeguatezza del modulo, una società di Albuquerque, New Mexico (<http://www.in-forms.com>), commercializza decine di moduli per altrettanti diversi tipi di patologia, contenenti quanti più dettagli possibili: brevi spiegazioni sull'organo sottoposto a operazione (es. collocazione, funzione ecc.), descrizione dell'intervento, elenco dei rischi e loro frequenza statistica, possibili evoluzione della patologia in assenza dell'intervento, rischi addizionali ed alternativi, prevedendo poi la firma, oltre che del diretto interessato, anche di un testimone.

E, sempre negli USA, c'è chi (il medico Dr. Harold D. Portnoy) ha sviluppato un sito web predisposto per dare informazioni e raccogliere il consenso.

In difetto di adeguata informazione, il sanitario viola un preciso obbligo di diligenza (ulteriore rispetto a quello connesso all'esecuzione dell'intervento medico) e da tale violazione sorge la responsabilità del professionista per violazione del relativo dovere a prescindere dalla correttezza e dal buon esito dell'intervento.

<sup>11</sup> La legge non prevede alcuna forma particolare per il consenso, talché la manifestazione di volontà del paziente può essere espressa o tacita oppure risultare da un comportamento concludente che riveli in maniera precisa e inequivocabile il proposito di sottoporsi al trattamento sanitario. Solo in certi casi la normativa prescrive la forma scritta. Ad esempio, l'art. 9 D.M. 3/3/2005 (*Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti*) prescrive che: "1. Espletate le procedure finalizzate alla definizione del giudizio di idoneità, il medico responsabile della selezione richiede al candidato donatore, preventivamente e debitamente informato, di esprimere il proprio consenso alla donazione e al trattamento dei dati personali secondo le modalità previste dalla normativa vigente, sottoscrivendo l'apposito modulo riportato nello schema di cartella sanitaria del donatore, allegato n. 2, parte E. 2. Dal modulo di consenso informato deve risultare chiaramente la dichiarazione, da parte del candidato donatore, di aver visionato il materiale informativo di cui all'art. 2 del presente decreto e di averne compreso compiutamente il significato; di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute; di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza del ricevente il sangue donato; di aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di prelievo proposta e di essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso; di non aver donato sangue o emocomponenti nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta; di sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive alla donazione non svolgerà attività o hobby rischiosi.

Cass. Civ. 364/97.

<sup>13</sup> L'art. 32 del codice di deontologia medica prescrive che: "Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 30. Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso".

Si legge nella sentenza n. 9374/97 della Corte di Cassazione che "... La mancata richiesta del consenso costituisce autonoma fonte di responsabilità qualora dall'intervento scaturiscano effetti lesivi, o addirittura mortali per il paziente, per cui nessun rilievo può avere il fatto che l'intervento medesimo sia stato eseguito in modo corretto. Se dall'esecuzione, ancorché prudente, diligente e tecnicamente corretta, di un intervento chirurgico o di un accertamento diagnostico invasivo, deriva un danno o addirittura la morte del paziente, non informato dai medici - nella specie dipendenti da un ente ospedaliero - dei rischi gravi per la vita o l'incolumità fisica a cui poteva andare incontro, al fine di prestare il necessario consenso a procedervi, sussiste la responsabilità dell'ente, anche nel caso che non sia stato individuato il medico cui incombeva l'obbligo...".

Ma vediamo un **esempio concreto**, tratto da una sentenza del Tribunale di Bologna del 23/11/2004 n. 3386/2004.

Causa contro il Policlinico S. Orsola - Malpighi.

Intervento chirurgico di osteotomia dell'arcata mandibolare, mascellare e del mento per l'eliminazione dei disturbi di masticazione e ripercussioni estetiche.

Dall'intervento era derivata persistente anestesia del labbro inferiore e della regione mentoniera che creava gravi difficoltà anche all'atto di mangiare e bere.

La paziente non prospetta a carico dei sanitari profili di responsabilità in merito all'esecuzione dell'intervento, del cui esito, dal punto di vista scheletrico, dell'occlusione ed estetico, Ella si dichiara soddisfatta anche in sede medico-legale.

La paziente, invece, lamenta la mancata informazione, nemmeno verbale, del rischio connesso a tale tipo di intervento chirurgico e delle possibili complicanze.

I C.T.U. confermano il lamentato disturbo alla sensibilità, la neuropatia, ma escludono errori tecnici da parte dei sanitari, osservando che: "*in interventi siffatti la resezione chirurgica interessa il ramo mandibolare e, quindi, intercetta il decorso del nervo mandibolare che decorre dal canale omonimo, donde vi è la concreta possibilità che il tronco nervoso subisca una lesione durante le manovre chirurgiche o a causa della compressione provocata dall'edema post-chirurgico, la lesione del nervo mandibolare rappresenta una sequela piuttosto frequente (con incidenza variabile ... tra 19% e 39%) dell'intervento di osteotomia sagittale della mandibola e*

*tale evenienza viene concordemente considerata, in assenza di errori tecnici nella conduzione dell'intervento, una complicanza prevedibile, ma non prevenibile.*"

L'unico profilo di responsabilità addebitato dalla paziente ai sanitari, pertanto, è quello relativo alla mancata informazione circa i rischi e le complicanze connessi a tale tipo di intervento e, conseguentemente, alla mancanza di un consenso informato.

Sotto questo profilo, i c.t.u. rilevano che "...l'incidenza piuttosto elevata di disturbi della sensibilità a carico del nervo mandibolare dopo un intervento osteotomico della mandibola rende tale evenienza come certamente meritevole di specifica menzione nella informazione erogata al soggetto preliminarmente all'intervento medesimo, di cui peraltro manca ogni indicazione nella cartella clinica sia sotto forma di modulo di consenso sottoscritto dalla paziente, sia quale semplice annotazione di avvenuta informazione della stessa."

Preso atto di quanto sopra, il Tribunale di Bologna, in completo accordo con la Corte di Cassazione (sentenza 7027/01), afferma che, data la natura contrattuale della responsabilità medica, l'onere della prova deve distribuirsi secondo le regole di tale materia.

Il dovere di informazione del medico (ribadisce il Tribunale di Bologna) non è accessorio o strumentale alla prestazione terapeutica, ma rientra nel novero delle prestazioni dovute e "*derivando da una norma di rilevanza costituzionale volta a tutelare un diritto primario della persona, non può non avere, per ciò stesso, nella complessiva struttura negoziale, natura e dignità autonome (con autonoma rilevanza, sul piano delle conseguenze giuridiche, nel caso d'inadempimento)*".

Incombe, pertanto, sul sanitario l'onere di provare il fatto estintivo del dovere d'informazione, ossia d'avervi adempiuto, e ciò a prescindere dalle difficoltà dell'attività professionale svolta, non essendo il dovere d'informazione condizionato dal diverso grado di difficoltà dell'intervento medico.

Ove non esista una corretta informazione sui rischi del trattamento sanitario, non può formarsi nel paziente una reale volontà di accettare le possibili conseguenze negative, sicché è impossibile provare quali sarebbero stati l'intenzione e la scelta cui il paziente medesimo si sarebbe determinato.

Nel caso di specie, poi, l'obbligo d'informazione era tanto più intenso in considerazione, sia dell'elevata percentuale di rischio che dall'intervento residuasse la lesione neurologica (dal 19% al 39% dei casi) pur

in assenza di errate manovre chirurgiche, sia della gravità delle conseguenze lesive.

Per tali motivi, il Tribunale di Bologna ha ritenuto la violazione dell'obbligo d'informazione "particolarmente grave".

Ma come si quantifica, in questi casi, il danno?

Il Tribunale di Bologna aderisce all'opinione di chi osserva che le lesioni biologiche derivanti dall'esecuzione dell'intervento chirurgico per il quale non si è prestato un valido consenso non costituiscono un'autonoma fonte di danno, distintamente risarcibile, da ritenersi in diretto nesso causale con la condotta del sanitario, poiché quest'ultimo non ha ingiustamente leso l'integrità biologica della persona, ma solo la sua libertà di autodeterminazione.

Il Tribunale, tuttavia, ritiene che l'entità del danno biologico costituisca uno dei parametri da utilizzare per la liquidazione equitativa del danno non patrimoniale derivante dalla lesione del diritto costituzionale all'autodeterminazione.

Tale danno, secondo il Tribunale di Bologna, potrebbe essere liquidato in misura pari al danno biologico qualora il soggetto leso prospettasse e dimostrasse che un'esatta informazione circa i rischi connessi al trattamento medico lo avrebbe determinato a negare il relativo consenso.

In tutti gli altri casi, la liquidazione della lesione del diritto all'autodeterminazione non può coincidere con l'entità del danno biologico, sia perché occorre misurare in termini probabilistici l'eventualità che

il paziente negasse il consenso, sia perché bisogna adeguare il risarcimento alla gravità della violazione del dovere d'informazione.

Il Tribunale di Bologna, In relazione a tutte le circostanze del caso concreto e, in particolare, avuto riguardo all'entità del fatto illecito, alla gravità della condotta dei sanitari ed alle conseguenze dello stesso, al patema d'animo ed alla misura dell'invalidità permanente, ha stimato equo liquidare il danno in lire 12.500.000 con riferimento al valore della moneta alla data del fatto.

\* \* \*

Ci sarebbero tantissimi altri temi di cui parlare: le peculiarità dei profili di responsabilità delle varie figure di medico (medico ospedaliero, dentista, medico di medicina generale, chirurgo estetico ecc.), il nesso di causalità, il lavoro in equipe, l'incidenza dell'attuale sistema di responsabilità civile sui progressi medici e scientifici, *l'organizational failure*, *il risk - management*, la quantificazione del danno ecc., ma non c'è il tempo.

Concludo tornando all'inizio: il miglior consiglio che mi sento di dare è: assicuratevi!

E state tutti molto attenti alle polizze, fatele leggere ad un esperto, un avvocato o chi per lui.

Devono garantirvi appieno.

Devono farvi stare tranquilli.

Almeno per la responsabilità civile.

## RESPONSABILITÀ PENALE

Avv. Alessandro Sivelli

Avvocato penalista

Mi è stata richiesta una relazione scritta che anticipi ai partecipanti al convegno le tematiche che verranno trattate in tema di tutela legale del medico nella sede penale.

Ho ritenuto più utile predisporre uno schema dei principali istituti di diritto penale sostanziale e processuale che consentano di comprendere meglio i *tecnicismi* del diritto, rimandando l'esposizione alla relazione e gli eventuali chiarimenti al dibattito.

Occorre premettere che mentre la **causa civile** ha come fine esclusivamente richieste patrimoniali avan-

zate dal paziente o dai suoi eredi nei confronti del medico e/o della struttura e dell'eventuale assicurazione (che conseguentemente è la più interessata all'esito), il **procedimento penale** vede il medico come diretto destinatario della richiesta punitiva dello Stato, sostenuta in giudizio dal Pubblico Ministero.

Il fine principale del processo penale è l'accertamento delle responsabilità **dell'indagato/imputato** e la conseguente irrogazione della pena, sia essa detentiva o pecuniaria.

È per questo che il processo penale coinvolge mag-

giornamente il medico indagato; anche per il risalto che spesso viene dato dai "media" alle vicende processuali penali.

Occorre precisare che i presupposti della responsabilità civile e di quella penale sono diversi.

Nel processo civile, per le ragioni che Vi ha illustrato meglio il collega Fregni, è il medico o la struttura di appartenenza (convenuti in giudizio dal paziente) che hanno l'onere di provare l'assenza di colpa.

Nel processo penale invece la responsabilità può essere affermata solo qualora l'accusa (PM) dimostri con certezza assoluta (o come si suol dire "al di là di ogni ragionevole dubbio") che il medico abbia agito colposamente e che l'azione o l'omissione del medico sia stata causa dell'evento lesivo o mortale.

Nel penale chi accusa ha l'onere di provare sia la "colpa" del medico che il rapporto causale tra la condotta e l'evento.

**DEFINIZIONE DELLA COLPA (art. 43 c.p.):** Il delitto è colposo quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di **negligenza** o **imprudenza** o **imperizia** ovvero per **inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline**.

#### RAPPORTO CAUSALE

Occorre dimostrare che la colpa è stata la causa dell'evento.

Il medico è responsabile anche se la sua condotta colposa non è la causa esclusiva dell'evento.

La condotta colposa del medico non assume rilevanza penale quando l'evento si sarebbe comunque verificato.

Nel **reato colposo omissivo** il rapporto di causalità tra omissione ed evento è configurabile solo se si accerti che, ipotizzandosi come avvenuta l'azione omessa (cioè la condotta che il medico diligente avrebbe tenuto,) l'evento, **con elevato grado di probabilità prossimo alla certezza**, non si sarebbe verificato ovvero si sarebbe verificato in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva.

#### REATI

Le **lesioni personali colpose** (art.590 c.p.), sempre procedibili a querela, si distinguono in:

- **lievi** (malattia di durata non superiore a venti giorni): reato di competenza del Giudice di Pace, punito con la multa fino a € 2.582,00;
- **non lievi** (malattia di durata compresa tra 20 e 40

giorni): reato di competenza del Tribunale, punito con la reclusione fino a tre mesi o la multa fino a € 300,00;

- **gravi** (malattia superiore a 40 giorni, pericolo di vita, indebolimento permanente di un senso o di un organo): reato di competenza del Tribunale, punito con la pena della reclusione da uno a sei mesi o con la multa da € 123,00 a € 619,00;

- **gravissime** (malattia certamente o probabilmente insanabile, perdita di un senso, perdita di un arto, perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare ovvero difficoltà permanente e grave della favella, deformazione ovvero sfregio permanente del viso): reato di competenza del Tribunale, punito con la pena della reclusione da tre mesi a due anni o con la multa da € 309,00 a € 1.239,00;

**L'omicidio colposo** (art.589 c.p.), reato procedibile d'ufficio, di competenza del Tribunale, punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.

#### PROCEDIBILITÀ

Si intende **procedibile d'ufficio** quel reato per il quale il Pubblico Ministero è obbligato a compiere indagini ed a procedere sin dal momento della acquisizione della notizia di reato (informativa della polizia giudiziaria, denuncia di chiunque abbia avuto conoscenza della commissione del reato); si intende invece **procedibile a querela** quel reato per cui il Pubblico Ministero può svolgere indagini solo se sollecitato con un'espressa richiesta (**querela**) della parte offesa.

Occorre precisare che la legge prevede un termine di tre mesi per proporre la querela che decorre dal momento del fatto o dal momento in cui la persona offesa viene a conoscenza del fatto illecito (nel caso della responsabilità medica può accadere infatti che il paziente acquisisca la consapevolezza dell'illecito solo a distanza di tempo dall'intervento quando ad esempio altro sanitario mette in luce le responsabilità del collega che ha eseguito l'intervento).

\* \* \*

#### PARTE PROCESSUALE

Dovendo trattare il tema della "tutela legale" è indispensabile illustrare seppur per sintesi le tappe del procedimento penale.

L'**attore** del procedimento penale, cioè colui che



inizia il procedimento, è il **Pubblico Ministero**, che è obbligato a svolgere indagini quando venga a conoscenza di fatti che costituiscono reato procedibili d'ufficio ovvero vi sia querela per quelli procedibili ad istanza della parte offesa.

**L'indagine preliminare**, condotta dal P.M. è finalizzata alla verifica della fondatezza dell'ipotesi accusatoria.

La tanto temuta **informazione di garanzia** non è altro che l'informazione che il P.M. dà all'**indagato** dello svolgimento di indagini a suo carico ed è un istituto con finalità garantistiche per chi è sottoposto ad indagini; infatti a partire dal momento in cui riceve l'informazione di garanzia, l'indagato può tutelarsi e difendersi tramite un legale ed un eventuale consulente.

Al termine dell'indagine preliminare, se il P.M. ritiene che vi siano sufficienti elementi di prova per promuovere l'azione penale chiede al **Giudice dell'udienza preliminare il rinvio a giudizio** dell'imputato ovvero ne dispone la **citazione diretta** davanti al **Giudice del dibattimento**; se al contrario ritiene che non vi siano elementi sufficienti per sostenere l'accusa nel giudizio, chiede **l'archiviazione del procedimento**.

Quando il P.M. chiede di procedere (**promuove l'azione penale**) l'indagato diventa **imputato** ed inizia il processo vero e proprio.

La richiesta di rinvio a giudizio (ad esempio nel caso di imputazione per omicidio colposo) viene valutata da un Giudice (il **G.U.P.** Giudice dell'Udienza Preliminare), nel corso di un'udienza che si svolge nel **contraddittorio fra le parti** (imputato ed eventualmente parti offese costituite parti civili).

Il Giudice dell'udienza preliminare (GUP), al termine dell'udienza pronuncia **sentenza di proscioglimento**, quando ritiene che non vi siano elementi sufficienti di prova per il vaglio dibattimentale, ovvero, quando al contrario ritiene che gli elementi di indagine raccolti nella fase preliminare consentano di sostenere l'accusa in giudizio, dispone il rinvio a giudizio avanti al Giudice del dibattimento.

Nel caso di lesioni colpose (in quanto reato meno grave) il P.M. cita direttamente l'imputato all'udienza dibattimentale senza passare per il filtro dell'udienza preliminare.

Il dibattimento si celebra in entrambi i casi davanti ad un Giudice monocratico e la regola processua-

le prevede che la prova si formi al dibattimento nel **contraddittorio delle parti**.

Salvo nel caso in cui gli atti di indagine svolti nel corso delle indagini preliminari siano stati già assunti in contraddittorio o siano irripetibili, le **prove** devono essere assunte davanti al **Giudice nel dibattimento**: valgono come prova solamente le dichiarazioni assunte davanti al Giudice.

La **sentenza** può essere impugnata dalla parte che la ritiene ingiusta (imputato in caso di condanna ma anche il p.m. in caso di assoluzione).

Le impugnazioni sono gli strumenti giuridici mediante i quali le parti fanno valere innanzi a un Giudice sovraordinato i vizi, di fatto o di diritto, di una precedente sentenza.

Esistono quindi tre "gradi" di giudizio. Nel giudizio di appello (avanti la **Corte d'Appello**), la causa si discute anche nel merito e tutte le prove possono essere rivalutate.

Nel giudizio di **Cassazione** invece il Giudice valuta esclusivamente errori di diritto della sentenza.

Principio fondamentale del processo penale è che l'imputato non può essere ritenuto colpevole fino a quando non sia intervenuta una sentenza non più soggetta ad impugnazione, divenuta quindi esecutiva ed irrevocabile.

#### PERIZIA MEDICO LEGALE

Nei processi per responsabilità medica, l'accertamento peritale costituisce un elemento di giudizio fondamentale e spesso determinante.

La perizia in termini giuridici è l'accertamento medico legale svolto da un esperto su incarico del Giudice, in contraddittorio fra le parti (pubblico ministero, imputati e parte offesa) che possono nominare un proprio consulente autorizzato a partecipare allo svolgimento della perizia.

La perizia può essere assunta anche nella fase delle indagini preliminari utilizzando l'istituto **dell'incidente probatorio**.

Mediante questo istituto, le parti (pubblico ministero o difesa degli indagati) possono richiedere che lo svolgimento della perizia venga anticipato alla fase delle indagini preliminari.

In questo caso le parti chiedono l'intervento di un giudice (il **Giudice per le indagini preliminari**) che fissa un'udienza per la nomina di un esperto di sua fiducia (perito) al quale conferisce l'incarico di accertare le responsabilità.

Come si è detto, le parti possono partecipare all'accertamento nominando propri consulenti. Questa perizia - anche se svolta nella fase delle indagini preliminari - è utilizzabile nel dibattimento proprio perché assunta in contraddittorio.

### CONSULENZA

È l'accertamento che viene svolto da un esperto di fiducia di una delle parti e quindi non essendo svolto in contraddittorio non è utilizzabile al dibattimento.

### ACCERTAMENTO TECNICO IRRIPETIBILE

È un accertamento disposto da una parte (solitamente il pubblico ministero) che nomina un proprio consulente.

Ma trattandosi di accertamento non ripetibile (ad esempio autopsia) per essere utilizzabile come prova deve essere svolto in contraddittorio con le parti (indagato e persona offesa) che hanno facoltà di nominare propri consulenti.

L'accertamento tecnico irripetibile vale come prova solo nei confronti delle parti che sono state invitate a partecipare all'atto.

È per questo che tendenzialmente il pubblico ministero allarga il contraddittorio dell'accertamento tecnico non ripetibile a tutti i presumibili responsabili, per evitare il rischio di successiva inutilizzabilità dell'accertamento.

### RITI ALTERNATIVI

Oltre al procedimento ordinario tipico sono previsti nel sistema processuale anche i cosiddetti procedimenti speciali. In questa sede intendo trattare sinteticamente del **patteggiamento** e del **rito abbreviato**, definiti **giudizi premiali** in considerazione dei vantaggi che comportano per l'imputato.

**Patteggiamento:** è il procedimento speciale mediante il quale il Giudice applica all'imputato la pena che le parti (pubblico ministero e imputato) concordano per il reato contestato.

I vantaggi per l'imputato consistono nella riduzione di pena di un terzo rispetto a quella che sarebbe stata irrogata nell'eventuale processo ordinario e nella non menzione della condanna nel casellario giudiziale a richiesta dei privati.

Si tratta di una scelta processuale da valutare attentamente in quanto non è previsto alcun riesame nel merito da parte di un Giudice superiore.

È una definizione del procedimento alla quale l'indagato chiede di accedere nel momento in cui prevede che l'esito del processo sia a lui sfavorevole.

**Rito abbreviato:** è il procedimento speciale mediante il quale l'imputato chiede che il processo venga discusso sulla base degli atti raccolti dal pubblico ministero nella fase delle indagini preliminari, in camera di consiglio e non in pubblica udienza.

In caso di condanna la pena viene ridotta di un terzo; la sentenza è appellabile.

È possibile subordinare la richiesta di celebrazione del rito abbreviato all'assunzione da parte del Giudice di una prova, che può essere autorizzata dal Giudice solo quando venga ritenuta necessaria e non in contrasto con i principi di economia processuale propri del rito abbreviato.

Il rito abbreviato si svolge in camera di consiglio e dunque senza la pubblicità dell'udienza dibattimentale.

\* \* \*

Ho tentato di sintetizzare in modo comprensibile i principali istituti del diritto penale sostanziale o processuale con i quali un medico indagato/imputato deve confrontarsi.

Se è vero che il processo penale suscita maggiori preoccupazioni per l'indagato e non solo per le conseguenze dell'eventuale condanna, è anche vero che per un medico è più agevole difendersi in sede penale che in sede civile, per il diverso principio che regola l'onere della prova nei due diversi procedimenti.

Tant'è vero che alla vittima di una presunta colpa medica è preferibile consigliare l'azione civile.



## COMUNICATO STAMPA

### **ENPAM: presentati programma di legislatura e nuovo Direttore Generale**

L'Ente di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri italiani affronta il prossimo quinquennio con un Consiglio di Amministrazione parzialmente rinnovato. Riconfermati il Presidente il Prof. Eolo Parodi e il Vice Presidente Dott. Giovanni Pietro Malagnino, nuovi invece il Vice Presidente Vicario, Dott. Mario Falconi e il Dott. Alberto Volponi che, dopo diversi anni di partecipazione al Consiglio, dal 1 dicembre 2005 assume il ruolo di Direttore Generale. La nuova squadra ha illustrato nel corso dell'ultimo Consiglio Nazionale il programma di legislatura che, secondo il Presidente Parodi, evidenzia significative novità: "L'Ente ha bisogno di strumenti operativi più incisivi, snelli, con cui rispondere meglio a logiche di gestione più marcatamente aziendalistiche e quindi di massima efficienza, con piena ed effettiva valorizzazione del personale. Lo strumento principale che pensiamo di rinnovare è lo Statuto che dovrà, attraverso una riattribuzione dei poteri fra i vari Organi, conferire maggiore rapidità alle decisioni dell'Ente e nel contempo valorizzare l'attività delle Consulte e Commissioni, sia quelle "permanenti", sia quelle "specialistiche". La stesura di un nuovo Statuto è per noi il banco di prova per verificare la volontà di ognuno a perseguire in maniera solidaristica, superando quindi interessi di parte o egoismi associativi, le finalità della Fondazione, che sono, in primo luogo, le garanzie previdenziali". A tal fine – ha concluso il Presidente Parodi – il nostro ottimismo si identifica proprio nella scelta del nuovo Direttore Generale, Alberto Volponi, un uomo di grande esperienza professionale e politica che ci aiuterà a consolidare la missione istituzionale dell'ENPAM". Nella stessa occasione, il Presidente Parodi ha espresso tutta la sua gratitudine al Dott. Leonardo Zongoli, Direttore Generale uscente, per l'importante lavoro svolto all'interno della Fondazione.

### **Laureati in odontoiatria:**

#### **approvate le determinazioni della Fondazione concernenti i contributi versati ai Fondi dei convenzionati prima del 1995**

Con nota n. 24/IX/0011421 del 21 novembre scorso, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, d'intesa con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha approvato la Delibera della Fondazione n. 20/2005, riguardante la contribuzione versata a favore dei laureati in odontoiatria, presso il Fondo Specialisti ambulatoriali ed il Fondo Specialisti esterni, prima del 1° gennaio 1995.

È stata finalmente condotta a soluzione, con piena soddisfazione dell'Ente e dei professionisti interessati, una problematica che si trascinava già da diversi anni. Com'è noto, l'iscrizione alla Fondazione E.N.P.A.M. dei laureati in odontoiatria è stata prevista dallo Statuto dell'Ente soltanto a partire dal 1° gennaio 1995. Prima di questa data, tali professionisti, ancorché iscritti agli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in forza della legge 24 luglio 1985,

n. 409, istitutiva della professione di Odontoiatra, non erano provvisti di tutela previdenziale E.N.P.A.M.. Ed in effetti soltanto con il ruolo 1995 è stata introdotta la contribuzione minima obbligatoria alla "Quota A" del Fondo di previdenza generale dell'Enpam; allo stesso modo, i laureati in odontoiatria hanno avviato la contribuzione al Fondo della libera professione con riferimento al reddito autonomo prodotto a partire dall'anno 1995.

Tuttavia, a seguito dell'entrata in vigore della citata legge n. 409/85, le Aziende del S.S.N. avevano già cominciato a stipulare, anche con i laureati in odontoiatria, convenzioni analoghe a quelle in essere con i medici specialisti ambulatoriali e con i medici specialisti esterni. Tali convenzioni erano regolate dagli Accordi Collettivi Nazionali che si riferivano esclusivamente ai medici chirurghi, ma le AA.SS.LL. hanno applica-

to estensivamente le norme relative alla copertura previdenziale obbligatoria, versando all'E.N.P.A.M. i contributi anche per l'attività svolta in convenzione dai laureati in odontoiatria. Ciò ha comportato che questi professionisti, pur non essendo ancora formalmente iscritti all'Enpam, abbiano avuto versamenti previdenziali presso i Fondi Speciali anche per i periodi compresi fra il 1985 ed il 1994.

In alcuni casi, tali versamenti, attesa l'incertezza dell'obbligo contributivo, sono stati restituiti alle AA.SS.LL. che ne hanno fatto richiesta. Ovviamente solo una parte dei contributi stessi, se restituiti alle Aziende, è tornata nelle tasche dell'odontoiatra, perché le Aziende hanno trattenuto la quota a loro carico (13% dell'imponibile), riversando al professionista soltanto la parte prelevata dai suoi compensi (il 9% dell'imponibile).

Non tutte le AA.SS.LL., tuttavia, hanno provveduto a chiedere la restituzione di quanto versato. La maggior parte di esse, al contrario, su pressante richiesta dei professionisti – interessati alla costituzione di una posizione previdenziale sin dall'inizio dell'attività svolta per conto del SSN – non ha trasmesso all'Ente alcuna comunicazione in proposito.

L'interesse, da parte dei laureati in odontoiatria, al consolidamento delle posizioni contributive è andato nel corso del tempo aumentando ed è sfociato anche in azioni legali, nelle quali l'Autorità Giudiziaria ha riconosciuto il diritto alla convalida delle posizioni medesime.

Va inoltre considerato che il decorso del tempo ha fatto sì che gli importi corrisposti dalle AA.SS.LL. a titolo di contributi previdenziali – ancorché ritenuti indebiti – non possano essere più richiesti indietro, essendo nel frattempo trascorso il termine prescrizione di dieci anni.

La Fondazione, nel pieno rispetto della propria funzione istituzionale di massima garanzia della posizione previdenziale di tutti gli iscritti, ha quindi adottato, in accordo con la categoria interessata, un provvedimento di sanatoria ritenuto corretto dai Ministeri vigilanti.

La decisione, ora entrata in vigore, si concreta di diversi elementi:

1. Innanzitutto, sono considerati validi a tutti gli effetti previdenziali (diritto e misura della pensione) i contributi ante 1995 che non siano stati oggetto di restituzione alle AA.SS.LL.
2. Tutti i periodi di contribuzione precedenti al 1° gennaio 1995, anche se sono stati restituiti alle AA.SS.LL., sono comunque validi per raggiunge-

re il requisito dei 10 anni di anzianità contributiva necessario per presentare le domande di riscatto (laurea, servizio militare o civile sostitutivo, periodi di attività precontributiva, ecc.). Quindi gli interessati possono comunque valersi di quei periodi per ridurre i costi dell'operazione di riscatto, che, com'è noto, di norma ha un onere crescente con il passare del tempo (dato il progressivo aumento dei compensi professionali e dei coefficienti per il calcolo, legati all'età ed all'anzianità contributiva).

3. Oltre a ciò, come già accaduto in passato per i laureati in odontoiatria iscritti al Fondo della libera professione, è stata prevista una **norma transitoria** in base alla quale le domande di riscatto presentate entro 6 mesi dall'approvazione ministeriale, e quindi entro e non oltre il **22 maggio 2006**, saranno convenzionalmente considerate come prodotte il 1° gennaio dell'anno successivo a quello di conseguimento dei requisiti.

In tal modo, la posizione dei laureati in odontoiatria, ai fini dell'accesso ai riscatti, viene sostanzialmente equiparata a quella dei medici chirurghi, i quali hanno avuto regolarmente accreditata la contribuzione previdenziale anche anteriormente al 1° gennaio 1995 ed hanno, quindi, potuto presentare domanda di riscatto immediatamente dopo aver maturato 10 anni di attività effettuata per conto del SSN.

A queste disposizioni va aggiunta la possibilità, per gli odontoiatri in possesso dei requisiti prescritti, di presentare domanda di riscatto sia per il diritto, sia per la misura delle prestazioni previdenziali, anche dei periodi contributivi per i quali sia eventualmente intervenuta la restituzione nei confronti delle AA.SS.LL.. Agli atti della Fondazione risulta che il numero dei laureati in odontoiatria, tuttora in attività, per i quali sono stati corrisposti contributi previdenziali per periodi precedenti il 1° gennaio 1995 sono circa 500 per il Fondo Specialisti Ambulatoriali e circa 40 per il Fondo Specialisti Esterni - Fondo dell'Accreditamento.

Cosa possono fare tali iscritti? Atteso che la Delibera n. 20/2005 dispiega i propri effetti a decorrere dal 21 novembre 2005, gli interessati, se in possesso di 10 anni di anzianità contributiva, calcolati considerando anche i versamenti ante 1995, possono fin d'ora presentare domanda di riscatto utilizzando gli appositi moduli (scaricabili dal sito della Fondazione) e distinti a seconda che il professionista sia iscritto al Fondo Specialisti ambulatoriali ovvero al Fondo Specialisti esterni.

Le domande non sono impegnative e, ove prodotte

entro il 22 maggio 2006, beneficeranno di un calcolo dell'onere particolarmente favorevole, ai sensi della norma transitoria introdotta con la citata Delibera. Se poi i contributi sono stati oggetto di restituzione, è opportuno, per i medesimi motivi, chiedere, con gli stessi moduli, anche il riscatto dei periodi restituiti.

Va precisato che non sono valide le domande eventualmente presentate in assenza dei requisiti prima del 21 novembre scorso; pertanto, quanti le avessero già prodotte in passato sono tenuti a ripresentarle servendosi dei moduli appositi.

Come previsto per tutti gli iscritti ai Fondi Enpam, **soltanto dopo aver presentato la domanda di riscatto**, anche questa categoria di odontoiatri potrà versare un acconto per poter fruire del beneficio della tota-

le deducibilità dall'imponibile fiscale. Il pagamento dovrà avvenire tramite bonifico bancario sul conto corrente n. 000017500X50 intestato alla Fondazione presso la Banca Popolare di Sondrio (Coordinate: CIN K; CAB 03200; ABI 05696). Nella causale dovranno essere specificati: il codice Enpam dell'iscritto, la tipologia del riscatto e l'indicazione del Fondo di appartenenza. Per la tempestiva rendicontazione da parte dei competenti Uffici della Fondazione, dovrà essere trasmessa copia della ricevuta del bonifico via fax al numero 06.48.294.725.

Gli Uffici restano ovviamente a disposizione per ogni ulteriore chiarimento in materia. Per la verifica delle posizioni contributive individuali si può contattare il numero 06.48.294.905.

#### NOTE TRISTI:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze: Al Dott. Paolo Mattarozzi per la scomparsa del padre Carlo.

Alla famiglia per la scomparsa del Prof. Egidio Lusvarghi.

Al Dott. Roberto Luzietti per la scomparsa del padre Dott. Giorgio Mario.

**CERCHI  
UNA CASA  
DI NUOVA COSTRUZIONE?**

**cataimm®**

**CATALOGO  
IMMOBILIARE  
DELLE NUOVE COSTRUZIONI**

**PROPOSTE DALLE IMPRESE**

MAPPE CON LA POSIZIONE DEI CANTIERI  
SCHEDE DESCRITTIVE DETTAGLIATE  
ELENCO DELLE TIPOLOGIE DISPONIBILI

**IN EDICOLA**

**colorgraf**  
comunicazione e grafica

grafica & comunicazione  
grafica & comunicazione

fotocomposizione  
progettazione grafica  
stampa su plotter  
fotoritocco

service Mac e Pc  
imposizione macchina  
uscita in pellicola  
stampa digitale

via Toracchini, 12  
41056 Vignola (MO)  
tel. 059 776576  
fax 059 7702525  
pc@colorgraf.191.it  
mac@colorgraf.191.it

# LA CONSULENZA GENETICA NELL'AZIENDA USL DI MODENA

**T**ra i compiti istituzionali che i Consultori Familiari si sono dati fin dalla loro attivazione, quello della prevenzione riveste senza dubbio una delle principali aree di intervento specie nel campo della salute materno-infantile.

E' in questo contesto preventivo che a partire dal 1998 l'Azienda USL di Modena ha istituito nel proprio ambito territoriale un'attività ambulatoriale di genetica medica avente come obiettivo la prevenzione delle malattie congenite ed ereditarie.

Tale attività è stata avviata presso le Unità Operative Consultori Familiari dei Dipartimenti Cure Primarie dei Distretti Nord (Carpi e Mirandola), Centro (Modena, Castelfranco Emilia) e Sud (Sassuolo, Pavullo e Spilamberto) e si basa sulla erogazione di **consulenze genetiche preconcezionali/riproduttive, prenatali/teratologiche e postnatali**.

Ogni anno presso i Consultori Familiari vengono erogate circa 1300 consulenze genetiche.

L'accesso è diretto o tramite invio del Medico di medicina generale, del Pediatra di libera scelta o dello specialista (ginecologo, pediatra, neurologo, neuropsichiatra infantile,..) ma soprattutto dai professionisti del Programma Salute Donna Aziendale, programma che persegue l'integrazione funzionale delle U.O. consultori familiari e le U.O. di ostetricia e ginecologia ospedaliera sui percorsi diagnostico terapeutici ed in questo ambito particolare ha promosso e gestito la formazione di tutti i professionisti interessati sulle modalità di individuazione dei soggetti a rischio genetico e sui percorsi diagnostici più opportuni.

## Aree di intervento

L'attività è prevalente in corso di gravidanza (**consulenza genetica prenatale**) precede l'utilizzo di test genetici e riguarda principalmente due contesti di rischio:

- **prospettivo**, quando i rischi sono generici o legati a condizioni quali ad esempio l'età materna superiore ai 35 anni. In questo caso compito della consulenza genetica prenatale è quello di fornire informa-

zioni sulle possibilità di diagnosi prenatale esistenti: dalle procedure invasive (villocentesi, amniocentesi) a quelle non invasive (Translucenza Nucale, Tri-Test, Bi-test), valutare gli aspetti positivi (diagnosi) e negativi (rischi/limiti) di tali procedure, quali e quando le possibilità di cura, e non ultimo affrontare la delicata questione riguardante la prosecuzione o meno della gravidanza in presenza di situazioni non trattabili, nell'obiettivo finale di lasciare alla coppia o al singolo assoluta libertà di scelta rispetto al loro utilizzo.

- **retrospettivo**, quando nella famiglia sono presenti patologie genetiche sporadiche o ricorrenti (metaboliche, neurologiche, muscolari, ematologiche, mentali) o in presenza di soggetti portatori accertati di mutazioni genetiche. In questo caso la finalità principale è quella di valutare, in caso di rischio accertato, la possibilità di poter eseguire accertamenti prenatali mirati che ovviamente richiedono a priori la diagnosi esatta di malattia genetica non solo sul piano clinico ma anche del difetto genetico che sta alla base della malattia.

Altro compito della consulenza genetica in corso di gravidanza è verificare la volontà o meno della coppia o del singolo di avvalersi di tali procedure, trattandosi in tutti i casi di interventi facoltativi che hanno come momento fondamentale la valutazione di tutti quegli aspetti di prognosi, cura e ricadute sulla famiglia e sulle scelte riproduttive che la diagnosi di malattia genetica comporta.

Un altro momento di intervento particolarmente delicato, ma fondamentale, della consulenza genetica prenatale è quello che segue il test genetico, quando cioè si è di fronte ad un'alterazione genetica. In questo caso l'intervento ha lo scopo di definire se l'alterazione diagnosticata comporterà conseguenze e di che tipo sulla salute attuale e futura del bambino (prognosi fetale).

Sempre in ambito prenatale, un'altra prestazione offerta dal Servizio è quella della **consulenza teratologica**, consulenza che ha come finalità la valutazione di eventuali danni all'embrione/feto a segui-

to dell'esposizione accidentale a farmaci o indagini radiologiche in corso di gravidanze non ancora riconosciute, benché nella stragrande maggioranza dei casi l'esposizione non sia da considerarsi indice di rischio aumentato per la salute fetale, né necessità di specifiche indagini prenatali.

La consulenza teratologica può essere richiesta anche prima che una gravidanza abbia inizio per valutare quali terapie "più sicure" e altrettanto efficaci potranno essere adottate in presenza di patologie croniche per la cura delle quali neppure in caso di gravidanza si può sospendere la terapia.

Oltre che essere garantita a tutti gli utenti inviati da Specialisti di settori pubblici e privati, l'attività di consulenza genetica prenatale è una delle tappe previste dal percorso diagnosi prenatale Salute Donna attivato dal Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda USL di Modena nell'ambito di una integrazione tra Unità Operative territoriali e Reparti Ostetrico-Ginecologici dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda per garantire:

- ecografia di datazione nel I trimestre di gravidanza
- ecografia per lo screening delle malformazioni fetali e per il monitoraggio della crescita fetale nel II e III trimestre di gravidanza
- test invasivi quando indicati: amniocentesi nei punti prelievo dei Reparti di Ostetricia del P.O. Nord (Carpi, Mirandola), P.O. Sud (Sassuolo, Pavullo); amniocentesi e villocentesi nel Reparto di Ostetricia dell'A.O. Policlinico
- test non invasivi per lo screening delle aneuploidie cromosomiche (Traslucenza nucale) presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Carpi, l'U.O. Salute Donna di Castelfranco Emilia, il Reparto di Ostetricia dell'A.O. Policlinico, (Tri-test) presso il Reparto di Ostetricia dell'A.O. Policlinico
- valutazioni multidisciplinari (ginecologo, genetista, chirurgo pediatra, neonatologo) in presenza di patologie fetali ecograficamente evidenziate alle ecografie di I livello e II livello, garantite dalle Unità Operative territoriali e Ospedaliere rispettivamente.

Altre aree di intervento offerte dal servizio riguardano l'ambito preconcezionale e riproduttivo attraverso la consulenza genetica preconcezionale e la consulenza genetica riproduttiva.

Nel caso della **consulenza genetica preconcezionale**, come avviene per quella prenatale, l'intervento ha lo scopo di valutare sia condizioni di rischio pro-

spettivo che condizioni di rischio retrospettivo:

- nel primo caso, la consulenza ha l'obiettivo di individuare nella popolazione soggetti a rischio riproduttivo di patologie genetiche con alta frequenza nella popolazione (ad esempio le emoglobinopatie, prima fra tutte la talassemia, ma in termini di sempre maggiore frequenza le emoglobinosi S e C a cui contribuisce la popolazione immigrata di provenienza africana e asiatica);
- nel secondo caso, la consulenza è rivolta a:
  - soggetti sani portatori accertati di mutazioni genetiche;

soggetti sani che riferiscono della presenza in famiglia di patologie di natura ereditaria (Distrofie muscolari, malattie neurologiche, fibrosi cistica, emoglobinopatie, malattie metaboliche, malattie con ritardo dello sviluppo);

soggetti affetti da malattia genetica:

In queste situazioni la consulenza ha il compito di individuare nella famiglia i soggetti a rischio, validare o contribuire alla diagnosi di malattia genetica attraverso l'invio a specialisti del settore e l'utilizzo quando possibile di test genetici, i soli che potranno essere utilizzati per l'accertamento di patologia in caso di gravidanza.

La **consulenza genetica riproduttiva** è offerta in presenza di abortività ripetuta (tre o più aborti) o nell'ambito degli accertamenti che precedono l'utilizzo di tecniche di riproduzione assistita allo scopo di valutare quali gli accertamenti possibili e informare la coppia sui possibili risultati delle indagini genetiche proposte, sulle misure che si possono adottare in presenza di risultati alterati e sulle conseguenze che queste possono avere sulle scelte riproduttive.

Oltre che essere offerta a tutti gli utenti inviati da Specialisti di settori pubblici e privati, questo tipo di consulenza si inserisce in un percorso multidisciplinare organizzato dall'Ambulatorio Sterilità di coppia attivato presso il Reparto di Ginecologia dell'Ospedale di Carpi

Un ultimo tipo di consulenza genetica offerta è la **consulenza genetica postnatale**, quando in presenza di soggetti (neonati, bambini, adulti) affetti da ritardo mentale e/o psicomotorio, malattie quali cecità, sordità, malattie neurologiche/muscolari progressive e altre patologie invalidanti, si sospetti una base genetica e se ne richieda un possibile inquadramento clinico anche attraverso l'utilizzo appropriato

di test genetici, quando disponibili.

Allo scopo di assicurare ai richiedenti e ai loro familiari supporto e continuità assistenziale, il Servizio ha realizzato una rete di contatti

- locali
  - con i medici invianti (specialisti Neurologi, Pediatri, Neonatologi, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Pediatri di Comunità)
  - con il Servizio di Genetica Medica dell'Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena per l'invio a consulenze genetiche di II livello e a test genetici di competenza del servizio
  - con il Servizio di Fisica Sanitaria dell'Azienda Usl di Modena, quando a seguito di esposizione radiologica accidentale o programmata in gravidanza si debba valutare in termini dosimetrici la reale esposizione fetale alle radiazioni per consentire una precisa valutazione in termini di rischio
- nazionali con i Servizi di Genetica Medica e di Laboratorio referenti sul territorio Nazionale per lo studio di patologie genetiche non trattate in sede locale.

- con le associazioni Nazionali delle malattie genetiche rare e Associazioni delle famiglie coinvolte nella cura dei soggetti affetti da malattie genetiche.

Altri compiti che il Servizio di Genetica Medica si è dato a partire dalla sua attivazione sono:

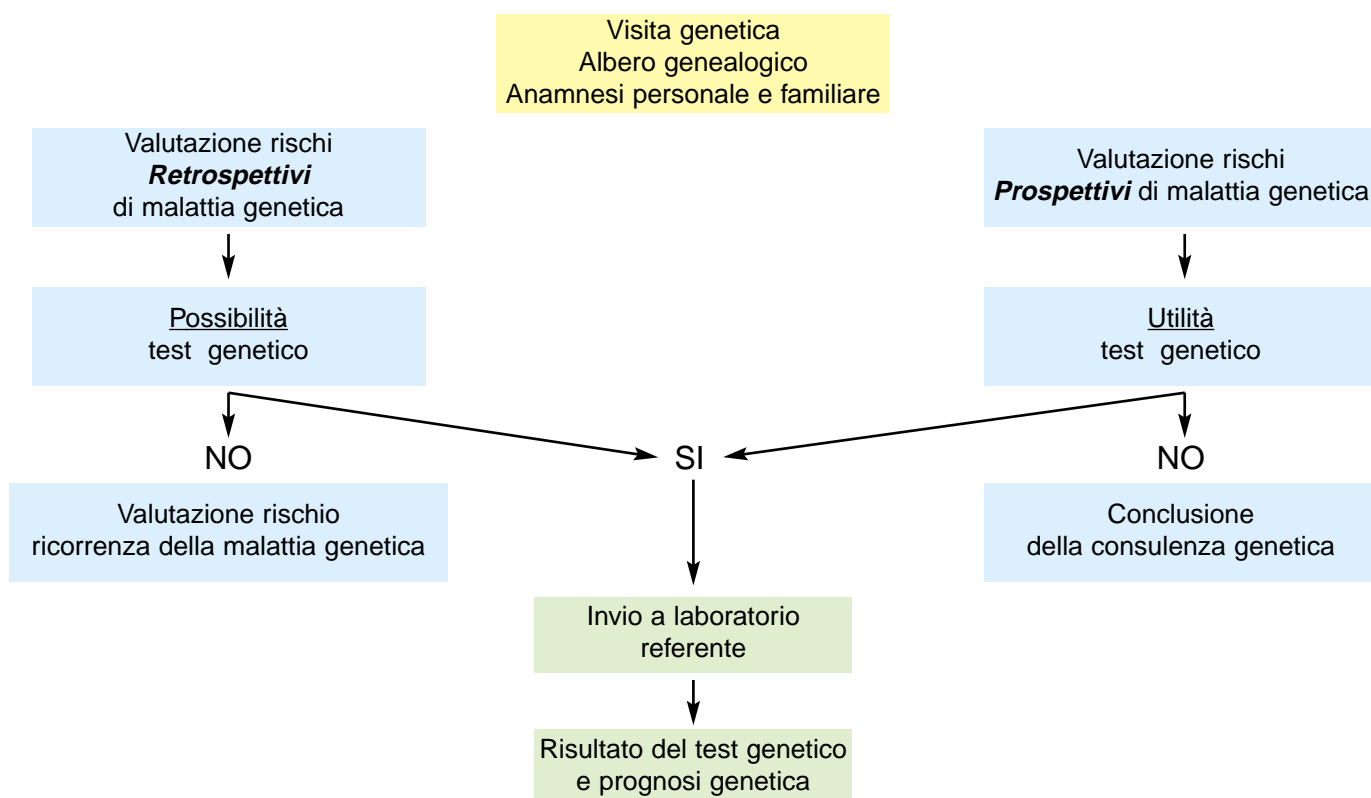
- l'attività di formazione e aggiornamento per gli operatori sanitari (in particolare ginecologi e ostetriche) delle strutture che operano a diversi livelli nel campo delle malattie a base genetica,
- l'attività di informazione e di aggiornamento rivolta al pubblico con l'obiettivo di raggiungere una maggiore consapevolezza delle problematiche relative alle malattie a base genetica, attraverso incontri con la popolazione pubblicizzati attraverso brochure informative distribuite nei Servizi Aziendali e negli ambulatori dei Medici Medicina Generale.

Nella scheda allegata sono riportate le tappe che caratterizzano la consulenza genetica sia essa in ambito prenatale/postnatale, che preconcezionale/riproduttivo

S. Santucci

Responsabile attività di genetica medica territoriale  
c/o Consultori Familiari Azienda USL di Modena

Per richiedere informazioni e fissare appuntamenti è sufficiente contattare telefonicamente o di persona le segreterie dei Consultori Familiari Salute Donna dei Distretti dell'Azienda USL di Modena.



Schema riassuntivo della **consulenza genetica**.

In accordo con quanto previsto dalle linee-guida nazionali e internazionali la consulenza genetica - per la complessità tecnica e per le ricadute psicologiche e sociali collegate ai test genetici - deve costituire una parte integrante dell'utilizzo di detti test, sia di quelli prenatali che postnatali, perché è dai loro risultati che potranno scaturire valutazioni su un futuro stato di malattia e scelte riproduttive.



## HA SENSO INVERTIRE L'AMBULANZA?

Ha senso invertire l'ambulanza?

Ha senso scrivere servizio di area?

Certamente il veicolo che svela la sua presenza con la sirena assordante non ha bisogno della scritta da destra a sinistra o da sinistra a destra.

L'ambulanza che procede senza la sirena può avere una missione in atto ed i conducenti possono avere scelto di non usare la sirena per non allarmare il malato, trasportato o da raggiungere e per non turbare il traffico dei veicoli. La scritta AZNALUBMA, leggibile dagli specchietti retrovisori AMBULANZA, può equivalere ad una discreta richiesta di particolare riguardo.

“Area di servizio” si legge da sinistra a destra, come è consuetudine; “oizivres id aera” si legge da destra a sinistra.

“servizio  
di  
area”

ovviamente si legge “area di servizio” quando si procede in automobile. Non è stata scritta per gli elicotteri. Probabilmente molti di noi quando videro per la prima volta le scritte sulle ambulanze e sulle autostrade ebbero un attimo di perplessità, che fu agevolmente superato, penso anche dai piloti di elicottero.

M. Messori  
MMG - Modena

ŠKODA  
SIMPLY CLEVER



Škoda Superb.  
DI PICCOLO HA SOLO LA RATA.

Škoda Superb benzina e Diesel, tua a partire da 195 Euro\* al mese.

Vieni a scoprire un lusso che non avresti immaginato, vieni a scoprire Škoda Superb. Un'auto grande nell'eleganza, grande nelle prestazioni, grande nel comfort e nel piacere di guida. Ma Škoda Superb è grande anche nell'offerta, che comprende: la garanzia Škoda LifeTime, il Programma Aggiuntivo di Garanzia (2 anni con chilometraggio illimitato e decorrenza dal termine della Garanzia della Casa Costruttrice) e a protezione del Tuo finanziamento con la Polizza Škoda Alter Ego. Škoda Superb, di piccolo c'è solo la rata.

Consumo massimo di carburante, urbano/extraurbano/combinato: 7,2/4,7/5,6 l/100 km. Emissione massima di biossido di carbonio (CO<sub>2</sub>): 151 g/km (dati riferiti alla versione 1.9 TDI da 101 CV).

Vieni a provarla dal tuo Concessionario Škoda

**Concessionaria Škoda per Modena e Provincia**  
**Via Respighi, 254/260 - Modena - Telefono 059/284725**

# PITTORI MODENESI DAL 500 AD OGGI

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI



## Giovanni Muzzioli

Nacque a Modena nel 1854.

Entrò a 15 anni all'Accademia sotto la guida del **Simonazzi** e dell'**Asioli**, poi visse tra Roma e Firenze, dando a quest'ultima, il primato di città ideale. Morì a Modena nel 1894, all'età di soli quarant'anni, in Rua Pioppa n. 13.

Fu in quell'occasione, che alcuni artisti come **il Boschi**, **il De Giacomo**, **il Becchi**, **il Bellei**, **l'architetto Preti** ed **il disegnatore Rinaldi**, decisero per un'idea lanciata dal Barberini, di costruire un'ara romana lignea in Piazza Sant'Agostino, alta 5 metri, e di porre all'apice, una statua di donna seduta con volto mesto, a simbolo della città.

Dopo 3 mesi, nel novembre 1894, fu allestita una mostra di 141 dipinti del maestro.

Indubbiamente in quel periodo il Muzzioli fu, dopo il **Malatesta**, l'artista che riscosse la fama più alta. Infatti il **Sipione**, nel suo "Modena nelle lettere, nelle arti e nelle scienze", dal 1911, li ricorda come sommi pittori dell'ottocento modenese.

Vinse il premio Poletti. Questo premio nacque per volontà testamentaria dell'architetto **Luigi Poletti**, morto il 2 agosto 1869. Lasciò erede il Municipio così che con i redditi delle sue sostanze, provvedesse a mantenere, per tre anni a Roma e per 1 anno a Firenze e Venezia, tre giovani di Modena e Contado, all'uopo di perfezionarsi in pittura, scultura ed architettura.

Dopo il premio Poletti l'artista si recò a Roma, presso l'Accademia di San Luca, sotto la guida di **Podesti** e **Coletti**.

Qui dipinse "Abramo e Sara alla corte dei Faraoni" ed il "Nerone" ottenendo tripudio d'ammirazione. Nel 1881 a Milano, gli fu conferito il premio Cantù, per "il Tempio di Bacco". I suoi intenti possono essere riassunti, in una ricerca della tradizione attraverso i principi "del bello e del vero" e nello sforzo di sfuggire dalla convenzionalità accademica per rispondere a suggerimenti indirizzati verso l'ambiente, la luce, e l'espressione.

Ciò che prevale è l'atmosfera di pacata naturalezza che emana dai suoi oli, ed il sincero candore che traspare dalle immagini. Importante fu il contatto con i Macchiaioli, che si nota in alcune sue tele, con succose pennellate, tipiche della scuola fiorentina. Le opere del nostro artista, furono pagate a caro prezzo, già all'inizio della sua attività, e sono tuttora ricercate dai collezionisti. Spesso queste opere provengono da luoghi impensati, come per altri artisti dell'800, che hanno operato e venduto in città di turismo internazionale.

(da "Pittori dell'Ottocento" di Luciana Frigieri Leonelli).

Alcune sue opere:

"Cubisteria", olio su tela, cm 128 x 68 (1878), Modena, Amministrazione Provinciale;

"Ritratto di bimbo", disegno con rialzi in biacca, incollato su tavoletta, cm 30 x 41;

"Paesaggio", olio su tavoletta, cm 36,5 x 23,5;

"Idillio", olio su tela, cm 80 x 87;

"Corteggiamento", bozzetto ad olio, cm 13 x 21, con dedica;

"Autoritratto", olio su tela, cm 52 x 65, (1877);

"Signora con ombrellino", acquerello, cm 21 x 24 (opera in copertina);

"L'arresto di Cleopatra ad Alessandria d'Egitto", olio su tela, cm 64 x 39;

"Ritratto di Elisa Capponi", cm 57 x 60, Modena, Museo Civico, (1878).

## STORIELLE

A CURA DI ROBERTO OLIVI



### Arthur Bloch

La citazione più preziosa è quella di cui non riesci a trovare la fonte.

### George Washington

Ogni volta che basta una sola persona per eseguire un compito con la dovuta applicazione, il compito viene eseguito in modo peggiore da due persone e non viene affatto eseguito se l'incarico è affidato a tre o più persone.

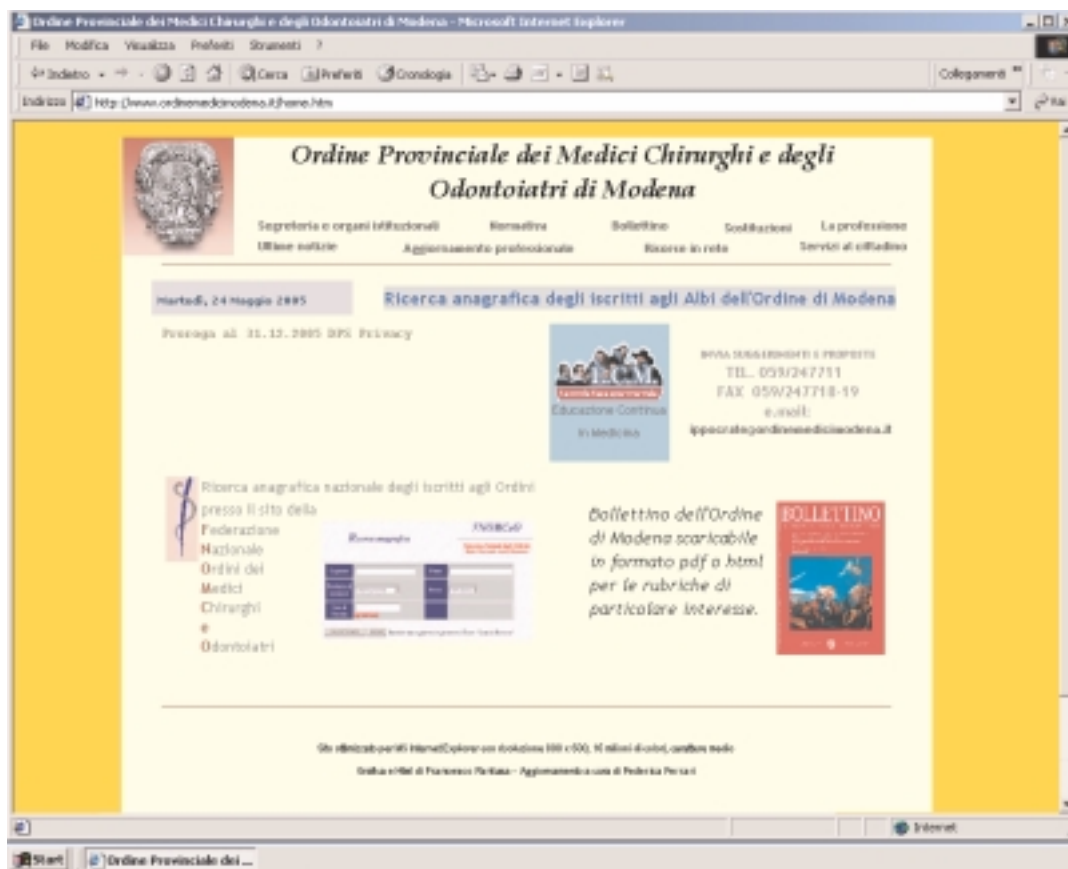
### François de La Rochefoucauld

Tutti abbiamo forza sufficiente per sopportare i mali altrui.

### William Shakespeare

La fortuna guida dentro il porto anche navi senza pilota.

# Il sito dell'Ordine è consultabile all'indirizzo Internet [www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it)



## Home page

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri con accesso alla ricerca anagrafica nazionale degli iscritti agli Ordini di Italia.

## Segreteria e organi istituzionali

Orari di apertura al pubblico degli uffici. Orari di ricevimento dei colleghi.

Possibilità di scaricare tutta la modulistica on line di interesse per gli iscritti senza dovere accedere ai nostri uffici.

Indirizzi di posta elettronica dei servizi per comunicare rapidamente con l'Ordine.

## Normativa

Testi normativi disponibili on line in tema di:

- deontologia professionale
- contratti di lavoro e convenzioni
- normative amministrative e istituzionali

Consultazione gratuita delle Gazzette Ufficiali dello Stato pubblicate negli ultimi 60 giorni.

## Bollettino

Consultazione degli ultimi 12 numeri del Bollettino dell'Ordine di Modena, scaricabile integralmente in formato pdf e in formato html per gli articoli di principale interesse.

## Sostituzioni

Pubblicazione degli elenchi aggiornati dei nominativi e relativo recapito di colleghi disponibili per le sostituzioni di medici di base e pediatri. Principali riferimenti normativi per il conteggio dei compensi.

## Linee guida

Raccolta delle linee guida in ambito sanitario nazionale e locale.

## Ultime notizie

Rubrica aggiornata quotidianamente a cura della Segreteria dell'Ordine con notizie, scadenze e comunicazioni di interesse per gli iscritti.

## Aggiornamento professionale

Tutto sul programma nazionale di ECM e sulle iniziative dell'Ordine

di Modena in materia di aggiornamento professionale e culturale degli iscritti.

Modalità e modulistica per la richiesta del patrocinio dell'Ordine.

## Risorse in rete

Link con le istituzioni sanitarie, accesso ai principali motori di ricerca in ambito sanitario, link ai siti di maggiore interesse suddivisi per specialità medica, collegamento ai siti Internet degli Ordini dell'Emilia Romagna.

## Servizi al cittadino

Pubblicazione del calendario di guardia odontoiatrica festiva organizzato dalla commissione Odontoiatri dell'Ordine, sedi e recapiti telefonici di guardia medica, link con le aziende sanitarie, farmacie di turno, principi sul ruolo dell'Ordine nella tutela dei diritti del cittadino.

## La professione

Raccolta di informazioni e moduli utili per l'esercizio della professione medica e odontoiatrica.

