

S O M M A R I O

Trasmissione informatizzata dei dati

Pronti a finanziare il nuovo Ospedale dell'Aquila

Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - Studi medici ed odontoiatrici

Tariffe e onorari dei medici chirurghi e degli odontoiatri per prestazioni rese in regime di libera professione

Salute e qualità della vita nella terza età in Italia

Ricerca medici

Norvegia: offerta di lavoro EURES per medici psichiatri

Piccoli interventi niente anestesista

Pensioni INPDAP e I.I.S.

Il corso di formazione in medicina generale non vale come specializzazione

Le mansioni primariali vanno retribuite

Ricevuta senza bollo se c'è IVA

Guardia medica compatibile con l'atti vita da CO.CO.PRO

Anche al coniuge superstite separato la pensione di reversibilità

P.A. - Ancora incertezze sulle decurtazioni per malattia

Eventi ECM

ORDINE DEI MEDICI DI PARMA
E-MAIL UTILI

Segreteria
segreteria@ordinemedicidiparma.it

Presidenza
presidente@ordinemedicidiparma.it

Vice Presidente
vice@ordinemedicidiparma.it

Supplemento a cura della redazione del Bollettino Parma Medica

Direttore Editoriale
Dott. Pierantonio Muzzetto

AVVISO IMPORTANTE

TRASMISSIONE INFORMATIZZATA DEI DATI

Nelle prossime settimane riceverete a casa un plico contenente un documento che riassume tutti i dati in possesso dell'Ordine sulla vostra iscrizione all'Albo. Questo documento è stato predisposto dalla Federazione Nazionale degli Ordini e dalla Fondazione ENPAM per poter essere acquisito da una procedura per la gestione informatizzata dei dati anagrafici e professionali degli iscritti al fine di rendere possibile la connessione con tutti gli altri Ordini, la FNOMCEO, l'ENPAM, il Ministero della Salute ed altre Pubbliche Amministrazioni. È da sottolineare l'importanza di acquisire le informazioni necessarie per completare il processo di allineamento dei dati per la registrazione complessiva dei crediti individuali presso l'anagrafe nazionale ECM.

Gli Ordini, per il tramite della propria Federazione, avranno funzioni di verifica e certificazione dei crediti formativi acquisiti dal sanitario iscritti al proprio Ordine.

È FATTO OBBLIGO A TUTTI GLI ISCRITTI DI RESTITUIRE IL DOCUMENTO COMPILATO IN OGNI SUA PARTE.



L'ENPAM PER L'ABRUZZO

PRONTI A FINANZIARE IL NUOVO OSPEDALE DELL'AQUILA



Ci sentiamo profondamente vicini, ha dichiarato il Presidente dell'ENPAM Parodi, alle popolazioni dell'Abruzzo colpite in maniera drammatica dal terremoto e vogliamo concretamente aiutare la rinascita di questa bellissima terra.

Abbiamo così deciso, ha continuato Parodi, nel Consiglio di Amministrazione di oggi 24.4.2009 che, oltre ai contributi previsti del Fondo Assistenza per tutti i medici ed odontoiatri che hanno subito danni, di prenderci cura, della ricostruzione dell'Ospedale dell'Aquila. Sentiremo, con la massima sollecitudine, tutte le Autorità competenti, per concordare modalità e tempi di tale progetto.

Un impegno economico complessivamente rilevante, implementato anche da tutti i versamenti che gli iscritti devolveranno alla Fondazione con il contributo del 5 per mille previsto nella dichiarazione dei redditi.

Tutti i membri del Consiglio di Amministrazione hanno accolto con ferma e piena condivisione la proposta del loro Presidente e convinti come sono di dover aiutare, nell'enorme sforzo di ricostruzione non solo i cittadini abruzzesi ma l'intero paese.

DECRETO LEGISLATIVO 9 APRILE 2008 N. 81 (GU N. 101, S.O. DEL 30.04.2008)

TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO – STUDI MEDICI ED ODONTOIATRICI

Con la recente emanazione del D.Lgs. 81/08 (il cosiddetto Testo unico sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro) si è cercato di dare organicità alla legislazione ed ai conseguenti adempimenti in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Molti degli obblighi disciplinati dalla precedente normativa specifica, in particolare dal D.Lgs. 626/94 (abrogato), sono stati ampliati ed, inoltre, è stata operata una revisione completa dell'apparato sanzionatorio, in termini sia di ricaduta economica che di rilevanza giuridica. Nella complessiva modulazione degli obblighi relativi ad ognuna delle figure aziendali, previste dalla normativa vigente, un peso maggiore è stato attribuito alle rappresentanze aziendali dei lavoratori addetti alla sicurezza.

In aggiunta a tutto questo, è opportuno ricordare che, a fronte di sanzioni comminate dall'Organo di vigilanza, quali UPG (ufficiali di polizia giudiziaria), resta valido l'esercizio dell'obblazione, ovvero a seguito della contestazione di violazioni, ci si può avvalere di quanto previsto dagli artt. 21 e 24 del D.Lgs. 758/94 e s.m, previo adempimento delle prescrizioni notificate. In pratica, l'Organo di vigilanza, dopo aver verificato che la violazione contestata è stata eliminata secondo le modalità e nei termini indicati nel verbale di prescrizione, ammette il contravventore a pagare, in sede amministrativa, entro 30 giorni, una somma pari ad un quarto del massimo dell'ammenda stabilita per ognuna delle contravvenzioni commesse. Il procedimento penale viene sospeso fino alla scadenza dei termini previsti dal procedimento per la contravvenzione mentre il reato si estingue nell'adempiere alla prescrizione impartita dall'Organo di vigilanza.

Con la presente nota, quindi, si intende richiamare l'attenzione dei Colleghi affinché, in totale autonomia e piena responsabilità, adottino tutte le misure più adeguate per ottemperare alla normativa vigente (D.Lgs.81/08) e di seguito sommariamente ricordate.

Lavoratore

Si evidenzia che il D.Lgs. 81/08 definisce lavoratore: "persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o professione, ...". Al lavoratore così definito "è equiparato: il socio lavoratore di cooperativa o di società, anche di fatto,l'associato in partecipazione di cui all'art. 2549 e seguenti del codice civile; il soggetto beneficiario di tirocini formativi e di orientamento di cui all'articolo 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196, e di cui a specifiche disposizioni delle leggi regionali promosse al fine di realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro o di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro....." (art. 2 comma a). I lavoratori, ancorché "atipici", fanno scattare l'obbligo degli adempimenti previsti per il datore di lavoro dalla normativa vigente in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, anche se poi non vengono tutti computati (art. 4) per classificare numericamente le aziende, in funzione di obblighi, per questo, specifici.

Valutazione dei rischi

Costituisce un obbligo non delegabile del datore di lavoro, chiamato a valutare tutti i rischi (art. 17, comma 1). Per quanto attiene, invece, la redazione del documento di valutazione dei rischi (DVR), tale obbligo dipende dalle dimensioni numeriche dell'azienda e, quindi, anche per gli studi professionali medici. Infatti, l'obbligo del DVR scatta al superamento dei 10 lavoratori, esclusi quelli non computabili (art. 29, comma 5). Il datore di lavoro che non ha l'obbligo di redigere il DVR deve, comunque, autocertificare l'avvenuta valutazione (modulo sca-

ricabile dal sito dell'Ordine), avendo, poi, cura di custodire tale certificazione presso lo studio, a disposizione dell'Organo di Vigilanza. Il citato decreto 81/08, all'art. 6, comma 8, lettera f), precisa che saranno emanate, con specifico decreto interministeriale, le procedure standardizzate per effettuare la valutazione dei rischi, sostituendo, verosimilmente, l'attuale autocertificazione.

Designazione del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)

Anche questo è un obbligo non delegabile del datore di lavoro. Tale funzione può essere svolta dallo stesso datore di lavoro, da un dipendente o da un consulente esterno. "Il datore di lavoro che intende svolgere personalmente le funzioni di RSPP, deve frequentare corsi di formazione di durata minima di 16 ore e massima di 48 ore... " (art. 34, comma 2) ed è "altresì tenuto a frequentare corsi di aggiornamento..... L'obbligo ... si applica anche a coloro che abbiano frequentato i corsi di cui all'art. 3 del decreto ministeriale 16 gennaio 1997 e agli esonerati dalla frequenza dei corsi, ai sensi dell'art. 95 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626" (art. 34, comma 3). I dipendenti ed i consulenti sono obbligati a percorsi formativi più articolati.

Designazione incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza

La designazione degli incaricati della gestione dell'emergenza deve essere fatta ed i lavoratori devono obbligatoriamente frequentare un corso di formazione. Per gli incaricati del primo soccorso il corso ha la durata di 12 ore e prevede prove pratiche di rianimazione su un manichino antropomorfo, secondo i dettami del DM 388/03.

Per gli incaricati della lotta antincendio il corso ha la durata di 4 ore, compresa la prova pratica.

Il Rappresentante dei Lavoratori per la sicurezza (RLS)

La norma prevede che venga scelto tra i lavoratori oppure, se nessuno di essi si rende disponibile per ricoprire tale incarico, si può ricorrere all'RLS territoriale (soggetto esterno all'azienda). L'RLS deve partecipare ad un corso di formazione.

Si ricorda che il datore di lavoro o i dirigenti (se l'adempimento è stato loro delegato dal datore di lavoro) hanno l'obbligo di "comunicare annualmente all'INAIL i nominativi dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza " (art. 18, comma , lettera aa). L'INAIL, a tal riguardo, ha emanato la Circolare n. 11 del 12 marzo 2009 con la quale vengono indicate le modalità con le quali effettuare la comunicazione del RLS. Tale adempimento spetta alle aziende che hanno designato l'RLS interno e deve riferirsi alla situazione in essere al 31 dicembre dell'anno precedente. La scadenza della comunicazione per il 2009 è fissata al 16 maggio 2009.

Formazione, informazione ed addestramento

Tutti i lavoratori devono essere informati sui rischi per la salute e sicurezza che li riguardano, sulle procedure relative al primo soccorso, lotta antincendio ed evacuazione dei luoghi di lavoro, sui nominativi dei lavoratori per questo incaricati, sui nominativi del RSPP e del medico competente, ove previsto, sulle misure ed attività di protezione e prevenzione adottate (art. 18, comma 1 lettera l) e artt. 36 e 37). In genere negli studi medici i rischi presenti sono riconducibili all'uso del videoterminale (per il personale amministrativo), al rischio biologico (per il personale infermieristico ed assistenti alla poltrona), al rischio da posture incongrue (assistenti alla poltrona ed addetti all'igiene orale), al rischio da agenti chimici (addetti alla sanificazione, preparazione materiali di uso odontoiatrico, ecc.). Il datore di lavoro può ottemperare a questo obbligo provvedendovi in prima persona, con l'ausilio di materiale reperibile anche in rete. A conclusione del percorso informativo/formativo è opportuno effettuare un breve audit attraverso la somministrazione di un test con domande a risposta singola e/o multipla così da lasciare traccia documentale certa di aver assolto all'adempimento.

Sorveglianza sanitaria

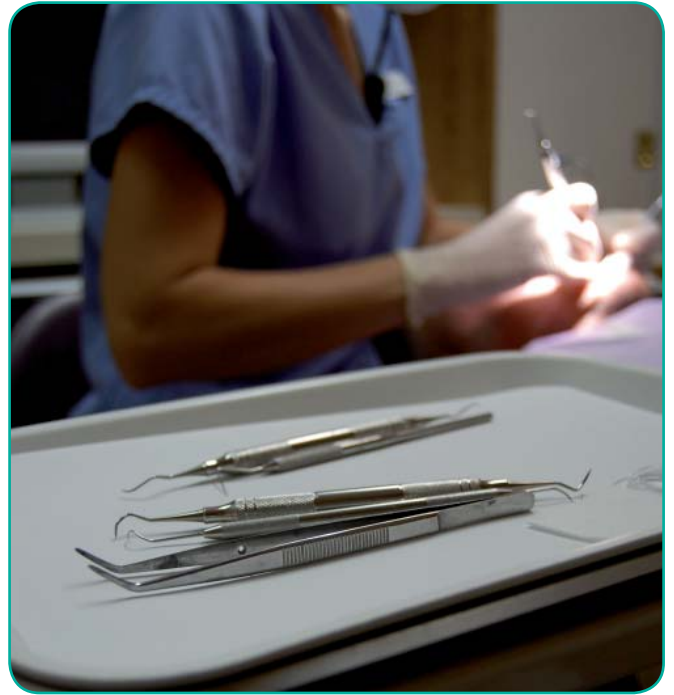
I lavoratori, anche "atipici", devono essere sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte di un medico competente se svolgono attività ritenute a rischio. In modo sommario si può ritenere che l'obbligo esiste quando: la mansione prevede l'uso del videoterminale per più di 20 ore settimanali, anche se non in modo continuativo; vi è esposizione ad agenti chimici, posture incongrue, a radiazioni ionizzanti (secondo la scheda di rischio redatta dall'esperto qualificato - D. Lgs. 230/95 e D.Lgs. 241/2000). Il datore di lavoro è sufficiente che abbia un solo lavoratore, anche "atipico", esposto a rischi perché venga chiamato ad adempiere l'obbligo della sorveglianza sanitaria e per la quale deve nominare il medico competente.

Schede di sicurezza

È necessario che vengano raccolte e custodite le schede di sicurezza di tutti i prodotti chimici utilizzati (materiali odontoiatrici), avendo cura di provvedere al loro periodico aggiornamento in ottemperanza al D.M. 7 aprile 2002.

Apparecchiature elettromedicali, certificazioni CE, impianti elettrici, rifiuti, ecc.

Non bisogna trascurare, a corredo dell'autocertificazione, tutta la documentazione relativa alle apparecchiature elettromedicali, la dichiarazione di conformità degli impianti elettrici, ecc. Si raccomanda di conservare con cura anche la documentazione relativa agli interventi di manutenzione sulle apparecchiature ed impianti, comprese quelle relative alla periodica sostituzione e/o sanificazione dei filtri degli impianti per il condizionamento dell'aria.



In buona sostanza, quindi, l'art. 54 del Codice Deontologico impone al professionista di tenere un comportamento chiaro e trasparente fin dall'inizio per l'assistito, per quanto riguarda gli aspetti economici della prestazione, che ben si accorda con la liberalizzazione tariffari imposta dal Decreto Bersani. Infatti la caducazione di un tariffario di riferimento, al quale il professionista e il cittadino in precedenza sapevano di doversi attenere e la rimozione di vincoli in materia di onorari, impongono oggi più che mai chiarezza di rapporti fra medico e paziente, per evitare che, una volta eseguita la prestazione, il cittadino si trovi ad affrontare l'aspetto economico della stessa, totalmente ignaro della sua entità, dando così luogo ad una situazione in cui è facile che si instauri un contenzioso per motivi meramente economici.

Questa evenienza, purtroppo, non è rara e l'Ordine in questi ultimi tempi si è trovato ad affrontare casi in cui il cittadino rilevi in merito all'entità economica di una prestazione sanitaria, evidentemente perché in precedenza non adeguatamente informato su questo aspetto dal professionista.

Si tratta di una forma di contenzioso che sarebbe facilmente evitabile, solo che il professionista rendesse nota in anticipo, in modo chiaro e argomentato, la sua tariffa professionale, in modo che il cittadino possa valutare consapevolmente se, a suo giudizio, sia utile e conveniente ricorrere alla prestazione del medico, oppure declinare questa possibilità e magari rivolgersi ad altro professionista.

È quindi fortemente raccomandato di sottoporre all'assistito un preventivo di spesa scritto (togliere possibilmente), soprattutto nei casi di prestazioni complesse e di terapie prolungate nel tempo, redatto all'inizio del rapporto professionale e poi eventualmente aggiornato, se necessario, nel prosieguo del trattamento terapeutico, in modo che il cittadino sia pienamente consapevole degli aspetti economici della prestazione professionale, accettando la quale accetta anche la tariffa proposta. Ovviamente si tratta, in questi casi, di situazioni che non rivestono carattere d'urgenza, nel senso che la necessità della previa accettazione da parte del cittadino del preventivo di spesa non deve essere di ostacolo all'esecuzione di una prestazione sanitaria che il professionista ritenga urgente e non differibile, perché in tal modo si violerebbe il primario dovere di assistenza che evidentemente prevale su ogni altra considerazione.

E altrettanto ovviamente si deve ricordare che qui si tratta delle prestazioni libero professionali e cioè di tutte quelle prestazioni che sono rese al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, per le quali il cittadino ha tutto il diritto di rivolgersi a qualunque

PRESTAZIONI RESE IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE

TARIFFE E ONORARI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Delibera del Consiglio dell'Ordine del 16 aprile 2009

La materia degli onorari professionali per le prestazioni medico-chirurgiche ed odontoiatriche è stata recentemente oggetto di "liberalizzazione" ad opera del cosiddetto "Decreto Bersani".

Infatti in precedenza, in forza della Legge 21.2.1963 N. 244 e del DPR 17.2.1992, era previsto in via normativa, un tariffario minimo per le prestazioni di cui trattasi, cui i medici e gli odontoiatri erano tenuti ad attenersi, non potendo praticare tariffe a valori inferiori a quelli previsti dalle citate norme.

L'art.2 del Decreto Legge 4.7.2006 N. 233, convertito con modificazioni nella legge 4.8.2006 N. 248 ha però abrogato le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono, con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali, l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime.

Di conseguenza, è abrogata la legge N. 244 del 1963 e non sono più in vigore i minimi tariffari fissati con il DPR 17.2.1992.

Prendendo atto del mutamento del quadro normativo di riferimento, il Codice Deontologico, nella sua ultima revisione del 2006, all'art. 54 detta alcuni importanti principi in tema di onorari professionali.

In primo luogo, viene stabilito il principio primario e fondamentale dell'intesa diretta fra medico e paziente, nel senso che viene fortemente privilegiato il rapporto fiduciario anche dal punto di vista della fissazione dell'onorario, a corollario di un corretto e trasparente rapporto fra il professionista e il cittadino.

Inoltre viene stabilito che l'onorario deve essere decoroso, nel senso che deve essere commisurato alla difficoltà, alla complessità e alla qualità della prestazione, tenuto conto delle competenze professionali e dei mezzi impiegati allo scopo.

Infine viene previsto l'obbligo da parte del professionista di far conoscere preventivamente il suo onorario all'assistito. Questo principio rappresenta il completamento del primo enunciato, in quanto l'intesa diretta fra medico e paziente circa l'onorario non può che discendere da una programmazione del piano terapeutico, valutato anche sotto l'aspetto economico.

sanitario libero professionista di sua scelta. Infatti le prestazioni rese nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale sono espressamente escluse dal Decreto Bersani dal processo di liberalizzazione, ivi compreso l'esercizio professionale in regime di intra-moenia.

Per quanto riguarda le strutture sanitarie private, per le prestazioni rese al di fuori di eventuali rapporti di convenzione con il SSN, valgono le stesse considerazioni svolte per i sanitari liberi professionisti.

E infine, a corollario di quanto sopra, deve essere ben presente che nell'ambito libero-professionale, non sono consentite intese fra professionisti tese ad imporre alla clientela un tariffario uguale e predefinito, in quanto ciò sarebbe interpretato come un comportamento anticoncorrenziale, vietato dalla normativa nazionale e comunitaria in materia di prestazione di servizi professionali, con il rischio di essere sanzionato dall'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato.

Pertanto né l'Ordine, né altri soggetti hanno il potere di stabilire tariffe predeterminate per le prestazioni libero-professionali imponendole ai propri associati. Eventuali indicazioni in materia tariffaria, quindi, possono essere fornite solo come meri suggerimenti di comportamento, ma assolutamente non vincolanti per il professionista e per il cittadino.

Per quanto riguarda le prestazioni a titolo gratuito, l'art. 54 del Codice Deontologico prevede che possano essere rese soli in circostanze particolari e purché non costituiscano forme di concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela.

In proposito, come sancito dalla "Linee di indirizzo sulla informazione sanitaria" si ritiene utile precisare che l'effettuazione di prestazioni a titolo gratuito, è possibile limitatamente ai seguenti casi:

- in situazioni specifiche ed episodiche, sulla base di considerazioni personali nei confronti del singolo paziente;
- nei confronti di assistiti che versino in situazioni di indigenza o emarginazione sociale;
- nei confronti dei colleghi e dei loro familiari.

Tali condizioni si ritiene debbano essere riaffermate e ribadite, in quanto utili a tutelare il decoro della categoria, evitando che le prestazioni gratuite, in quanto utili a tutelare il decoro della categoria, evitando che le prestazioni gratuite siano utilizzate come mero strumento commerciale di richiamo alla clientela. Ovviamente non rientrano in questa ipotesi, e sono quindi da considerarsi legittime, le prestazioni gratuite rese dai professionisti aderenti ad iniziative di promozione e di informazione sanitaria, organizzate da Enti pubblici finalizzate all'educazione sanitaria dei cittadini.

Alle luce delle considerazioni di cui sopra, l'Ordine ritiene opportuno richiamare i propri iscritti all'osservanza delle seguenti regole di comportamento, in attuazione dei principi di cui all'art. 54 del Codice Deontologico:

Nell'ambito dell'attività libero professionale, i medici chirurghi e gli odontoiatri sono tenuti a:

- far conoscere preventivamente agli assistiti il loro onorario, nell'ambito del rapporto fiduciario fra medico e paziente, teso a privilegiare l'intesa diretta, non solo al trattamento terapeutico proposto, ma anche ai costi che tale trattamento comporta;
- commisurare l'onorario alla difficoltà, complessità e qualità della prestazione, tenendo conto delle competenze professionali del medico e dei mezzi impiegati;
- evitare intese fra professionisti tese ad imporre tariffe uguali e concordate per i servizi professionali;
- erogare eventuali prestazioni a titolo gratuito solo in casi particolari e non indiscriminatamente come richiamo alla clientela.

Nel contenzioso fra medico e paziente per ragioni di onorari, se il professionista ha mancato di rispettare le regole di cui sopra, l'Ordine si riserva la possibilità di esprimere parere di congruità riducendo l'entità dell'onorario richiesto dal professionista, in quanto il mancato rispetto delle regole di cui sopra

può rappresentare una "compromissione" della qualità della prestazione.

In proposito, il professionista che richiede all'Ordine l'espressione del parere di congruità in presenza di una insolvenza da parte dell'assistito, è tenuto a dimostrare di aver sottoposto all'assistito il preventivo di spesa e, nel caso in cui non sia in grado di fornire tale dimostrazione, di esplicitarne i motivi. La delibera verrà pubblicata sul sito e sulla stampa dell'Ordine.

REGIONE EMILIA ROMAGNA

PASSI D'ARGENTO: SALUTE E QUALITÀ DELLA VITA NELLA TERZA ETÀ IN ITALIA

Premessa

Nel 2001 la Regione Emilia Romagna ha partecipato allo studio trasversale "Argento" promosso dall'Istituto Superiore della Sanità che ha indagato lo stato di salute della popolazione anziana, mentre dal 2005 partecipa, in collaborazione con il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e le altre Regioni, al progetto PASSI (Progressi della Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). PASSI è un sistema di sorveglianza basato su interviste telefoniche, volto a monitorare alcuni aspetti riguardanti la salute della popolazione e l'esito di programmi di intervento in sanità pubblica, ad esempio campagne di screening e progetti per la modifica di comportamenti a rischio per le principali patologie croniche.

In considerazione dell'esito positivo di quanto realizzato in tale studio, è stato deciso di aderire ad un progetto di studio denominato "Passi d'Argento", indagine periodica sulla qualità della vita delle persone con più di 65 anni, promosso dal Ministero della Salute in collaborazione con la Regione Emilia e l'Istituto Superiore di Sanità, che va a completare il panorama della sorveglianza di popolazione nelle Regioni e nelle ASL (Okkio alla salute: 6-11 anni - HBSC: 13-17 anni - PASSI: 18-64 ANNI). Questo sistema di sorveglianza ha l'obiettivo di monitorare lo stato di salute, le abitudini e gli stili di vita della popolazione ultrasessantacinquenne al fine di progettare e mettere in atto azioni efficaci e più incisive volte a migliorare la qualità di vita. In particolare, "Passi d'Argento" fornirà informazioni sulla salute delle persone con più di 65 anni per permettere alle Aziende USL, ai Comuni e agli Enti interessati di verificare gli interventi effettuati, di programmare nuove iniziative, di comunicare le proprie attività, di migliorare la qualità dei servizi.

Di cosa si tratta?

E' una indagine periodica sulla qualità della vita nelle persone con più di 65 anni da estendere successivamente a livello nazionale. Attualmente è nella fase di progetto di uno studio sperimentale che coinvolge diverse Regioni Italiane, coordinate dalla Regione Umbria su finanziamento del Ministero della salute. Il finanziamento è limitato e copre solo la messa a punto dello strumento e la formazione dei formatori. L'Istituto Superiore di Sanità garantisce un supporto tecnico-metodologico e scientifico.

Perché gli anziani?

Dopo i 65 anni, progressivamente all'aumentare dell'età, cresce il rischio di malattia e di disabilità con perdita dell'autonomia e isolamento sociale. Inoltre, nel nostro Paese, come nella maggior parte dei Paesi industrializzati, si rileva un invecchiamento progressivo della popolazione. Per esempio, le persone con più di 65 anni sono ormai più del 20% della popolazione totale (erano meno del 18% nel 2001). Per queste due ragioni, la spesa sanitaria tende a concentrarsi sulle fasce d'età più avanzate: mediamente si impegna circa il 65% delle risorse del Servizio sanitario nazionale, più della metà dei ricoveri ospedalieri e circa il 70%



della spesa farmaceutica.

Questa crescita rapida impone un'accelerazione nell'attuazione delle scelte di politiche sanitarie rivolte in modo specifico agli anziani fragili, intendendo con questo termine le persone anziane che presentano limiti nello svolgimento delle normali attività quotidiane come vestirsi o lavarsi. Identificare precocemente i primi segni di fragilità dell'anziano e mettere rapidamente in atto misure per ridurre gli effetti dei fattori che la determinano, migliora la qualità della vita delle persone con una certa età e diminuisce i costi dell'assistenza. Alcune Regioni più "vecchie" di altre, come la Liguria e l'Umbria hanno mostrato un interesse particolare in questo progetto del Ccm.

Perché è necessaria un'indagine ulteriore?

Le rilevazioni statistiche periodiche degli istituti ufficiali e degli osservatori specializzati hanno alcune caratteristiche che non permettono di avere informazioni tempestive su alcuni argomenti specifici per questo tipo di popolazione (per esempio percepire come un disagio le difficoltà di masticazione, vista e altro) e comunque non raggiungono un dettaglio tale da permettere una programmazione sulle priorità a livello di Aziende sanitarie locali.

Per seguire in maniera continuativa la salute degli anziani è necessario raccogliere indicatori sulla popolazione generale, indicatori che, essendo sensibili al cambiamento nel tempo, rappresentino bene l'evoluzione dei fattori determinanti dell'autosufficienza ma anche della penetrazione degli interventi che i diversi operatori, sanitari e sociali, e le famiglie mettono in atto per prevenire i problemi negli anziani fragili. Il progetto serve quindi per sperimentare questi indicatori e per vedere quanto siano in grado di rappresentare fedelmente la situazione degli anziani che evolve in maniera così rapida.

Qual è l'obiettivo di progetto?

Elaborare e sperimentare un modello di indagine sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, che sia ripetibile nel tempo e sostenibile con le risorse dei servizi sanitari e sociali, a uso delle Aziende sanitarie e delle Regioni.

Qual è la durata e quali sono le tappe principali del progetto?

Questa sperimentazione durerà 2 anni e le tappe principali comprendono: coinvolgimento dei 43 comuni che interessano N. 30 ambiti distrettuali identificazione degli intervistatori e loro formazione realizzazione dell'indagine analisi dei dati e

presentazione dei risultati

Su quali risorse può contare questo intervento?

Essendo un sistema di sorveglianza di popolazione le Unità aziendali di epidemiologia coordineranno il progetto per le singole Asl, mentre la Asl 4 dell'Umbria, visto che ha già effettuato lo studio pilota con il Cnesps, gestirà il progetto a livello regionale. La novità, richiesta anche dal ministero della Salute, è che l'indagine si svolgerà grazie all'azione congiunta degli operatori sociali e degli operatori sanitari delle Aziende sanitarie. Questi stessi servizi saranno anche gli utilizzatori principali dei risultati dello studio.

Quali sono gli aspetti tecnici di questa sperimentazione?

- L'indagine è uno studio trasversale ripetibile nel tempo (survey), basata su un questionario strutturato che sarà messo a punto con il Cnesps sulle basi di indagini nazionali e internazionali di già provata validità
- Lo studio fornirà una fotografia della situazione di ciascuna Azienda sanitaria. Per far questo sarà necessario intervistare un numero di anziani che si aggirerà intorno alle 200 persone per Azienda sanitaria, estratte a caso dall'anagrafe sanitaria
- L'intervista sarà fatta direttamente (faccia a faccia) alle persone estratte come campione (negli anziani non funziona l'intervista telefonica), previa comunicazione scritta all'intervistato e al medico di famiglia
- I dati saranno inseriti dagli operatori delle Unità di epidemiologia in un software unico, e l'analisi dei dati sarà svolta dalle stesse Unità Operative e ragionata insieme alle Unità Operative del sociale e al Cnesps
- I rapporti saranno redatti e resi utilizzabili a livello aziendale
- L'analisi finale di processo e della validità del modello sarà effettuata in collaborazione con il Cnesps e il Ccm.

Vi sono implicazioni etiche in questo studio?

Le interviste saranno anonime e tutti i riferimenti iniziali per identificare le persone da intervistare saranno distrutti prima di inserire i dati sul computer. In ogni caso, l'operatore chiederà alle persone un consenso all'intervista, specificando che questa può essere rifiutata o interrotta in qualsiasi momento.

Quali sono le prospettive future di questo intervento?

La Regione Umbria e le altre Regioni partecipanti, alla fine dei due anni previsti, presenteranno i risultati di questa sperimentazione alle altre Regioni e al Ccm, che decideranno, in base a diversi criteri (fra cui la sostenibilità e l'utilità dei dati) di proseguire periodicamente la raccolta e l'analisi dei dati della situazione degli anziani.

Hanno aderito all'indagine le seguenti Regioni:

Valle d'Aosta, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Puglia e Sicilia.

Chi sono i referenti a livello regionale?

Nella fase preliminare all'avvio dell'indagine è stato definito lo staff centrale composto da due referenti, uno per l'area sanitaria e uno per l'area sociale, e da tre coordinatori (due per l'area sanitaria e uno per l'area sociale) e sono stati predisposti il campionamento e l'identificazione dei Comuni in cui verrà effettuata l'indagine (600 interviste complessive).

ROBILANTE (PROVINCIA DI CUNEO)

RICERCA MEDICI

L'I.C.R. di Robilante (provincia di Cuneo) si rivolge a codesto Spett.le Ordine alla ricerca di Medici Chirurghi Specialisti in Fisiatria, Cardiologia, Medicina Generale, ma anche altre discipline, al fine di assumere tali figure professionali nella qualifica di Assistente e/o Aiuto con CCNL AIOP/ARIS a tempo indeterminato.

La Ns.struttura si occupa di Riabilitazione Generale (Neuro

Motoria e Respiratoria,FKT) e Lungodegenza post acuzie, in regime di accreditamento con il SSN.
Rivolgersi per informazioni al
Sig. AUGUSTO RICCARDI 0171 750211/338 9064761

LAVORO EURES: NORVEGIA

RICERCA DI MEDICI PSICHIATRI

Offerta di lavoro EURES in Norvegia: si richiedono medici psichiatri per unità di psichiatria e psichiatria infantile in due diverse località del Paese scandinavo. Per gli interessati ci sarà l'intermediazione gratuita di un'agenzia di lavoro norvegese, la Dignus Medical, autorizzata dal NAV, Ministero del Lavoro norvegese.

Contatti: Richard Raae: +47 91 39 09 10

Anne Didriksen: + 47 22 87 10 50

E-mail per inviare il proprio curriculum:

anne@dignusmedical.no

SENTENZA DI CASSAZIONE

PICCOLI INTEREVENTI NIENTE ANESTESISTA

L'iscrizione all'albo dei medici abilita il medico chirurgo allo svolgimento non solo delle attività professionali sanitarie principali, ma anche a quelle ausiliarie, per le quali non è richiesto dalla legge il possesso di un apposito diploma o specializzazione. È escluso il reato di esercizio abusivo della professione nel caso in cui il medico proceda alla somministrazione di anestesia locale per la realizzazione di interventi di chirurgia plastica a livello ambulatoriale in assenza della specializzazione in anestesia.

La rapida evoluzione delle tecniche chirurgiche e anestesologiche registrati negli ultimi decenni ha comportato lo spostamento di alcuni settori dell'operatività chirurgica al di fuori degli ospedali pubblici e consentito la distinzione tra quegli interventi, che per la loro natura e complessità intervengono di anestesia generale (narcosi) - non possono non essere effettuati se non in regime ospedaliero, e interventi chirurgici o procedure diagnostiche a bassa complessità o invasività o seminvasive, praticabili, senza ricovero, in studi medici, ambulatori privati in anestesia locale o in sedo-analgesia.

In particolare, l'uso di sostanze anestetiche per infiltrazioni locali e loco-regionali è tecnica consolidata e consentita a tutti i laureati in Medicina e Chirurgia, pur se non specialisti in Anestesia e rianimazione e, a maggior ragione, quindi, a tutti gli specialisti in area chirurgica.

Cassazione sentenza sezione VI penale 11004 depositata il 12 marzo 2009

(vedi anche Brevia 012)

RECENTE SENTENZA DELLA CORTE DEI CONTI

PENSIONI INPDAP e I.I.S.

Una recente sentenza della Corte Conti sezione giurisdizionale Puglia (sentenza 27 marzo 2009 n.219) ha riconosciuto ai pubblici dipendenti collocati a riposo anticipatamente rispetto all'età pensionabile con godimento dell'indennità integrativa speciale ridotta in quarantesimi il diritto, una volta raggiunta l'età pensionabile (60 anni le donne e 65 gli uomini), a ottenere le variazioni dell'indennità stessa in misura intera.

Inoltre ai pensionati titolari di pensione anticipata al rag-

giungimento dell'età pensionabile dovrebbe spettare anche l'IIS nella misura intera. L'INPDAP tuttavia ha assunto a tal riguardo una posizione negativa costringendo i pensionati al ricorso alla Corte dei conti per far valere questo diritto.

In via preliminare va peraltro inoltrata domanda all'INPDAP al compimento dell'età pensionabile e in caso di diniego dell'ente previdenziale che è tenuto alla risposta per evitare una denuncia di omissione di atti d'ufficio, decorsi 30 giorni, si potrà proporre ricorso ai comitati di vigilanza dell'INPDAP, nel rispetto del termine perentorio dei 30o giorni dalla notifica del provvedimento di mancato accoglimento della riliquidazione della pensione.

IN TEMA DI EQUIPOLLENZE

IL CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE NON VALE COME SPECIALIZZAZIONE

Il corso di formazione specifica in Medicina generale non è equipollente a una specializzazione né esiste una specializzazione in Medicina generale.

Infatti questo diploma non consiste in una specializzazione perché conseguito all'esito di corsi organizzati e attivati dalle Regioni o dalle Province autonome (non già di scuole di specializzazione delle Facoltà universitarie di Medicina e Chirurgia), diretti alla formazione (non già specializzazione) dei medici ai fini dell'esercizio dell'attività di medico chirurgo di Medicina generale nell'ambito del SSN. Né può essere considerato equipollente a una specializzazione valida per l'ammissione alla procedura: le equipollenze sono disciplinate dalla tabella B del Dm30 gennaio 1998, che prevede «soltanto scuole equipollenti», e tra queste quella di Medicina generale. In particolare, la norma spiega l'equipollenza con la «specializzazione in Medicina generale», ma «non anche la formazione specifica in Medicina generale».

DECISIONE DEL CONSIGLIO DI STATO

LE MANSIONI PRIMARIALI VANNO RETRIBUITE

Consiglio di Stato sezione V decisione 456 depositata il 28 gennaio 2009 (vedi anche DLgs 257/1991 e DM 30 gennaio 1998).

Lo svolgimento delle mansioni primariali per posto vacante comporta il riconoscimento del relativo trattamento economico, indipendentemente da ogni atto organizzativo da parte della amministrazione. In particolare, non è configurabile l'ipotesi di una struttura sanitaria che rimanga priva dell'organo di vertice responsabile dell'attività esercitata nel suo ambito.

Pertanto in caso di esigenze di servizio, l'impiegato del Ssn può eccezionalmente essere adibito a mansioni superiori. L'assegnazione non può eccedere i 60 giorni.

Inoltre non costituisce esercizio di mansioni superiori la sostituzione di personale in posizione funzionale più elevata, quando la sostituzione rientra fra i compiti ordinari di quella sottostante.

Conseguentemente nel caso la protrazione dell'attività sia riferibile unicamente a inerzia del datore di lavoro, non può essere fatta ricadere sul dipendente, che ha quindi diritto a percepire il compenso commisurato alla differenza tra lo stipendio base della posizione superiore e quello di appartenenza, per il periodo eccedente i 60 giorni a far tempo dalla data dell'incarico fino alla cessazione.

Consiglio di Stato decisione 633 depositata il 5 febbraio 2009.

ESENZIONE

■ RICEVUTA SENZA BOLLO SE C'È IVA

Quietanze e ricevute rilasciate per il pagamento di corrispettivi soggetti a IVA sono esenti dall'imposta di bollo solo se nel documento viene evidenziata l'IVA o viene indicato che il corrispettivo pagato è relativo a una operazione assoggettata IVA.

DA SOLE 24 ORE - RISPOSTA 11861

■ GUARDIA MEDICA COMPATIBILE CON L'ATTIVITÀ DA CO.CO.PRO

Domanda - Ho ricevuto un incarico di tre mesi per effettuare il servizio di continuità assistenziale (guardia medica). Non sono titolare di guardia medica. Vorrei sapere se esiste una incompatibilità con un co.co.pro come medico deputato all'anamnesi e al prelievo di sangue su volontari per conto di una Università per un progetto di ricerca scientifica. Non è coinvolto assolutamente il Servizio sanitario nazionale.

Risposta - Si ritiene che l'attività svolta dal sanitario non possa costituire incompatibilità con l'incarico trimestrale di continuità assistenziale.

Essa rientra in un'attività configurabile come libera professione che, a vista del comma 10 dell'articolo 96 dell'accordo collettivo nazionale per i medici di medicina generale, consente ai medici incaricati di esercitare la libera professione al di fuori dagli orari di servizio, purché questa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.

SENTENZA DI CORTE DI CASSAZIONE

■ ANCHE AL CONIUGE SUPERSTITE SEPARATO LA PENSIONE DI REVERSIBILITÀ

Anche il coniuge separato a cui sia stata addebitata la colpa della separazione ha diritto alla pensione di reversibilità dell'ex coniuge. Lo stabilisce la Corte di Cassazione (sentenza 6684/2009) affermando che l'ex deve essere "equiparato sotto ogni profilo al coniuge superstite (separato o non) e in favore del quale opera la presunzione legale di vigenza a carico del lavoratore al momento della morte, assolvendo alla funzione di sostentamento in precedenza indirettamente assicurata dalla pensione in titolarità del coniuge superstite titolare dell'assegno".

Sulla scorta di questo principio, già in precedenza sancito dalla Corte Costituzionale (nel 1987), la sezione Lavoro della Corte ha accolto il ricorso di una signora separata che nei due precedenti gradi del giudizio si era vista negare il diritto alla pensione di reversibilità sulla base del fatto che in fase di separazione le era stata addebitata la colpa della crisi matrimoniale.

I giudici di merito avevano respinto le richieste della donna sulla base del fatto che per avere le il riconoscimento di tale diritto occorreva che "il coniuge superstite fosse trovato a carico del coniuge defunto in modo continuativo e non occasionale, al momento della sua morte, sicché potesse giustificarsi la continuità del sostentamento del familiare bisognoso".

Di diverso avviso la Cassazione che ha invece accolto il ricorso della donna rinviando il caso alla Corte territoriale che dovrà ora riconoscere il diritto alla pensione di reversibilità alla donna in quanto l'assegno "va riconosciuto non solo al coniuge separato in favore del quale il pensionato defunto era tenuto a corrispondere un assegno di mantenimento, ma anche al coniuge separato per colpa o con addebito".

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

■ ANCORA INCERTEZZE SULLE DECURTAZIONI PER MALATTIA

L'articolo 71 del DL 112/2008 (legge 133) prevede una riduzione della retribuzione del pubblico dipendente in malattia. In precedenza erano già sorti problemi di individuazione delle voci su cui operare la decurtazione.

Per gli ospedalieri poi sono state fornite indicazioni dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 13 novembre 2008 (vedi Brevia 50/2008).

Ora però sono sorti dei dubbi sulle modalità applicative di calcolo. Infatti l'evento malattia di può ripercuotere anche sulla domenica. Le somme vanno pertanto divise per 30 o per 26 (secondo le norme contrattuali cui il decreto Brunetta richiama per il riferimento dei calcoli).

La Funzione pubblica afferma che il computo deve avvenire in trentesimi in quanto le giornate di sabato e domenica intercorrenti tra due periodi di assenza dal servizio vengono anch'essi considerati assenze per malattia (Uppa parere 1/2009).

L'Aran invece sostiene le tesi della divisione per 26: secondo le norme contrattuali per recuperi o retribuzioni di prestazioni lavorative inferiori al mese il calcolo va fatto applicando il divisore 26 moltiplicato per il numero dei giorni interessati con esclusione delle domeniche.

Pertanto la malattia potrà comprendere i giorni di sabato e domenica, ma per la determinazione economica della retribuzione giornaliera va applicata la previsione del calcolo in ventiseiesimi con le stesse modalità per i calcoli di recupero o retribuzione di prestazioni inferiori al mese.

GARANTE PRIVACY

■ FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO E DOSSIER SANITARIO

Alla luce di quanto emerso a livello nazionale ed, in particolare, dalle osservazioni del gruppo di lavoro costituito presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, per l'istituzione di un sistema nazionale di Fascicolo sanitario elettronico e Dossier, il Garante della Privacy interviene con linee guida.

In particolare, si parla di dossier sanitario qualora tale strumento sia costituito presso un organismo sanitario in qualità di unico titolare del trattamento (es., ospedale o clinica privata) al cui interno operino più professionisti; si intende invece per Fascicolo sanitario elettronico se il fascicolo formato con riferimento a dati sanitari originati da diversi titolari del trattamento operanti più frequentemente, ma non esclusivamente, in un medesimo ambito territoriale (es., azienda sanitaria, laboratorio clinico privato operanti nella medesima regione o area vasta).

I dossier sanitari possono anche costituire, ad esempio, l'insieme di informazioni sanitarie detenute dai singoli titolari coinvolti in una iniziativa di Fse regionale.

Ai fini della gestione del Fascicolo sanitario elettronico, il soggetto che lo ha prodotto ne rimane l'unico titolare del trattamento, anche se le informazioni sono disponibili agli altri soggetti abilitati all'accesso, ovvero ad altre strutture sanitarie le quali prendono in cura il paziente interessato per gli interventi sanitari di loro competenza.

Dal lato del paziente, invece, vi dovrebbero essere i presupposti normativi affinché possa liberamente scegliere se costituire o meno un dossier contenente i dati sanitari, e decidere se esso possa rimanere al professionista o organismo sanitario che li ha trattati. Il diritto alla costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico, pertanto, dovrebbe rientrare nel libero arbitrio dell'interessato.

eventi ecm

**EPIDEMIOLOGIA DEI TUMORI
GASTROINTESTINALI**

Venerdì 22 maggio 2009
 Casa di Cura Città di Parma
 Sono stati richiesti i crediti formativi alla Commissione Regionale ECM
 Per informazione contattare URP Casa di Cura Città di Parma
 tel. 0521/249689 – 0521/249724

**LA PATOLOGIA CARDIORESPIRATORIA E LE
INDICAZIONI AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO**

Venerdì 5 giugno 2009
 Sala Congressi Monoblocco Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
 Sono stati richiesti i crediti formativi alla Commissione Nazionale ECM
 Segreteria Organizzativa:
 Planning Congressi tel. 051/300100
 email c.pedace@planning.it

**OBIETTIVO PAZIENTE:
Ruoli e terapie nell'aterotrombosi**

Sabato 6 giugno 2009
 Hotel Parma e Congressi
 Sono stati richiesti i crediti formati alla Commissione Nazionale ECM
 Provider e Segreteria Organizzativa:
 Clinical Forum srl
 Tel. 02/58100564
 email clinicalforum@gruppocomunica.it

LE EPATITI CRONICHE VIRALI

Sabato 6 giugno 2009
 Teatro Magnani – Fidenza (PR)
 E' stata attivata pratica di accreditamento ECM
 Segreteria Organizzativa
 DELPHI INTERN. Tel. 0532/595011
 email congressi@delphiinternational.it

**PSICOPATOLOGIA E TRATTAMENTO DEL
DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ:
il modello dinamico strutturale della
psicoterapia focalizzata sul transfert**

Giovedì 11 giugno 2009
 Ospedale privato accreditato Villa Maria Luigia
 Sono stati richiesti crediti formativi alla Commissione Nazionale ECM
 Per informazioni: tel. 0521/682511
 email visconti@villamarialuigia.net

**NUOVE ACQUISIZIONI E PROSPETTIVE
TERAPEUTICHE NEL MIELOMA MULTIPLIO**

Venerdì 12 giugno 2009
 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
 È stato richiesto l'accREDITAMENTO ECM presso il Ministero della Salute
 Segreteria Organizzativa:
 MIT CONGRESSI tel. 335-5918811
 email info@mitcongressi.it

**19° CORSO NAZIONALE TEORICO-PRATICO
SULLE MALATTIE METABOLICHE DELL'OSSO**

18-19-20 giugno 2009
 Starhotel du Parc – Parma
 È stato richiesta l'accREDITAMENTO ECM presso il Ministero della Salute
 Segreteria organizzativa:
 SYMPOSIUM tel. 011-9211467
 email symposium@symposium.it

**INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO
E TERAPEUTICO DEL DOLORE
LOMBARE INFIAMMATORIO: LE
SPONDILOENTESOARTRITI**

Sabato 4 luglio 2009
 Centro Formazione MATTIOLI 1885 – Fidenza (PR)
 Il corso sarà accreditato nel programma ECM Nazionale
 Per iscriversi al corso è necessario collegarsi al sito:
www.mattioli1885.com/formazione/
 e compilare l'apposito modulo online

SEGRETERIA ORDINE DEI MEDICI

Indirizzo Sito: www.ordinemedicidiparma.it
 Tel. 0521/208818 - Telefax 0521/234276
 ORARI: Lunedì 9-13/Martedì 9-17
 Mercoledì 9-16/Giovedì 9-17/Venerdì 9-13

CARO COLLEGA COMUNICACI LA TUA E-MAIL
 PER RICEVERE INFORMAZIONI PUNTUALI E VELOCI

Ti invito a comunicarci il tuo indirizzo di posta elettronica a
segreteria@ordinemedicidiparma.it