



**FOCUS SULLA BIOPSIA
PROSTATICA FUSION**



**messina
medica**

Organo ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia di Messina



**NIENTE TAGLI
ALLE PENSIONI D'ORO**



**I PERMESSI DELLA 104
NON SONO FERIE**



**FIRMATO IL
"PATTO PER LA SALUTE"**



**IL CAPORALATO
IN MEDICINA**



**CONSEGNATO AL PAPA
IL CODICE DEONTOLOGICO**



**FATTURE ELETTRONICHE:
COME GESTIRE GLI ERRORI**

Fattura
elettronica



**AGGIORNAMENTO FASCICOLO
SANITARIO ELETTRONICO**



**DIASPORA OPERATORI
SANITARI SSN**



**CONVEGNO NAZIONALE
AMMI A TAORMINA**



**ABOLIZIONE TSO
E AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO**



**RIVOLUZIONE ECM:
IN ARRIVO SANZIONI**



**PRESERVAZIONE FERTILITÀ
PER I TUMORI AL SENO**



**NASCE IL CENTRO STUDI
IN ODONTOIATRIA**

- 2 **I medici consegnano al Papa** il codice deontologico...
- 3 Aggiornamento **fascicolo sanitario elettronico**
- 4-8 Speciale rivoluzione **ECM**
- 9 La pericolosa diaspora degli **operatori sanitari SSN**
- 10 Abolizione **TSO** e **amministrazione di sostegno**
- 12 Nasce il **Centro Studi in Odontoiatria**
- 13 **Dentisti abusivi**: arriva una sentenza
- 14 Come gestire un errore in corso di **fatturazione**
- 15 **I permessi della 104** non sono ferie
- 15 Niente tagli alle **pensioni d'oro** dei professionisti
- 16 **Biopsia prostatica fusion**: risonanza ed ecografia...
- 17 Angolo della **poesia**
- 18 **Preservazione della fertilità** per i tumori...
- 19 Il "**risparmiometro**": un'arma contro...
- 20 Libri: presentato all'UniMe "**Scampoli**"...
- 21 Libri: "**Incontri di Sicilia**" di Giuseppe Ruggeri
- 21 Libri: "**Catalogo Medicina e Farmacia...**"
- 22 Attualità: il **Caporalato** in medicina
- 24 Sentenze: la PA pagherà **le quote d'iscrizione...**
- 25 Civiltà medica: siglato il "**Patto per la Salute**"...
- 26 Toponomastica "storica" di Messina: **Giostra**
- 27 Tempo libero: vietato **correre al calcio**
- 28 Psichiatria: **terapie convulsivanti**
- 29 **Federspev**: la XII giornata messinese del nonno
- 30 **Musicoterapia** e **coscienza** i temi del convegno...
- 31 **Indovina...**
- 32 Angolo della **posta**

Manda i tuoi articoli a
messinamedica@omceo.me.it

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Messina

direttore editoriale
Giacomo Caudo

direttore responsabile
Carmelo Salpietro

vice direttore responsabile
Stefano Leonardi

redattore capo
Massimiliano Cavaleri

comitato di redazione

Paquale Aragona, Luisa Rita Barbaro, Antonino Fiumanò,
Giuseppe Giannetto, Rita La Paglia, Giovanni Pulitanò,
Rosalba Ristagno, Giuseppe Romeo, Giuseppe Ruggeri,
Salvatore Rotondo, Carmelo Staropoli, Michele Tedesco

funzionario
Giuseppe Ingegniere

segreteria di redazione

Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri
via Bergamo is. 47/A Messina
tel. 090.691089 fax 090.694555

www.omceo.me.it messinamedica@omceo.me.it

grafica e impaginazione

Massimiliano Cavaleri - titolare Europa Due Media & Congress
via Boner, 56 - 98121 Messina tel/fax 090.5726604
europadue@gmail.com www.europadue.com

stampa

Di Nicolò Edizioni

via Saponara 7, 98168 Messina
090 6017445 dinicoledizioni@libero.it

spedizione

"ERMETE EXPRESS"

Via risorgimento 177 - 98123 Messina
090 7388978 - info@ermeteexpress.it

tiratura 7.000 copie

Spedito gratuitamente ai medici e odontoiatri
iscritti all'ente, a tutti gli Ordini
dei medici italiani e a un target di autorità

Unione Stampa Periodica Italiana



CONSIGLIO dell'ORDINE

PRESIDENTI ONORARI

SANTO FAZIO, ANTONINO TRIFIRÒ, FRANCESCO TRIMARCHI

CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE

DOTT. GIACOMO CAUDO

VICE PRESIDENTE

PROF. RENATO PALMERI

CONSIGLIERE SEGRETARIO

DOTT. GIUSEPPE ROMEO

CONSIGLIERE TESORIERE

DOTT. FILIPPO ZAGAMI

CONSIGLIERI

DOTT. ANTONINO GRILLO

DOTT. GAETANO IANNELLO

DOTT. AURELIO LEMBO

DOTT. STEFANO LEONARDI

DOTT. GIUSEPPE LO GIUDICE

DOTT. SEBASTIANO MARINO

PROF.SSA ROSA MUSOLINO

DOTT. MARIO POLLICITA

DOTT. SALVATORE ROTONDO

PROF. CARMELO SALPIETRO DAMIANO

DOTT.SSA ANGELA SILVESTRO

DOTT. FABRIZIO SOTTILE

DOTT. CARMELO STAROPOLI

COMMISSIONE ODONTOIATRI

PRESIDENTE

DOTT. GIUSEPPE RENZO

COMPONENTI

DOTT. GAETANO IANNELLO

DOTT. GIUSEPPE LO GIUDICE

DOTT. ANTONIO SPATARI

DOTT. MICHELE TEDESCO

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

EFFETTIVI

DOTT. BIAGIO BONFIGLIO

DOTT. ANTONINO CAMPISI

DOTT. ELIGIO GIARDINA

SUPPLENTE

DOTT. GAETANO CINCOTTA



“Viviamo oggi con profondo disagio la nostra professione, frutto di uno stravolgimento dei valori che sorreggono la nostra società. Per questo la crisi che investe la professione oggi richiede una consapevolezza e uno sforzo particolare non solo da parte dei medici ma anche di tutta la società civile al fine di ripristinare la giusta gradualità dei valori, riconoscendo al cittadino la titolarità del diritto alla salute e al medico il ruolo di professionista che tutela proprio quel diritto alla salute del cittadino e della sua comunità”.

È questo uno dei passaggi essenziali del messaggio a firma del Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo), Filippo Anelli, che è stato consegna-

I medici consegnano al **Papa** il **CODICE DEONTOLOGICO**

*Giacomo Caudo
con Papa Francesco.
In basso e nella pagina
accanto l'incontro
dei medici col Pontefice*

to oggi a Papa Francesco dal Vicepresidente Giovanni Leoni, in occasione dell'Udienza del Consiglio Nazionale e dei Presidenti delle Commissioni Albo Odontoiatri, ricevuti nella Sala Clementina. Presente all'evento anche Giacomo Caudo, Presidente dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Messina.

“Dovere del medico è dunque 'la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della soffe-



renza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera' (art. 3 del Codice di Deontologia Medica).

Un medico che opera per difendere la vita umana, che ritiene la malattia il male da com-

battere e la morte il nemico da avversare” continua il messaggio. “I medici sono i professionisti che ogni giorno incarnano questi valori e sono pronti a guidare questo cambiamento; la rivoluzione etica e morale di cui la nostra società necessita” conclude.

Leoni, oltre a portare al Papa il saluto dei

Medici e Odontoiatri italiani, ha consegnato a Sua Santità il Codice di Deontologia Medica, in cui, ha affermato, “sono custoditi i valori che da sempre guidano ed ispirano il nostro agire”. ■



Aggiornamento **fascicolo sanitario elettronico**



Qualche mese orsono avevamo parlato sulla nostra testata del Fascicolo Sanitario Elettronico (<https://www.messinamedica.it/2018/11/il-fascicolo-sanitario-elettronico-fse/>).

Qui di seguito riportiamo importanti novità sul tema: L'Agenzia per l'Italia Digitale (AGDI) con una circolare del 3 settembre 2019 ha chiarito che il DL 18 ottobre 2012, n.179, ha istituito il Fascicolo Sanitario Elettronico e l'Infrastruttura nazionale per l'interoperabilità (INI) fra i fascicoli sanitari elettronici regionali. Diverse regioni virtuose si erano già attivate e in atto sono operative per quanto concerne la gestione regionale del Fascicolo Sanitario Elettronico. Con questa circolare l'AG-

DI ha chiarito che sta curando la progettazione dell'infrastruttura nazionale necessaria a garantire l'interoperabilità dei FSE regionali, la cui realizzazione è curata dal Ministero dell'Economia e Finanza (MEF) mediante il Sistema Tessera sanitaria (<https://www.fascicolosanitario.gov.it/>). ■



**E' necessario
ottemperare
entro il 31
dicembre 2019**

Il Presidente della FNOMCeO ha inviato una comunicazione a tutti gli Ordini d'Italia ricordando che spetta a loro la verifica del rispetto dell'obbligo di legge e invita a mettersi in regola con i crediti ECM entro il 31 dicembre 2019.

La Formazione continua diventa un obbligo con sanzioni per chi non lo rispetta. Sta finendo il tempo in cui si potevano totalizzare meno crediti di quanti ne chiedesse lo specifico fabbisogno di medico ed odontoiatra.

I medici e gli odontoiatri italiani hanno infatti soltanto 5 mesi di tempo per completare il proprio fabbisogno formativo, previsto in un numero prestabilito di crediti (150 - 130 - 120). Una recente indagine ha evidenziato il rischio che un'alta percentuale di professionisti sanitari italiani non sia in regola al termine del triennio 2017-2019, mentre il 30 aprile scorso è scattata la prima sospensione verso un odontoiatra di Aosta.

Tutto ciò è contenuto in una dettagliata comunicazione del Presidente della FNOM-

RIVOLUZIONE ECM: sanzioni per chi non è in regola con i CREDITI FORMATIVI



CeO, Dott. Filippo Anelli, in cui invita gli Ordini territoriali a verificare che i propri iscritti si aggiornino con i crediti ECM e che risultino in regola con i propri fabbisogni formativi entro il 31 dicembre 2019.

Alla Federazione Nazionale dovrà infatti pervenire dai 106 Ordini provinciali, in un file firmato digitalmente dal Presidente, un report aggiornato in cui venga certificata la situazione degli iscritti certificabili o meno ai fini ECM, contenente i dati relativi agli ultimi due trienni formativi (2014-2016 e 2017-2019).

Il Presidente della FNOMCeO inoltre ricorda che a prevedere la formazione continua come requisito indispensabile per svolgere l'attività professionale (in

qualità di dipendente pubblico-privato, convenzionato, libero professionista), è il decreto legislativo n.502 del 1992, che 27 anni fa, insieme al codice di deontologia medica all'articolo 19, ha affidato all'Ordine di competenza la certificazione dei crediti acquisiti dagli iscritti.

A tal proposito appare utile ricordare che i contratti collettivi nazionali di lavoro per il personale dipendente e convenzionato individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per chi nel triennio non abbia conseguito il minimo di crediti formativi stabiliti dalla Commissione nazionale per la formazione continua. La Commissione nazionale ECM, in questi ultimi anni, ha "addolcito la pillola" consentendo a tutti i professionisti sanitari, non in regola con i crediti del triennio 2014-2016, di poterli completare entro l'attuale triennio ma, a sua volta, i fabbisogni di questo triennio 2017-2019 devono comunque essere completati tutti.

La Commissione nazionale ECM ha inoltre consentito il riconoscimento di crediti individuali anche a fronte dell'aver svolto attività di ricerca scientifica (pubblicazioni scientifiche e sperimentazioni cliniche), tutoraggio individuale, formazione all'estero

ed ha aumentato dal 10% al 20% la percentuale di crediti consentiti sul fabbisogno totale ottenibili attraverso l'autoformazione (vedi articolo sull'autoformazione precedentemente pubblicato). Ha infine provveduto ad esentare dall'ECM gli iscritti agli albi in pensione che esercitano saltuariamente l'attività professionale.

Per sapere se si è in regola occorre registrarsi sul sito Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie) e verificare la propria posizione.

Al riguardo si ritiene opportuno evidenziare che le posizioni dei sanitari, che alla data del 31 dicembre 2019 non avranno ancora conseguito il numero prestabilito di crediti ECM di loro competenza, non potranno considerarsi definitive.

Quanto sopra in virtù del fatto che la certificazione dell'Ordine di soddisfacimento dell'obbligo formativo dei propri iscritti è possibile solo basandosi sull'anagrafica nazionale dei crediti ECM, gestita dal Co.Ge.A.P.S., che sovente non è perfettamente allineata al percorso formativo dell'operatore sanitario, per tutta una serie di ragioni sia di carattere tecnico che organizzativo, spesso indipendenti dalla volontà del Consorzio stesso e dei sanitari.

Pertanto alla fine del triennio 2017-2019 moltissimi sanitari potrebbero risultare inadempienti rispetto al proprio obbligo formativo.

Questo non significa che avranno nell'immediato sanzioni o limitazioni all'esercizio professionale, perché in questo elenco potrebbero essere compresi anche coloro che, pur avendo diritto ad un esonero o ad una esenzione, non lo hanno mai segnalato al Co.Ge.A.P.S., oppure coloro che, pur avendo acquisito i crediti formativi necessari, non li trovano visualizzati sul portale web del Co.Ge.A.P.S., perché magari non trasmessi dai Provider o per dei disguidi di natura tecnica nell'aggiornamento dei flussi telematici. L'Ordine non ha, ovviamente, alcun intento sanzionatorio nei confronti dei propri iscritti, ma ai sensi della legge deve sollecitarli ad effettuare la formazione ECM con il rilascio dei relativi crediti.

Gli Ordini, quali Enti sussidiari dello Stato, devono però eseguire le disposizioni di legge ed il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Messina è molto preoccupato per le ripercussioni sui Colleghi ed il rischio dell'avvio di complesse procedure burocratiche per le eventuali sanzioni da comminare, in quanto la Federazione Nazionale degli Ordini ha reso noto che non sono tecnicamente percorribili tentativi di ottenere ulteriori proroghe. L'esperienza dello scorso anno che ha colpito, nonostante i numerosi avvertimenti, alcuni colleghi Competenti specialisti in Medicina del Lavoro con importanti conseguenze prima minacciate e poi drasticamente attuate, suggerisce di non incorrere nello stesso errore.

Le sanzioni consisteranno nell'apertura di un procedimento disciplinare per violazione delle disposizioni deontologiche dell'obbligo formativo e sono graduate per legge.

A tal proposito è ancora prematuro capire come verranno comminate le sanzioni dagli Ordini, se e in che misura potranno essere attenuabili, quale sarà la notorietà delle penalizzazioni rispetto agli iscritti e come gli Ordini dovranno comminarle.

In merito, il Presidente della FNOMCeO ha rilasciato una recente dichiarazione interlocutoria, con la quale evidenzia che la nuova commissione nazionale per la formazione continua si è da poco insediata e che la linea d'azione da tenersi sarà valutata nelle successive sedute.

Invitiamo, pertanto tutti gli iscritti a verificare la propria situazione creditizia in termini



ECM ed eventualmente consultare la propria posizione ECM sul Sito Co.Ge.A.P.S. (al momento, aggiornato ai dati 2018), ove confluiscono tutti i crediti ECM che i vari Provider erogano, evidenziando che:

- Si ha l'impressione che esista una consistente fascia di colleghi che non hanno ancora usufruito delle offerte formative a loro disposizione tramite la FNOMCeO (corsi FAD gratuiti);
- Alcune aziende sanitarie stanno chiedendo la verifica dei crediti raggiunti dai professionisti sanitari per consentire loro progressioni di carriera;
- Nelle aule di tribunale i giudici considerano la mancanza dei crediti formativi come un segno indiretto di negligenza professionale e quindi ne potrebbe derivare un aggravante nell'ambito di eventuali giudizi nei contenziosi;
- Ci risulta che pazienti ed avvocati cerchino di sapere se è possibile consultare l'elenco dei crediti formativi ECM di alcuni professionisti per utilizzarne la carenza ai fini di controversie medico-legali;
- Sembra che le società Assicuratrici siano già pronte, al momento del rinnovo annuale, ad elevare i premi assicurativi per coloro che non dimostreranno di essere in regola con l'aggiornamento ECM;
- Le società Assicuratrici inoltre cercheranno di non coprire il danno causato da professionisti in condizione di debito formativo ECM;
- Si raccomanda di prendere in considerazione quanto scritto sopra e di tenerne il dovuto conto.

L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri svolge annualmente una intensa attività formativa la cui accessibilità è trasparentemente gestita sul sito web dell'Ordine dove esiste un'area interamente dedicata all'ECM e dove è possibile trovare ogni utile informazione. I competenti uffici dell'Ordine sono comunque a disposizione per ogni eventuale chiarimento.

L'Ordine, naturalmente, si farà promotore di tutte le possibili iniziative a sostegno dei propri iscritti, resta però il valore di una serie di disposizioni legislative a cui ottemperare.

L'impegno dell'Ordine è di farlo con equilibrio e giustizia ricordando che quest'ultima viene sempre rappresentata come una bilancia a due piatti. Sul primo va fatto gravare il peso di un'offerta formativa accessibile, esaustiva dei debiti e soprattutto dei bisogni formativi degli iscritti, sull'altro equilibrare il peso delle sanzioni per chi, pur avendone avuto accesso, non ha ottemperato ai propri obblighi. ■

Crediti: MANUALE del professionista sanitario

Obbligo di formazione continua

L'obbligo formativo è triennale, viene stabilito con deliberazione della Commissione nazionale per la formazione continua (CNFC) ed è, per il triennio 2017-2019, pari a 150 crediti formativi, fatte salve le decisioni della CNFC in materia di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni.

Per il triennio 2017-2019, il professionista sanitario deve assolvere, in qualità di discente di eventi erogati da provider, almeno il 40% del proprio fabbisogno formativo triennale, eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni ed altre riduzioni.

La residua parte del 60% dei crediti può essere maturata anche mediante attività di docenza in eventi ecm ovvero mediante le attività di "formazione individuale".

Non possono essere maturati più di 50 crediti formativi per la partecipazione ad un singolo evento formativo.

Chi deve formarsi e a partire da quando

Tutti i soggetti appartenenti ad una delle professioni sanitarie riconosciute dalla normativa vigente sono destinatari dell'obbligo ecm.

L'obbligo di formazione continua decorre dal 1° gennaio successivo alla data di iscrizione all'Ordine.

Attestati ecm e attestati di partecipazione

Il professionista sanitario può richiedere in qualsiasi momento al provider l'attestato ecm dal quale risulti il numero di crediti dallo stesso maturati.

La consegna dell'attestato può avvenire anche tramite strumenti informatici (con tracciabilità delle operazioni) e preceduta dal controllo, da parte del provider, del superamento positivo delle verifiche finali sulla parte-

cipazione all'evento formativo, ove previste, anche se l'evento non è stato rapportato ancora all'Ente accreditante.

La data di acquisizione dei crediti coincide con la data in cui il discente ha superato positivamente la prova di verifica ove prevista; coincide invece con la data di conclusione dell'attività formativa qualora non sia prevista la prova di verifica dell'apprendimento.

Dossier formativo

Il dossier formativo, che può essere individuale o di gruppo, offre un bonus quale riduzione dell'obbligo formativo del singolo professionista, è quantificato nella misura di 30 crediti formativi, di cui 10 assegnati nel triennio 2017/2019 se il professionista costruirà un dossier individuale o sarà parte di un dossier di gruppo costruito da un soggetto abilitato nel primo anno o nel secondo anno del corrente triennio.

Gli ulteriori crediti di bonus saranno assegnati nel triennio successivo rispetto a quello in cui si è costruito il dossier, qualora il dossier sia stato sviluppato nel rispetto dei principi di congruità e coerenza.

Esoneri

La frequenza, in Italia o all'estero, di corsi universitari (o equipollenti) finalizzati allo sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari dà diritto all'esonero dalla formazione ecm.

La durata dell'esonero non può eccedere la durata legale del corso, e deve corrispondere al periodo di effettiva frequenza.

L'esonero non attribuisce crediti ma riduce l'obbligo formativo individuale. La misura dell'esonero dall'obbligo formativo triennale è calcolata come riduzione di un terzo per ciascun anno di frequenza, previa specifica richiesta da parte del professionista. La durata dell'esonero non può eccedere gli anni di durata legale del corso universitario. Qualora la frequenza sia a cavallo di più anni, l'esonero è attribuito all'anno di maggior frequenza. Al professionista sanitario viene, tuttavia, concessa la possibilità di scegliere l'anno di attribuzione dell'esonero qualora la frequenza sia a cavallo di più anni e a condizione che la frequenza sia stata di almeno 3 mesi nell'anno prescelto per l'attribuzione dell'esonero.

Esenzioni

L'esenzione consiste in una riduzione dell'obbligo formativo triennale nei casi di sospensione dell'attività professionale e incompatibilità con una regolare fruizione dell'offerta formativa, attestata o autocertificata, quali:

- congedo maternità e paternità
- congedo parentale e congedo per malattia del figlio
- congedo per adozione e affidamento preadottivo
- aspettativa non retribuita per la durata di espletamento delle pratiche di adozione internazionale
- congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap
- aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari
- permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie
- assenza per malattia
- richiamo alle armi-partecipazione a missioni all'estero o in Italia del corpo militare e infermiere volontarie della CRI
- aspettativa per incarico direttore sanitario aziendale
- direttore socio-sanitario e direttore generale
- aspettativa per cariche pubbliche elettive
- congedo straordinario per assistenza familiari disabili.

L'esenzione viene calcolata nella misura di 2 crediti ecm ogni 15 giorni continuativi di sospensione dell'attività professionale e incompatibilità con una regolare fruizione dell'offerta formativa, attestata o autocertificata.

Il calcolo dell'esenzione ove coincidente con l'anno solare sarà conteggiato con la riduzione di 1/3 dell'obbligo formativo. L'esenzione non può, in alcun caso, eccedere 1/3 dell'obbligo formativo individuale triennale per ciascun anno di attribuzione. ■



Mancata copertura assicurativa per inadempimento agli **obblighi ECM**



La legge Gelli N°24 del 2017, all'articolo 10, obbliga tutti gli esercenti la professione sanitaria a stipulare una assicurazione. A questa categoria appartengono quindi tutti coloro che hanno svolto un percorso di studi presso la facoltà di medicina e chirurgia (infermieri, logopedisti, fisioterapisti, etc). Come di norma succede nell'iter legislativo per la regolamentazione e l'esplicitazione dei vari aspetti di una legge attraverso norme tecniche che regolamentano la pratica attuazione della legge, il nuovo governo sta vagliando un decreto a tal fine (decreto sulla determinazione dei "requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie

pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie").

Dalle bozze di decreto non ufficiali fatte circolare per una verosimile e auspicata richiesta di informazioni e di valutazioni agli ordini professionali interessati e ai sindacati di categoria al fine di ottenere una revisione condivisa del decreto tale da poter essere calata nella quotidiana realtà lavorativa delle varie figure professionali.

Da un primo approccio del testo, però, è saltato fuori un vulnus di base. Infatti ogni esercente la professione sanitaria è chiamato a rispondere civilmente, penalmente e disciplinarmente nel caso in cui dovesse incorrere in una condotta imprudente, imperita o negligente. A garanzia di tali possibili criticità è stata prevista l'assicurazione professionale obbligatoria che però viene correlata con l'assolvimento, da parte dell'assicurato, della quota dei crediti formativi previsti. In buona sostanza le assicurazioni sono autorizzate, per legge, a non garantire la copertura assicurativa a chi non è in regola con i crediti ECM.

Va tenuto conto che la natura stessa del programma ECM prevede un aggiornamento a 360° sulle più svariate discipline che abbracciano argomenti trasversali in svariati vari ambiti tecnici, non sempre orientati a soddisfare l'aggiornamento teorico-pratico specifico nel campo di occupazione professionale molto spesso lontano dalla specialità in cui si lavora quotidianamente.

Un orientamento legislativo siffatto distorce il senso dell'aggiornamento costante e ne svilisce la logica costruttiva di miglioramento continuo. Infatti un operatore sanitario che raggiunga il totale dei crediti formativi svolgendo corsi che si discostano considerevolmente dalle materie relative alla specialità in cui opera, pur di racimolare i crediti necessari, viene posto sullo stesso piano di un altro che invece onestamente e disciplinatamente segue aggiornamenti mirati alla professione specifica seguita sul posto di lavoro che ne gratificano la professionalità ma che lo impegnano in modo diverso sul piano economico. Così facendo si incentiva il qualunquismo professionale di guicciardiniana memoria del tipo "Francia o Spagna basta che se magna". Entrambi gli operatori si troverebbero nella condizione di sicurezza assicurativa durante un contenzioso. Ma il primo ha frequentato corsi finalizzati al raggiungimento del numero di crediti necessari col minimo costo garantendosi la sicurezza ai fini dell'ECM e della copertura assicurativa. La stessa cosa avviene per il secondo caso ipotizzato ma con costi maggiori che sicuramente non premiano né incentivano la qualità e la professionalità.

Si auspica quindi una inversione di rotta, poiché risulta quanto mai curioso che questa sanzionabilità del mancato raggiungimento del numero necessario di crediti ECM, come mancata copertura assicurativa, venga formulata in un decreto sulle assicurazioni e non in atti normativi istituzionali e deontologici più direttamente attinenti l'esercizio professionale. ■

La crisi della società Italiana, cui si associa la crisi economica che ha attanagliato la cosa pubblica nazionale ha portato verso una fuga precipitosa degli operatori sanitari al di fuori del sistema sanitario.

Come è noto la più importante voce di bilancio aziendale è rappresentata dal costo del personale. Ecco che a seguito dei tagli lineari cui la Sanità si è vista costretta ad attuare per rientrare nei parametri di spesa del sistema economico italiano, è stato ritenuto efficace e produttivo aggredire, riducendola pericolosamente, la dotazione organica delle risorse umane all'interno del SSN. Uno dei mezzi più utilizzati è stato quello di favorire il pensionamento del personale attraverso incentivi o creando nefasti ambienti di lavoro dove la pensione, anche se decurtata di una importante percentuale, ha rappresentato la via di fuga verso la salvezza psicofisica di parecchi dipendenti del SSN.

Il Ministero della Salute ha fotografato questo stato di fatto con un Report aggiornato al 2017 (RAPPORTO MIN SAL PERSONALE SSN 2017), confrontabile con il precedente

di 10 anni prima (RAPPORTO MIN SAL PERSONALE SSN 2007). I due rapporti costituiscono una fotografia della situazione occupazionale all'interno del SSN attraverso le rilevazioni dei dati sul personale che opera nelle aziende e nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), previste per gli Enti pubblici del SSN, dal decreto legislativo (DLgs30-03-2001_165) del 30 marzo 2001 n.165 ("Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche") e dal decreto del Ministro della salute del 29 dicembre 2013 ("Rilevazione dei dati del personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private").

La rilevazione dei dati degli ambiti di rilevazione del personale delle strutture pubbliche e di quelle equiparate e private è fatta attraverso l'infrastruttura del sistema informativo della Ragioneria generale dello Stato.

Va però segnalato che dal 2017 ad oggi, a causa delle recenti modifiche del sistema pensionistico, la situazione si è di molto aggravata e rappresenta un dato non ancora registrato e ipocritamente ignorato dalla classe politica italiana che impatterà sempre di più sulla necessità di nuove leve adeguatamente formate e di riflesso sulla qualità delle prestazioni erogate dal SSN.

Dal confronto dei report risulta infatti che in 10 anni sono andate perdute 45mila unità lavorative all'interno del SSN (una fuga di oltre 5.000 medici e oltre 10.000 infermieri) senza rimpiazzi.

Questa grave situazione di carenza di organico produce una evidente inadeguatezza di unità lavorative che inevitabilmente si ribaltano sulla qualità dell'assistenza sanitaria determinandone una attenuazione dell'efficacia e dell'efficienza. Basta pensare alle interminabili file di attesa ai pronto soccorso che sempre più frequentemente determinano delle esecrabili manifestazioni di intolleranza se non di aggressione nei confronti del personale in servizio.

Ma la cosa che sicuramente è più impalpabile, meno percepibile nell'immediato, ma sicuramente più di peso è la perdita di valori e di conoscenza che questa diaspora inarrestabile determina. Si registra infatti la perdita di quell'incommensurabile patrimonio impalpabile di competenze professionali e pragmatiche che sono state tramandate sul campo in maniera immateriale da collega a collega e che avrebbero dovuto rappresentare il contenuto di un ideale testimone di "scienza, conoscenza e valori" da trasferire agli operatori sanitari subentranti. Patrimonio immateriale che non si trova scritto sui libri ma che rappresenta quel quid spirituale che alla fine determina la qualità della prestazione. Siamo costretti ad osservare, nonostante le urla di allarme come questo articolo, l'ormai inevitabile innescarsi di una bomba ad orologeria che è pronta ad esplodere e a produrre dirompenti e difficilmente risolvibili conseguenze sull'assistenza sanitaria che verranno percepite quando ormai sarà troppo tardi e prevalentemente nelle regioni del sud Italia.

La pericolosa **DIASPORA** degli operatori sanitari dal SSN





Abolizione TSO e AMMINISTRAZIONE di SOSTEGNO

Dopo oltre quarant'anni dalla emanazione della Legge 180, restano irrisolte, e non solo in ambito psichiatrico le questioni relative al titolo stesso della Legge "Basaglia": fare chiarezza sulle norme relative agli "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori". Il TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) come previsto nel 1978 è ormai significativamente diverso dal TSO eseguito nel nuovo millennio pur essendo paradossalmente regolato dalle stesse norme.

Diversa è, nella forma, l'Autorità Amministrativa: il Sindaco continua a essere il responsabile massimo della sanità sul territorio ma le USL (emanazione dei Comuni) sono ASL (emanazioni delle Regioni) e lo stesso TSO è diventato (D.Lgs. n. 267/2000, TUEL) una Ordinanza con i poteri di ufficiale di governo tornando di fatto a quanto prevedeva l'art. 2 della Legge 14 febbraio 1904, n. 36 (Disposizioni sui manicomi e sugli alienati): "L'autorità locale di pubblica sicurezza può, in caso di urgenza, ordinare il ricovero...". Gli stessi Vigili Urbani che eseguono l'ordinanza sono diventati Agenti di Polizia Locale, siamo cioè lontani dalla concezione del Vigile di Quartiere dell'epoca della "180". L'ANCI infatti ha chiesto una legge che "liberi" i Sindaci dall'incombenza dei TSO (Pizzi M., 2018).

Diversa è, in realtà, la gestione della pericolosità sociale dalla chiusura (31 marzo 2015) degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) con la Legge n. 81/2014 in via di lenta ma progressiva applicazione. Dal momento che si è determinata la fine di quella forma di inciviltà denominata "ergastoli bianchi", la cura ed il contenimento della pericolosità del soggetto che commette reati potrebbe in linea di massima essere separata con strutture e unità operative di Psichiatria giudiziaria/forense differenziate e specializzate nelle quali il soggetto "obbligato" riceve già tutte le garanzie previste dal codice penale e di procedura, separando i percorsi di cura fra le due tipologie di soggetti e tenendo presente che molto spesso alla base dei comportamenti violenti si ritrova la comorbidità con l'abuso di alcool e di sostanze. Le urgenze psichiatriche/comportamentali di soggetti autori di reato o sottoposti a provvedimenti della Magistratura di Sorveglianza potrebbero essere regolamentate nelle strutture della sanità penitenziaria che fa parte ormai su tutto il territorio nazionale delle aziende sanitarie pubbliche, evitando il ricorso a TSO di controllo sociale ospitati impropriamente dai servizi psichiatrici ospedalieri.

Diversa è la responsabilità del medico. Il potere di proporre il TSO è diventato "difensivamente" quasi un dovere in quanto lo psichiatra è in "posizione di garanzia" rispetto non solo alla salute ma anche ai comportamenti devianti del suo paziente: un doppio contesto di protezione e controllo molto spesso in stridente paradossale contrapposizione, che andrebbe seriamente riconsiderato e rivisto criticamente.

Diversa è la situazione del paziente che nel millennio dei diritti civili, è sostanzialmente indifeso rispetto ad un provvedimento molto invasivo che lo priva della libertà personale e del diritto ad esprimere non solo il consenso ma anche il dissenso alle cure e che lo sottopone spesso alla violenza della contenzione. In linea di principio e per salvaguardare la stessa costituzionalità (Art. 13) del TSO è previsto che chiunque possa opporsi all'ordinanza con istanza rivolta al Sindaco (che però è la stessa Autorità che emana il provvedimento) o al Presidente del Tribunale.

Non sono mancate negli anni le critiche, le commissioni di inchiesta, le raccomandazioni e gli interventi dei Garanti: in particolare la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (ricorso n. 25367/11 P.A. c. Italia 8/10/2013) si sofferma sulla necessità di notificare al cittadino sia l'Ordinanza del Sindaco che la Convalida del Giudice Tutelare, anche per consentirgli di opporsi nei termini previsti dalla Legge e sull'importanza di un ruolo maggiormente proattivo del Giudice Tutelare.

Insomma la Legge 180 proprio per quel che riguarda i trattamenti volontari e obbligatori che ne connotano il titolo stesso, si trasforma negli anni da riforma a metà in controriforma.

Ma proprio la salvaguardia e la concreta applicazione del diritto all'autodeterminazione costituzionalmente garantito potrebbe essere la chiave per scardinare questo sistema, superando il TSO o almeno contenendolo a casi eccezionali così come voleva la legge nel 1978 e come prescrive il codice deontologico dei medici.



La legge 180 (13 Maggio 1978) per molti aspetti anticipa la Convenzione di Oviedo sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina (4 aprile 1997 recepita dall'ordinamento italiano con la Legge 28 marzo 2001, n. 145) che nel capitolo secondo agli artt. 5 e 6 definendo nei trattamenti sanitari non volontari il ruolo del "rappresentante", a sua volta, sembra anticipare l'importanza ed i compiti dell'Amministratore di Sostegno che verrà introdotto in Italia con la Legge n. 6 del 9 Gennaio 2004: "La persona interessata deve nei limiti del possibile essere associata alla procedura di autorizzazione". Mentre la parte della legge 180 relativa ai trattamenti sanitari obbligatori per patologie non psichiatriche restava negli anni sostanzialmente inapplicata, con l'introduzione dell'Amministratore di Sostegno (AdS) nel Codice Civile con la Legge n. 6 del 9 Gennaio 2004, "Istituzione dell'amministrazione di sostegno...", la figura dell'AdS viene quasi immediatamente impiegata ad affiancare o sostituire il beneficiario nelle questioni relative al consenso informato, in maniera diffusa ed omogenea in quasi tutto il territorio nazionale (Ondei G., 2010) restando invece lacunoso e improvvisato il rapporto tra TSO per patologie psichiatriche e Amministrazione di Sostegno (Pizzi M., 2018). Al contrario si è tentato di dare all'AdS e al Giudice Tutelare compiti di controllo sociale che sono antitetici alla natura stessa di queste importanti funzioni così come sono state pensate e previste dalle Leggi istitutive.

L'AdS nominato con un Decreto che può prevedere compiti di supporto personalizzato e relazionale alla fragilità del beneficiario deve essere accettato e condiviso dal paziente (può infatti venire richiesto anche dallo stesso soggetto) e condividere un progetto esistenziale che ne riduca la vulnerabilità e sostenga la capacità, anche giuridica, di far valere i diritti di cittadinanza. (Trentanovi S., 2005).

Se il decreto di nomina prevede la rappresentanza con le strutture sanitarie è compito dell'AdS (e del GT) negoziare con il paziente il consenso alle cure ed eventualmente sostituirlo: si potrebbe in questo modo evitare il ricorso alla violenza del TSO interloquendo con i curanti così come accade ormai in tutti gli altri ambiti della medicina.

D'altro canto va ipotizzata e potrebbe essere regolamentata la necessità della nomina urgente di un AdS nei casi in cui la fragilità del soggetto ed il mancato supporto sociale lo rendano oggetto di un possibile intervento sanitario coatto così come è previsto dall'art. 406 del codice civile: "I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso di cui all'articolo 407 o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero".

Insomma, una adeguata e strutturata presenza dell'AdS può essere un fattore decisivo per limitare (o abolire) il TSO, fornire adeguato supporto relazionale e giuridico al soggetto, limitare la durata della degenza e delle contenzioni cambiando il clima da un contesto violento (in cui si sono verificati tragici episodi) che pregiudica la cura e la fiducia ad un contesto di dialogo, di "moral suasion", di contrattazione e negoziazione dell'intervento che possa essere l'occasione della definizione di un percorso condiviso di cura che preveda una progettazione di lunga durata finalizzata a ridurre rischi clinici, fattori di criticità del sistema e di fragilità del cittadino.

In risposta alla CEDU che rimprovera la mancata notifica al soggetto della ordinanza di ricovero e dell'ordinanza di convalida del GT, l'AdS potrebbe essere il valido interlocutore dell'Autorità e potrebbe in tempo utile opporsi al provvedimento ed interloquere con il GT per richiedere verifiche effettuali al fine eventualmente di non convalidare il provvedimento o addirittura opporsi all'ordinanza prima ancora che venga eseguita. Del resto anche l'Art. 3 della recente Legge n 209 del 22 Dicembre 2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" assegna un ruolo fondamentale all'AdS ed al GT nell'interpretare e rispettare le volontà del soggetto in caso di dissenso (quinto comma) alle cure.

Inoltre se fin dall'inizio l'Autorità del Giudice Tutelare (e l'AdS) intervengono a garanzia del soggetto si rispetta quasi integralmente il profilo dell'Art. 13 della nostra Costituzione.

A ulteriore testimonianza della persistente validità del contesto culturale che sta alla base della legge 180 si stanno diffondendo in tutte le Regioni realtà che hanno abolito ogni forma di coercizione (Club SPDC No-Restraint - Rossi G., 2017) in linea con la metodologia e il messaggio di Franco Basaglia: "la cosa importante è che abbiamo dimostrato che l'impossibile diventa possibile. Magari i manicomi torneranno a essere chiusi e più chiusi di prima, io non lo so, ma a ogni modo noi abbiamo dimostrato che si può assistere la persona folle in un altro modo, e la testimonianza è fondamentale. Il punto importante è che ora si sa cosa si può fare".

Dopo oltre 40 anni, il percorso verso la totale abolizione della violenza nelle prassi psichiatriche pur tra moltissime difficoltà, continua: l'abolizione del TSO potrebbe essere un traguardo importante e non troppo lontano. ■

Nasce a Messina il primo "Centro Studi in Odontoiatria" con l'obiettivo di promuovere iniziative nell'interesse della professione odontoiatrica, informare, formare, eseguire indagini statistiche e analisi critiche, elaborare progetti e proporre soluzioni alle numerose questioni e problematiche che riguardano i dentisti, comprendere l'evoluz-

Nasce il Centro Studi in Odontoiatria

zione della professione e le nuove sfide che l'avanzamento tecnologico e l'evoluzione della società impongono. Un'iniziativa che vede protagonisti Giuseppe Renzo, designato nel-



*I fondatori
Michele Tedesco,
Gaetano Iannello,
Giuseppe Renzo,
Giuseppe Lo Giudice
e Antonio Spatari*

l'atto costitutivo presidente per il primo quinquennio, Giuseppe Lo Giudice (vice-presidente), Antonio Spatari (tesoriere), Michele Tedesco e Gaetano Iannello, odontoiatri messinesi con una lunga e pluriennale esperienza in ambito istituzionale e associazionistico, che hanno deciso di dare vita all'inedito organismo. Il "modello Messina" continua a dare i suoi frutti nel comparto odontoiatrico che oggi conta quasi 64mila iscritti in Italia e circa 640 nella città peloritana, capoluogo che si è sempre contraddistinto come prezioso motore propulsore di una serie di azioni e una forte rappresentanza in seno a vari organi, associazioni e sindacati nazionali pronti a difendere la categoria, denunciare abusi e fenomeni illegali e migliorare i servizi per la collettività.

Il Centro Studi in Odontoiatria (www.centrostudiodontoiatria.it) è sta-

to costituito giuridicamente come un'associazione con sede presso l'Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri di Messina (via Bergamo, 47): ogni collega potrà iscriversi liberamente e svolgere attività volontaria e personale, in modo gratuito. Il centro sarà un costante incubatore di idee, progetti, iniziative culturali e di informazione giornalistica, e soprattutto azioni strategiche e sinergiche con il mondo istituzionale, autorità, enti e con gli interlocutori necessari; è già in atto una stretta collaborazione con il portale "Cao c'è", oggi imprescindibile punto di riferimento per i dentisti affiancato da una tecnologica app per smartphone. ■



Cassazione Penale Sentenza n. 14501/18 – Esercizio abusivo professione odontoiatrica – “Non può ritenersi che l’imputato abbia assunto e mantenuto la direzione sanitaria dello studio senza essere a conoscenza del fatto che ivi si svolgesse l’attività odontoiatrica da parte di un semplice odontotecnico. All’imputato non poteva sfuggire, nei pur saltuari accessi effettuati, che lo studio non era attrezzato come semplice laboratorio per la creazione e la sistemazione delle protesi, ma come luogo ove si ricevevano i pazienti e si somministravano loro cure dirette, essendo munito di un classico “riunito” alla studio dentistico e dotato dei farmaci necessari per l’esercizio della professione odontoiatrica. Erano, inoltre, facilmente rinvenibili le annotazioni degli appuntamenti che il concorrente prendeva con gli ignari pazienti. Né infine gli poteva sfuggire che nessun professionista esterno aveva in quel periodo preso in locazione lo studio”.

FATTO E DIRITTO: Con la sentenza impugnata, la Corte di appello di Milano ha confermato la sentenza emessa dal Tribunale di Pavia in data 10 maggio 2016 che condannava T. C. alla pena di mesi uno di reclusione per il reato di cui agli articoli 110, 348 cod. pen. commesso dal novembre 2008 al dicembre 2011. Si contesta

Dentisti abusivi arriva una SENTENZA

l’imputato di essersi prestato a ricoprire la carica di direttore sanitario dello studio (Omissis) s.a.s. pur essendo privo delle necessarie abilitazioni, nonché di essersi qualificato quale odontoiatra nella dichiarazione indirizzata alla ASL. Ciò in concorso con un odontotecnico, S. P., il quale rivestiva la carica di amministratore della Eurodental s.a.s. ed eseguiva materialmente prestazioni odontoiatriche che, in realtà, non poteva eseguire. Avverso la sentenza ha presentato ricorso il difensore deducendo i seguenti motivi. E’ pacifico che l’imputato non abbia mai svolto l’attività di odontoiatra e che quindi sia stato imputato per concorso nel reato commesso da S. Di tale concorso però non vi è la prova non essendo dimostrato alcun contributo personale del concorrente alla realizzazione del reato. Per poter ipotizzare il concorso del titolare di uno studio odontoiatrico è necessario dimostrare che questi conoscesse che nello studio venivano eseguiti interventi per cui necessitava una speciale abilitazione e che consentisse tali interventi. Il ricorso è inammissibile in quanto orientato a riprodurre, con generiche formulazioni, un quadro di argomentazioni già esposte nel giudizio d’appello – ed ancor prima dinanzi al Giudice di primo grado – che tuttavia risultano ampiamente vagliate e correttamente disattese dalla Corte distrettuale. Va, comunque, detto che la Corte di appello evidenzia puntualmente che la delega al NAS di Cremona in relazione all’espletamento dell’interrogatorio dell’imputato era giustificata dal fatto che si trattava della stessa polizia giudiziaria che aveva effettuato gli accertamenti nello studio del quale il T. era il direttore sanitario. Nel condividere il significato complessivo del quadro probatorio posto in risalto nella sentenza del Giudice di primo grado, la cui struttura motivazionale viene a saldarsi perfettamente con quella di secondo grado, si da costituire un corpo argomentativo uniforme e privo di lacune, la Corte di merito ha esaminato e puntualmente disatteso le diverse impostazioni ricostruttive prospettate dal ricorrente, non solo ponendone in rilievo, attraverso il richiamo ai passaggi argomentativi, l’assoluta genericità e la totale assenza di riscontri, ma altresì osservando, con dirimenti argomentazioni che: 3.1.1. l’essersi falsamente qualificato come odontoiatra era azione certamente utile per dare legittimità formale ad uno studio dentistico dove, in realtà, operava solo un odontotecnico; 3.1.2. non può ritenersi che l’imputato abbia assunto e mantenuto la direzione sanitaria dello studio senza essere a conoscenza del fatto che ivi si svolgesse l’attività odontoiatrica da parte di un semplice odontotecnico. All’imputato non poteva sfuggire, nei pur saltuari accessi effettuati, che lo studio non era attrezzato come semplice laboratorio per la creazione e la sistemazione delle protesi, ma come luogo ove si ricevevano i pazienti e si somministravano loro cure dirette, essendo munito di un classico «riunito» alla studio dentistico e dotato dei farmaci necessari per l’esercizio della professione odontoiatrica. Erano, inoltre, facilmente rinvenibili le annotazioni degli appuntamenti che il concorrente prendeva con gli ignari pazienti. Né infine gli poteva sfuggire che nessun professionista esterno aveva in quel periodo preso in locazione lo studio. A ciò deve aggiungersi che l’esclusione della punibilità per particolare tenuità del fatto di cui all’art.131-bis cod.pen. non può essere dichiarata con riferimento al reato di abusivo esercizio di una professione, in quanto tale delitto presuppone una condotta che, in quanto connotata da ripetitività, continuità o, comunque, dalla pluralità degli atti tipici, è di per sé ostativa al riconoscimento della causa di non punibilità. La Corte ha dichiarato inammissibile il ricorso e condannato il ricorrente al pagamento delle spese processuali e della somma di euro duemila in favore della cassa delle ammende. ■

Come gestire un **ERRORE** in corso di **fatturazione elettronica**?



Uno dei vantaggi del sistema di fatturazione elettronica per l'utente è rappresentato dalla riduzione del margine di errore in fase di compilazione

della documentazione fiscale. Attraverso questo sistema, infatti, l'Agenzia delle entrate può verificare più agevolmente, attraverso il Sistema di Interscambio (SdI) stesso la corretta compilazione delle fatture che transitano all'interno del suo sistema, individuandone prontamente eventuali irregolarità. In caso di corretta compilazione della fatturazione elettronica il SdI provvede alla consegna al destinatario della fattura emessa, notificandone al mittente l'avvenuta consegna.

Nel caso di errori nell'emissione di una fattura elettronica la procedura determina lo scarto della fattura da parte del SdI si rischiano sanzioni. Per evitarle il SdI

bloccherà l'emissione della fattura e recapiterà al solo mittente una notifica con la segnalazione dettagliata delle inesattezze riscontrate. Il responsabile dell'emissione dovrà, quindi, inviare un nuovo documento con la correzione degli errori notificati entro cinque giorni che è preferibile abbia la stessa data e lo stesso numero della fattura sbagliata. Queste disposizioni sono dettagliate nella circolare N° 13E2018

Nel caso in cui la fattura errata sia stata già registrata da parte dell'emittente si potrà procedere come segue:

1) Emettere una nuova fattura con un nuovo numero e una nuova data nella quale si evidenzia il collegamento con la fattura errata e scartata dal sistema. La fattura dovrà essere stornata con una variazione contabile interna senza comunicare nulla al SdI.

2) Emettere un nuovo documento con specifica numerazione che evidenzia che si tratta di un documento rettificato, indicando la numerazione ad esempio "1/S" o "1/R". Gli errori più comunemente riscontrati nella compilazione di una fattura elettronica sono:

1) Codice destinatario errato o inesistente: in questo caso non è necessario emettere un nuovo documento, sarà sufficiente aggiornare il codice destinatario e ripetere l'invio.

2) Se l'importo è errato (l'errore non potrà essere rilevato dal SdI) la fattura verrà comunque recapitata al destinatario. Sarà quindi necessario correggere l'errore inviando una "nota di variazione" (di credito se l'importo era superiore a quello da fatturare realmente, di debito. Se l'importo era inferiore a quello effettivo).

Attenzione, la scadenza dei cinque giorni per rimediare agli errori di fatturazione elettronica deve essere monitorata con attenzione nel caso di scarto della fattura in prossimità del termine relativo alla liquidazione IVA, al fine di evitare l'applicazione di sanzioni. Infatti dall'1 luglio 2019 non è più in vigore la moratoria sulle sanzioni per ritardo di fatturazione, per le quali è necessario versare una somma che va dal 90% al 180% dell'IVA relativa all'imponibile. La riduzione della sanzione è valida solo per chi esegue la liquidazione mensile dell'IVA. In questo caso, infatti, le sanzioni sono ridotte del 20% e possono essere applicate fino al 30 settembre. ■

Caregiver è un termine indica quella figura assistenziale svolta da coloro che prestano assistenza ad un proprio caro in virtù di un legame affettivo e/o familiare.

Questa figura assistenziale è progressivamente in crescita nei Paesi

industrializzati a causa dell'allungamento della vita, dell'incremento della popolazione anziana e della riduzione di mortalità grazie al miglioramento della diagnostica preventiva, delle cure e dell'aumento delle patologie croniche invalidanti.

Questo tipo di impegno, spesso particolarmente gravoso troppo spesso non percepisce alcun riconoscimento da parte dello Stato.

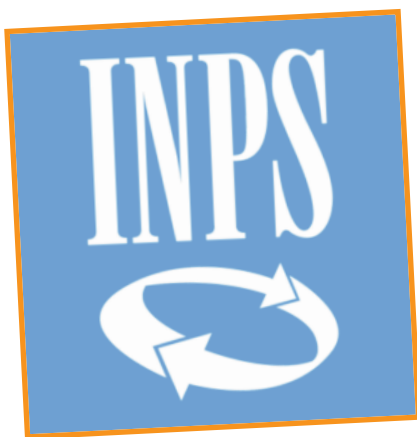
La figura del Caregiver viene così sottoposta costantemente a uno stress psicofisico indicato con il termine di burden del caregiver che si manifesta con disturbi del sonno, dell'attenzione, della concentrazione, difficoltà mnestiche, facile irritabilità, somatizzazioni, sbalzi di umore, agitazione, forte apprensione, facilità ad ammalarsi soprattutto nelle fasi non acute della malattia del paziente, alterazioni del comportamento, umore depresso e aumento notevole dell'ansia.

La legge 104 del 1992 riconosce ai Caregiver permessi lavorativi per assistere familiari con handicap (articolo 33, comma 3) che non possono essere scalati dalle ferie a meno che non si sommino a periodi di congedo parentale. Tale concetto è stato confermato dall'ordinanza (n. 2466 del 31 gennaio 2018.doc) della Corte di Cassazione.

I permessi di cui si beneficia grazie alla legge 104 sono dei permessi retribuiti e coperti da contribuzione figurativa, riconosciuti a coniuge, parenti e affini entro il secondo grado, oppure entro il terzo grado se i genitori o il coniuge della persona con handicap grave hanno più di 65 anni, oppure siano affetti da patologie invalidanti. Prevedono la possibilità di assentarsi dal lavoro per tre giorni al mese anche in via continuativa. Tali permessi mensili non possono in alcun modo essere sottratti alle ferie. Al contrario dei cosiddetti congedi parentali ordinari e di quelli per malattia del figlio di età inferiore a tre anni previsti dalla legge 151/2011 che possono determinare una significativa sospensione della prestazione lavorativa, che giustifica un diverso trattamento. ■

I permessi della **legge 104** **NON SONO FERIE**

Niente tagli alle **pensioni d'oro** **dei professionisti**



La circolare INPS numero 116 del 09-08-2019 recepisce l'interpretazione della norma fornita dal ministero del Lavoro in riferimento alle pensioni in cumulo o in totalizzazione con contribuzione versata alle casse dei professionisti.

I riferimenti normativi sono rappresentati dai commi dal 261 a 268 della legge 145/2018, nella quale è previsto un taglio delle pensioni sopra i 100mila euro oscillante dal 15 al 40%, proporzionalmente all'importo della pensione.

Lo ha chiarito l'INPS con la suddetta circolare nella quale viene chiaramente specificato che il taglio delle pensioni d'oro sopra i 100mila euro previsto dalla Legge di Bilancio 2019 non si applica ai casi in cui ci siano dei contributi versati alle casse dei professionisti (come nei casi di cumulo o totalizzazione) nelle quali sia presente anche un solo periodo contributivo a carico delle Casse professionali.. ■

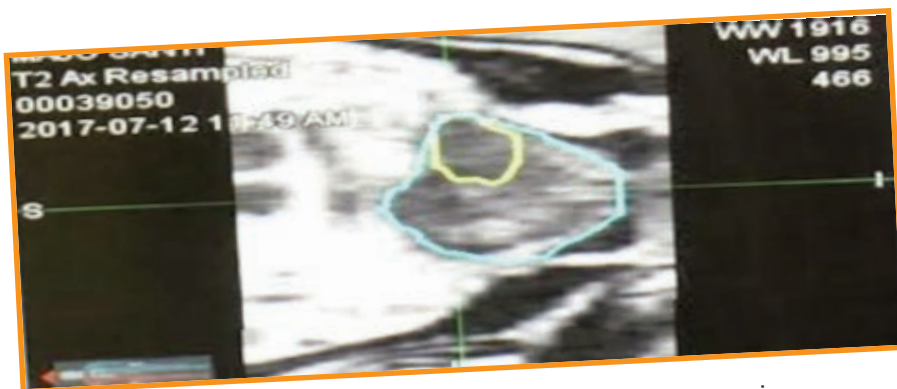


a biopsia prostatica ormai da alcuni decenni rappresenta il gold-standard per la diagnosi del tumore della prostata. Questa tecnica si fonda sull'esecuzione di multipli prelievi di tessuto prostatico attraverso la guida di immagini ecografiche endorettali in soggetti cui è sospettata una diagnosi di Carcinoma Prostatico per elevati valori di PSA o per sospetti clinici. Le tecniche di prelievo vengono eseguite attraverso la mucosa del retto o mediante una piccola incisione sulla cute del perineo. L'esame viene eseguito attraverso una anestesia locale, loco-regionale o generale.

La limitata capacità dell'ecografia di distinguere aree tumorali nel tessuto prostatico determina un elevato numero di esami "falsi negativi". Cioè non vengono prelevati campioni prostatici con cellule tumorali (risultato istologico negativo sotto il profilo oncologico) in pazienti che invece sono affetti da Carcinoma prostatico. Proprio per

questa incapacità a evidenziare con sufficiente certezza zone sospette di degenerazione carcinomatosa con la semplice ecografia endorettale (limitata specificità) è

La biopsia prostatica **FUSION**: risonanza ed ecografia insieme



necessario eseguire multipli prelievi anche in zone che non presentano sospetti (random biopsy). Questo espone al rischio non trascurabile di comprendere nei prelievi effettuati micro-focolai di carcinoma prostatico a bassa malignità (forme indolenti) che determinano per il paziente un'eccessiva esposizione a trattamenti esagerati (over-treatment).

Proprio a causa della incapacità ecografica di identificare con

sicurezza zone sospette è stata introdotta la

Risonanza Magnetica Prostatica Multiparametrica (mRMN) attraverso la cosiddetta Biopsia Prostatica Fusion con la finalità di aumentare la sensibilità e specificità diagnostica del tumore prostatico.

Questa tecnica è infatti in grado di consentire l'esecuzione di prelievi biotici prostatici attraverso la sovrapposizione e la sincronizzazione (come in una realtà aumentata) di immagini ecografiche (dove spesso la neoplasia non è evidenziabile) con le immagini della Risonanza nelle quali si identificano invece delle zone sospette. Sulla guida delle aree da biotizzare identificate dalla mRMN si eseguiranno i prelievi ecoguidati.

La mRMN sfrutta la radiofrequenza, tecnologia non invasiva al pari della ecografia, per ottenere una serie di importanti informazioni sulla prostata: la sua morfologia, alcuni aspetti funzionali, la possibilità di identificare con ottima sensibilità e specificità le lesioni sospette per tumore e infine discriminare le lesioni, differenziando le forme probabilmente clinicamente significative (da trattare) e quelle che probabilmente saranno indolenti (da controllare nel tempo).

La Biopsia Prostatica Fusion viene eseguita in due fasi: una prima fase è rappresentata dall'esecuzione della mRMN. Se questa evidenzia aree sospette meritevoli di biopsia si procederà alla seconda fase, caricando su un ecografo di ultima generazione le immagini della Risonanza. Sarà quindi possibile "fondere" (da cui "biopsia Fusion") le immagini mRMN con quelle dinamiche della ecografia trans-rettale mentre questa viene eseguita. Sullo schermo quindi l'operatore vedrà le immagini sospette rilevate dalla mRMN e quelle ecografiche nelle quali di solito queste lesioni non sono identificabili. Questo consente quindi di eseguire sotto la guida dell'ecogra-

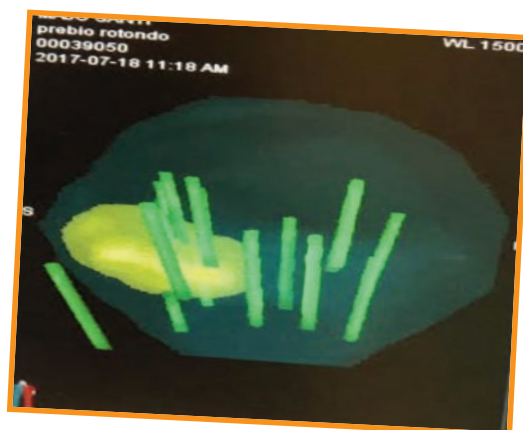
fia dei prelievi mirati, oltre che random, su aree prostatiche apparentemente sane (all'ecografia) ma che alla mRMN risultano sospette.

Nel caso in cui non si disponga di un'ecografo capace di interfacciarsi con la risonanza è possibile eseguire i prelievi prostatici sotto guida ecografica tenendo conto del risultato delle immagini della risonanza e della descrizione del referto con modalità che viene definita Biopsia Prostatica Fusion Cognitiva.

Da molteplici rilievi è emerso che i risultati di quest'ultima tecnica, in mani esperte, non si discostano significativamente dalla Biopsia Prostatica Fusion propriamente detta dal punto di vista della sensibilità e della specificità.

I vantaggi nell'eseguire questa tecnica innovativa sta nella netta riduzione dei falsi negativi (esami istologici negativi in pazienti realmente affetti da Carcinoma Prostatico) rispetto alla biopsia tradizionale: fino al 10% degli esaminati e nella riduzione significativa delle complicanze (ematuria, emospermia, sepsi, ritenzione urinaria) ottenuta con la riduzione del numero dei prelievi biotici necessari.

A causa della ridotta disponibilità di centri che eseguono questa metodica e dei costi elevati della procedura le linee guida della Società Europea di Urologia (EAU) prevedono che la Biopsia Prostatica Fusion venga eseguita in seconda battuta, dopo cioè l'esecuzione di una prima biopsia ecoguidata tradizionale il cui esame istologico sia risultato negativo sotto il profilo oncologico ma i valori del PSA o i dati clinici facciano comunque propendere per un sospetto di tumore. Infatti, negli uomini in cui la biopsia viene eseguita per la prima volta, la Biopsia Prostatica Fusion dà solo il 5% in più di probabilità di fare la diagnosi corretta, mentre negli uomini che hanno già avuto una prima biopsia negativa, fornisce il 44% in più di probabilità di fare la diagnosi corretta. ■



angolo della poesia

SENSAZIONI

Nel silenzio
del mare di ottobre
come presepi illuminati
nella notte,
montagne nere
palme svettanti verso il cielo,
la pace mi penetra
senza alcuna
sensazione
di nostalgia
di rimpianto
di legame,
sono libera.

Nur ■

LA LUCERTOLA

Antico sole riscalda
il verde immobile
d'una lucertola
mentre nella metropoli
uomini lottano
per il potere

Michele Pulitanò ■

L'ALBERO

Lo vedi
E' là, fermo
da sempre
Sei portato a credere
che ne soffra
tutto preso come sei
dalla frenesia,
dal "movimento"
che domina la tua vita.
Così non è:
sfilano
sotto di lui
le genti, le mode,
passano gli anni
persino gli anni
persino i secoli
E lui lì,
assiste, spettatore muto
a tanta vita
che scorre,
passa,
senza fermarsi mai.
E lui è lì.

Antonella ■



Ogni anno in Italia, si ammalano di cancro 169 mila donne, di cui il 3% tra i 18 e i 39 anni, dunque circa 5000 ogni anno devono confrontarsi con un tumore in età riproduttiva, da trattare, nella maggior parte dei casi, con chemioterapia, potenzialmente tossica per la funzione ovarica.

Nell'attuale sistema sociale si rileva un progressivo spostamento in avanti dell'età della prima gravidanza (in donne oltre i 35 anni, sta passando dal 12% del 1990 al 25% previsto nel 2025), per cui al momento della comparsa di un tumore, molte donne non sono ancora diventate "mamma".

Nello stesso tempo si osserva un sensibile aumento di tumori in età giovanile e la conseguente possibilità di eseguire chemioterapie nel periodo della fertilità, che così verrà compromessa.

Oggi dunque si parla di "oncofertilità" per definire una nuova disciplina frutto dell'intersezione tra oncologia e medicina della riproduzione umana, che si propone di preservare la fertilità e ritardare la menopausa in donne sottoposte a trattamenti onco-

logici.

Nelle Brest Unit, cioè nei centri di Senologia multidisciplinari per la prevenzione e la cura del tumore al seno, tutte le giovani donne che intendono preservare la

Preservazione della **FERTILITÀ** per i **TUMORI** al **SENO**



loro fertilità (le statistiche dicono che la metà opta per la preservazione) al momento della diagnosi, vengono inviate ad un servizio di counseling presso un centro specializzato collegato, per poter scegliere in tempo e adottare un atteggiamento attivo di fronte alla malattia, senza correre il rischio di ritardare l'inizio delle cure oncologiche.

Tecniche farmacologiche e crioconservazione, permettono di ripristinare quella fertilità interrotta col trattamento chemioterapico e radioterapico.

Tali tecniche sono:

1) Crioconservazione degli ovociti, che prevede il prelievo degli stessi previa stimolazione ormonale, indicata in pazienti con una buona riserva ovarica per arrivare al recupero e congelamento degli ovociti idonei, prima di trattamenti chemioterapici.

2) Crioconservazione del tessuto ovarico con prelievo di frammenti per preservare sia la fertilità che l'attività endocrina dell'ovaio;

3) protezione ovarica farmacologica che prevede, in concomitanza dei trattamenti antitumorali, la possibilità di utilizzare farmaci (analoghi del LHRH) in grado di proteggere le ovaie, mantenendone la funzione ormonale.

La sperimentazione iniziata nel 2003, è italiana ed è stata condotta dall'IST di Genova su 281 donne al di sotto dei 40 anni con tumore al seno, candidate a chemioterapia e quindi a menopausa precoce indotta. Tale studio ha dimostrato che le pazienti trattate con analoghi del LHRH, hanno un rischio di sterilità dimezzato.

Importante è il ruolo dei Ginecologi, "sentinelle sul territorio", che devono svolgere campagne educative e di informazione ai giovani sulla prevenzione, spiegando come il patrimonio riproduttivo non è infinito né invulnerabile e va incontro a riduzione a seguito di fattori quali MST e stili di vita. La fecondità nella specie umana è massima tra i 20 e i 30 anni, dimezzata a 35; a 38 anni e a 40 si riduce rispettivamente ad un quarto e a un decimo rispetto ad una donna di 30.

Su proposta del Ministero della Salute, le linee progettuali regionali prevedono la tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative, attraverso biobanche del tessuto ovarico e delle cellule germinali. ■

Una delle metodologie più in uso nelle tecniche di problem-solving che ha trovato la propria apoteosi negli insegnamenti di Steve Jobs è il "think different". Quando cioè devi risolvere un problema di cui non trovi la soluzione: azzera tutto e ribalta al contrario l'analisi che hai fino a qui fatto e vedrai che la soluzione emergerà da sola.

Dopo lo Spesometro e il Redditometro arriva così il Risparmometro, un nuovo modo di analizzare la situazione bancaria del contribuente. Questo nuovo sistema è orientato all'identificazione di chi lascia intatto il proprio deposito bancario,

Il "Risparmometro": un'arma contro l'EVASIONE FISCALE

dimostrando così di avere contanti con cui vivere prodotti da entrate non correttamente dichiarate. L'analisi automatica viene svolta attraverso un nuovo algoritmo che verifica se i risparmi accumulati dal contribuente in un anno sono coerenti con i redditi dichiarati.

Le prime sperimentazioni sono state eseguite sulle grosse società, adesso si è passati ad una fase operativa con l'avvio delle procedure di controllo sui prelievi dal conto corrente anche per le persone fisiche grazie al via libera dal Garante della privacy.

La novità sta infatti nel capovolgimento di filosofia rispetto a quella che, in passato, è stata utilizzata dalla Guardia di Finanza e dagli Uffici delle Imposte: Gli accertamenti fiscali non saranno solo mirati a chi esegue sostanziosi prelievi dalla banca o chi fa acquisti che potrebbero insospettire e verificare un tenore di vita troppo alto rispetto alle entrate dichiarate. Verranno identificate e messi sotto la lente d'ingrandimento soprattutto quei soggetti che prelevano poco dal conto corrente.

Poiché il nuovo algoritmo è in grado di calcolare i risparmi detenuti sul conto, parametrando al reddito percepito il sospetto di evasione fiscale sarà orientato verso chi lascia intatto il proprio deposito bancario, dimostrando così di avere contanti con cui vivere di cui non se ne rileva la giustificazione logica.

Da quando è entrata in funzione l'Anagrafe Tributaria le banche e gli operatori finanziari sono obbligati a fornire al Fisco non solo i saldi annuali dei nostri conti ma altre informazioni su base mensile come l'apertura o la chiusura di conti correnti, oppure le operazioni effettuate allo sportello con assegni o contanti. Con questo strumento l'Anagrafe ha accumulato dati su 75 milioni di conti correnti, su 115 milioni di carte di credito e su 21 milioni di gestioni patrimoniali, per un totale di addirittura 670 milioni di rapporti finanziari.

Quando il nuovo algoritmo rileverà un risparmio eccessivo rispetto ai redditi dichiarati dal contribuente, nascerà il sospetto che ci si trovi davanti ad una disponibilità di contanti sfuggita alla dichiarazione dei redditi e quindi, presumibilmente, da un'evasione fiscale. A questo punto l'Agenzia delle Entrate chiederà chiarimenti sulla propria posizione. Al contribuente spetterà l'onere della prova per dimostrare che i soldi con cui ha potuto mantenere la famiglia, conservando intatto il conto corrente, sono da ascrivere a disponibilità lecitamente percepite e dichiarate al netto delle tasse. ■



Presentato all'UniMe il libro di **poesie** "Scampoli" di **GIUSEPPE ORETO**

Bel pomeriggio culturale nell'Aula Magna dell'Università di Messina: il dott. Giuseppe Oreto, marito della socia AMMI, la dott.ssa Maria Pia Calabrò, ha presentato la sua raccolta poetica "Scampoli". Il ricavato è stato donato all'ass. Terra di Gesù del dott. Francesco Certo. Molto belle le poesie scritte da un grande medico che con la sua generosità aiuterà i più bisognosi.

La Presidente della sezione di Messina Rosellina Zamblera Crisafulli ha portato i saluti dell'AMMI. ■



Una calda estate ricca di cultura al Parco Quasimodo di Roccalumera dove è stato presentato il libro di Giuseppe Ruggeri dal titolo "Incontri in Sicilia" inserito nel progetto intitolato "Un Nobel di Famiglia". La ricorrenza della data di nascita di Salvatore Quasimodo è stata l'occasione per celebrare ed esaltare la "sicilianità" attraverso figure che rappresentano la nobiltà dei principi immateriali che caratterizzano la nostra cultura figlia di un percorso storico millenario che traspare in ogni manifestazione della nostra cultura.

L'originalità del libro è data dal suo sviluppo attraverso un percorso fatto di incontri con importanti personaggi della nostra cultura (Salvatore Quasimodo, Lucio Piccolo, Leonardo Sciascia, Tomasi di Lampedusa), alcuni intervistati direttamente dall'autore, altri conosciuti attraverso le loro straordinarie storie letterarie e culturali.

Lo stile narrativo di Giuseppe Ruggeri consente di sottolineare questi magici incontri attraverso storie e racconti di archetipici Gattopardi siciliani, nobili per spessore culturale non per blasone, che fanno rivivere una Sicilia colta che ama le sue tradizioni e la sua civiltà frutto di millenni di storia che deve essere tenuta nella giusta considerazione e che non deve cadere nell'oblio. Storie e racconti che rappresentano esempi di tradizioni e patrimoni immateriali da tenere bene a mente e da tramandare alle giovani generazioni quale esempio indispensabile da seguire se vogliamo consentire alla nostra civiltà di avere un futuro. ■

A Roccalumera "Incontri in Sicilia" di Giuseppe Ruggeri



La copertina del libro

Catalogo "Medicina e Farmacia dal 1497 al 1830"

alla Biblioteca Regionale di Messina

In occasione delle Giornate Europee del Patrimonio nella Biblioteca regionale di Messina si è svolta la manifestazione culturale: "Medicina e Farmacia dal 1497 al 1830 nel prezioso patrimonio dei Fondi Antichi della Biblioteca Regionale "Giacomo Longo".

In Sala Lettura è stato presentato il catalogo curato dalla dott.ssa Maria Teresa Rodriguez, già Dirigente Responsabile della Biblioteca: "Medicina e Farmacia nelle raccolte della Biblioteca Regionale Universitaria di Messina (1497 - 1830)". A seguire, nel Salone Eventi, l'inaugurazione di un'esposizione bibliografica a tema di antiche e preziose pubblicazioni patrimonio della Biblioteca. All'evento hanno partecipato l'Ordine dei Medici e quello dei Farmacisti di Messina e la Fondazione "Sebastiano Crimi". ■



Gentile Direttore, è comparsa nei giorni scorsi sulla stampa la notizia che la Regione Sicilia, sembra aver trovato una soluzione che possa rispondere alla carenza di medici nei pronto soccorso regionali, oltre che offrire una possibilità lavorativa ai colleghi abilitati ma non specializzati. Da quanto si legge, questa nuova trovata mirabolante prevede un corso di formazione di 360 ore, presso il Cefpas, il centro di formazione permanente della Regione Sicilia, alla modica cifra di 2000 euro, che da quello che si intuisce, sarebbero a carico di ciascun partecipante, ma con la generosa possibilità, così si legge, per ciascun collega di chiedere un "mutuo professionalizzante" a Banca Intesa San Paolo, a cui poi restituire il denaro, una volta che arriverà l'assunzione per ben 24 mesi a ben 1300 euro netti al mese.

Si precisa poi che i neoassunti, se vorranno (in realtà la legge Gelli lo pone come obbligo), potranno pagarsi, naturalmente a propri spese (come da legge), una polizza assicurativa per colpa grave (a cui io assocerei quantomeno una tutela legale), sapendo comunque, ammette l'intervistato, che parte della responsabilità potrebbe ricadere sui colleghi strutturati affiancati come tutor ai neo assunti.

IL CAPORALATO in medicina



Interessanti appaiono decisamente le reazioni di alcuni sindacati, la Fials Sicilia sostiene che la soluzione, pur non ottimale, smaltisce le file (di cosa?), evita il sovraffollamento (di chi e dove?), ed offre un lavoro ai giovani medici (ma dai!?). Meglio decisamente fa la Cgil, che non vede nulla di scandaloso nell'azione, che andrebbe anzi ripresa ed esportata, dato che appare coerente con la capacità dei medici neolaureati non specializzati, che già lavorano come guardie mediche e sulle ambulanze medicalizzate.

Recentemente, in occasione di una delibera della Regione Veneto per l'assunzione di 500 medici abilitati ma non specializzati, ho espresso il mio pensiero sul problema qualitativo e non quantitativo che affligge la nostra professione e che ritengo essere alla base della mancanza di medici, ma mai avrei pensato che la contorta mente umana potesse arrivare a tanto: giovani colleghi costretti a pagare per potere accedere ad un lavoro sottopagato e per pochi mesi.

Forse sarebbe più opportuno e proficuo che come professionisti facessimo afferenza al Ministero dell'Agricoltura, vista l'esperienza e le capacità che il nuovo Ministro ha dimostrato nella lotta al Caporalato.

*Massimiliano Zaramella
Presidente Obiettivo Ippocrate*

(dal Quotidiano Sanità) ■

La sentenza n. 116/2019 del tribunale di Pordenone pubblicata il 6 settembre 2019 riprende la sentenza della Corte di cassazione (Sentenza della Cassazione n. 7776) che trattava una controversia di avvocati dipendenti della pubblica amministrazione, applicandola al caso di 214 infermieri (ma tale valutazione può essere uniformata a tutti i lavoratori alla dipendenza con obbligo di esclusività della Pubblica Amministrazione) che hanno presentato ricorso in una Class Action. La sentenza, in pratica conferma che il datore di lavoro è obbligato a pagare l'iscrizione all'ordine professionale nel caso in cui il lavoratore sia dipendente pubblico con un vincolo di esclusività.

La Pubblica Amministrazione pagherà le QUOTE D'ISCRIZIONE agli Ordini?



Se infatti un lavoratore con vincolo di esclusività in possesso di un titolo universitario e la conseguente abilitazione è iscritto ad un ordine professionale la cui iscrizione è richiesta dallo stesso datore di lavoro per il suo espletamento, il pagamento della quota di iscrizione non può ricadere sul del professionista. Una prima sentenza della Cassazione n. 7776 del 2015, emessa in favore di un avvocato in servizio presso l'INPS così recitava: «quando

sussiste il vincolo di esclusività, l'iscrizione all'albo è funzionale allo svolgimento di un'attività professionale svolta nell'ambito di una prestazione di lavoro dipendente, pertanto la relativa tassa rientra tra i costi per lo svolgimento di dette attività che dovrebbero, in via normale, gravare sull'ente che beneficia in via esclusiva dei risultati di detta attività».

Secondo il tribunale di Pordenone la figura infermieristica riveste una posizione del tutto analoga se in servizio presso un ente pubblico, poiché «tenuto a prestare la propria attività lavorativa alle dipendenze della PA con obbligo di esclusività nei confronti di quest'ultima non potendo esercitare in altri contesti libero professionali».

«Il richiamo alla sentenza della Suprema Corte afferma un principio generale valido per tutti i professionisti dipendenti e non certo solo per i legali».

La sentenza quindi si riferisce al fatto che il lavoratore dipendente svolge un'attività per conto e nell'interesse del datore di lavoro che è tenuto al pagamento della quota di iscrizione all'ordine professionale in quanto il mandante è obbligato a tenere indenne il mandatario da ogni riduzione patrimoniale che lo stesso subirebbe a seguito dell'incarico, fornendogli i mezzi patrimoniali necessari.

L'infermiere dipendente pubblico con carattere di esclusività svolge la professione per incarico di un'azienda sanitaria, la stessa risulta quindi obbligata a farsi carico delle spese necessarie all'espletamento dell'incarico professionale assunto come dipendente ed in particolare i costi dell'iscrizione all'albo o all'ordine professionale. Tali valutazioni, in linea di principio, risultano estensibili a tutti i lavoratori con tale vincolo di esclusività. ■



ruggeri

FNOMCeO e Cittadinanzattiva siglano "Patto per la salute"

Siglato a Roma dalla Fnomceo e da Cittadinanzattiva il "Patto per la Salute", con l'obiettivo congiunto di rifinanziare il SSN reinvestendo i risparmi derivanti da una migliore governance sanitaria. Erano presenti all'incontro Francesco Boccia, Ministro per gli Affari Regionali e Pierpaolo Sileri, Viceministro della Salute.

«Cittadinanzattiva e Fnomceo fanno da anni fronte comune per difendere i diritti, costituzionalmente protetti, alla tutela della salute e all'uguaglianza», spiega il presidente della Federazione degli Ordini, Filippo Anelli. «Il tema della lotta alle disuguaglianze, come sottolineato anche dalle recenti dichiarazioni del ministro Speranza, è un tema centrale per il Servizio sanitario nazionale, ma non riguarda solo il rapporto tra nord e sud», ha aggiunto Antonio Gaudio, segretario generale di Cittadinanzattiva, «ma anche aree della stessa regione, tra generazioni, solo per fare alcuni esempi. Il SSN, che è stato sin dalla sua fondazione l'architrave della coesione sociale, deve tornare a essere uno strumento di sviluppo sociale del Paese, e in grado di garantire la effettiva esigibilità dei diritti per i cittadini».

Il progressivo definanziamento del Servizio sanitario nazionale, la creazione di ben ventuno servizi sanitari diversi (per liste d'attesa, modelli organizzativi, procedure di emergenza-urgenza, integrazione ospedale-territorio, dotazione e composizione del personale, accesso all'innovazione, coperture vaccinali, screening oncologici) e l'aumento della spesa out of pocket per cure e prestazioni, la carenza di personale medico-specialistico e infermieristico, dovuta all'errata programmazione – sottolineano Fnomceo e Cittadinanzattiva – minano invece i diritti garantiti dagli articoli 3 e 32.

Come rimediare? Medici e cittadini dettano alla Politica la ricetta per ristabilire l'universalità e l'equità d'accesso al diritto alla salute: 1) porre fine alle disuguaglianze, partendo dal lavoro sviluppato dalla Strategia nazionale per le Aree interne; 2) riorganizzare le reti dell'offerta ospedaliera e dell'assistenza territoriale; 3) valutare i fabbisogni del personale del Servizio Sanitario nazionale e dei cittadini che vi accedono; 4) implementare le infrastrutture e i modelli organizzativi per realizzare il sistema d'interconnessione dei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale; 5) promuovere azioni che valorizzino l'autonomia e l'indipendenza della professione medica, a garanzia del diritto all'autodeterminazione del paziente: tra le più importanti e urgenti, la revisione dei limiti nella prescrizione dei farmaci, da attuarsi coinvolgendo nei Tavoli dell'Aifa le organizzazioni civiche e le federazioni ordinistiche mediche.

Tutto questo potrebbe essere realizzato rapidamente – spiegano Fnomceo e Cittadinanzattiva – con l'emanazione dei decreti per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni ambulatoriali e dei dispositivi medici; con il riordino dell'assistenza territoriale, con il miglioramento e la valorizzazione della comunicazione tra professionisti e cittadini, anche come strumento di prevenzione della violenza; con una revisione complessiva della programmazione legata alla formazione post laurea, garantendo a tutti gli studenti di medicina l'accesso alle scuole di specializzazione e prevedendo nel percorso di studio una specifica formazione che abbia come tema l'umanizzazione delle cure e il rapporto fra medico e paziente. Per superare le disuguaglianze di salute, infine, cittadini e medici chiedono un tavolo di confronto sulle proposte di autonomia differenziata. Il tavolo dovrà essere aperto alle Associazioni di cittadini-pazienti e alle organizzazioni rappresentative dei professionisti della salute. ■



L'incontro a Roma



Toponomastica "storica" di Messina: GIOSTRA

GIOSTRA – Rione; contrada attraversata dal torrente omonimo; nome del lungo viale che dal viale della Libertà porta all'imbocco dell'autostrada.

nell'Iconologia (1644) narrando della chiesa della Vergine Annunziata della Giusta: "Contrada che chiamano della Giusta, non già della Giostra, perché qui vi è un bellissimo podere, con una vigna della Famiglia de' Mauroli, e si dice che anticamente era così abbondante che era una benedizione del Cielo, e che rendeva ogni anno cento botti di vino, né più, né meno; avvenga che altrove fosse stata o penuria o abbondanza di vini, onde le si diede il nome di Giusta, e per cagione di essa a tutto quel contorno e al vicino torrente".



Chiesa
Santorsola
a Giostra

Nonostante la spiegazione esauriente e autorevole fornita dallo storico gesuita, nei tempi successivi, è invalsa una paraetimologia. Si è infatti ricondotto il significato del nome del luogo alla voce Giostra, nell'accezione di torneo cavalleresco. In questo senso si esprime infatti Giuseppe La Farina in Messina e i suoi monumenti (1840): "Giostra, a causa dei tornei, che ivi anticamente si tenevano". Pure nella guida Messina e dintorni (1902) si ribadisce tale interpretazione

allorché si indica "la località detta La Giostra ov'è la tradizione abbiano

avuto luogo le antiche giostre".

Il toponimo Giostra spiegato come luogo riservato allo svolgimento dei tornei cavallereschi è pertanto una falsa etimologia, che tuttavia, per le sue radici secolari, ne è divenuta la spiegazione più ovvia.

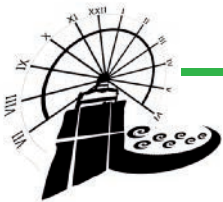
Non si comprende infatti come possano essere stati indicati sede di tornei il letto di una fiumara o anche i suoi stessi argini, se non altro per le caratteristiche orografiche di quel luogo e in particolare per la sua pendenza, peculiarità queste che non avrebbero di certo favorito le evoluzioni dei cavalieri. E peraltro noto come nella città di Messina, i tornei cavallereschi si tenessero abitualmente in un luogo ben più adatto alla contrada Giostra, come spiegano i principali storici della città, dal Buonfiglio al

Reina, al Chiarello, al Caraffa e al Gallo, ovvero nel vicino pianoro di San Giovanni di Malta, in prossimità della foce del torrente Giostra, sull'area dell'attuale villa Mazzini, lì dove nella metà del XV secolo venne edificata la monumentale fontana dell'Abbeveratura vecchia.

Sulla descrizione di tali tornei si sofferma in particolare Pasquale Galluppi in L'ordine militare della Stella di Messina (1871), e ne accenna anche Giuseppe Arenaprimo (1890) nella trascrizione del testo di un bando datato 10 settembre 1553: "Nella prima domenica [di settembre]: al primo giostrante che sortirà al Ringo: una spada dorata con rosette d'oro". Nel saggio La Chiesa di Gesù e Maria del Buon Viaggio al Ringo (1983), Giovanni Molonia riferisce di un bando relativo a una "Giostra" avvenuta nel 1492, nel quale si precisa come si destinava in premio un gioiello del valore di cento ducati "a quello chi virrà oy nixirà a lu ringu".

Dalla lettura di questi due bandi si evince la pianificazione di un percorso che prevedeva la partenza dei cavalieri dal piano di San Giovanni di Malta, in corrispondenza della monumentale vasca con fontana detta la Beveratura vecchia che caratterizzava la vasta piazza extra moenia di settentrione, e l'arrivo al Ringo di San Salvatore dei Greci (presso la foce del torrente Annunziata), o di San Francesco di Paola, o delle Fornaci altrimenti noto come Ringo di Santa Maria di Gesù Inferiore, giustappunto in corrispondenza della foce della fiumara della Giusta (o della Giostra). È evidente pertanto come, soprattutto l'evidente assonanza tra le due voci Giusta e Giostra (Giostra nel vernacolo messinese in cui si è soliti assecondare la variazione fonetica delle consonanti affricate st/str), quanto la coincidente vicinanza del percorso destinato ai tornei dei cavalieri che, nella sua parte conclusiva, si spingeva fino alla foce del torrente Giostra, abbiano concorso a favorire e sostenere, fino a oggi, tale (giustificato) equivoco lessicale. Dal punto di vista semantico, il termine Giusta (S. Battaglia, Grande Dizionario della Lingua Italiana, 1972) indica anche una voce che rimanda a una determinata misura o a una particolare quantità. Ben si evince come tale accezione si addica alla definizione del seicentesco termine Giusta, non già della Giostra illustrata nel 1644 dal colto gesuita Placido Samperi che spiega il luogo con il riferimento alla misurazione di una precisa quantità: "vigna [...] che rendeva ogni anno cento botti di vino, né più né meno".

Un commento sul toponimo Giostra è stato affrontato da Pietro Bruno nello Stradario da lui curato nel 1963 e, più in dettaglio, da Aldo Di Blasi in Il Quartiere S. Leone (1989). ■



Un refrain che sentiamo spesso è che l'Italia è un paese di santi, poeti, navigatori e...commissari tecnici e malati di pallone. Il calcio in buona misura coinvolge in maniera variegata buona parte della popolazione; frotte di ragazzini affollano i campetti col sogno di diventare campioni, i genitori che incitano e assecondano questo sogno proibito, gli atleti delle varie categorie che lottano per imitare i professionisti e i professionisti, simbolo di culto, venerati dal grosso pubblico sul divanotelevisivo; mentre un discorso a parte meriterebbero i cosiddetti tifosi dello stadio con le loro manie patologiche. In questo vasto panorama di fedeli al Dio pallone chi pratica veramente il calcio è una piccola schiera di persone che, se si escludono i vari impiegati che scimmiettano il calcio nelle arene di calcetto, l'età media è sotto i 35 anni, quindi uno sport per giovani che esclude buona parte della popolazione attiva. Esclusione che si realizza sia per motivi anagrafici, motivi di interesse o motivi di salute come problematiche cardiovascolari, traumatismi vari e malattie con deficit funzionali. Oggi la risposta a questa esclusione che permetterebbe di riprendere gli "scarpini" appesi al chiodo, potrebbe essere un nuovo modo di fare aggregazione attorno ad un pallone, il Calcio Camminato. Il Walking Football nasce in Inghilterra in seguito ad un sondaggio nei circoli ricreativi tra gli over 50; venne chiesto quale attività avrebbero voluto svolgere e si appalesò un netto interesse per il gioco del pallone. Quindi per permettere di far scendere in campo gente in età avanzata e con diminuite capacità fisiche, con uno strano regolamento, si inventò il Calcio Camminato.

E da queste prime esperienze anglosassoni, da qualche anno la UISP, Unione Sport per Tutti lo rilancia in Italia come attività sociale di aggregazioni e in poco tempo incontra il favore di tante persone interpretando una politica associativa che mira a degli stili di vita attivi a tutte le età. Nascono le prime dimostrazioni e si organizzano i primi tornei.

Una attività dove la tecnica e il tocco di palla fanno da padrone, una attività dove è vietato correre, alzare la palla sopra la cintura ed è riservato agli Over 50. Qualcosa di strano che si discosta notevolmente dal calcio, dove diminuisce il dinamismo in favore del tocco della palla senza la spinta del corpo ma, che permette a chi appeso le scarpette da tempo, di coltivare la propria passione. Una disciplina terapeutica che possono praticare anche cardiopatici con un gran beneficio per la salute e potrebbe inserirsi in un programma di riabilitazione post infartuale.

Una esperienza nuova che sicuramente coinvolgerà buona parte dei sedentari italiani che avranno, dopo la mezza età, la possibilità di riprendere in maniera attiva la propria passione per il pallone.

Un modo nuovo di muoversi ed interpretare il "gioco più bello del mondo". ■

VIETATO correre al calcio





Allora il "deviato mentale" era quasi una vergogna da nascondere...

L'inizio della mia attività professionale cominciò, appena laureato, come medico in una casa di cura privata dove si applicavano le terapie convulsivanti nelle malattie mentali. Allora il "deviato mentale" veniva considerato quasi una vergogna da nascondere, infatti ricordo, i ricoveri avvenivano di sera tardi per evitare la curiosità della gente. Tali terapie convulsivanti in psichiatria, considerati allora di prima applicazione, traevano

origine dal pensiero del neurologo ungherese LADISLAS MEDUNA convinto che le persone epilettiche fossero "protette" dalla malattia mentale per un ipotetico antagonismo.

Molto usata la terapia insulinica nella malattia schizofrenica, propugnata dal neurologo ucraino MANFRED SAKEL, che induceva crisi epilettiformi negli ammalati con l'uso di rilevanti dosi del farmaco portandoli in uno stato temporaneo di coma ipoglicemico. Ricordo quante apprensioni e responsabilità, giovane medico, fare uscire dal coma indotto in condizione evidentemente precarie gli ammalati con boli di glucosio, con risultati talora discreti.

Si usavano pure sostanze che inducevano stati febbrili seguiti da convulsioni usando il METRAZOLO ed il CARDIOZOL, con una certa efficacia, in alcune forme di psicosi progressiva da sifilide che a quel tempo dava problemi di rilievo. Era usata la tecnica dell'ELETTROSCOC consistente nell'indurre convulsioni con il passaggio di corrente elettrica nel cervello degli ammalati trattati.

Tecnica concretizzata in Italia da UGO CERLETTI e del suo collaboratore LUCIO BINI nel 1938.

L'idea maturò in CERLETTI avendo visto che i maiali, prima di essere portati al macello venivano sedati e storditi con una scarica elettrica. Il primo al quale venne eseguita questa terapia fu un carcerato fortemente agitato non consensiente a Roma. Allora questa tecnica, molto presto messa in soffitta nei decenni seguenti anche perché vanto della propaganda fascista, si diffuse nel mondo specie in AMERICA dove a tutt'oggi è usata negli ospedali. Allora veniva usata, con un certo successo, nella depressione grave specie nella forma bipolare. Il vantaggio rispetto agli attuali neurolettici, sicuramente meno traumatizzanti, era la rapidità d'azione, nessuno aumento di peso, fatti di minore impotenza, minore rischio cardiologico, l'uso nelle deprese in gravidanza. Tanto che nel dizionario medico

LAROUSSE veniva riportato "la maggior parte degli psichiatri ha dato nessun risultato comparabile con le terapie convulsivanti". Infatti a quei tempi in cui non vi erano molte cure alternative efficaci queste terapie erano ritenute una

risorsa utile ed efficace e non per sopprimere la capacità di critica e di ribellione dei malati come si disse. ■

PSICHIATRIA: terapie convulsivanti



La Medicina tra aforismi massime e pensieri

a cura di Vittorio Nicita Mauro

Ci vuole tutta la vita per imparare a vivere e, quel che forse sembrerà più strano, ci vuole tutta la vita per imparare a morire.

Lucio Anneo Seneca, filosofo romano, 4 a.C.-65 d.C.

*

L'essere umano, opera prima della creazione, ci mostra in ogni cellula un'incognita ed in ogni battito vitale un motivo di profonda meditazione.

Santiago Ramon y Cajal, istologo spagnolo, Nobel 1906 per la Medicina, 1852-1934

*

La vita è eterna solo per chi soffre.

Roberto Gervaso, scrittore ■

Al Palacultura, alla presenza di un numeroso pubblico e tanta partecipazione sul palco, si è svolta la Giornata Messinese del Nonno giunta alla XII edizione. Nonni e Nipoti hanno animato uno spettacolo per esprimere amore reciproco. Amore che, come ha scritto Laura Simoncini, abbatte i muri e va oltre i confini del tempo. Antonino Arcoraci nella sua introduzione, riprendendo le parole di Frate Indovino, ha detto che quando si parla di nonni, una delle prime cose che emerge è il fatto che essi sono un ponte tra le generazioni. Sono loro che raccolgono in un unico arco di esistenza la vita di tre e, sempre più spesso oggi, anche di quattro generazioni. Sono come un filo conduttore che crea continuità con una famiglia e radica il primo e fondamentale senso di appartenenza ad un gruppo umano. Essi sono il collegamento vivente con "le radici"...

Radici, tema dell'anno, simboleggiate da un albero robusto disegnato da un bambino per una festa del nonno con tante radici e tanti rami (i nipoti) espressi con tante mani. L'immagine è stata scelta perché nessuno come i nonni, sa regalare ai bambini il senso delle "radici" e nessuno come loro, sa far sentire ai piccoli il valore del ricordo, raccontando dei bambini che sono stati, tanto tempo fa... Sul palco, quattro quadri storici evocativi delle "nostre radici" che si calano nel mito e nella realtà storica del medioevo-rinascimento, dell'ottocento e degli anni '50.

La FEDERSPEV Sez. di Messina se ne è fatto carico e, da 12 anni, la organizza collaborata da altre 17 associazioni.

La Giornata, quest'anno ha ricordato Emanuele Mazzaglia, per più mandati vice-presidente della FEDERSPEV ME e uomo poliedrico, capace di dividersi tra la famiglia che ha adorato nelle vesti di marito, di padre e di nonno e il lavoro di medico, di cattedratico e di primario di Neonatologia dell'Ospedale Piemonte dove ha esercitato con grande professionalità e dove è ancora ricordato soprattutto per la sua grande umanità.

Il momento teatrale gestito dal Maestro Prof. Giuseppe Gravina e condotto da Rosanna Trovato Morabito e Totò Pugliese, ha sottolineato con parole, musiche e immagini, i quattro periodi storici che sono stati introdotti dalla Dirigente scolastica Pucci Prestipino.

Il mito con Mata e Grifone scritto in chiave comica e recitato in vernacolo da Antonio Cattino, è stato incarnato da Maria Luca e Giovanni Oteri e contestualizzato tra fantasia e realtà, da Franz Riccobono.

Il Medioevo-Rinascimento è stato raccontato da Elvira Bordonaro con Colapesce di Maria Costa recitato in vernacolo. Sul palco ragazzi in costume e una rappresentanza dei Cavalieri della Stella. L'Ottocento è stato rappresentato con le parole di Tomasi di Lampedusa lette dall'attrice messinese Carmen Panarello. Il "Gattopardo", è stato rivissuto con il valzer ballato da alcuni nipoti.

Gli anni '50 introdotti da Cettina Parafioriti Inferrera, sono stati visualizzati con le immagini di Grease e interpretati sul fondo musicale, dal Gruppo Vittorini Music team. Franca Scolari Papalia ha recitato una poesia scritta da lei a ricordo del nonno Alberto. Ospite d'onore: Samantha Accetto, che ha cantato sullo stesso palco nel 2018 e che "scoperata", è arrivata a Voci nuove a S. Remo.

Il concorso letterario con titolo *I Nonni raccontano... favoleggiando*, ha premiato per la poesia: Biagio Guarneri e per la prosa ex aequo, Ninni Mantineo Gambadauro e Maria Eugenia Salvo Cuzzocrea. Le targhe ricordo sono state consegnate da Rosellina Zamblera Crisafulli presidente AMMI. Ogni anno, in questa Giornata, i nonni sognano. Si sentono mano nella mano con i nipoti e si prendono in affido i bambini, gli adolescenti e... anche i più grandi. Si calano nel ruolo a dimostrare che le generazioni passano ma i valori rimangono. Papa Francesco ha detto: il nonno è padre due volte, la nonna è madre due volte. ■

La XII giornata messinese dei **NONNI**



Alcuni momenti della manifestazione

Musicoterapia e coscienza i temi del convegno nazionale AMMI a Taormina



“La musicoterapia e la coscienza”, questo il tema centrale della lectio magistralis tenuta dal dott. Nicolò Schepis, pedagogo, psicologo, esperto di composizione e musica nelle relazioni sociali, nell’ambito del XXVI seminario nazionale dell’Ammi, che si è svolto nei giorni scorsi all’hotel Villa Diodoro a Taormina. Interessanti gli spunti proposti dal dott. Schepis il quale ha illustrato anche con esempi musicali le dinamiche emozionali provocate dall’ascolto di certi tipi di musica. Mozart, in assoluto il compositore che meglio di altri ha intuito e messo in atto gli strumenti e i processi del rapporto musica/animo umano. La sublime e potente voce di Paola Miraglia accompagnata al pianoforte dal medico/pianista Fabio Catalano ha contribuito, grazie all’esecuzione di alcuni brani, a rafforzare nei presenti il concetto legato alla potenza espressiva della musica e alla sua capacità di influenzare la nostra coscienza. L’evento ha avuto inizio con il saluto della presidente sez Messina dell’Ammi Rosellina Zamblera Crisafulli, della presidente nazionale Elvira Oliviero Lippi, del capo di gabinetto della prefettura di Messina Caterina Minutoli, del colonnello medico Alfonso Zizza, direttore del dipartimento militare di medicina legale, di Giuseppe Antoci, ex presidente Parco dei Nebrodi, di Giacomo



Alcuni momenti del convegno nazionale AMMI a Taormina

Caudo, presidente Ordine dei Medici di Messina e di Antonino Arcoraci, presidente Federspev Messina. È stata inoltre premiata con una borsa di studio, la dott.ssa Elena Andreucci con un interessante progetto di ricerca che verrà portato avanti presso il dipartimento di scienze biomediche presso l'ospedale Serio di Firenze. Hanno dato un contributo al convegno anche i medici musicisti dell'associazione "Fikissimi" (Katia Bevacqua, Salvatore Signorino, Franco D'Arrigo) accompagnati al pianoforte dal medico/musicista Antonino Foti. Nella seconda giornata le relazioni della neurologa e psicoterapeuta rogersiana Marinella Ruggeri e della psicologa e psicoterapeuta Angelida Ullo, a moderare Carlo Gargiulo, medico e giornalista Rai. A seguire il contributo dei Fikissimi (Massimo Pulitanò, Cosimo Milone, Elvira Marsico, Luisa Barbaro e Giovanna Genitori) e del medico/cantastorie Gaetano Vecchio.

Sul giornale online di Messina-Medica.it è possibile leggere la relazione integrale della dott.ssa Ruggeri, figlia della tesoriere nazionale Ammi, Lilly Cavallaro Cuomo, che ha incantato la platea con un particolare apprezzamento da parte del pubblico e delle autorità presente per la minuziosa analisi sull'argomento corredata da slide. ■



Indovina...

Gioca con i nostri enigmi a cura di icaro

64) Imponente e massiccio domina sullo Stretto dall'alto del Tirone come un guardiano perfetto; da cinque secoli lambisce il grande Torrente con l'Ebros, Nilo e Tevere fanno un poker eccellente. Fu teatro di molti scontri cruenti ora i Borboni, ora cittadini scontenti; come quando stanchi di sottostare al loro potere i messinesi irruperono e fecero strage dei carcerieri.

Fino agli anni quaranta fu deposito di munizioni e ogni giorno un cannone sparava pallettoni; per ricordare il segnale orario al messinese come fa oggi il campanile tutti i giorni del mese. Di proprietà comunale sembra abbandonato ad un destino crudele spogliato e depredato; in attesa di una giusta ristrutturazione aspetta la politica per una sua valorizzazione. ■

RISULTATI NUMERO SECONDO / 2019

63) MERCATO COPERTO MURICELLO ■



Volevo sapere se esistono agevolazioni per i medici che si trovano in difficoltà economiche e non hanno potuto versare all'ENPAM i contributi previsti per legge.

email firmata



Gli

iscritti in ritardo con il pagamento dovranno versare i contributi previdenziali con una maggiorazione del 3% annuo (invece che del 5,5% come previsto in precedenza); la maggiorazione resta dell'1% per chi paga la Quota B entro 90 giorni dalla scadenza.

Cancellata la sanzione aggiuntiva del 4% per tutti coloro che chiedono di mettersi in regola spontaneamente prima che arrivi l'accertamento dell'Enpam.

In aggiunta a queste misure generali, la Fondazione ha deciso di venire incontro alle esigenze dei Presidenti di Ordine che si trovano a ricevere richieste d'aiuto da parte di colleghi in particolari difficoltà economiche. Concretamente abbiamo introdotto la possibilità, rimessa alla tua valutazione, di chiedere all'Enpam un'ulteriore dilazione del pagamento con un numero maggiore di rate. ■



Considerando la mutata situazione economica del Paese e della categoria, l'Enpam ha ottenuto dai ministeri vigilanti di poter rivedere le sanzioni da applicare nei casi di morosità.

