

OMC eO

NOTIZIARIO DELL'ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

05.08

Anno XI - n. 05 del 18 ottobre 2008 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

Resoconto di una grande esperienza

**Legge 22/2002 la CAO di Venezia
aveva ragione**

**GIPEF e COMEM a Venezia, un meeting
euromediterraneo**

**Associazione culturale pediatri
Lucrezia Corner**

E' già presente l'emergenza anziani



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

2

Consiglio Direttivo

dott. MAURIZIO SCASSOLA (Presidente)
dott. SALVATORE RAMUSCELLO (Vice-Presidente)
dott. CATERINA BOSCOLO (Segretario)
dott. DAVIDE RONCALI (Tesoriere)
dott. PIERLUIGI ALLIBARDI
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott. MORENO BREDA
dott. GIUSEPPE COLLURA
dott. GELLI GIUSEPPE FABRIS
dott. ALESSANDRA GALLO
dott. GIOVANNI LEONI
dott. MALEK MEDIATI
dott. GIORGIO MENEGHELLI
dott. GIULIANO NICOLIN
dott. ALFREDO SAGGIORO
dott. MORENO SCEVOLA
dott. MAURIZIO SINIGAGLIA

Collegio dei Revisori dei Conti

Effettivi

dott. RENATO FAMELI (Presidente)
dott. PASQUALE PICCIANO
dott. GIULIANO SASSI

Supplente

dott. ALBERTO COSSATO

Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

dott. COSIMO TOMASELLI (Presidente)
dott. FRANCESCO TOME' (Segretario)
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott. MICHELA MORANDO
dott. GIULIANO NICOLIN



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

Anno XL - n. 03 del 31 maggio 2008
Aut. Tribunale di Ve n. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale
Maurizio Scassola

Direttore Responsabile
Franco Fabbro

Comitato di redazione
Maurizio Sinigaglia, Giuliano Sassi,
Giovanni Leoni, Michela Morando,
Antonio Lo Giudice, Cristiano Samuelli

Sede e Redazione
Via Mestrina, 86 - 30172 Mestre (VE)
Tel. 041.989479 - Fax 041.989663
info@ordinemedicivenezia.it

Editore
Mazzanti Editori s.r.l.
R.O.C. 11028

Progetto Grafico
Valentina Remigi

Stampa
Linea Grafica - Castelfranco Veneto (TV)

Concessionario di pubblicità
LYBRA ADV s.r.l.
Via delle Industrie, 19/B
30175 Venezia - Marghera
Tel. 041.5383576 - Fax 041.2529525

Chiuso in redazione il 18 ottobre 2008

04 Resoconto di una grande
esperienza (estratto dal
giornale di bordo)

06 Perché resti qualcosa

08 Legge 22/2002 La Cao di
Venezia aveva ragione

10 Ufficio Centrale
Odontoiatri FNOMCeO

12 Assemblea Straordinaria
Iscritti Albo Odontoiatri

14 Gipef e Comem a
Venezia: un meeting
Euro-Mediterraneo

21 Antiriciclaggio: modifiche
su *Assegni e Libretti al
Portatore*

21 Medici e Irap

23 Sicurezza delle cure e
documentazione

24 News dall'ACP
"Lucrezia Corner"

27 L'emergenza anziani non
è il futuro, ma già
il presente

29 FEDER. SP. e V.
Risultati di un'attività positiva

30 Convegno Odontoiatrico

31 Giornata del Medico

32 Convocazione Assemblea
Ordinaria degli Iscritti

Sommario

3

Resoconto di una grande esperienza

(estratto dal giornale di bordo)

4

L'esperienza triennale del nostro Consiglio e della Commissione CAO si sta chiudendo; a fine anno andremo a rinnovare gli organi istituzionali ed è il momento delle riflessioni e della sintesi. Ricordo il drammatico contesto che ha preceduto le ultime elezioni ma anche la grande partecipazione al voto ed i suoi risultati che ci hanno dato subito entusiasmo, sostegno e motivazione; la partecipazione degli iscritti rappresenta il vero motore della nostra attività.

Spetta a Voi il giudizio sul nostro operato, a noi il compito di esporVi le cose fatte, i progetti in essere e le ipotesi per il futuro. In questo notiziario troverete un quadro riassuntivo degli eventi svolti in questi tre anni.

La volontà di ricostruire la credibilità e l'autorevolezza della Professione è stata la motivazione che ci ha fatto tracciare la prima rotta per il raggiungimento di obiettivi prioritari: accorciare la distanza tra Ordine e Iscritti; implementare la collaborazione istituzionale; collaborare con le nostre Comunità; dialogare continuamente tra noi; ritrovare le nostre comuni radici; progettare percorsi informativi e formativi che permettessero la relazione interpersonale ed il confronto.

Siamo convinti che ancora prima di un buon rapporto medico/paziente vada incentivato il buon rapporto medico/medico senza il quale il sistema delle cure perde il proprio senso strategico ed organizzativo. Per questo motivo abbiamo incominciato ad incontrare i Colleghi in tutto il territorio provinciale incentivando la formulazione di progetti che sostenessero la "corretta comunicazione", abbiamo costruito laboratori di confronto e di "servizio" nella certezza che i Medici hanno bisogno di un costante flusso informativo che permette la crescita professionale e la consapevolezza delle proprie responsabilità in un ruolo che necessita di essere rivisitato, riformulato anche per le carenze dei percorsi formativi dell'Univer-



sità. I "Giovedì dell'Ordine" (coordinati dal dott. Breda) hanno, tra l'altro, permesso a numerosi Colleghi di confrontarsi sui temi della Medicina Legale ma soprattutto sulla necessità di crescere come professionisti competenti, consapevoli e responsabili.

Ma quale è stato il ruolo svolto da questo Ordine a difesa della credibilità e della indipendenza della Professione?

Abbiamo riannodato le relazioni con le Istituzioni di riferimento; Regione, Provincia, Comuni ed Aziende ulss sono stati coinvolti in progetti che hanno spaziato dalla ricerca epidemiologica (progetto CO.ME.FA.RE.: "COMune di Venezia e MEDici di FAMiglia in REte"), allo scambio di esperienze professionali (vedi ad esempio l'esperienza coordinata dal dott. Scevola nella Azienda ulss 13 dove MMG e Colleghi Ospedalieri si sono incontrati nei rispettivi ambiti di lavoro), all'inse-

rimento del nostro OMCeO in tavoli tecnici. In stretta collaborazione con la Regione, attraverso la nostra Federazione Regionale, stiamo rivisitando il sistema della Formazione Continua nel più ampio contesto dello Sviluppo Professionale Continuo, la L.R 22/02 ed il Sistema di Accreditamento delle Strutture.

Abbiamo aperto un confronto stabile con le Aziende ulss con le quali sono attivi più tavoli di confronto, specie nell'ambito del contenzioso medico/medico e medico/paziente, nella ricerca degli indicatori che determinano il burn - out degli operatori, nel rapporto working time e sicurezza delle cure (anche alla luce della nuova DGR sulla sicurezza e delle ipotesi che circolano in ambito U.E). Cosa dire poi della frenetica e costruttiva attività della Commissione CAO che vede l'appassionato coordinamento del suo Presidente dott. Tomaselli? Tutti i medici si augurano che l'Odontoiatria ritrovi serenità e compattezza in un momento in cui la libera professione si trova a fronteggiare le novità del libero mercato tariffario, la liberalizzazione in ambito pubblicitario, la presenza di sempre nuove e "indefinite" figure professionali, una concorrenza spesso inquinata da strumenti informativi non sempre corretti. Non abbiamo mai dimenticato, inoltre, di far parte della Federazione Nazionale degli OMCeO ed abbiamo collaborato alla elaborazione di documenti ed alla organizzazione di numerose iniziative.

Da questa stretta collaborazione nasce il Convegno di GIPEF e COMEM (Venezia, 2-4 ottobre) che vede il nostro Ordine al centro di attività nazionali ed internazionali. Con questo convegno proponiamo che a Venezia si costituisca un laboratorio permanente, formativo e di ricerca, tra paesi dell'area euro-mediterranea e medio-orientale (con la partnership di Comune di Venezia, Provincia di Venezia e Regione Veneto).

In questo contesto internazionale ma anche per il suo quotidiano e "grintoso" impegno desidero ricordarVi il Vice Presidente Salvatore Ramuscello, membro della UEMS, che ha rappresentato sempre un punto di riferimento solido e concreto per la nostra professione; è spesso grazie alle sue riflessioni e ai suoi interventi che questo OMCeO si è distinto per tempestività specie nel contesto delle relazioni tra Territorio ed Ospedale.

Ma come è possibile non riflettere sulla esperienza etica della professione? Come è possibile

dimenticare che le nostre radici antropologiche affondano nella cura del sofferente e nell'accompagnamento alla fine della vita? Come dimenticare il Convegno sulla Desistenza che ha visto una partecipazione ed una attenzione intensissime?

Sono queste esperienze che rilanciano l'interesse nella Professione e per la Professione e sono esperienze che fanno conoscere Colleghi che hanno ancora entusiasmi e passioni vere, profonde, come Cristiano Samuelli che rappresenta ormai una certezza ed un grande punto di riferimento.

Vorrei salutare ancora qualcuno! Giovanni Leoni e Maurizio Sinigaglia, sempre disponibili, appassionati e competenti, con Franco Fabbro hanno ridisegnato gli strumenti informativi. Davide Roncali, nostro Tesoriere, ci ha fatto fare un bel salto di qualità non solo nell'ambito della cultura medico-legale e del risk management ma in quella che potrei definire la "coscientizzazione" della Professione.

Ma come dimenticare il Segretario? Caterina (Boscolo) è personaggio straordinario come donna e come professionista! È grazie a Lei che molte delle iniziative sono andate avanti con passione e determinazione. E' con Lei che vorrei chiudere parlandovi della nostra Responsabilità e del futuro che ci attende. Stiamo vivendo un periodo straordinario di cambiamento e di opportunità! Abbiamo bisogno di Partecipazione, del forte impegno di tutti nel rispetto reciproco e di delicatezza e attenzione nella cura alla Persona; questa responsabilità si esprime anche andando a votare, partecipando sino in fondo alla vita della nostra comunità professionale! Siamo consapevoli della sofferenza diffusa dei Colleghi! Spesso è l'organizzazione del lavoro che scatena il nostro disagio ma dobbiamo lavorare per la revisione costante dei nostri modelli operativi e relazionali; solo questo comportamento può fornirci uno strumento di migliore relazione con gli altri e con noi stessi. Su questi temi sono sicuro che ci sarà continuità e impegno in chi rappresenterà il prossimo Consiglio. Ho sicuramente dimenticato qualcuno e qualche altra cosa ma altri integreranno con il loro contributo il nostro diario di bordo.

Vi ringraziamo per averci permesso di svolgere questa esperienza umana e professionale!

Maurizio Scassola

Perché resti qualcosa

“il primo obiettivo che ci siamo posti è la riscoperta dell’Orgoglio di Appartenenza alla Professione Medica.

Una medicina compatta e solidale è garanzia di percorsi di cura efficaci, è la premessa per una collaborazione interdisciplinare che possa offrire alle nostre comunità servizi di qualità .

Con quali strumenti? L’informazione, l’educazione, e la formazione, nell’ambito del rapporto medico / medico, sono strumenti capaci di ridare significato al nostro lavoro che, solo attraverso una Comunicazione Strategica, finalizzata al raggiungimento di obiettivi condivisi, può portare agli esiti previsti.”

Maurizio Scassola, febbraio 2006

Sta per chiudersi questo triennio 2006-2008, i membri del Consiglio si preparano al “rompete le righe”.

Questo elenco ripropone i titoli degli eventi organizzati dall’Ordine nel periodo successivo alla dichiarazione riportata del Presidente all’inizio del suo mandato e i nomi dei colleghi membri del Consiglio e/o dei Gruppi di Lavoro che si sono dedicati alla loro organizzazione scientifica e logistica.

Questi dati non devono essere considerati esauritivi di tutte le attività svolte dai membri citati e non citati in questo arco temporale, ma sono la risposta dedicata al primo degli impegni assunti collegialmente nel 2006.

A vario titolo tutti abbiamo partecipato alla loro costruzione, mediante un lavoro di squadra.

Le sale si sono riempite e la vostra partecipazione ci ha ripagato dell’impegno.

Vi ricordo anche la serie di articoli originali pubblicati sul nuovo notiziario dell’Ordine ed i relativi autori, potete anche scaricarli dal nuovo sito che li contiene tutti in formato pdf a futura memoria.

E non basta leggere il prodotto finito senza considerare il lavoro di redazione, fotografia, impaginazione e correzione delle bozze del notiziario o pubblicazione sul sito web che ormai conta su 200 visite in media di singoli utenti al giorno (dati da programma Webalizer 2.01). Tutto “fatto in casa” cari colleghi, posso considerarmi fortunato per aver fatto parte di questo gruppo, il futuro si vedrà, cari saluti a tutti.

Privacy - Incontro di aggiornamento sulla legge 196/2003

Mestre, 29 marzo 2006 - Cosimo Tomaselli

Evento Formativo : Il trattamento dei rifiuti
S. Stino di Livenza, 5 aprile 2006 - Cosimo Tomaselli

Evento Formativo : Le apparecchiature elettromedicali

Chioggia, 3 maggio 2006 - Cosimo Tomaselli

Convegno: La comunicazione tra medici, strumento indispensabile per un percorso di cura di qualità,

Chioggia, 20 maggio 2006 - Angelo Frascati, Giuseppe Collura. Antonella Padoan.

Riunione sulle Convenzioni Dirette ed Indirette .
Noale, 7 giugno 2006 - Stefano A. Berto

Convegno: La comunicazione tra medici, strumento indispensabile per un percorso di cura di qualità ,

S. Donà di Piave, 10 giugno 2006 -
Alessandra Gallo, Gelli Giuseppe Fabris

Privacy - Incontro di aggiornamento sulla legge 196/2003

Mestre, 14 Giugno 2006 - Cosimo Tomaselli.

Convegno: “La comunicazione tra medici, strumento indispensabile per un percorso di cura di qualità”,



Giovanni Leoni

Mirano, 4 novembre 2006 - Moreno Scevola, Pierluigi Allibardi, Moreno Breda .

Convegno “ Il medico e l’odontoiatra. Quale ruolo oggi nelle nostre comunità ? “
Mestre, 2 dicembre 2006 – Consiglio dell’Ordine.

Seminario : Il nuovo Codice di Deontologia Medica e la Responsabilità Disciplinare
Mestre, 29 marzo 2007 - Gruppo di Lavoro per la Responsabilità Professionale – Avv. Simone Zancani

Convegno: La sindrome della stanchezza cronica in medicina (CFS)
Mestre, 14 aprile 2007 – Fondazione Ars Medica, Giorgio Meneghelli, Cosimo Tomaselli.

Convegno: La formazione professionale continua dei medici
Mestre, 12 maggio 2007 - Angelo Frascati

Convegno: Comunicazione tra Pediatra e Ortodontista: cosa e perché
Mestre, 9 giugno 2007 - Fondazione Ars Medica – Cosimo Tomaselli, Giorgio Meneghelli.

Convegno :La certificazione medica per l’attività sportiva non agonistica
Mestre, 16 giugno 2007 - Fondazione Ars Medica , Giorgio Meneghelli, Pierluigi Allibardi.

Congresso - Tavola Rotonda “Il Nuovo Codice di Deontologia Medica “
Mestre, 1 dicembre 2007 – Consiglio dell’Ordine .

Corso di Formazione : Critical Appraisal della letteratura scientifica.
S. Donà di Piave, 23 febbraio, 1 marzo 2008 – Angelo Frascati

I Giovedì dell’Ordine – Ciclo di 6 seminari -
Mestre, 20 marzo, 3 aprile, 15 maggio, 29 maggio, 12 giugno, 3 luglio 2008.
Moreno Breda, Davide Roncali, Salvatore Ramuscello con l’ avvocato dell’ Ordine Simone Zancani

Incontro informativo sulle nuove modalità per le dimissioni volontarie.
Mestre, 23 marzo 2008 – Commissione Odontoiatri

Convegno : La Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri : conoscerla per pianificarla
Mirano, 5 aprile 2008 - Moreno Breda, Pierluigi Allibardi, Cosimo Tomaselli.

I° Simposio Nazionale: Le decisioni di fine vita: quale il ruolo della desistenza terapeutica
Mestre, 24 maggio 2008 - Cristiano Samuelli

Incontro : L’attività ispettiva degli organi di polizia nel controllo della attività medica professionale e odontoiatrica libero professionale
Mestre, 19 giugno 2008 Stefano A.Berto, Mario Sanna.

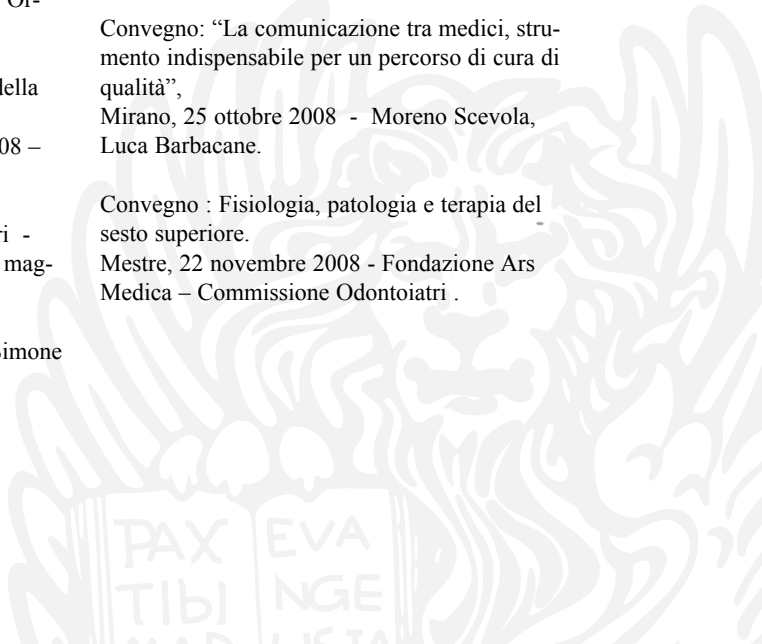
Corso di Formazione: “La Comunicazione Medico Paziente: comunicare una cattiva notizia”
Mestre, 13 settembre 2008 –
Fondazione Ars Medica – Giorgio Meneghelli
Commissione Formazione – Renzo Baccichetto.

Meetings GIPEF – COMEM Riunione delle Federazioni Nazionali degli Ordini Europei e Area Mediterranea.
Venezia, 2,3,4 ottobre 2008 – FNMOCeO e Maurizio Scassola, Salvatore Ramuscello, Caterina Boscolo, Davide Roncali, Moreno Breda, Stefano A. Berto, Giovanni Leoni.

Incontro : Stasera parliamo di ...Assicurazioni
Mestre, 9 ottobre 2008 – Stefano A. Berto.

Convegno: “La comunicazione tra medici, strumento indispensabile per un percorso di cura di qualità”,
Mirano, 25 ottobre 2008 - Moreno Scevola, Luca Barbacane.

Convegno : Fisiologia, patologia e terapia del sesto superiore.
Mestre, 22 novembre 2008 - Fondazione Ars Medica – Commissione Odontoiatri .



Legge 22/2002

La Cao di Venezia aveva ragione

In occasione dell'assemblea straordinaria degli iscritti all'Albo Odontoiatri del 30 Settembre u.s. sono state poste delle domande che mi hanno lasciato il dubbio se vi fosse chiarezza sulla situazione attuale per quel che riguarda la legge regionale 22/2002. Cercherò, pertanto, di proporre una sintesi estrema dello stato dell'arte.

Al momento attuale l'autorizzazione regionale all'esercizio dell'Odontoiatria è *obbligatoria*. Tuttavia a tale obbligo *non consegue alcuna sanzione*. Fin dall'insediamento dell'attuale Commissione Odontoiatri ho chiesto a tutte le autorità competenti, dai vari tavoli sull'applicazione della 22/2002, ai NAS ed ai funzionari comunali, cosa poteva succedere a chi esercitasse in assenza di autorizzazione regionale. Sono arrivato ad autodenunciarmi per ottenere risposte scritte da parte delle varie amministrazioni e sempre la risposta è stata univoca: agli odontoiatri sprovvisti di autorizzazione si applica l'art.193 del TULS.

Come ho più volte spiegato, tale articolo prevede la chiusura degli ambulatori sprovvisti di autorizzazione e, quindi, non si applica agli studi professionali. Ho a disposizione, per chiunque sia a ciò interessato, una nutrita corrispondenza con vari uffici comunali dislocati in tutta la provincia, dalla quale emerge una situazione a macchia di leopardo, con alcuni uffici che colgono immediatamente il nocciolo del problema ed altri che faticano.

Sulla corretta interpretazione dell'articolo in questione la magistratura ha detto in ogni caso la parola definitiva revocando lo scorso 27/03/2008 il sequestro disposto in base all'articolo citato nei confronti di un collega sprovvisto appunto di autorizzazione ex LR 22/2002 e rafforzando l'interpretazione da sempre sostenuta da questo Ordine.

La nostra posizione è stata confermata anche dal documento approvato a Taormina dall'assemblea nazionale dei presidenti CAO lo scorso 27 Settembre, che riportiamo di seguito. Dopo l'approvazione di questo documento, dove si legge esplicitamente che *“gli odontoiatri liberi profes-*



sionisti esercenti una professione intellettuale, come soggetti non accreditati e/o convenzionati con il SSN non rientrano nella normativa di cui alle norme sulla razionalizzazione del SSN di cui al D.Lgs 30 Dicembre 1992 n° 502 e successive modificazioni e integrazioni e pertanto non sono soggetti al regime autorizzatorio all'esercizio ivi previsto”, il lavoro si sposta a livello nazionale, dove si tratterà di trovare una soluzione alla proliferazione di legislazioni regionali in contrasto tra loro e con la corretta interpretazione della normativa nazionale di riferimento.

Per quanto riguarda il livello regionale, dobbiamo riconoscere che la Regione Veneto ha ammesso la necessità di un confronto con la professione con il DGR 1910 del 2008, con il quale si precisa che l'organismo tecnico consultivo di cui all'art.10 comma 2 LR 22/2002 è costituito, oltre che dal direttore dell'ARSS e da tre esperti da lui nominati, dal presidente della Federazione Regionale degli Ordini dei Medici e da ulteriori due rappresentanti quest'ultimo nominati. L'integrazione di detto organismo consultivo con i rappresentanti della professione è un passo fortemente voluto dall'Ordine di Venezia, che prese l'avvio con l'approvazione di una mozione

presentata dal dott. Moreno Breda e poi portata in FNOMCeo e quindi in Regione Veneto.

Spero di essere stato sufficientemente chiaro ma resto a disposizione di chiunque voglia porre questioni sull'argomento. L'intera vicenda, a mio parere, dimostra che a volte la convinzione delle proprie ragioni e la perseveranza nel portarle avanti porta frutti anche oltre le proprie aspettative.

Cosimo Tomaselli

ritenuto che pertanto allo stato appare non sufficiente consistenza il fumus che ha legittimato il sequestro.

Revoca il sequestro in oggetto e dispone la restituzione all'avente diritto.

Si comunichi agli operanti il sequestro.

Gianni Pipeschi
Sostituto Procuratore

Venezia 27/3/2008

PROCURA DELLA REPUBBLICA
Presso il tribunale ordinario di Venezia

Il PM. letta l'istanza della difesa di xy depositata in data 17/3/2008,

rilevato che l'art. 8 ter comma 4 del D. L.vo 229/1999 prevede che è subordinato ad autorizzazione l'esercizio, l'ampliamento o la trasformazione di strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale, rilevato che il secondo comma di detto articolo prevede l'autorizzazione anche per gli studi odontoiatrici ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino rischio per la sicurezza del paziente,

rilevato che tali presupposti per la necessità dell'atto autorizzativi devono essere individuati ai sensi del successivo comma 4,

rilevato che suddetto comma 4 fa riferimento ad atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997 n. 59, e quindi a normativa regolamentare adottata a livello nazionale (con deliberazione del Consiglio dei Ministri),

rilevato che ai sensi del comma 5 del suddetto art. 8 ter le regioni possono determinare solo modalità e termini per la richiesta dell'autorizzazione in parola,

ritenuto che pertanto non possa essere utilizzata la normativa regionale per integrare il precetto penale di cui all'art. 193 TULS, neppure per il mancato intervento della normativa regolamentare di dettaglio, potendo ciò peraltro determinare la vigenza di differenti precetti penali sul territorio dello Stato, e violando comunque le indicazioni chiaramente date dalla citata normativa,

Editoriale

Ufficio Centrale Odontoiatri FNOMCeO

Il Presidente
della Commissione per gli iscritti
all'Albo degli Odontoiatri

**OGGETTO: Regime Autorizzatorio
Apertura Studi Odontoiatrici –
L'Aquila 11 e 12 luglio 2008**

Cari Colleghi,

Vi trasmetto per opportuna conoscenza il documento elaborato dal Gruppo di lavoro Regime Autorizzatorio Apertura Studi Odontoiatrici riunitosi a L'Aquila nei giorni 11 e 12 luglio 2008.

Questo permetterà il necessario approfondimento dell'importante questione considerato che l'approvazione del documento è all'o.d.g. dell'Assemblea dei Presidenti CAO di Taormina.

Si prega anticipare valutazioni ed eventuali richieste di integrazioni e/o modifiche stesso mezzo.

Colgo l'occasione per salutarVi cordialmente

I Referenti Nazionali e Regionali sulla questione del Regime Autorizzatorio per l'apertura degli Studi Odontoiatrici riuniti a L'Aquila nei giorni 11 e 12 luglio 2008;

PRESO ATTO dell'ampia disamina svolta durante la riunione sulle varie impostazioni date dalle singole Regioni sul tema del Regime Autorizzatorio;

CONSIDERATO che gli odontoiatri liberi professionisti esercenti una professione intellettuale, come soggetti non accreditati e/o convenzionati con il SSN non rientrano nella normativa di cui alle norme sulla razionalizzazione del SSN di cui al D.Lgs 30 dicembre 1992 n° 502 e successive modificazioni e integrazioni e pertanto non sono soggetti al regime autorizzatorio all'esercizio ivi previsto;

IN SUBORDINE

CONSIDERATO che la normativa di cui l'art. 8 *ter* D.Lgs n° 502/92 e successive modifiche ed integrazioni ha comportato diversità interpretative a volte confliggenti tra loro. Rilevata altresì l'evidente incompetenza delle Regioni ad adottare disposizioni di carattere organizzativo e strutturale in materia di autorizzazioni sanitarie;

EVIDENZIATO che la FNOMCeO e gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri hanno il compito istituzionale di collaborare con le Autorità locali e centrali per quanto riguarda il tema del corretto esercizio professionale e che attraverso la tenuta dell'Albo garantiscono nei confronti dei cittadini il possesso dei requisiti necessari degli Iscritti per quanto riguarda lo svolgimento della loro attività professionale; al fine di garantire il corretto esercizio della professione a tutela dell'affidamento della salute della collettività in una dimensione nazionale e non locale;

RILEVATO che, con piena legittimità, alcuni Ordini, Associazioni e singoli professionisti hanno da tempo iniziato azioni giurisdizionali volte a chiedere l'annullamento di atti amministrativi conseguenti all'applicazione di leggi regionali che sono assolutamente in contrasto con i principi costituzionali;

INVITANO

la FNOMCeO ed in particolare la Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della Federazione a intervenire, nell'ambito delle proprie competenze Istituzionali, sulle Autorità competenti per chiarire un volta per tutte il corretto percorso giuridico alla eventuale verifica dell'esistenza dei requisiti necessari per l'esercizio professionale odontoiatrico, fermo restando che l'attuale sistema autorizzatorio ha portato a conseguenze negative sulla certezza del diritto sul territorio italiano, a tutto danno della tutela della salute dei cittadini e del libero svolgimento dell'esercizio professionale;

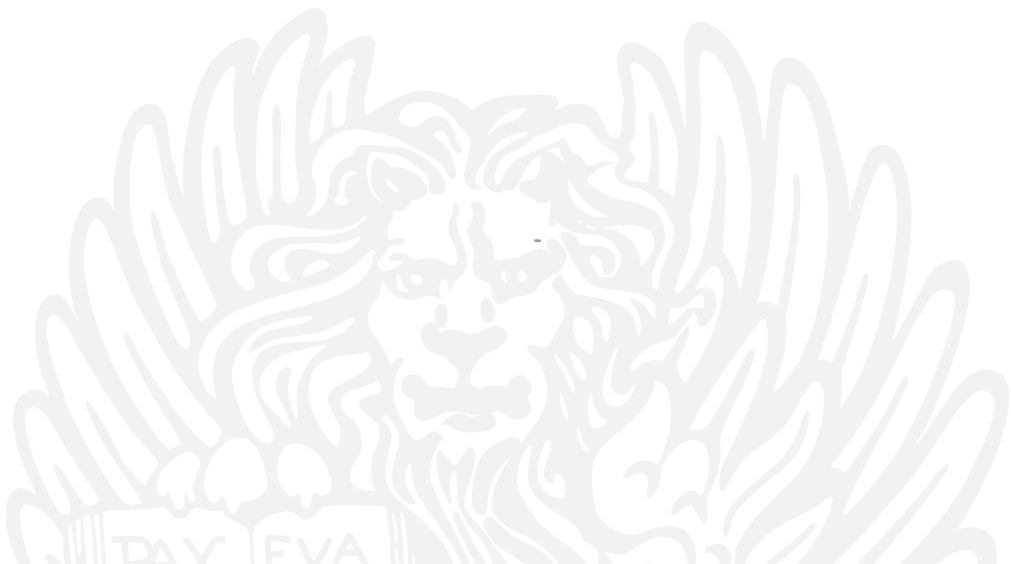
CHIEDONO

che la FNOMCeO ed in particolare la Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della Federazione si facciano, per quanto la materia in esame, parte diligente per individuare corretti ed omogenei principi con particolare riferimento all'odontoiatria attraverso i quali garantire, da un lato la tutela della salute dei cittadini che ricevono le cure negli studi odontoiatrici e dall'altro per evitare confuse e soprattutto inutili procedure burocratiche che di fatto creano un ostacolo alla libertà dell'esercizio professionale;

CHIEDONO ALTRESI'

che la FNOMCeO ed in particolare la Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della Federazione, attraverso anche le necessarie consulenze giuridiche, contribuiscano a portare definitiva chiarezza su tutte le questioni alla base delle problematiche di cui trattasi, a garanzia della certezza del diritto e della reale tutela della salute dei cittadini.

FNOMCeO





12 Assemblea Straordinaria Iscritti Albo Odontoiatri

Martedì 30 Settembre, presso la sala convegni dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Venezia, si è svolta un'assemblea straordinaria degli iscritti all'Albo Odontoiatri avente per tema l'accordo siglato a fine luglio tra Ministero della Salute e ANDI nazionale e le novità sull'autorizzazione regionale.

All'incontro hanno partecipato il dr. Moreno Breda (rappresentante doppi iscritti Ordine Ve), il dr. Christian Bacci (rappresentante odontoiatri

ospedalieri), il dr. Luca Dal Carlo (presidente ANDI Ve), il dr. Domenico Del Monaco (presidente regionale AIO), il dr. Giuliani Nicolini (Presidente COI3V), il dr. Roberto Oselladore (referente ANSOC), il dr. Massimo Ronchin (responsabile provinciale SIDO) ed il dr. Giovanni Rossi (responsabile regionale SUSO).

In una sala gremita di colleghi, la serata si è aperta con il saluto del presidente CAO di Venezia, dr. Cosimo Tomaselli, che da anni, con la sua commissione, lavora con lo scopo di riunire attorno ad un tavolo tutte le componenti del mondo odontoiatrico. Un incontro, quindi, inserito nell'ambito del progetto "Tavolo Dentale", ideato e fortemente perseguito dall'attuale CAO Ve che ha trovato l'approvazione e l'interesse anche della CAO nazionale.

Del resto, in momenti così difficili per la nostra professione, risulta quanto mai importante un confronto costruttivo fra tutti i componenti il mondo odontoiatrico perché solo da questo dialogo possono scaturire intese e proposte indispensabili per poter affrontare le grandi sfide che ci attendono.

E proprio con l'augurio che questo dialogo, pur nelle inevitabili difficoltà, possa continuare proficuo per tutti, il presidente dell'Ordine di Venezia, dr. Maurizio Scassola, ed il vicepresidente, dr.



Salvatore Ramuscello, graditi ospiti della serata, hanno voluto rivolgere un saluto a tutti i presenti.

Sull'intesa tra Ministero e ANDI nazionale si è acceso subito un intenso dibattito. Come si sa, tale accordo prevede l'erogazione di alcune prestazioni odontoiatriche a prezzo concordato per le categorie meno abbienti. Un progetto, questo, di cui non si comprende il reale valore sociale visto che, come è stato chiaramente dimostrato nel corso della serata, le

categorie svantaggiate possono già ora accedere alle medesime prestazioni, fornite dalle strutture pubbliche, a prezzi molto più bassi. L'accordo è quindi apparso a tutti come un pericoloso tentativo di ingabbiare la libera professione per, magari, favorire la nascita di neopotentati politico-economici che aspirano a trasformare l'odontoiatria in un business sociale. Sotto questo profilo, particolarmente preoccupante appare il progetto, ormai politicamente ben delineato, di inserire nel consueto rapporto professionista-paziente il cosiddetto "terzo pagante", fondo o assicurazione che sia. In queste condizioni saranno gli altri a decidere le nostre tariffe e a giovare economicamente del nostro lavoro senza minimamente preoccuparsi della qualità delle prestazioni. Un



grave pericolo per noi ma anche per i pazienti, cui non si potranno dedicare le dovute attenzioni e garantire un'adeguata qualità delle cure.

Molto interesse ha suscitato, tra i colleghi, anche il dibattito sulle novità riguardanti la legge sull'autorizzazione regionale di cui si dà conto in altra parte del Notiziario. Molto impegno è stato profuso, ma molto lavoro resta ancora da fare.

Ci auguriamo, quindi, che un numero sempre più ampio di colleghi possa collaborare al raggiungimento di questi obiettivi e che il patrimonio di esperienza maturato da questa CAO sia la base per una evoluzione futura.

Pietro Valenti

ERRATA CORRIGE

Nel precedente Notiziario si è portato all'attenzione dei colleghi il Progetto Rafiki – Pediatri per l'Africa.

Queste le coordinate bancarie corrette del conto corrente intestato a Rafiki-Pediatri per l'Africa :

CIN Z - ABI 06345 - CAB 02020 - CONTO 100000009517

IBAN IT91 Z063 4502 0201 0000 0009 517

Gipef e Comem a Venezia: un meeting Euro-Mediterraneo

Nella stupenda cornice dell'isola di San Servolo a Venezia, su iniziativa della FNOMCeO italiana e grazie allo straordinario impegno dell'Ordine Provinciale dei Medici chirurghi e odontoiatri di Venezia, nei giorni 2, 3 e 4 ottobre 2008 si è svolta un'importante sessione del GIPEF e della COMEM. L'acronimo GIPEF (Grecia Italia Portogallo Spagna Francia) connota un organismo sorto nel 1994 per volontà degli Ordini nazionali dei medici di questi 5 paesi fondatori con l'obiettivo di confrontare esperienze e realtà professionali, consolidatosi a tal punto da allargarsi nel 2004, ad altre 5 nazioni europee: Belgio, Lussemburgo, Slovenia, Albania e Cipro. La COMEM invece (Conférence des Ordres des Médecins Euro Méditerranéens) è un organismo che, conferendo un respiro mediterraneo, raggruppa le 10 nazioni del GIPEF stesso e delegazioni ordinistiche nazionali provenienti dalla sponda sud

del mediterraneo, dal Medio Oriente e dal Nord Africa (Algeria, Marocco, Tunisia, Egitto, Libia, Mauritania, Giordania, Palestina, Siria e Malta, Bahrain, Emirati arabi, Kuwait, Qatar, Sudan).

Giovedì 2 ottobre, all'apertura dei lavori del meeting internazionale il Presidente dell'OMCeO di Venezia Maurizio Scassola, nel porgere il benvenuto alle delegazioni presenti, ha affermato: "da sempre abbiamo creduto in un nostro ruolo attivo e partecipe nella costruzione di una rete euro-mediterranea di relazioni professionali, e ci candidiamo come interlocutori, proponendo questa nostra esperienza come laboratorio di confronto su temi etico-filosofici applicati a progetti di assistenza e cura della Persona".

Si è quindi entrati nel vivo dei lavori del GIPEF con l'intervento del Presidente FNOMCeO, Amedeo Bianco, che nella sua relazione ha introdotto il tema di grande attualità dell'organizzazione dell'orario



Il tavolo del Gipef

di lavoro. Le delegazioni dei 10 paesi del GIPEF hanno ampiamente e proficuamente discussa ed infine emendata una bozza di Dichiarazione sulla Direttiva dell'orario di lavoro, condividendo un testo finale che afferma: "In riferimento alla proposta di Direttiva del Parlamento Europeo recante modifiche della Direttiva 2003/88/CE concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro, le delegazioni hanno convenuto che rimangono tuttora validi e attuali i principi posti in premessa alla Direttiva 93/104/CE e alla successiva Direttiva 2003/88/CE finalizzati a coniugare il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro con le esigenze di sviluppo della produttività dei servizi e delle imprese. In particolare le delegazioni sottolineano come tutte le modifiche prospettate e presentate come modello di "Flexicurity" (*modello del mercato del lavoro danese e olandese, nel quale ad una notevole flessibilità in materia di assunzioni e licenziamenti si accompagna una altrettanto estesa sicurezza per coloro che si trovano ad essere disoccupati, grazie alla presenza di ammortizzatori sociali e ad un efficace sistema di formazione che facilita le transizioni da un impiego all'altro ndr*) in ambito sanitario, non solo riducono le tutele della salute dei medici ma anche la sicurezza (e la salute) dei pazienti. Le attività del medico infatti si caratterizzano come servizi alla persona su un bene tutelato da principi comunitari e nazionali indisponibili (la salute) ed il medico minacciato sui suoi equilibri psicofisici è una potenziale minaccia per la salute dei suoi pazienti".

Entrando nello specifico delle proposte di modifica dell'orario di lavoro del medico secondo l'EWT 2003/88/CE, le delegazioni mediche del GIPEF hanno assunto le seguenti posizioni. "a) **va respinta** la proposta di modifica che aggiunge alle due definizioni di orario di lavoro (*art 2 comma 1*) e periodi di riposo (*art 2 comma 2*) due nuove definizioni e precisamente "on call work" (*comma 1 bis*) e "inactive part of on call work" (*comma 1 ter*). Questa scomposizione del tempo di lavoro tra quello attivo ed inattivo è irrazionale ed impraticabile sul piano organizzativo e gestionale, nonché terreno fertile di contenziosi in materia di responsabilità professionale, infine minaccioso per la sicurezza dei pazienti potendosi asserire che in realtà in un turno di 14 ore, anche notturne, solo 8 sono conteggiate come attive ai fini della durata massima settimanale del lavoro. b) **non è accettabile** la proposta (*art 16 bis*) di consentire agli stati nazionali per via regio-



lamentare pattizia o legislativa l'estensione fino a 12 mesi del periodo di riferimento per il calcolo della durata massima settimanale del lavoro. c) **non è condivisibile** la proposta di modifiche agli articoli 17 (*paragrafi 2 e 5*) e 18 (*comma 3*) della EWT 2003/88/CE che riconducono ad "un limite ragionevole" comunque non oltre le 72 ore, il riposo compensativo ed entro 14 giorni quello settimanale. Come documentato da una vasta letteratura scientifica in materia, il riposo giornaliero, per assolvere alle sue finalità di tutela della salute del lavoratore e, nel caso dei medici, la sicurezza dei pazienti, deve immediatamente seguire il tempo di lavoro. d) **È da respingere**, in particolare per i medici, il principio dell' "opt-out" individuale, ovvero la scelta di portare oltre le 48 ore la durata massima settimanale del lavoro, che verrebbe quindi innalzata a 60 ore o 65 ore". Il documento preparato dal GIPEF si conclude con l'appello che "tutti i medici, compresi quelli in formazione, vengano esclusi dalle modifiche della EWT 2003/88/CE, con l'impegno in tutte le organizzazioni mediche europee per una azione forte di pressione sul Parlamento Europeo e Consiglio, chiamato nei prossimi mesi a votare la nuova Direttiva e infine con la proposta di una giornata di mobilitazione unitaria dei medici europei a sostegno di una organizzazione dell'orario di lavoro del medico che affianchi al rispetto delle esigenze delle strutture non solo i diritti alla tutela delle condizioni di vita e di lavoro dei professionisti ma anche la sicurezza dei pazienti".

Il dottor Nicolino D'Autila, Presidente della Federazione Regionale ordine medici dell'Emilia-

Romagna ha poi presentato all'assemblea la "proposta di Direttiva concernente i diritti dei pazienti relativi all'assistenza transfrontaliera". Questa bozza di Direttiva è stata ampiamente discussa dalle 10 delegazioni del GIPEF; è stato espresso vivo apprezzamento per la scelta della Commissione che ha inserito nella legislazione Europea una specifica area dedicata a questo aspetto della assistenza sanitaria, che garantisce al cittadino europeo un libero e appropriato accesso ai servizi sanitari transfrontalieri, a ricevere i trattamenti garantiti dai servizi sanitari nazionali in un altro paese dell'Europa Unita con la certezza del rimborso della spesa sostenuta allo stesso livello di quello previsto nel proprio sistema sanitario. La Direttiva precisa infine che i pazienti transfrontalieri hanno diritto ad un trattamento senza discriminazioni e allo stesso livello di quello ricevuto dai cittadini residenti. Nel pomeriggio di venerdì 3 ottobre ha avuto inizio l'assemblea della COMEM; il Presidente dott. Mohamed Bekkat-Berkani, algerino, ha dato inizio ai lavori di questo organismo di cooperazione e scambio culturale medico che raggruppa i 10 paesi del GIPEF e 15 delegazioni di nazioni che si

tra i componenti delle delegazioni di lingua araba, a causa delle diverse culture e del diverso modo di intendere la ricerca clinica.

La giornata di sabato 4 ottobre, Chairman il dott. Bekkat-Berkani e il vicePresidente OMCEO di Venezia, Salvatore Ramuscello, è stata interamente dedicata all'argomento "Formazione del medico nei paesi della COMEM, modelli a confronto". La mobilità non solo dei pazienti, ma anche dei medici, impone infatti ad ogni nazione delle profonde riflessioni su questo inedito fenomeno della mobilità dei professionisti medici. Nel suo intervento il dott. Ramuscello, citando la Direttiva del Parlamento europeo 2005/36/CE (relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, che fissa le condizioni per poter esercitare determinate professioni in Paesi europei diversi da quelli in cui la persona ha la cittadinanza e ha svolto i propri studi o la propria esperienza professionale) ha illustrato alle delegazioni euro-mediterranee ed arabe i capisaldi che la compongono; in Europa la professione medica è una professione intellettuale (non commerciale), il medico ha una responsabilità individuale e svolge una attività indipendente. Il medico che si laurea



affacciano sulla sponda sud del mediterraneo, del nord africa e dei paesi arabi. La partecipazione alle sessioni di lavoro è stata molto intensa, la COMEM ha affrontato dapprima la proposta della creazione di una piattaforma di informazione, comunicazione formazione tra i paesi della COMEM, indi con l'intervento del dott. Sergio Dompè, Presidente di Farmindustria, si è discusso sulle "opportunità di ricerca biomedica internazionale nei paesi del Mediterraneo, il progetto di una rete" che ha suscitato grande interesse ed alcuni timori, soprattutto

in un paese europeo, ha il diritto di lavorare in Europa e gli Stati non possono non riconoscere il titolo di laurea posseduto; vige infatti un principio di automatico riconoscimento. Se invece il medico che vuole esercitare la professione proviene da un paese extra-UE, gli viene richiesto questo minimo profilo: che l'ammissione all'Università sia avvenuta attraverso il possesso di un diploma, che il corso di studi medici abbia avuto una durata di almeno 6 anni o 5.500 ore teorico/pratiche sotto supervisione universitaria e che dimostri una adeguata conoscenza

za della pratica clinica conseguita anche attraverso una frequenza in ospedale. La Direttiva 2005/36/CE prevede inoltre per i medici specialisti e per gli odontoiatri un idoneo percorso.

L'intervento del Chairman dott Mohamed Bekkat-Berkani, Presidente del Consiglio nazionale degli ordini dei medici di Algeria, ha fatto conoscere all'assemblea la realtà universitaria dei paesi della sponda sud del mediterraneo. Il Marocco, la Tunisia e l'Algeria riproducono il modello di studi francese; l'Algeria ha 10 facoltà di medicina e circa 10mila studenti, sparsi in 4 università; si accede al corso di studi in base alla media ottenuta col diploma di stato, il corso di medicina dura 7 anni, il diploma di specialità dai 3 ai 5 anni. Stessa realtà in Tunisia. Nel Medio Oriente arabo prevale invece il modello anglosassone, con semestri e crediti di ore. Il corso di studi in medicina prevede 2 anni di basi scientifiche poi tre anni di clinica e infine un anno di internato in ospedale. Negli Emirati Arabi prevale lo stampo americano con Università pubbliche e private (il corso di laurea in medicina è aperto anche alle donne nei soli campus di Abu Dhabi e Dubai) con il consueto schema "2+3+1". In Libano invece le Università hanno indirizzo di formazione francese, inglese, americana ed europea.

Nei paesi arabi emerge ora l'esigenza di formare medici specialisti in "nuove" specialità – prima sconosciute – quali la geriatria e l'oncologia o in malattie infettive come l'Aids o in imaging. Nel 1962, anno dell'indipendenza dell'Algeria – ha ricordato il dott Bekkat-Berkani – l'aspettativa di vita media in Algeria era di 40-45 anni, ora si è arrivati a 70-75 anni; per questo ora servono medici specialisti in geriatria o in oncologia. L'introduzione di nuove tecnologie di "imaging" o le nuove possibilità diagnostiche fanno sorgere l'esigenza di disporre

di professionisti preparati nelle cure ai prematuri, nella diagnosi prenatale, anche se nei paesi arabi si frena su questo poiché non è possibile fare una IVG terapeutica, causa vincoli della società non sormontabili.

Altri due punti importanti sono stati toccati dal collega algerino, il grande giovamento che potrebbero trarre i paesi del sud mediterraneo dall'insegnamento della medicina con lo scambio di insegnanti provenienti dall'Europa, anche attraverso videoconferenze e/o internet. Il secondo tema, delicato e "sofferto" è invece quello della fuga dei cervelli, ovvero la fuga dei medici formati nelle università dei paesi del sud del mondo (con notevole dispendio di risorse per la formazione) che scappano verso l'estero, verso i paesi ricchi, per restarvi a lavorare. La collaborazione Nord/Sud potrebbe frenare questa fuga e proprio la COMEM potrebbe



suggerire agli Stati alcune soluzioni. Tra l'altro, sostiene Bekkat-Berkani, proprio la migrazione dei cervelli impone l'armonizzazione dei corsi di studi medici. Il collega francese Montané ha posto l'attenzione sulla necessità di conoscere in tempo reale conoscenze e competenze di questi medici "migratori". A questo proposito il dott Ramuscello ha ribadito la necessità che venga adottata al più presto una CARD medica, ovvero una sorta di scheda curricolare contenente i dati salienti di ogni professionista medico; ritiene inoltre che debbano essere proprio le organizzazioni come la COMEM (ovvero gli Ordini dei medici) a far pressione sulla politica perché adotti in tempi brevi questa Card, che permetterebbe una rapida circolazione dei medici all'interno della Unione Europea.

Il collega proveniente dalla Giordania, prof. Madidi

Attività
dell'Ordine



Il presidente Comem Mohamed Bekkat-Berkani

ha esordito dicendo che nel suo Paese non esiste il problema della responsabilità individuale del medico; poiché esercita una professione umanitaria, non si può chiedere conto al medico di eventuali errori. Si è aperto allora un breve dibattito su chi debba giudicare le responsabilità dei medici, gli ordini professionali o la giustizia? Nel suo intervento il prof. Allowi (Marocco) ha ricordato come l'Europa abbia impiegato 30 anni per arrivare alla Direttiva europea 36/2005 ma nello stesso tempo ha sostenuto che l'elaborazione legislativa europea potrebbe aiutare i paesi del Sud a crescere più in fretta, capitalizzando cioè l'esperienza europea in questo campo, quanto di buono ha elaborato il pensiero europeo. A tal fine Allowi ha chiesto un workshop "ad hoc". Il dott. Amato dell'Osservatorio del COMEM con sede a Palermo ha detto: siamo istituzioni che si confrontano con i Governi e con i ministeri della Salute, mentre ignoriamo le relazioni con le Università. È giunto il tempo di pensare ad una programmazione del numero dei medici non solo nazionale ma internazionale.

Nel suo intervento Maurizio Scassola ha sottolineato la necessità di tarare gli obiettivi formativi sulla medicina che cambia e ha riconosciuto nella COMEM uno strumento di aggiornamento continuo per la professione.

Nel suo intervento la delegazione Giordana ha affermato come dal 1998 esiste un Consiglio medico Nazionale in Giordania. Qui c'è il problema dei medici giordani che si laureano in 102 università diverse, fin nell'Honduras; il Consiglio nazionale non "esamina" i medici laureati in Giordania ma ha la necessità di validare quelli provenienti da fuori nazione. Le sfide del futuro immediato in Giordania sono: l'innalzamento dell'età media dei medici e la scarsità di giovani medici specialisti e soprattutto l'emigrazione dei medici. Circa il 60% dei medici giordani, una volta laureati nel loro paese, emigra negli USA, (a questo proposito il collega giordano ha usato il termine: furto dei cervelli); si pone pertanto in maniera forte il problema di come far rimanere in loco i medici.

Il dott. Salvatore Ramuscello parlando dell'ECM ha sostenuto che nei 27 paesi della UE esistono 27 ECM diversi, volontari e/o obbligatori, indicando in un ECM europeo il prossimo obiettivo da conseguire, con crediti validi in tutto l'ambito europeo e crediti non solo basati sullo studio ma anche sulla pratica. Gli Emirati Arabi si trovano invece di fronte alla sfida futura della privatizza-



zione della assistenza sanitaria. Il collega francese Montanè ha detto chiaramente che nel suo Paese c'è un animato dibattito contro l'applicazione della Direttiva europea, c'è un forte ostacolo in Francia alla libera circolazione dei medici. Ogni Stato vuole avere voce in capitolo sulla circolazione dei medici e oppone resistenze. È necessario allora trovare un minimo denominatore comune, che potrebbe essere rappresentato dalla formazione/accreditamento. Il dott. Montanè riguardo alla fuga dei medici ha usato il termine "pii auspici" per farli restare nei paesi d'origine, poiché i flussi migratori non riguardano solo la direttrice Sud/Nord ma anche l'interno della UE, citando il caso dei 5000 medici che dalla Polonia sono emigrati in Gran Bretagna e degli 800 medici rumeni arrivati in Francia dopo il recente allargamento a 27 paesi della UE. È necessario allora lavorare sulle convenzioni bilaterali tra Stati e Stati (soprattutto dell'Africa) e, sempre secondo Montanè, stipulare una sorta di convenzione sul tipo di formazione e durata della stessa suggerendo ad esempio una sorta di "contratto": vieni in Italia o in Francia o in Europa per 4 anni, ti specializzi in xyz poi ritorni a lavorare nel tuo paese di origine.

Il collega del Sudan ha ribattuto che è più giusto organizzare piuttosto che porre un divieto alla migrazione dei medici. Ha poi sostenuto che internet facilita la comunicazione all'interno della COMEM.

A conclusione della tre giorni del meeting di San Servolo è stato presentato all'attenzione e all'approvazione dell'assemblea della COMEM il cosiddetto "Documento di Venezia" sulla formazione del medico. In estrema sintesi il documento premette che la buona formazione del medico rappresenta l'elemento fondante e l'aspetto prioritario per l'esercizio della professione medica, nonché il profilo di garanzia ai pazienti e lo strumento di controllo da parte degli Ordini dei Medici circa le



capacità e le competenze dei loro iscritti. Afferma che la formazione rappresenta un interesse comune per i medici di tutti i paesi aderenti alla COMEM, sostiene che è opportuno un coordinamento e una omogeneizzazione delle iniziative formative e professionali. In questa ottica il Documento propone di affidare all'OMCeO di Venezia il compito di promuovere e gestire una Scuola di Formazione in ricerca clinica applicata dei Paesi della COMEM; infine di attivare un portale da intendersi come moderna piattaforma di informazioni, comunicazioni e progetti formativi fra tutti i paesi della COMEM. Nell'esporre il Documento ai presenti il Presidente FNOMCeO Amedeo Bianco ha sottolineato come il filo conduttore della dichiarazione, il terreno comune è la formazione e come i sistemi formativi possano reciprocamente capirsi e integrarsi. Formare è compito dell'Università, ha ribadito Bianco, ma l'aggiornamento, l'educazione continua del medico è compito degli Ordini professionali. Nel campo della ricerca clinica applicata la COMEM potrebbe rivestire un ruolo importante, poiché la ricerca ha bisogno di espandersi in gruppi sempre più vasti. Ecco allora l'idea di costruire un luogo, qui a Venezia, in San Servolo, una scuola dove cominciare a costruire un modello di ricerca per l'area mediterranea, una grande vetrina di lavoro professionale assieme, anche sulla formazione dei ricercatori clinici, perfezionando i profili della sperimentazione.

L'intervento di Amedeo Bianco ha suscitato un vivacissimo dibattito che ha toccato numerosi aspetti (i finanziamenti di questa scuola garantiscono continuità? Portano condizionamenti? La ricerca

è limitata ad alcuni paesi o è allargata a tutti i membri della COMEM? C'è necessità di appoggiarsi a qualche Università, trattandosi di una scuola? Quali saranno queste ricerche?). A tutte questi quesiti Bianco ha risposto con puntualità ed efficacia, tanto che l'assemblea della COMEM si è conclusa con la decisione di accogliere l'Intenzione di Venezia e di discutere nella prossima riunione le osservazioni che verranno nel frattempo avanzate dai paesi membri, al fine della successiva approvazione. Il Chairman Bekkat-Berkani, chiudendo il meeting internazionale, ha avuto parole di elogio e di ringraziamento per la grande accoglienza ricevuta dalle delegazioni e per la impeccabile organizzazione del meeting.

Alla tre giorni di San Servolo hanno partecipato, oltre al il Presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e Odontoiatri di Venezia Maurizio Scassola e al Vice presidente Salvatore Ramuscello, i Consiglieri Allibardi, Breda, Roncali, Sinigaglia, Leoni, Picciano, Gallo, Mediati, Fameli, Nicolin, Berto, Morando e Tomaselli. Gran parte del merito per la riuscita quasi perfetta del meeting va all'impegno profuso senza risparmio dalle dottoresse Caterina Boscolo e Carla Carli.

Il prossimo appuntamento del GIPEF e della COMEM si terrà in Libano, a Beirut.

Franco Fabbro

Attività
dell'Ordine

What's new in Murano?
A new life for glass!
Modern? Sophisticated?
Simply breathtaking!

Vetreteria Artistica di R. e M. **Schiavon** s.n.c.
MURANO - VENEZIA



SHOWROOM E FORNACE

Fondamenta Vetrai, 7
30141 Murano - Venezia
ph. +39.041.739396
fax +39.041.739092
www.vetrierlaschiavon.it

SHOWROOM

Calle Bressaglio, 27
30141 Murano - Venezia
ph. +39.041.736378
fax +39.041.739092

SHOWROOM

F.ta Vetrai, 39, 40, 41
30141 Murano - Venezia
ph. +39.041.5274507
fax +39.041.739092
vet.art.schiavon@iol.it

VETRERIA ARTISTICA DI R. E M. SCHIAVON
SPONSOR UFFICIALE PER L'OMCEO VENEZIA
DELL'EVENTO GIPEF-COMEM VENEZIA 2008

Antiriciclaggio: modifiche su *Assegni e Libretti al Portatore*

A cura dello studio associato Cagnin Cavallin Martignon Rovoletto (Pianiga – Venezia, www.ccmassociati.it)

Il DL 112/2008 ha modificato la disciplina prevista dal DLgs. 231/2007, entrata in vigore il 30 aprile 2008, in materia di:

- limitazioni all'utilizzo del denaro contante e dei titoli al portatore;
- assegni bancari e postali;
- assegni circolari, vaglia postali e cambiari;
- libretti di deposito bancari o postali al portatore.

Si riassume brevemente la disciplina modificata ed attualmente vigente.

Gli assegni, bancari, circolari, postali, emessi per importi di 12.500 euro o superiori, dovranno essere del tipo NON TRASFERIBILE.

Gli assegni dovranno portare l'indicazione del nome o della Ragione sociale del Beneficiario e la clausola di non trasferibilità.

Si potranno chiedere assegni "liberi" (vale a dire TRASFERIBILI), da emettere per importi inferiori a 12.500 euro, pagando un imposta di bollo di euro 1,50.

È stato abrogato l'obbligo di indicare, a pena di nullità, nella girata degli assegni trasferibili, di importo inferiore al suddetto limite, il codice fiscale del girante.

Libretti al portatore

È vietato il trasferimento senza il tramite di intermediari finanziari (banche e poste italiane etc) di libretti al portatore o di libretti di deposito bancari o postali e di denaro in contante, per somme superiori a euro 12.500.

Sanzioni.

Le banche e gli altri intermediari finanziari dovranno comunicare al ministero le eventuali infrazioni riscontrate nella procedura di circolazione di assegni e libretti, e le infrazioni saranno punite con sanzioni pecuniarie di importo fino al 40% del valore del titolo.

Medici ed Irap

In merito all'infinito problema "professionisti e Irap" si ritiene interessante riportare l'ennesima sentenza della Corte di Cassazione n.23068 del 09 settembre 2008 con la quale i giudici affermano che il medico convenzionato, che svolge un'attività non autonomamente organizzata, non è tenuto a versare l'IRAP. La Corte di Cassazione ha dato ragione al ricorrente che dopo aver pagato l'Irap ne aveva chiesto il rimborso ritenendo di non essere assoggettabile

al tributo.

Corte di Cassazione

Sentenza del 9 settembre 2008, n. 23068

TRIBUTI LOCALI - IRAP - MEDICI
CONVENZIONATI CON IL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
SEZIONE TRIBUTARIA

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:
Dott. LUPI Fernando - Presidente
Dott. MERONE Antonio - Consigliere
Dott. MARIGLIANO Eugenia - Consigliere
Dott. DI BLASI Antonino - Consigliere
Dott. GRECO Antonio - rel. Consigliere

ha pronunciato la seguente:
SENTENZA

sul ricorso proposto da:
AGENZIA DELLE ENTRATE, in persona del
Direttore pro tempore, rappresentata e difeso
dall'Avvocatura Generale dello Stato, e presso di
essadomiciliata in Roma, in Via dei Portoghesi n. 12;
- ricorrente -

contro
DE. NA. CE. , rappresentato e difeso dall'avv.
VIRGILIO Claudio e dall'avv. Francesco Du
Bessè, ed elettivamente domiciliato presso
quest'ultimo in Roma, Via Ostiana n. 12;
- controricorrente -

avverso la sentenza della Commissione tributaria
regionale della Toscana n. 32/33/05, depositata il
25 luglio 2005.

Udita la relazione della causa svolta nella Camera
di consiglio del 17 aprile 2008 dal Relatore Cons.
Dott. Antonio Greco;
Lette le conclusioni scritte del P.M., in persona
del Sostituto Procuratore Generale Dott. PRATIS
Pierfelice, che ha chiesto il rigetto del ricorso.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

La Commissione tributaria regionale della Toscana,
con la sentenza indicata in epigrafe, rigettando
l'appello dell'Agenzia delle Entrate Ufficio di
(OMESSO), ha riconosciuto a De. Na.Ce. , medi-
co convenzionato con il Ssn, il diritto al rimborso
dell'IRAP versata per gli anni dal 1998 al 2000.
L'Agenzia delle entrate propone ricorso per
cassazione nei confronti della decisione.
Resiste con controricorso il contribuente. Il ricor-
so, ai sensi dell'articolo 375 cod. proc. civ.,
è stato fissato per la trattazione in Camera di
consiglio.

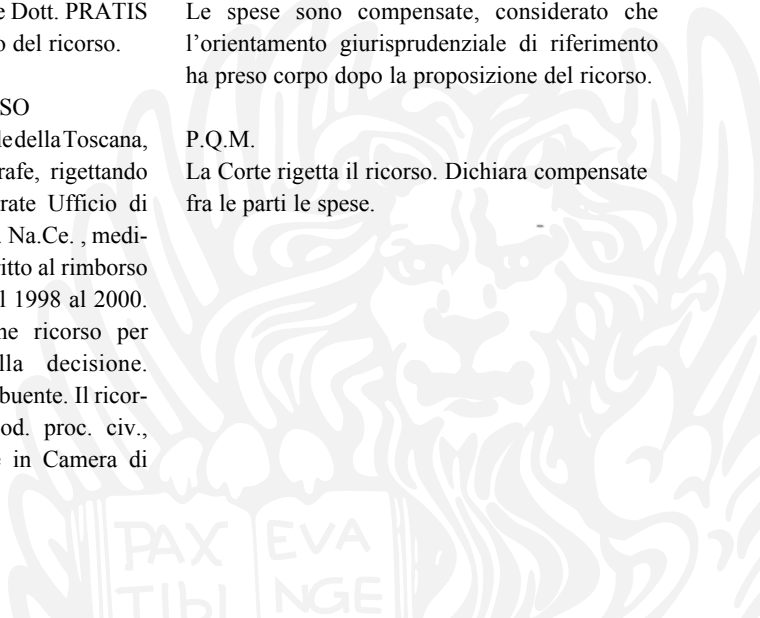
MOTIVI DELLA DECISIONE

Con l'unico motivo l'amministrazione denuncia
la violazione della normativa istitutiva dell'IRAP
sotto il profilo del presupposto impositivo costitu-
ito dalla sussistenza di autonoma organizzazione.
Il ricorso è manifestamente infondato, poiché
la ratio decidendi della sentenza impugnata è
conforme al consolidato principio affermato da
questa Corte secondo cui, a norma del combinato
disposto del Decreto Legislativo 15 dicembre
1997, n. 446, articolo 2, comma 1, primo periodo,
e articolo 3, comma 1, lettera c), l'esercizio delle
attività di lavoro autonomo di cui al Decreto del
Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986,
n. 917, articolo 49, comma 1, è escluso dall'ap-
plicazione dell'imposta soltanto qualora si tratti
di attività non autonomamente organizzata: il
requisito della "autonoma organizzazione", il
cui accertamento spetta al giudice di merito ed
è insindacabile in sede di legittimità se congrua-
mente motivato, ricorre quando il contribuente:
a) sia, sotto qualsiasi forma, il responsabile
dell'organizzazione, e non sia quindi inserito in
strutture organizzative riferibili ad altrui respon-
sabilità ed interesse; b) impieghi beni strumentali
eccedenti, secondo l'id quod plerumque accidit,
il minimo indispensabile per l'esercizio dell'at-
tività in assenza di organizzazione, oppure si
avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui
(ex plurimis, Cass. n. 3676, n. 3673, n. 3678, n.
3680 del 2007).

La decisione gravata, d'altra parte, contiene un
accertamento di fatto, che non è oggetto di censura,
in ordine all'insussistenza, nella specie, di autono-
ma organizzazione. Il ricorso va pertanto rigettato.
Le spese sono compensate, considerato che
l'orientamento giurisprudenziale di riferimento
ha preso corpo dopo la proposizione del ricorso.

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso. Dichiarata compensate
fra le parti le spese.



Sicurezza delle cure e documentazione

Venezia, 30.09.08

Nel passato avevamo introdotto alcuni concetti che attengono alla cosiddetta “Clinical Governance” ed agli obiettivi di questo nuovo sistema fra i quali come ricorderete collochiamo anche la gestione e la prevenzione del rischio clinico nel contesto di un nuovo paradigma che si preoccupa sempre di più della “sicurezza” delle cure, del paziente ma anche degli operatori sanitari tutti.

In quest’ambito anche la cartella clinica che rappresenta la testimonianza condensata di una pluralità di eventi e di attività che si succedono sul paziente durante il suo ricovero in ospedale costituisce un bene di straordinaria importanza sia sul piano clinico che scientifico ma anche didattico ed è abituale nozione medico-legale che attenendo a tutte quelle che sono le attività che sono state svolte essa riveste un ruolo cardine nel contesto della auspicabile tutela dell’operato professionale.

Se correttamente gestita essa contribuisce ad integrare con armonia l’agito dei diversi e molteplici attori che si trovano coinvolti nel processo assistenziale e riesce ad accrescere la sicurezza del paziente consentendo di assumere decisioni che siano effettivamente basate su aggiornati e puntuali riscontri documentali.

La cartella, oltre ai tradizionali valori di atto pubblico di rilevanza giuridica dotato di fede privilegiata riveste d’altronde anche il ruolo di documento di rilievo economico-amministrativo della Pubblica Amministrazione cui possono ricondursi eventuali ipotesi di illecito amministrativo e penale che a tale connotazione si possono ricondurre (ad esempio in caso di danno economico per erronea od incompleta trascrizione di diagnosi e/o interventi e conseguente rimessa di un importo relativo ad un DRG di minor valore).

Non esistono ancora evidenze scientifiche conclusive che riescano a quantificare l’impatto sugli outcome di una documentazione sanitaria

di scarsa qualità ma vi sono però studi che dimostrano l’associazione fra inappropriata gestione della documentazione sanitaria ed incremento del rischio di re-ospedalizzazione o di errori nel trattamento mentre nel mondo anglosassone è stato documentato che le possibilità di assoluzione dei medici imputati di colpa professionale sono direttamente legate ad una accurata compilazione della cartella e ad una piena comprensibilità di tutte le annotazioni che vi sono contenute.

Da tutto ciò ricaviamo il concetto generale della necessità di standard minimi di qualità formale e sostanziale della cartella clinica, nell’ottica anche del valore probatorio di quest’ultima ed in rapporto al sempre più ampio contenzioso per responsabilità professionale che spesso trae lo spunto proprio da dati contenuti in cartella che sono mal trascritti o non trascritti affatto.

Non va peraltro dimenticato quanto già avevamo riferito sulle cause “remote” degli errori le quali troppo spesso dipendono da carenze organizzative, da impropri carichi di lavoro, da cattivo uso delle risorse e da deficit di supervisione, di comunicazione od anche di gestione proprio della documentazione sanitaria ed il discorso non necessariamente vale solo per l’Ospedale ma sempre di più vale anche nel contesto della medicina del territorio, in continua espansione, nella quale e forse per impropria abitudine appresa nel corso della vita professionale vi è l’ingruga abitudine a non preoccuparsi a sufficienza della traccia che viene lasciata di tutto quanto viene fatto.

Qualche ulteriore approfondimento meriterà in un prossimo futuro anche l’esame dei documenti che sin dall’inizio, sempre più spesso, vengono formati su supporti diversi dal cartaceo, innanzitutto quelli informatici.

Questi ultimi secondo alcuni autori consentirebbero di ridurre il numero degli errori in medicina soprattutto in ambito di prescrizioni terapeutiche e di monitoraggio di parametri clinici.

A questo proposito sorgono però problemi di effettiva integrazione fra i diversi sistemi infor-

Leggi e
Circolari

matici, di individuazione dei soggetti che li vengono a comporre nel corso del tempo, che li consultano e quant'altro, ancora la reale tracciabilità di tutte le operazioni che vengono compiute con riconoscibilità dei diversi interventi effettuati, la conservazione poi nel tempo ed il mantenimento dell'integrità di questi particolari documenti, ancora la loro autenticità.

D'altro canto questi ultimi documenti sanitari informatizzati dovrebbero auspicabilmente mettere fine ai problemi così diffusi di effettiva comprensione della grafia, della tempestività nella somministrazione delle terapie, ancora delle difficoltà per riuscire a comprendere ex post chi ha fatto che cosa, oltre a consentire il più facile

utilizzo di tutte le innumerevoli e preziose informazioni che sono contenute nella documentazione sanitaria.

Ci ammoniva infatti Charles Vincent che: "se si accetta il punto di vista ragionevole che l'obiettivo sia di impedire qualsiasi danno di natura sanitaria ai pazienti, allora tutte le terapie e tecniche che riducono il rischio di complicazioni d'ogni genere sono da considerarsi indispensabili strumenti di prevenzione".

Daide Roncali
medico legale
Tesoriere OMCEO
della Provincia di Venezia

News dall'ACP "Lucrezia Corner"



L'attività dell'ACPLC (Associazione Culturale Pediatri Lucrezia Corner) ha visto, nel corso del 2008, la nascita e lo sviluppo di tematiche "nuove". Un primo passo di riflessione è stato fatto sull'uso off-label (e wrong-label) dei farmaci in Pediatria.

La prescrizione off-label nella Pediatria di famiglia è molto frequente e non trascurabili sono gli eventi avversi che possono conseguire all'uso di tali farmaci. Ci è sembrato importante conoscere meglio

la normativa che regola il loro uso legittimo, i requisiti da rispettare, le regole da osservare per evitare profili di colpa professionale e gli aspetti assicurativi relativi alla copertura di eventuali eventi avversi associabili alla prescrizione di farmaci off-label.

Abbiamo pensato ad un corso di formazione (*Gli off-label in Pediatria: tra il dire e il fare...*) che, partendo dalle problematiche più comuni e concrete dell'attività professionale, ci conducesse in un percorso finalizzato ad analizzare le problematiche relative alla prescrizione di farmaci off-label nella propria pratica quotidiana e verificare il rispetto di un loro uso corretto e legittimo per poi condividere gli elementi per un'informazione esauriente agli assistiti (bambino e genitori) senza trascurare la valutazione dell'adeguatezza ed i limiti della copertura assicurativa in relazione al rischio specifico della prescrizione di farmaci off-label.

L'argomento ha riportato notevole interesse dei colleghi che sono venuti numerosi presso la sede dell'Ordine dei Medici di Venezia il 17 maggio 2008, presente anche l'amico presidente Maurizio Scassola.

Coordinati da Marica Barbazza, si sono alternati al tavolo dei relatori il dott. Claudio Bianchin,

medico legale presso l'Aulss di Belluno, la dott.ssa Maria Elvira Ferrari, responsabile servizio farmaceutico Aulss10, il dott. Alvise Spolaor, segretario scientifico comitato sperimentazione farmaci della provincia di Venezia e il dott. Francesco Zavagno, pediatra di famiglia dell'Aulss13.

Si sono evidenziate, in tale occasione, e discusse insieme, le problematiche più ricorrenti nella pratica clinica quotidiana. È emerso che spesso i bambini vengono trattati con farmaci studiati e sperimentati solo nell'adulto, anche perché l'uso pediatrico del farmaco rappresenta un settore notevolmente inferiore del mercato. Oltre ad aver confrontato dati dei progetti Teddy e ARNO con quelli grezzi di Aulss della provincia, sono emerse anche le problematiche dell'uso degli antidepressivi in età pediatrica.

Per quanto riguarda l'appropriatezza della prescrizione, è il caso di sottolineare che "un conto è il dire, un conto è il fare...": di fatto (purtroppo) i cortisonici hanno tutt'ora un certo impiego nella cura del semplice raffreddore! Riguardo, invece, l'uso degli antidepressivi, l'ACP Lucrezia Corner si propone di organizzare un incontro a parte per chiarire ed approfondire la tematica, molto sentita da tutti i colleghi presenti in sala. A tale proposito, ricordando che la prescrizione di questi farmaci è riservata a strutture accreditate, si è riportata la normativa che poi ha portato alla formulazione del piano terapeutico per la continuità terapeutica ospedale-territorio. Nel sito dell'AIFA è possibile verificare l'accreditamento degli specialisti idonei a tali prescrizioni (con particolare riferimento all'ADHD).

Un punto fondamentale per gli off-label è il consenso dei genitori alla terapia. La relazione medico-legale si è focalizzata sulla comunicazione e la percezione dei pazienti sui contenuti esposti dal medico sia in forma scritta che orale: sono state riportate le evidenze scientifiche riguardo la comprensione dei messaggi. Tali evidenze mettono in luce che "il foglio scritto" del consenso ha un'importanza relativa riguardo la comprensione dei pazienti, anche se molti di noi lo ritengono un "salvavita" per i ben noti risvolti medico-legali.

L'argomento si è poi sviluppato negli aspetti innovativi della sperimentazione in Pediatria di famiglia, cardine cruciale per risvegliare la "sonnolenza" di molti, sia a livello operativo che istituzionale. La scommessa è soprattutto culturale, per tutti noi.

L'ACPLC ha avviato nel corso del 2008 un percorso formativo coordinato di apprendimento della lettura critica di articoli della letteratura pediatrica: abbiamo costituito un gruppo, a cui inizialmente sono stati invitati tutti i soci, che attualmente conta una decina di colleghi. Nel corso del 2008 abbiamo sviluppato, in sei incontri a cadenza mensile, tutta la parte di metodologia che ci consentirà di iniziare un lavoro analitico sulla letteratura scientifica.

La sorveglianza attiva e sistematica della letteratura, con la selezione, l'analisi e la valutazione di articoli di interesse per il pediatra, rende possibile da alcuni anni la partecipazione attiva di alcuni gruppi locali dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP), alla elaborazione e stesura di una Newsletter Pediatrica ACP-CSB "la sorveglianza della letteratura per il pediatra", che viene poi inviata per via telematica ai soci singoli e ai 35 gruppi locali (provinciali e/o regionali) dell'ACP.

Anche la nostra ACPLC si è inserita in questo percorso, con tutoraggio a distanza da parte del Centro Salute del Bambino di Trieste (CSB), produttore della Newsletter Pediatrica ACP/CSB, nella figura del dr. Luca Ronfani, analogamente a quanto fatto da parte di altri tre gruppi locali ACP (Vicenza, Verona, Milano) già nel corso del 2005 che hanno poi continuato un percorso nel 2006 e nel 2007, riunendosi regolarmente ogni mese e collaborando attivamente alla Newsletter pediatrica, attraverso la sorveglianza attiva e sistematica della letteratura, con la selezione, l'analisi e la valutazione di articoli di interesse per il pediatra ("un gruppo, un indice").

Il programma prevede che ad ogni gruppo vengano affidati due indici di riviste scientifiche (uno fra una delle più importanti riviste internazionali di medicina generalista: British Medical Journal, Lancet, New England Journal of Medicine, JAMA; l'altro di una rivista pediatrica: Pediatrics, Journal of Pediatrics, Archives Disease Childhood, Archives Pediatrics Adolescent Medicine, Pediatric Infectious Disease Journal); gli indici vengono passati in rassegna settimanalmente o mensilmente. Il *tutor locale* si fa carico di reperire gli indici settimanali e/o mensili delle Riviste attribuite con i loro *abstracts*, nonché di reperire e distribuire gli articoli selezionati.

Il lavoro nel corso degli incontri mensili del *Journal Club* è così strutturato:

1. lettura degli abstract degli articoli degli indici;

2. selezione degli articoli, ritenuti utili ai fini formativi e professionali, che saranno poi discussi nella riunione del mese successivo;
3. assegnazione degli articoli ai pediatri partecipanti;
4. lettura critica degli articoli selezionati il mese precedente.

Ciascun pediatra partecipante, a domicilio e singolarmente, legge l'articolo assegnatogli e nella riunione successiva lo discute in gruppo, col tutor e gli animatori.

Ciascun articolo viene valutato sulla base di una griglia-scheda di lavoro che comprende 14 principali items e vengono successivamente compilate le conclusioni del gruppo.

Il materiale prodotto viene quindi inviato al CSB di Trieste, a cura del tutor locale, per il tutoraggio a distanza e la pubblicazione sulla newsletter bimestrale ACP/CSB di sorveglianza della letteratura per il pediatra.

Gli obiettivi principali di questa iniziativa sono quelli di imparare ad utilizzare correttamente i criteri di selezione degli articoli dall'indice di una rivista, in base a rilevanza culturale, qualità metodologica, importanza per la pratica professionale e ad eseguire correttamente l'analisi critica degli studi clinici selezionati, con particolare riguardo al disegno dello studio e alla rilevanza clinica degli esiti.

Passando ad un altro aspetto del lavoro di quest'anno, abbiamo recepito l'attenzione dell'Associazione Culturale Pediatri nazionale, a cui la nostra associazione locale è affiliata, alle quattro aree tematiche che stanno costituendo occasione di riflessione condivisa all'interno dell'ACP stessa, di promozione di iniziative appropriate ed efficaci da parte dei gruppi di lavoro operanti al suo interno e quindi di confronto tra le varie figure e categorie che si occupano di bambini e adolescenti e delle loro famiglie: 1. disuguaglianze nella salute dei bambini e degli adolescenti, 2. salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, 3. ambiente e salute infantile, 4. sostegno alla genitorialità.

Ci siamo concentrati sul tema del sostegno alla genitorialità organizzando un Convegno su questo tema che coinvolge fortemente la pratica professionale del pediatra di famiglia: dalla prima visita del neonato alle problematiche relazionali o di inserimento scolastico, alle dinamiche tipiche della fase adolescenziale, il pediatra è chiamato a rispondere e a sostenere le famiglie nel compito di assistere e

seguire i propri figli. Ciò che emerge è che, sia che siamo consapevoli di questo nostro ruolo sia che non lo siamo, comunque inviamo dei messaggi ai genitori e ai bambini-ragazzi che quotidianamente frequentano i nostri studi. Si tratta di un ruolo "trasversale" che interviene sia nell'ambito della prevenzione e dell'educazione sanitaria, ma anche nell'ambito della malattia (acuta e cronica) e non può essere semplicemente ridotto ad una tecnica di comunicazione (in questo senso riteniamo che il *counseling* non basti).

In ottica psico-pedagogica, inoltre, la genitorialità è intesa come il processo dinamico attraverso il quale si impara a diventare genitori capaci di prendersi cura e in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei figli, molto diversi a seconda della fase evolutiva. Il comportamento genitoriale ha forti radici biologiche, ma è anche frutto di esperienze vissute e risultato di nuove conoscenze e di apprendimento, all'interno di un desiderio di felicità per sé e per i propri figli. Di fatto la salute dei bambini e degli adolescenti è fortemente condizionata dal contesto familiare.

Ne parleremo la mattina del 22 novembre 2008 al Novotel di Mestre: interverranno e si confronteranno alcuni pediatri, tra cui Giorgio Meneghelli, Michele Gangemi (presidente nazionale ACP), Mario Narducci (presidente ACP Milano), Fabrizio Fusco (coordinatore regionale Veneto ACP), un rappresentante di associazioni di genitori (dott.ssa Elisa Orlandini), una psicologa, la dott.ssa Vittoria Maioli Sanese, esperta e autrice di vari libri sul tema.

Con questo evento si vuole iniziare ad affrontare le tematiche attinenti alle quattro priorità dell'ACP e il tema del sostegno alla genitorialità in particolare, cercando di identificare e condividere un ruolo possibile per il pediatra di famiglia, nell'ambito dei compiti e dei ruoli, vecchi e nuovi, che consenta di farsi carico di alcuni aspetti del sostegno alla genitorialità, riflettendo anche sull'importanza di migliorare le capacità relazionali e comunicative.

Mattia Doria

L'emergenza anziani non è il futuro, ma già il presente

Il 12 agosto 2008 è stato pubblicato in prima pagina su Il Gazzettino un articolo intitolato "Gli anziani aumentano, mancano i medici", che continuava a pagina 10 con il titolo "Ospedali invasi dagli anziani". Ritengo che questo pezzo giornalistico abbia esposto delle valutazioni da tenere in considerazione nelle future scelte socio-sanitarie. Questo perché l'ambito medico sicuramente non può fare scelte di politica sanitaria senza considerare il comparto geografico e sociale in cui si devono stanziare le risorse, tanto più oggi che la tecnologia informatica dà dei mezzi potenti per la valutazione del territorio.

Nell'articolo citato si diceva che "oggi a Nordest gli over 65 rappresentano il 22 per cento della popolazione" aggiungendo che "nel 2030 saranno il 25 per cento della popolazione". Si evidenziava inoltre come "gli anziani costituiscono circa un quarto di coloro che vanno regolarmente dal medico, il 35 per cento dei malati ricoverati ed il 34 per cento di coloro che si fanno fare una ricetta medica". A partire da questi dati viene lanciato l'allarme poiché mancherebbero medici che sappiano gestire in maniera professionale le problematiche degli anziani. Stimolato da queste considerazioni, ho pensato fosse giusto approfondire l'argomento calandolo in una realtà sicuramente particolare ma certamente consistente per popolazione come quella del Comune di Venezia.

Facendo parte del gruppo di medici che partecipa al progetto CO.ME.FA.RE., che vede coinvolti insieme nella valutazione epidemiologica delle principali malattie il Comune di Venezia ed i medici di famiglia, ho avuto modo di visionare i dati ufficiali dei quasi 270mila residenti dei vari quartieri al 31 dicembre 2007 preparati dal Servizio Statistica e Ricerca del Comune di Venezia.

Quello che mi ha maggiormente colpito nel guardare questi numeri è il fatto che in tutti i quartieri vi è una sostanziale differenza fra i maschi ultrasessantacinquenni e le donne della stessa classe di età. Nella Municipalità di Venezia-Murano-Burano, ad esempio, gli uomini di età maggiore di 65 anni sono il 24,18 per cento, mentre nella stessa zona le donne

sono il 32,64 per cento, mentre nella Municipalità di Marghera-Catene-Malcontenta, dove vi è la più bassa percentuale di uomini sopra i 65 anni con il 18,54 per cento, le donne raggiungono il 27,44 per cento (tabelle 1 e 2). Già questi risultati dovrebbero mettere in evidenza come non soltanto servono interventi mirati di tipo socio-sanitario nei confronti degli anziani, ma anche che si tenga conto della differente percentuale di presenza dei due sessi nei vari quartieri.

Se poi si vanno ad analizzare i dati aggregati maschi-femmine sopra i 65 anni di età nelle varie Municipalità del Comune di Venezia, si evidenzia come nessuna di queste scenda al di sotto del 22 per cento (Chirignago-Zelarino 22,82 per cento) e come anzi il Centro Storico di Venezia si attesti sul 28,72 per cento con Lido-Pellestrina che lo seguono poco più in là con il 27,39 per cento (tabella 2).

Questi numeri che già di per sé sono allarmanti, lo diventano ancora di più se si considerano le difficoltà di spostamento e l'impossibilità di mobilità veloce sul territorio di Venezia che trovano i medici di medicina generale. Sebbene si tenti di far fronte a queste problematiche utilizzando l'informatizzazione per effettuare dei rilevamenti strutturati sulle patologie degli anziani del territorio arrivando a realizzare un cosiddetto audit clinico che aiuti a creare una modalità di gestione del paziente, a tutt'oggi il medico di medicina generale deve anche sopperire alle carenze strutturali che si stanno creando da quando gli ospedali si sono trasformati in luoghi per accogliere quasi esclusivamente i pazienti acuti, poiché capita sempre più spesso di trovarsi ad assistere pazienti che avrebbero beneficiato di un periodo di convalescenza presso una struttura specializzata.

Per poter quindi dare risposte corrette a patologie sempre più complicate e complesse dal punto di vista diagnostico e terapeutico è fondamentale la formazione del medico di famiglia, che ricordo deve comunque conseguire il diploma del corso triennale di formazione in medicina generale per poter esercitare, anche perché questo professionista è sempre più chiamato a gestire patologie come il diabete e

l'ipertensione che fino a qualche tempo fa erano di pertinenza elettiva dei vari servizi ospedalieri.

Avendo quindi rilevato come l'“emergenza anziani” non sia per il futuro ma rappresenti già il nostro presente, credo che il medico di medicina generale abbia le competenze per potersi dedicare in maniera adeguata alle molte patologie spesso problematiche degli ultrasessantacinquenni, ma dovrebbe avere anche la possibilità di coordinare gli interventi sul territorio utilizzando anche i cosiddetti “bilanci di salute” degli anziani con cui si possano preparare interventi specifici e mirati a favore di questa rilevante porzione della popolazione.

11	Cipressina-Zelarino-Trivignano	27,19
12	Chirignago-Gazzera	25,87
13	Marghera-Catene-Malcontenta	27,44
MUNICIPALITÀ	VENEZIA-MURANO-BURANO	32,64
	LIDO-PELLESTRINA	30,49
	FAVARO VENETO	26,27
	MESTRE-CARPENEDO	30,53
	CHIRIGNAGO-ZELARINO	26,39
	MARGHERA	27,44

Tabella 2 **RESIDENTI NEI QUARTIERI PER CLASSI D'ETA' AL 31.12.2007 - FEMMINE (valori percentuali)**

n°	quartiere denominazione	
1	S.Marco-Castello-S.Elena-Cannaregio	24,55
2	Dorsoduro-S.Polo-S.Croce-Giudecca	23,57
3	Lido-Malamocco-Alberoni	25,06
4	Pellestrina-S.Pietro in Volta	19,38
5	Murano-S.Erasmo	24,17
6	Burano-Mazzorbo-Torcello	24,53
8	Favaro-Campalto	20,47
9	Carpenedo-Bissuola	21,39
10	Mestre Centro	22,26
11	Cipressina-Zelarino-Trivignano	19,41
12	Chirignago-Gazzera	18,74
13	Marghera-Catene-Malcontenta	18,54
MUNICIPALITÀ	VENEZIA-MURANO-BURANO	24,18
	LIDO-PELLESTRINA	23,88
	FAVARO VENETO	20,47
	MESTRE-CARPENEDO	21,87
	CHIRIGNAGO-ZELARINO	19,00
	MARGHERA	18,54

Tabella 1 **RESIDENTI NEI QUARTIERI PER CLASSI D'ETA' AL 31.12.2007 - MASCHI (valori percentuali)**

n°	quartiere denominazione	
1	S.Marco-Castello-S.Elena-Cannaregio	33,20
2	Dorsoduro-S.Polo-S.Croce-Giudecca	32,34
3	Lido-Malamocco-Alberoni	31,45
4	Pellestrina-S.Pietro in Volta	26,21
5	Murano-S.Erasmo	31,51
6	Burano-Mazzorbo-Torcello	30,37
8	Favaro-Campalto	26,27
9	Carpenedo-Bissuola	28,97
10	Mestre Centro	31,75

n°	quartiere denominazione	
1	S.Marco-Castello-S.Elena-Cannaregio	29,23
2	Dorsoduro-S.Polo-S.Croce-Giudecca	28,26
3	Lido-Malamocco-Alberoni	28,50
4	Pellestrina-S.Pietro in Volta	22,81
5	Murano-S.Erasmo	28,05
6	Burano-Mazzorbo-Torcello	27,48
8	Favaro-Campalto	23,43
9	Carpenedo-Bissuola	25,39
10	Mestre Centro	27,29
11	Cipressina-Zelarino-Trivignano	23,50
12	Chirignago-Gazzera	22,39
13	Marghera-Catene-Malcontenta	23,07
MUNICIPALITÀ	VENEZIA-MURANO-BURANO	28,72
	LIDO-PELLESTRINA	27,39
	FAVARO VENETO	23,43
	MESTRE-CARPENEDO	26,45
	CHIRIGNAGO-ZELARINO	22,82
	MARGHERA	23,07

Tabella 3 **RESIDENTI NEI QUARTIERI PER CLASSI D'ETA' AL 31.12.2007 - MASCHI E FEMMINE (valori percentuali)**

Fonte: Servizio Statistica e Ricerca - Comune di Venezia

Cristiano Samuelli

FEDER. S.P. e V.

Risultati di un'attività positiva

UN DONO PREZIOSO PER UN PERCORSO PIÙ FACILE

Giovedì 21 agosto u.s. il Presidente O.M.C. e O. di Venezia, dott. Maurizio Scassola, mi ha ricevuto quale Presidente FEDER. S.P. e V. della Sezione di Venezia per confermarmi, già sentita l'approvazione unanime del Consiglio, alla presenza della dott.ssa Carla Carli, il concreto aiuto alle nostre attività di Segreteria e di Tesoreria, sul piano informatico e di spesa (cartoleria e affrancatura), ampiamente elencate nella mia richiesta del 25 giugno u.s.

La nostra Sezione è grata e orgogliosa di poter sempre più configurarsi nell'Ordine, già con un suo rappresentante nel Collegio dei Revisori dei Conti, la Sede, lo spazio nel Notiziario e da ultimo questo servizio di Segreteria.

Grazie, grazie a tutti per la totale disponibilità e l'ottimo risultato, in un clima di una sempre più perfetta intesa.

Giuliano Sassi

LA FEDER. S.P. E V. IN TELEVISIONE

Un appuntamento felice, un piacevole, quasi insperato coinvolgimento, un'occasione conoscitiva e qualificante, uno strumento immediato che subito si afferma come indispensabile: si parla dell'intervista televisiva al Presidente dott. Miscetti accompagnato dalla dott.ssa Murri e dal prof. Mama, nella trasmissione "10 minuti... di" gestita gratuitamente da RAI Parlamento negli studi di Saxa Rubra, registrata venerdì 6 giugno alle ore 10:20.

Nonostante il ristretto tempo a disposizione, il successo è stato immancabile, per gli argomenti sollevati: l'adeguamento delle pensioni agli indici ISTAT e l'abolizione della legge sulle reversibilità (per il contenuto dell'intervista si deve visitare il sito www.raiparlamento.rai.it).

Può essere questo l'avvio di altre simili iniziative sul territorio nazionale, un adeguamento ai mezzi della comunicazione e dell'informazione oggi a disposizione, quasi un obbligo d'usufruirne, per aiutare a costruire quella notorietà indispensabile a crescere.

La grandezza e la diffusione della FEDER. S.P. e V. sono legate anche a questi momenti.

Giuliano Sassi

FEDER. S.P. e V.

UNA SPERANZA CHE STÀ DIVENTANDO REALTÀ

Gli Ordini dei Medici di Roma e di La Spezia riducono la quota ordinistica per i pensionati (da "Azione Sanitaria" n°7/8 Luglio/Agosto 2008).

ROMA

Ordine provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri

Assemblea straordinaria degli Iscritti 18 Maggio 2008

Delibera

Omissis

A seguito di votazione per alzata di mano la riduzione di euro 30,00 della quota ordinistica per gli iscritti che abbiano compiuto 75 anni, che non esercitino più la professione, che abbiano un reddito complessivo lordo annuo inferiore ad euro 30.000,00 e che ne facciano apposita richiesta

Al Dott. Antonio Virdis
Presidente sezione Federspev
di La Spezia

Caro Virdis, ti comunico che la tua richiesta di riduzione del 20% della tassa annuale di iscrizione ai Medici pensionati è stata accolta dall'Assemblea ordinaria annuale degli iscritti dell'8 Marzo 2008.

Tale riduzione al netto della quota spettante alla FNMCEO sarà applicata a tutti gli iscritti pensionati che svolgano attività professionale solo occasionalmente. Le domande dovranno essere fatte pervenire all'Ordine in tempo utile per l'inserimento a ruolo per l'anno successivo.

Cordiali saluti.
Il Presidente
Dr. Salvatore Barbagallo



CONVEGNO ODONTOIATRICO

Il prof. Franco Poggio diceva che in presenza del primo molare la bocca assomiglia ad una buona monarchia, in sua assenza ad una brutta repubblica.

I sestri sono denti centrali per lo sviluppo e la funzione dell'apparato stomatognatico e per la maturazione del piano oclusale.

In particolare il sesto superiore è un dente con una struttura anatomica particolare, in rapporto con le strutture ossee e con il seno mascellare e in un contesto di influenza reciproca con tutta la bocca. È importante conoscerlo per la diagnosi e la terapia delle patologie che riguardano questo dente, gli altri denti e le strutture attigue.

Sua Maestà il Sesto Superiore

relatori

Prof. Emanuele AMBU
Prof. Mario BERENGO
Prof. Giampiero CORDIOLI
Prof. Pier Nicola MASON
Prof.ssa Vilma PINCHI
Prof. Massimo RONCHIN

MIRANO (Venezia) SALA TEATRO NUOVO

22 Novembre 2008
ore 8.30-13.30

crediti ECM attribuiti 3
codice evento VEN-FOR21659

partecipazione gratuita

iscrizione obbligatoria presso la sede dell'Ordine dei Medici di Venezia:

tel: 041 989479 fax: 041 989663 e-mail: info@ordinemedicivenezia.it



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA**

GIORNATA DEL MEDICO

Sabato 29 novembre 2008

**Sala Convegni Ordine Medici Venezia
Via Mestrina 86 - Mestre Venezia**

ORE 10.30

**CERIMONIA DI CONSEGNA DELLA MEDAGLIE AI COLLEGHI
CHE FESTECCIANO IL CINQUANTESIMO DI LAUREA**

ORE 11.30

**LETTURA DEL GIURAMENTO SOLENNE DI IPPOCRATE
DA PARTE DEL più giovane neolaureato**

ORE 12.30

APERITIVO

ORE 14.00

ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA**

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA DEGLI ISCRITTI

A norma dell'art. 23 del D.P.R. 05.04.1950 N. 221, l'Assemblea annuale degli iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia è indetta in prima convocazione Venerdì 28.11.2008 alle ore 23.00 presso l'Ordine dei Medici – Via Mestrina 86 Mestre e, se non viene raggiunto il numero legale pari ad un quarto degli iscritti, in seconda convocazione (valida qualunque sia il numero degli intervenuti)

SABATO 29.11.2008 alle ore 14.00
presso la sede dell'Ordine sita in Mestre (Ve) - Via Mestrina 86

ORDINE DEL GIORNO:

1. Relazione del Presidente;
2. Relazione del Presidente Commissione Albo Odontoiatri;
3. Relazione del Segretario;
4. Relazione del Tesoriere;
5. Relazione del Collegio dei Revisori dei Conti;
6. Approvazione Conto Consuntivo anno 2007;
7. Variazioni al bilancio di previsione anno 2008;
8. Approvazione bilancio Preventivo anno 2009;

A norma dell'art. 24 del D.P.R. 05.04.1950 N. 221 l'iscritto potrà delegare un collega mediante l'uso dell'originale del modulo in calce.

Ogni iscritto non potrà essere portatore di più di due deleghe.

Venezia – Mestre 09.10.2008

Il Segretario
d.ssa Caterina Boscolo

Il Presidente
dott. Maurizio Scassola

N.B. il Conto Consuntivo relativo all'anno 2007, le variazioni al bilancio di Previsione 2008 ed il bilancio Preventivo 2009, verranno depositati presso la segreteria dell'Ordine per la consultazione dei colleghi dal 08.11.2008.

Il sottoscritto dott. _____ delega con pieni poteri il dott. _____
_____ a rappresentarlo all'Assemblea Ordinaria annuale dell'Ordine dei
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia.

data _____

firma _____

N.B. Il presente avviso ha validità di convocazione a tutti gli effetti ai sensi dell'art. 23 del D.P.R. 05.04.1950 N. 221.