

# OMC eO

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

Anno XXXIX - n. 04 del 16 luglio 2007 - Euro 0,90  
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003  
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

**La ricerca di umanizzazione  
nelle cure**

**Odontoprotesista**

**La formazione professionale  
continua dei medici**

**Regime fiscale delle  
consulenze e perizie mediche**

**Amministratore di sostegno**

**Assemblea provinciale Federspev**



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI  
DI VENEZIA

04.07

# 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 XXXIX - n. 04 del 16 luglio 2007  
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

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

*Progetto Grafico*  
Fabio Targa

*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 16 luglio 2007*

**04** La ricerca di umanizzazione  
nelle cure come occasione di  
rivisitazione del nostro ruolo

**06** Odontoprotesista

**07** Norme comportamentali  
per i medici che effettuano  
sostituzioni

**08** La formazione professionale  
continua dei medici

**17** Pediatria e Ortodonzia

**18** La certificazione medica per  
l'attività sportiva non  
agonistica: aspetti clinici e  
risvolti medico-legali

**20** Regime fiscale delle consulenze  
e perizie mediche resa da  
medici che operano al di fuori  
dell'attività intramuraria

**23** Amministratore di sostegno

**24** Linee di indirizzo a servizio degli  
iscritti, prodotte dall'OMCeO di  
Venezia a seguito dell'entrata in  
vigore della Lg. 248/06  
(legge Bersani)

**26** La federazione a fianco degli  
specializzandi

**27** Il sito WEB dell'Ordine

**28** FEDER.S.P. E V.  
Assemblea  
Provinciale 2007

**30** L'impegno dei  
medici a tutela  
dell'ambiente

**31** Convegno:  
La coppia  
e le sue stagioni

**32** Il nuovo sito dell'Ordine  
è "on line"

Sommario

# La ricerca di umanizzazione nelle cure come occasione di rivisitazione del nostro ruolo

La Regione Veneto, in questi ultimi mesi, sta presentando il proprio manuale sulla umanizzazione nell'assistenza socio-sanitaria. Una prima considerazione è che ammettiamo l'evidenza: la persona non è più al centro dell'interesse del Sistema Assistenziale e abbiamo quindi bisogno di enfatizzare e reintrodurre il concetto di umanizzazione nella cura perché siamo consapevoli che l'interesse del Servizio Sanitario si è sempre più concentrato sugli indicatori economici piuttosto che su quelli di salute.

Il medico non può rimanere indifferente rispetto a questa deriva ed ha l'obbligo morale, etico, deontologico e professionale non solo di interrogarsi ma di porre alle istituzioni una proposta di

rivisitazione, di revisione del sistema delle cure che poco oggi risponde ai bisogni della Persona. Se vogliamo riflettere sul concetto di umanizzazione è indispensabile analizzare alcuni dei suoi "determinanti": il fattore socio-culturale; il fattore professionale; il fattore organizzativo; il fattore ruolo e responsabilità; il fattore tempo.

Ma in realtà cosa intendiamo quando diciamo che vogliamo umanizzare il sistema delle cure? Siamo profondamente convinti che la "sfida dell'umanizzazione" è sfida per la promozione e la tutela della salute. Un sistema di gestione per l'Umanizzazione e nell'Umanizzazione deve essere strumento per lo sviluppo della "relazione" e della visione del "tutto" (per una gestione umanizzante del sistema) attraverso l'analisi del



“particolare”: la persona e la gestione dei suoi problemi prioritari. Umanizzare vuol dire far assumere ad un sistema caratteri e qualità conformi alla natura umana, procedere rispettando la natura e i bisogni dell’uomo.

Ma proviamo a svolgere un “salto di paradigma”! Umanizzare non contiene in sé anche la consapevolezza dell’individuo di essere partecipe di un insieme, di appartenere ad una collettività? Umanizzare quindi contiene anche i concetti di responsabilità e di partecipazione.

Oggi i medici hanno bisogno di partecipare allo sviluppo delle proprie Comunità nel rispetto della Equità, della Giustizia Sociale, delle Priorità e della Partecipazione; tutto questo consente il rinforzo delle Reti, anche di quelle “professionali” e permette di individuare bisogni comuni; aiuta le persone e i gruppi di riferimento ad intraprendere azioni “opportune”; gratifica, responsabilizza e rende autorevoli anche i “portatori di interesse”. Al centro delle nostre attenzioni deve esserci la Persona e la sua Cura, termine che sostanzialmente individua la Relazione tra persone e tra la persona e le organizzazioni che operano all’interno della Comunità di appartenenza.

La persona deve essere intesa anche come soggetto in grado (anche attraverso le Associazioni) di sviluppare capacità di controllo “politico” e di capacità “contrattuale” (empowerment) ed è con le Associazioni “portatrici di interessi” che dobbiamo avere il coraggio di confrontarci. Con questo confronto si rinforza la nostra consapevolezza (“coscientizzazione”) di essere parte di un insieme che si sviluppa e cresce in un lavoro che, attraverso l’informazione, l’educazione, la formazione e la capacità di accedere alle risorse, rafforza le organizzazioni della comunità nel dar luogo a strutture, sistemi e competenze che permettono di intraprendere azioni comunitarie confrontandosi, come soggetti competenti, con la Politica. Lo sviluppo di competenze è parte essenziale di un approccio strategico (finalizzato) a progetti di sviluppo della promozione della salute e deve prevedere l’integrazione del lavoro

tra operatori, portatori di interesse e politica. Perché parliamo di tutto questo? Perché il conferimento di potere e di autorevolezza passa attraverso un impegno di responsabilità. L’empowerment non è altro che il percorso attraverso il quale le persone e/o le Comunità conquistano fiducia, autostima, autorevolezza, capacità relazionali e potere necessari a individuare i propri bisogni svolgendo le conseguenti azioni volte alla promozione degli interessi comuni.

Oggi si fa un gran parlare di Governance ma questo concetto non rappresenta in realtà la sintesi di quanto abbiamo detto? Non rappresenta forse una modalità di affrontare con autorevolezza le questioni di interesse collettivo mediando tra le differenze, i diritti e le responsabilità? E’ per tutto questo che oggi i medici devono intraprendere il loro “cambiamento” uscendo dalla pura logica del professionista chiuso in un ormai stretto, soffocante ambito tecnico-professionale ed aprirsi ad un ruolo di cittadino “competente” profondamente inserito nella Comunità di riferimento.

Per fare questo dobbiamo farci ascoltare, capire e sostenere; solo riscoprendo la nostra relazione con la Persona e con i “portatori di interesse” possiamo acquisire quel ruolo sociale e “politico” che oggi viene minato anche da una organizzazione sempre più centrata sull’auto-referenzialità, sull’auto-mantenimento più che sui bisogni della Collettività.

Siamo tutti oppressi dalla mancanza di tempo! Quel tempo della relazione che non ha più valore perché nemmeno previsto nella organizzazione del lavoro! Come possiamo informare il paziente, dialogare con la sua famiglia, programmare/pianificare la continuità della cura se non abbiamo il nostro tempo e se questo tempo non viene nemmeno riconosciuto come attività specifica ad alto valore terapeutico, assistenziale, organizzativo?

Ma abbiamo ancora entusiasmo, voglia di partecipare e di essere protagonisti!

*Maurizio Scassola*

# Odontoprotesista

6

Il 16 Giugno il dott. Giuseppe Renzo, presidente della Commissione Albo Odontoiatri Nazionale, ha convocato a Roma una assemblea straordinaria dei presidenti CAO. Oggetto dell'assemblea: l'istituzione del profilo dell'odontotecnico a livello di laurea universitaria. Nella sostanza tutti i convenuti si sono espressi in modo assolutamente contrario all'istituzione di tale profilo per le difficoltà che questo comporterà nella lotta all'abusivismo. Pertanto, se fosse per questo argomento, il resoconto di quella calda giornata di fine primavera sarebbe finito qui. Ma, come spesso accade, non è la portata principale a determinare il livello del pranzo, bensì il contorno.

Anzitutto, alla riunione convocata dalla CAO ha partecipato tutto il mondo dell'odontoiatria italiana: il dott. Rampulla per l'AIO, il dott. Callioni per l'ANDI, il dott. Malagnino per l'ENPAM, il dott. Carnevale per il CIC, il dott. De Falco per COI-AIOG, a dimostrazione che, quando si parla di professione, tutte le parti vanno invitate e nessuno può vantare la rappresentatività assoluta della categoria.

Non v'è dubbio che l'inquadramento della professione dell'odontotecnico, in sé sicuramente centrale per lo svolgimento della nostra attività, ma all'interno delle professioni sanitarie, sia un elemento estremamente rilevante per la professione odontoiatrica nel suo complesso. Pertanto, la partecipazione unitaria e l'approvazione unanime del documento conclusivo stanno a significare che, perlomeno sulle questioni base, i nostri vertici riescono a trovare un terreno comune di confronto e di accordo. Certo non tutti i nodi sono stati sciolti.

In particolare è stato ricordato che la medesima levata di scudi non si è avuta quando qualche anno fa è stata istituita la figura dell'igienista. Anche questa innovazione legislativa, infatti ha introdotto uno squilibrio nell'esercizio dell'odontoiatria nel nostro paese: il fatto che l'igienista debba lavorare su prescrizione dell'odontoiatra, infatti, in qualunque paese civile sarebbe stato sufficiente ad evitare abusi, non in Italia: noi abbiamo in provincia uno studio di igiene nel quale l'igienista lavora su prescrizione di un odontoiatra di Bolzano. E' evidente che noi ci siamo attivati per sanare questa situazione, in quanto lo spirito della legge richiede che l'odontoiatra, prescrivendo, si assuma ogni responsabi-



lità nella diagnosi e nella prognosi, delegando esclusivamente una parte del processo terapeutico. e non possa limitarsi ad un mero atto burocratico a distanza, magari senza neppure visitare il paziente!

Sarebbe bastato a suo tempo scrivere nella legge che l'igienista è tenuta a lavorare "in presenza" e non solamente "su prescrizione" dell'odontoiatra, così come l'assistente è tenuta a lavorare in presenza e non su prescrizione. Ma sarebbe stato forse altrettanto utile interrogarsi sull'utilità dell'istituzione di tale profilo professionale, andando ad approfondire cosa intende la definizione europea di atto medico quando dice che l'atto medico non è solo quello eseguito direttamente dal medico, ma anche quello delegato. Si sarebbe allora potuto approfondire la differenza tra gli atti delegabili e quelli non delegabili, tra quelli ripetibili e quelli non ripetibili, così come le modalità di esercizio di tale delega (prescrizione/presenza). La ripetizione ossessiva che equipara l'atto medico con "le mani in bocca" è chiaramente un retaggio del passato inadeguato al futuro. Se per "mani" si intendono le mani in senso proprio, spesso neppure l'odontoiatra mette le mani in bocca ma lavora tramite attrezzi che impugna da fuori della bocca. Se si intende in senso ampio, includendo quindi gli strumenti come un'estensione delle mani, allora dobbiamo chiederci dove l'assistente aspira, dove divarica, dove protegge. E se l'assistente non è autorizzata a queste opera-

zioni, qualcuno ci dicesse chi sarebbe eventualmente autorizzato e per quale ragione noi, solo noi, vogliamo schierarci contro le posizioni assodate in tutta Europa e in tutto il mondo civile.

Anche a proposito del profilo dell'odontotecnico qualcuno sinora non si è mosso o si è mosso poco. Forse all'attuale fase di consenso seguirà una sanguinosa resa dei conti, ma mi auguro di no. Dobbiamo, invece, forse domandarci la ragione di questo ritardo cronico della nostra azione politica rispetto agli avvenimenti. Sempre ad inseguire le vacche scappate, a tappare falle, a strapparci i capelli per fulmini a ciel sereno. Forse manca un disegno complessivo? Forse le polemiche interassociative fanno perdere di vista l'orizzonte globale? Forse gli interessi personali oscurano il giudizio sugli interessi collettivi?

Altra domanda rilevante è cui prodest l'istituzione del profilo professionale e l'istituzione del relativo corso di laurea. Ci è giunta poi la voce che il corso di laurea in odontoiatria (CLOPD) è

passato da cinque a sei anni. Forse anche questo giova alle stesse persone di cui sopra? Forse qualcuno ha interessi a creare nuove cattedre e nuovi studenti?

Riutilizzando i concetti espressi dal nostro sindaco Cacciari alla giornata dell'Ordine di Dicembre 2006, la perdita dell'orizzonte globale delle parti, il loro prendersi per il tutto, costituiscono quella disgregazione culturale del mondo contemporaneo prodromo della disgregazione politica e sociale. Nessuno nega all'università il proprio ruolo formativo, ma questo ruolo va esercitato tenendo conto che compito dell'università non è definire il bisogno formativo, ma rispondervi e come tutto il mondo economico vive di concorrenza, così le proposte formative universitarie dovrebbero competere tra loro per garantirsi gli studenti di anno in anno, lasciando a casa senza rimpianti i professori, magari illustri, dalle aule vuote.

*Cosimo Tomaselli*

# Norme comportamentali per i medici che effettuano sostituzioni

Si ricorda che all'atto dell'affidamento/accettazione dell'incarico di sostituzione devono essere sottoscritti i seguenti punti:

- Il Medico Sostituto deve garantire il pieno rispetto degli orari di ambulatorio e può modificarli solo previo accordo col Medico Titolare, tenuto conto dei disagi dell'utenza.
- Il Medico Sostituto deve garantire lo stesso periodo di reperibilità telefonica attiva che viene garantita dal Medico Titolare (in genere ore 8-10 con risposta diretta del titolare o di altra persona).
- Nelle giornate di sabato e nei giorni prefestivi il Medico Sostituto deve rispettare gli impegni del Medico Titolare, deve effettuare la reperibilità telefonica e/o l'ambulatorio qua-

lora fosse prevista attività ambulatoriale e deve effettuare le visite richieste anche se dovesse comportare un prolungamento dell'orario oltre le ore 10 del mattino.

- Il Medico Sostituto si impegna a sostituire un solo medico per volta, salvo casi particolari dichiarati nello stesso ambito di scelta, per garantire agli utenti una presenza effettiva nella sede d'attività del tutto simile a quella del titolare.
- Eventuali accordi tra Medico Titolare e Medico Sostituto al di fuori di questo regolamento devono comunque tenere presente che interesse principale è anche evitare disagi e servizi di scarsa qualità agli assistibili.

# La formazione professionale continua dei medici

8

## Strumento di miglioramento della buona pratica clinica, della collaborazione fra colleghi, della salute pubblica

Sabato 12 maggio, presso la sala convegni dell'Hotel Michelangelo a Mestre, si è svolto il convegno, organizzato dall'OMCeO veneziano, sulla formazione professionale continua.

La Professione ha bisogno di interrogarsi sui nuovi bisogni di salute, ha esordito il Presidente OMCeO di Venezia Maurizio Scassola nel suo intervento di saluto ai partecipanti; per lo sviluppo professionale sono necessarie strategie individuali all'interno di una cornice di area professionale, strategie che mancano nell'attuale impostazione dell'ECM. E' indispensabile far incontrare i bisogni di salute con le esigenze di formazione – ha concluso Scassola – come è altrettanto indispensabile la valutazione delle ricadute che la formazione ha sulla professione.

Alfredo Saggiaro ha dato inizio ai lavori affer-



Alfredo Saggiaro



mando che la formazione professionale è il biglietto da visita del medico, e che il gruppo di lavoro sulla Formazione, da lui coordinato, ritiene fondamentale creare omogeneità nella formazione stessa; non dobbiamo creare disagio ma scienza, cultura, professionalità. L'ECM attuale è un vile mercato, non è formazione. E' una raccolta di bollini senza avere alla fine un premio. L'aggiornamento è una cosa che ci appartiene – ha concluso Saggiaro – che non ci deve essere imposto, poichè attraverso la formazione continua dobbiamo creare la soddisfazione del paziente.

Giuseppe Ventriglia (Responsabile nazionale area formazione Simg) è entrato subito nel vivo del tema affermando l'importanza della formazione continua, non del creditificio che ora è divenuto l'ECM. Poichè le conoscenze di pertinenza della professione medica raddoppiano ogni 20 anni, molto accade dopo la laurea. E' necessario lo spostamento di attenzione dalla formazione continua (CME) intesa come aggiornamento dell'area clinica, allo sviluppo professionale continuo (CPD) inteso come sviluppo complessivo di tutte le conoscenze, abilità e capacità relazionali comprese nel processo di cura dei pazienti. Per Ventriglia la formazione efficace è la capacità di migliorare la pratica professionale quotidiana e le ricadute sui pazienti.



Giuseppe Ventriglia



Da dove partire? I programmi di educazione medica continua che si basano su ben condotte analisi di rilevazione dei bisogni sono efficaci nel modificare la pratica clinica. Ventriglia suggerisce di spostare la formazione continua dall'aula al luogo di lavoro. Per fare questo è necessario:

- rilevare le "criticità" (bisogni formativi, clinici e non, aspetti cognitivi, abilità gestuali, comunicazione con il paziente, organizzazione del lavoro) grazie agli stimoli forniti dai pazienti;
- utilizzare l'esperienza come fonte di apprendimento;
- stimolare i professionisti ad interrogarsi sui

problemi non risolti o mal gestiti per ricercare ed interpretare le nuove conoscenze da applicare alla pratica professionale;

- condividere con i colleghi e collaboratori i processi formativi e le loro ricadute operative;
- riflettere sugli errori e sulle criticità della pratica attraverso processi di audit strutturato (impariamo a scrivere le cose che ci mettono in difficoltà!);
- far diventare l'educazione continua una attività realmente continua e non sporadica.

Ventriglia suggerisce di valorizzare la cartella medica come strumento didattico, essendo fonte di dati per la professione, per l'attività di audit e per la ricerca.

Per una formazione continua di qualità – ha continuato – è fondamentale ricordare che:

- nessun evento didattico è di per sé anche formativo;
- nessun "specialista" per quanto scientificamente accreditato è di per sé un "docente" efficace;
- nessun programma ricco ed interessante è di per sé garanzia di efficacia formativa;
- nessuna strategia didattica è di per sé "buona" in senso formativo;
- nessun intervento formativo può essere definito tale senza un'adeguata valutazione di tutti gli outcome.

Un modello ottimale di valutazione della formazione deve comprendere tutti e 4 questi livelli (Kirkpatrick):

- gradimento dei partecipanti

- conoscenze ed abilità
- cambiamenti delle performance professionali
- ricadute positive sullo stato di salute dei pazienti.

Attenzione alla formazione a distanza (FAD) – ammonisce Ventriglia – spesso non c'è sufficiente garanzia sul reale peso-affidabilità del materiale selezionato. La Formazione a Distanza, non “validata”, rischia di essere una scuola Radio-Elettra.

Alla relazione del dott. Ventriglia ha fatto seguito l'intervento di Giampietro Rupolo, Dirigente Regione Veneto, Direzione piani e programmi socio-sanitari. Il capitale umano è la vera ricchezza della Regione, 68.000 persone nel Veneto si occupano di salute e assorbono il 45% dei 7 miliardi e mezzo di euro del bilancio regionale. Questo capitale umano ha bisogno di manutenzione-innovazione, ovvero di formazione. Oggi però ci sono troppe voci (Università, Regione, Ordini professionali, Società scientifiche) e nessuno che cerchi di mettere armonia tra queste. Non è una reale ricchezza formativa questa multivocalità, secondo Rupolo. Sulle 22 nuove professioni sanitarie che premono sul SSN Rupolo si chiede: servono davvero? Rispondono a quali bisogni? Nel suo intervento Rupolo ha affrontato tra gli altri il concetto di sostenibilità: non riusciremo a garantire gli standard attuali se non si farà una seria politica di formazione sul personale. Il Piano Regionale dice: la formazione va fatta d'intesa tra Università e Regione (anche se la Regione la ...subisce); Rupolo non vede solo



Giampietro Rupolo



Mattia Doria

l'Università come interlocutore, ma anche l'Ordine dei medici e gli Ordini Professionali. Gli Ordini dei medici e degli odontoiatri non hanno finora avuto una visione di sistema dell'interfaccia formazione-bisogni. Sono allora necessari programmi di formazione su “manutenzione” delle risorse umane – ha concluso Rupolo – gli Ordini devono uscire dal localismo per tutelare la professione e il diritto a vedere mantenuto a buon livello le specifiche conoscenze.

Per Mattia Doria, pediatra di famiglia dell'Aulss 14 e presidente dell'associazione culturale pediatri “Lucrezia Corner”, la formazione continua è un bisogno/desiderio di crescita professionale sentito da gran parte dei pediatri di famiglia del Veneto con ben il 75% di essi iscritto ad associazioni culturali (sono 9 nella nostra Regione). C'è un accordo regionale sulla formazione che è un modello e un'esperienza ampiamente positivo, la realizzazione di felici convergenze di una proficua volontà politica e un'efficace sostegno amministrativo da parte della Regione Veneto e di una forte attenzione sindacale da parte della Fimp veneta.

L'accordo Regionale, continua Doria, prevede che la formazione continua sia incentrata prioritariamente sui compiti professionali specifici del pediatra di famiglia e si articola in:

- progetti formativi a livello Regionale (CESPER, centro studi per la formazione e la ricerca in pediatria del territorio) estesi a tutta la categoria
- progetti formativi aziendali a sostegno di spe-

cifici progetti di miglioramento dell'organizzazione e della qualità della assistenza erogata

- formazione volontaria, organizzata sulla base di propri bisogni di sviluppo professionale, identificati e proposti dai pediatri di famiglia attraverso le organizzazioni sindacali e culturali di categoria.

Per tale scopo, ha concluso Doria, vi è una rete di 7 coordinatori provinciali della formazione e 62 animatori/formatori per la progettazione e realizzazione dei corsi. "Bisogna tentare di sposare il concreto quotidiano con la scienza" è l'esortazione di Doria che a conclusione del suo intervento ha espresso il proprio compiacimento per la costituzione della commissione formazione all'interno dell'Omceo di Venezia ed ha fornito alcuni dati della "Lucrezia Corner", associazione culturale nata nel 1999 e che al 2007 annovera l'85% dei pediatri di famiglia della provincia, 2 pediatri libero professionisti, 2 pediatri di comunità, 2 pediatri ospedalieri e 1 medico di medicina generale.

Angelo Frascati (Medico di medicina generale Aulss 14) ha esordito con queste domande: i temi della formazione chi li decide? Come si decide? Frascati ha presentato una attenta analisi delle situazioni delle varie Aulss; in quella di Chioggia, ad esempio, il Comitato aziendale approva il Patto aziendale e con esso i temi della formazione annuale per la medicina generale. Nella Provincia di Venezia – sostiene Frascati – come nel resto del Veneto, nonostante persistano problemi finanziari, organizzativi e soprattutto

culturali, vi è una discreta offerta formativa. Un rammarico: nella formazione del medico di medicina generale vengono scarsamente utilizzate le risorse rappresentate dalle società scientifiche. E' necessario essere consapevoli, ha concluso Frascati, che la formazione è una disciplina che va appresa, perfezionata, applicata, realizzata e affidata ai formatori.

All'attento e partecipe uditorio il dott. Mario Busetto (UO Radioterapia di Mestre, referente di formazione dipartimento oncologico) ha presentato la sua esperienza di formazione dei medici specialisti ospedalieri. La formazione è da sempre strategica per il funzionamento di una organizzazione. Dal 2003 nella Aulss 12 esiste una originale organizzazione per la formazione del personale, che ha radicalmente modificato la situazione. Accanto ad alcune novità sostanziali (giustificazione delle scelte formative, realizzazione pianificata, trasparenza decisionale e di spesa) è stata data vita e formazione ad una figura professionale completamente nuova: il Referente di Formazione (RdF) una figura che coniuga competenza e progettualità formativa (analizza i bisogni, programma gli eventi e verifica la coerenza del piano formativo). La figura del RdF ha permesso un vero e proprio proliferare di iniziative formative aziendali, rispondenti ai numerosi ed eterogenei bisogni formativi, tanto da porre l'Aulss 12 al 1° posto in Veneto per numero di iniziative promosse.

Il lato oscuro, ha affermato Busetto, è rappresentato da una serie di adempimenti assai vincolan-



Angelo Frascati



Mario Busetto



Enrico Massa

ti e dalla carenza di risorse (tempo, persone, servizi). Il dott. Busetto ha infine presentato un esempio di formazione continua: dal 2003 vengono organizzati presso l'Ospedale di Mestre corsi pratici annuali sulla radioterapia dei linfomi extranodali. Trattandosi di malattie rare è difficile che vi sia una sufficiente esperienza aggiornata per il loro trattamento. Poiché non servono nuove attrezzature ma un utilizzo particolare di macchine già esistenti nei reparti di radioterapia, la formazione in questo caso agisce direttamente in termini di efficacia senza ulteriori costi.

Enrico Massa (Responsabile del Centro Regionale di riferimento per la medicina convenzionata di assistenza primaria) ha presentato il Centro regionale; esso si interessa della formazione Continua dei medici di medicina generale, dei pediatri di famiglia, degli specialisti ambulatoriali e dei medici di continuità assistenziale con particolare riguardo alla promozione della qualità, e alla ricerca soprattutto con funzione di coordinamento. Per la formazione di questi 6000 medici disponiamo – ha detto Massa – di 200 animatori di formazione per i medici di famiglia, 50 per i pediatri, 50 per gli specialisti ambulatoriali, 62 per i colleghi di continuità assistenziale nonché 609 sperimentatori. Il dott. Massa ha infine indicato gli obiettivi che il Centro Regionale si prefigge per il prossimo triennio: a) Qualità: standard studi medici e appropriatezza di prescrizione; b) Ricerca: almeno 1 ricerca annuale; c) Comunicazione: sito internet, news del centro,

manuali operativi sui percorsi diagnostico-terapeutici.

Danilo Di Diodoro (Knowledge management area governo clinico – Azienda Ulss di Bologna) ha presentato l'esperienza della biblioteca on-line di Bologna. La biblioteca medico-scientifica on-line offre a tutti gli operatori la possibilità di accedere all'informazione medico-scientifica direttamente attraverso i 5000 computer connessi ai punti rete dell'Aulss di Bologna. Il catalogo virtuale è costituito da un semplice elenco di titoli, presenti nell'intranet aziendale; cliccando sul titolo di proprio interesse è possibile accedere al testo completo di oltre 3500 riviste e a tutte le più importanti banche dati medico-scientifiche internazionali. Stiamo aprendo questa possibilità di aggiornamento-formazione anche ai MMG iscritti al registro dei medici sperimentatori, ha continuato Di Diodoro, che ha inoltre presentato all'uditorio il progetto "Scire litteram", crediti ECM tramite lettura di articoli scientifici. Il progetto prevede che un tutor individui gli articoli più importanti che vengono poi inviati via mail ai medici; dopo la lettura, i medici riempiono una scheda di riflessione/apprendimento che viene restituita al tutor. Un dato significativo portato da Di Diodoro: L'86 % dei medici riesce a leggere un articolo scientifico in lingua inglese (l'11% non ci riesce).

Ha poi preso la parola il Vicepresidente dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri, Salvatore Ramuscello. Questo il testo del suo intervento:



Danilo Di Diodoro

## L'Europa ci guarda... e sorride

La formazione e l'aggiornamento professionale sono doveri etici e deontologici per il medico professionista, come riportato anche nel nostro nuovo codice entrato in vigore quest'anno.

A differenza però di tutti gli altri 26 stati membri della Comunità Europea dove questi temi sono regolati dalle associazioni mediche nazionali e dalle società scientifiche, in Italia l'aggiornamento è connesso all'ECM, gigante economico gestito da organismi statali o regionali, quindi da apparati di natura amministrativo-burocratico.

**Ma come medici professionisti italiani, possiamo accettare che la nostra formazione si riduca solo ad un problema burocratico legato al raggiungimento di un punteggio?**

In Europa il tema della formazione è compreso nel più ampio capitolo dello sviluppo professionale continuo (CPD), con l'obiettivo del miglioramento e della sicurezza delle cure.

Il percorso CPD si evolve per tutta la vita professionale del medico e riconosce come validi ai fini dello sviluppo professionale continuo anche altri contesti professionali non legati all'attività congressuale o corsistica.

L'organismo che in Europa si occupa di questo tema è l'UEMS (Unione dei Medici Specialisti Europei) a cui partecipano tutti gli stati nazionali membri della Comunità Europea con una delegazione nominata dagli Ordini dei Medici.

Fra le tematiche che si trattano nei Councils dell'UEMS, lo sviluppo continuo della professione rappresenta l'argomento più autorevole. Esiste nella struttura UEMS un settore per l'accREDITamento degli eventi (EACCME) di valore europeo. Tutti gli eventi organizzati negli stati nazionali possono chiedere l'accREDITamento europeo se rispondenti ai requisiti richiesti. **La sorpresa?** L'Italia non riconosce validi gli eventi accREDITati all'estero.

Per questo motivo, come OMCeO di Venezia abbiamo preso l'iniziativa di predisporre un documento di intenti, condiviso dalla ASL 12 Veneziana, dall'OMCeO e



Salvatore Ramuscello

dalla UEMS, affinché anche il medico italiano possa sviluppare il proprio percorso formativo secondo gli indirizzi europei. Alla politica chiediamo di introdurre in Italia il percorso CPD e di fare un passo indietro rispetto ai temi della formazione. **Siamo solo noi medici che rispondiamo nei confronti del paziente e dunque siamo solo noi medici che dobbiamo governare il nostro sviluppo professionale, come peraltro avviene in Europa. La politica dovrebbe solo metterci in condizione di farlo.**

Attività  
dell'Ordine

Salvatore Ramuscello  
Vice Presidente OMCeO Venezia  
Delegato all'UEMS

13

## TAVOLA ROTONDA

Coordinata dal dott. Alfredo Saggiaro ha poi preso il via una interessante tavola rotonda sull'argomento: "La formazione continua dei medici: quali prospettive". Nel suo intervento Saggiaro ha sostenuto che la formazione è individuale ma non va dimenticato che è inserita nel Servizio Sanitario Nazionale. Non c'è docente o discente ma SSN. Stesso obiettivo/stesso livello di formazione. E' necessario progettare un coordinamento nella formazione tra le varie figure del mondo sanitario dove siano rispettate le professionalità degli attori del servizio stesso (parte pubblica, operatori del territorio, ospedalieri) e vengano date delle risposte ai bisogni di salute del cittadino, ottimizzando l'uso delle risorse, cercando infine di definire il ruolo della parte pubblica e dell'Ordine dei medici e degli Odontoiatri nella formazione continua in medicina.

Il Presidente Maurizio Scassola ha affermato la volontà di ricostruire la Federazione Regionale degli Ordini, dando contenuto e forza a questa Federazione che intende mettere al primo posto la professione. Rispondendo a quanto affermato in precedenza da Rupolo, è intenzione della Federazione Regionale rimettere in discussione il sistema formativo Veneto attraverso una armonizzazione con quello nazionale.

La professione deve interrogarsi su formazione continua, scelte strategiche individuali e di sistema, interessi dei professionisti e dei pazienti.



Alfredo Saggiaro



Onofrio Lamanna

Dobbiamo intercettare la domanda di salute della popolazione e dare risposte attraverso la formazione continua, ha concluso Scassola.

Onofrio Lamanna, Direttore Sanitario dell'Ospedale di Mestre, ha ricordato che ci sono 22 nuove professioni sanitarie che premono sul SSN per ottenere un riconoscimento specifico, mentre infermieri, ostetriche e tecnici di radiologia hanno già ottenuto l'Albo Professionale. Il nuovo Ospedale di Mestre avrà sale per riunioni di equipe e una biblioteca multimediale. E' un ospedale che punta sulla comunicazione, grazie alla disponibilità di tecnologie informatiche quali l'accessibilità alla biblioteca multimediale, la cartella clinica informatizzata o la possibilità di utilizzo dell'e-learning, ha concluso Lamanna.

Al termine del convegno l'Aulss 12, l'OMCeO di Venezia e l'Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS) hanno sottoscritto un accordo, primi in Italia, in cui oltre a sposare la validità dello sviluppo professionale continuo per migliorare la competenza dei medici e di conseguenza l'efficacia dei sistemi sanitari, hanno deciso di istituire un tavolo di lavoro permanente che consenta di individuare programmi di sviluppo professionale dedicati a tutti i medici che operano nel territorio dell'Aulss 12 veneziana, dipendenti, convenzionati o libero professionisti. In una prima fase partiranno progetti formativi dedicati ai medici dipendenti dell'Aulss 12 e a colleghi provenienti da altre realtà; vi è la forte volontà di costituire, all'interno del futuro Ospedale di Mestre, un polo formativo di livel-



*La firma del documento da parte di Berchicci e Scassola*

lo nazionale che offra l'opportunità di svolgere esperienze in diverse branche specialistiche. L'OMCeO di Venezia ritiene che l'Ospedale, quando caratterizzato da elevati standard professionali, tecnologici e organizzativi debba diventare un luogo formativo di eccellenza; è il

luogo dove si apprende più direttamente la "medicina pratica" e dove lo "Sviluppo Professionale" del medico specialista può trovare i propri naturali ed efficaci sbocchi professionali.

Questo è il testo del documento:

## Lo sviluppo professionale continuo del medico (S.P.C.)

### Migliorare la qualità delle cure per assicurare la sicurezza dei pazienti

#### Documento di consenso

L'adoperarsi affinché le cure che vengono fornite ai pazienti si dimostrino corrette e siano fondate su di una valida evidenza scientifica dev'essere considerata responsabilità etica e professionale del medico nell'esercizio della sua attività ed al fine di conseguire tale obiettivo ciascun professionista, indipendentemente dalla struttura nella quale esercita, deve attivamente impegnarsi nel percorso di sviluppo professionale continuo.

Lo sviluppo professionale continuo è il mezzo didattico-educazionale all'interno del quale il medico assicura il mantenimento ed il miglioramento della propria competenza e performance clinica ed in questo senso ingloba anche il sistema che è noto come E.C.M. (Educazione Continua in Medicina).

L'S.P.C. gioca un ruolo decisivo anche nel miglioramento dei sistemi sanitari in quanto contribuisce a determinare il concreto **miglioramento** delle cure ed il profesio-

nista medico grazie a questo strumento é in grado di implementare qualità, efficacia ed efficienza del sistema delle cure.

Il paziente, quale utente dei servizi sanitari, contribuisce ai costi dell'S.P.C. ed é pertanto legittimato ad attendersi i benefici che gli deriveranno dal miglioramento della **qualità** delle cure.

Nel svolgersi del percorso dell'S.P.C. é importante riconoscere il ruolo di tutte le componenti che vi vengono coinvolte: pazienti, medici, aziende sanitarie, sistemi di finanziamento.

Requisiti imprescindibili sui quali fondare il percorso sono i seguenti:

- Corretta comunicazione
- Lavoro in team
- Rapporto ospedale-territorio

Le organizzazioni che sono firmatarie del presente documento di consenso, nel condividere quanto sin qui è stato espresso, concordano anche sull'opportunità di istituire un **tavolo** di lavoro permanente che consenta di sviluppare programmi di S.P.C. in ottemperanza a quelle che sono le raccomandazioni della UEMS con riferimento a tutti i medici che operano nel territorio dell'ASL 12 Veneziana, siano essi dipendenti, convenzionati o libero professionisti.

Nell'ambito dei programmi di S.P.C. il nuovo ospedale di Mestre (NOM) rappresenta senz'altro una grande opportunità in relazione allo sviluppo di nuove metodiche sia sul piano dell'apprendimento che su quello più propriamente organizzativo.

In un primo caso grazie alla disponibilità di nuove tecnologie informatiche quali l'accessibilità alla biblioteca multimediale, la cartella clinica informatizzata o la possibilità di utilizzo dell'e-learning e nel secondo, per mezzo dello sviluppo di gruppi di lavoro integrati fra le Unità Operative Ospedaliere ed i Distretti del Territorio.

L'organizzazione di convegni consentirà altresì di estendere l'apprendimento grazie a programmi di didattica svolta con modalità validate anche dall'EBM.

Al fine di ottenere una corretta gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle problematiche clinico-gestionali che vi sono connesse sarà necessaria l'implementazione anche di strumenti di governance quali per esempio l'**audit** clinico, che vedrà la partecipazione di tutti gli attori responsabili, o l'**incident reporting** nella logica del monitoraggio degli avventi avversi, così da riuscire a dare un concreto contributo alla cultura del miglioramento della qualità e della **sicurezza** delle cure.

Allo stesso modo il professionista medico dovrà impegnarsi negli aspetti più prettamente specialistici del proprio programma di S.P.C. derivandoli dalla propria specifica area di pratica medica quotidiana ed in quelli, altrettanto importanti, che sono riconducibili all'etica ed alla deontologia professionale.

ASL12 Veneziana  
Il Direttore Generale  
Dr. A. Padoan

OMCeO Venezia  
il Presidente  
Dr. M. Scassola

UEMS  
il Vice Presidente  
Dr. G. Berchicci

Venezia – Mestre 12 Maggio 2007

# Pediatria e Ortodonzia

Il 9 Giugno scorso la Fondazione Ars Medica in collaborazione con il Cenacolo Odontostomatologico delle Tre Venezie e l'associazione culturale Lucrezia Corner ha organizzato un incontro sul rapporto tra ortodonzia e pediatria.

Tema in sé quasi scontato e banale, l'ortodonzia, infatti, si occupa anzitutto di denti in crescita e quindi in fase pediatrica. Ma lo svolgimento del tema da parte dei relatori ha messo in evidenza riflessioni inattese e non del tutto scontate.

La dottoressa Anna Guglielmi, pediatra e ortodontista, ha aperto l'incontro con una carrellata sui punti di incontro tra le due professioni, su ciò di cui i pediatri o gli odontoiatri devono tenere conto nell'inviare il paziente l'un l'altro.

Il dott. Franco Nicastro, otorinolaringoiatra, ha trattato dell'occlusione cronica delle vie aeree, dalla diagnosi alla terapia.

Laddove, infatti, come ha ricordato la dottoressa Guglielmi, il soffitto della bocca è il pavimento del naso, lavorare sul diametro trasverso della cavità orale influenza la pervietà della cavità nasale. La diagnosi della natura dell'ostruzione precede la scelta terapeutica, che si decida di scegliere la via farmacologica, otorino o ortodontica.

Il dott. Gaetano Salerno, ortodontista e chirurgo maxillo faciale, ha mostrato diverse opzioni chirurgiche nella correzione delle deformità dentofacciali e le possibilità di un intervento precoce che eviti appunto di arrivare alla chirurgia.

Il dott. Massimo Ronchin, ortodontista, ha presentato la politica della SIDO (Società Italiana di Ortodonzia) per favorire un dialogo tra ortodontisti e pediatri, nell'ottica di instaurare una pre-



venzione efficace della patologia cariosa e malocclusiva, mostrando anche come l'allineamento dentale influisca sul complesso dell'estetica facciale.

La sala gremita di colleghi, equamente distribuiti tra odontoiatri e pediatri, non senza qualche medico di base, alcuni dei quali costretti a restare in piedi, ha partecipato con attenzione fino alla fine, testimoniando l'interesse per questo approccio multidisciplinare alla patologia orale. I pediatri, in quanto primi referenti per la salute globale del bambino, hanno apprezzato l'inquadramento delle cose da sapere, dei segni e sintomi di cui tenere conto, dei tempi nei quali intervenire o chiedere l'intervento di un odontoiatra.

*Giorgio Meneghelli - Cosimo Tomaselli*

Attività  
dell'Ordine



FONDAZIONE ARS MEDICA  
CONVEGNO DEL 16 GIUGNO 2007

# La certificazione medica per l'attività sportiva non agonistica: aspetti clinici e risvolti medico-legali

18

L'evento ha riscosso un successo di partecipazione di Colleghi e di contenuti scientifici ben oltre le più ottimali previsioni degli organizzatori. Per oltre sei ore alle Relazioni e alla successiva Tavola Rotonda i Colleghi in sala hanno risposto con domande, precisazioni, analisi di contenuto che hanno innescato un piacevole confronto attivo. Ciò ha conferito interesse e vivacità alla mattinata congressuale a riprova che l'argomento era sentito come importante nella Professione. Il Convegno ha indubbiamente contribuito a chiarire le molte criticità tutt'oggi presenti su questo tema.

Questa sintesi riassuntiva è limitativa per i contenuti scientifici emersi e me ne scuso con i relato-

ri. La Fondazione rimanda al CD in preparazione con le relazioni disponibili a richiesta presso l'Ordine dei Medici di Venezia appena ultimato.

**Contesto del problema.** Relatori e Colleghi in sala sono stati concordi nell'affermare che la "sedentarietà" è uno stile di vita negativo molto affermato nella nostra Società. A bambini che ormai non giocano più attivamente corrispondono adulti "immobili" privi di quella minima attività motoria necessaria per mantenersi in buona salute. Solo il 22% dei maschi e il 14% delle femmine svolgono attività fisica (Indagine del Ministero di Salute citata dal Relatore dott. Paolo Reveanne).

I bambini necessitano di almeno due ore al giorno di intensa attività motoria, ciò diminuirebbe i rischi metabolici e cardiovascolari di quattro volte (Lancet, 2006). Tuttavia difficilmente in età pediatrica si raggiunge l'obiettivo minimo di un'ora di gioco attivo/die (UK Health Education Authority, NHS, 2005).

La sedentarietà si collega alla epidemia mondiale di obesità difficilmente contrastabile, comune ad ogni età, trasversale a tutte le classi sociali con percentuali serie anche in Italia (prevalenza di obesità al Nord del 10-20%, al Sud del 20-40% a seconda delle diverse Regioni).

Trial clinici prospettici affermano che l'attuale generazione di giovani sarà la prima a veder ridotta la vita media per gli aumentati pericoli metabolici e cardio-vascolari collegati a sedentarietà ed obesità (BMJ, 2007).



A sinistra Pierluigi Allibardi e a destra Paolo Reveanne



P. Sarto

Non si pensa di opporsi a problemi così complessi con i certificati, ma essi possono essere un contesto in cui MMG e Pediatri di famiglia possono approfittare per contrastare gli stili di vita inadeguati.

**La certificazione non agonistica.** Le relazioni del cardiologo (dott. P. Allibardi) e del Medico sportivo (dott. P. Sarto) hanno bene illustrato come tali certificati sono atti medici importanti per la tutela della salute. Il curante deve ben valutare a seconda del paziente che ha di fronte gli eventuali accertamenti necessari e la tipologia di attività fisica più consigliabile per lui.

**Anamnesi familiare, visita accurata, ECG a riposo** sono stati ben evidenziati come elementi fondamentali nel rilascio di queste certificazioni. Familiarità per morte improvvisa giovanile, cardiopatia aritmogena ed ipertrofica sono le situazioni più importanti da ricercare.



R. Boscolo



C. Moreschi

Nel Veneto dal 1979 al 2004 si contano 320 casi di morte improvvisa durante lo sport in soggetti con meno di 35 anni (nessun caso sotto i 10 anni) di cui l'83% non erano atleti (dott. P. Allibardi).

**La certificazione non agonistica in Pediatria.** Nell'intervento del dott. R. Boscolo confermato da rilievi dei molti Pediatri in Sala (ad es. dott. P. Regini) è stata sottolineata l'importanza educatrice dei Pediatri verso l'attività fisica dei bambini come predetto oggi ridottissima. spesso le certificazioni pediatriche sono rivolte ad attività di apprendimento più "ludico-motorie" che "non agonistiche" in senso stretto. Tali certificati vengono massivamente richiesti per garanzia di mera sicurezza assicurativa sia dal mondo della Scuola sia dalle Società sportive.

Una visita accurata in un bambino sano, ben conosciuto dal suo Curante, con anamnesi familiare negativa viene ritenuta sufficiente dalla ns Letteratura per il rilascio della certificazione non agonistica senza ulteriori accertamenti.

Ovviamente nei singoli casi il Pediatra sa valutare che per il bambino il "non agonistico" non esiste (sottolineatura corretta del dott. R. Boscolo) quando è chiamato ad un minimo impegno competitivo e ciò, oltre a tutti i casi dubbi, non esclude il ricorso ad esami strumentali.

**Il punto di vista medico-legale.** L'autorevole intervento del prof. C. Moreschi ha ben chiarito le delicate criticità medico-legali e vale la pena di riassumere integralmente le sue conclusioni.

- Il certificato medico di idoneità alla pratica di attività sportive non agonistiche è una certificazione obbligatoria sancita con D.M. del 28/02/1983.
- Il medico di M.G. ed il Pediatra di libera scelta sono "incaricati" del suo rilascio.



Giorgio Meneghelli

- Un unico certificato di idoneità consente la pratica di più sport non agonistici (*su questo la Sala ha espresso giuste perplessità*).

- Le attività ludico-ricreative sono rappresentate da tutte quelle forme di sport organizzato o meno, non altrimenti previste per legge.
- Non sussiste nessun obbligo di legge di “certificazione medica di idoneità alla pratica di attività ludico-ricreative”.
- Se richiesta dal cittadino essa deve intendersi quale certificazione attestante lo stato di salute del richiedente stesso.
- Qualunque medico può rilasciare tale certificazione.

**Ringraziamento.** La Fondazione ARS Medica, che ho l'onore di presiedere protempore, ringrazia sentitamente i Relatori, Il Consiglio dell'OMCeO di Venezia, il suo Presidente dott. M. Scassola, Il gruppo di lavoro per la Responsabilità Professionale, il coordinatore dott. P. Allibardi, tutti i Colleghi presenti in sala: è un loro encomiabile merito il successo di questo evento.

Fondazione Ars Medica  
Giorgio Meneghelli

## Regime fiscale delle consulenze e perizie mediche resa da medici che operano al di fuori dell'attività intramuraria

Con la risoluzione 12.3.2007 n. 42, l'Agenzia delle Entrate fornisce alcune delucidazioni sulla qualifica reddituale dei compensi percepiti da Medici, dipendenti ospedalieri, in rapporto esclusivo con l'azienda sanitaria ospedaliera, che siano autorizzati dalla medesima azienda ad espletare la consulenza medico-legale a titolo personale, **al di fuori dell'attività intramuraria**.

Vengono distinti due casi:

- prestazioni medico legali rese all'Autorità giudiziaria, nell'ambito del procedimento penale: in questo caso trattasi di consulenza prestata al magistrato, si rientra nell'esercizio di pubblica funzione, pertanto i compensi relativi saranno qualificati in:
  - redditi assimilati a lavoro dipendente se il medico non ha Partita Iva;
  - redditi di lavoro autonomo se il medico ha Partita Iva e di conseguenza, vista la natura della prestazione, il compenso verrà assoggettato ad Iva 20%;
- prestazioni rese nel quadro di un giudizio civile o eseguite per finalità assicurative, amministrative, e simili: in questo caso si devono distinguere due situazioni:
  - attività svolta con carattere di abitualità, si rientra nel regime proprio del reddito di lavoro autonomo, il professionista dovrà aprire la Partita Iva ed assoggettare i compensi ad Iva;
  - attività svolta occasionalmente, si rientra nel regime delle prestazioni occasionali, pertanto non è necessario possedere la Partita Iva.

a cura dello studio associato Cagnin Cavallin Martignon Rovoletto [www.ccmassociati.it](http://www.ccmassociati.it)



## Agenzia delle Entrate

DIREZIONE CENTRALE NORMATIVA E CONTENZIOSO

Risoluzione del 12/03/2007 n. 42

**Oggetto:**

Istanza di interpello - Azienda Sanitaria Ospedaliera ALFA - Regime IVA sulle consulenze e perizie mediche rese da medici (con rapporto esclusivo con l'ASL) che operano al di fuori dell'attivita' di intramoenia

**Testo:**

Con istanza di interpello, inoltrata ai sensi dell'articolo 11 della legge 27 luglio 2000, n. 212, e' stato chiesto il parere della scrivente in merito alla questione di seguito rappresentata.

**ESPOSIZIONE DEL QUESITO**

L'istante ha chiesto chiarimenti in merito agli obblighi fiscali, ai fini IVA ed IRPEF, che devono osservare i medici dipendenti dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera, nelle ipotesi in cui siano autorizzati dalla stessa a svolgere a titolo personale attivita' di lavoro autonomo in materia di consulenza medico legale.

**SOLUZIONE INTERPRETATIVA PROSPETTATA DAL CONTRIBUENTE**

L'azienda sanitaria intende suggerire ai propri dipendenti il seguente comportamento:

- richiesta di attribuzione del numero di partita IVA per i medici che ritengono di svolgere l'attivita' di consulenza medico legale con carattere di abitualita' e fatturazione con IVA delle prestazioni rese;
- per i medici che ritengono di rendere le prestazioni di consulenza medico legale in via meramente occasionale di non richiedere l'attribuzione del numero di partita IVA e dichiarare i compensi percepiti ai fini IRPEF come redditi diversi.

**PARERE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE**

Con riferimento alla richiesta presentata, occorre rilevare, in via preliminare, che l'istanza di interpello in esame e' da ritenersi inammissibile in quanto non sussistono i presupposti stabiliti dall'articolo 3, del decreto 26 aprile 2001, n. 209, sulle modalita' di esercizio dell'interpello. In particolare il comma 1, lettera b), dell'articolo 3, del citato decreto chiarisce che l'istanza di interpello deve riferirsi ad un caso concreto e personale del contribuente.

Dall'esame della documentazione trasmessa si evince, invece, che la richiesta di consulenza non e' riconducibile ad interessi personali ma ad interessi di rilevanza generale.

Per tali motivi, la scrivente ritiene che la richiesta presentata non possa essere trattata come "interpello del contribuente" sul piano degli effetti.

Cio' nonostante, si reputa opportuno esaminare nel merito la questione prospettata, rappresentando qui di seguito un parere che non e' produttivo degli effetti tipici dell'interpello di cui all'art. 11 della legge 27 luglio 2000, n. 212.

Con riguardo al caso di specie in cui i medici, dipendenti in rapporto esclusivo, sono autorizzati dall'Azienda Ospedaliera ad espletare la consulenza medico-legale a titolo personale, al di fuori dell'attivita' intramuraria (secondo una prassi riconosciuta legittima da Ministero della Salute) occorre distinguere l'ipotesi in cui le prestazioni medico legali siano rese all'Autorita' giudiziaria, nell'ambito del procedimento penale, dalle diverse ipotesi in cui siano rese nel quadro di un giudizio civile o eseguite per finalita' assicurative, amministrative, e simili.

Infatti, nel primo caso l'attivita' di consulenza prestata al magistrato (nel quadro del giudizio penale) costituisce esercizio di pubblica funzione. Pertanto il trattamento fiscale dei relativi compensi va determinato in base all'art. 50, comma 1, lett. f), del TUIR, il quale

Risoluzione del 12/03/2007 n. 42

ricomprende, in linea di principio, tali somme tra i redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente.

I predetti compensi, peraltro, ai sensi della norma citata, perdono la qualificazione di redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente, per essere attratti nella categoria reddituale propria del soggetto esercente la pubblica funzione, nell'ipotesi in cui questi svolga attivita' di lavoro autonomo o di impresa.

In base alla previsione del richiamato art. 50, lett. f), le attivita' che costituiscono pubbliche funzioni non sono di per se' idonee a configurare il presupposto soggettivo ai fini IVA, in quanto possono essere ricondotte all'esercizio di attivita' professionali o all'esercizio d'impresa solo se poste in essere da soggetti che svolgono altre attivita' di lavoro autonomo o d'impresa.

Si precisa, altresì, che nel caso in cui operi, invece, l'attrazione al reddito professionale, l'attivita' di consulenza assume rilievo anche ai fini dell'imposta sul valore aggiunto con la conseguenza che le prestazioni devono essere assoggettate al tributo con applicazione dell'aliquota IVA del 20%.

Passando all'esame dell'altra fattispecie, si ritiene che qualora l'attivita' di consulenza abbia finalita' assicurative o amministrative, e sia svolta con carattere di abitudinalita' da parte del professionista, il relativo reddito (ritratto da un'attivita' tipicamente libero-professionale) dovra' essere assoggettato al regime proprio del reddito di lavoro autonomo, di cui all'art. 53 del TUIR. Risulta pertanto applicabile, in tale caso, la disciplina prevista per i redditi di natura professionale dell'art. 54 del TUIR, che implica, ovviamente, dal punto di vista dell'imposta sul valore aggiunto, il necessario possesso della partita IVA.

Nel caso in cui, invece, l'attivita' di consulenza medico-legale sia prestata in maniera occasionale i relativi onorari saranno qualificati come redditi diversi, di cui all'articolo 67, comma 1, lett. l), del TUIR, in quanto trattasi di compensi derivanti da attivita' di lavoro autonomo non esercitate abitualmente.

In tale ultima ipotesi, attesa la mancanza di abitudinalita' nell'esercizio dell'attivita', le operazioni restano escluse dal campo di applicazione dell'IVA per carenza del presupposto soggettivo.

Ne deriva che il medico dipendente, in rapporto esclusivo, dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera, qualora intenda effettuare solo in via occasionale prestazioni medico-legali in forza di autorizzazioni specifiche dell'Ente, non e' obbligato all'apertura della partita IVA.

# Amministratore di sostegno

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia nella seduta del 12.06.2007 ha esaminato la legge 9 gennaio 2004 n. 6 che riguarda la cd. "amministrazione di sostegno", istituto giuridico che viene affiancato a quelli tradizionali e più noti dell'interdizione e dell'inabilitazione (artt. 414-415 c.c.) ed ha espresso un proprio parere.

Il legislatore con questo intervento ha modificato la rubrica del Titolo XII del Codice che ora è intitolata "Delle misure di protezione delle persone prive in tutto od in parte di autonomia" ed è a sua volta suddivisa in due Capi, I - "Dell'amministrazione di sostegno" e II - "Dell'interdizione, della inabilitazione e della incapacità naturale".

L'approfondito esame della normativa in questione ha evidenziato come nel procedimento rivesta un ruolo centrale la figura del **medico** e l'Ordine ha inteso sottolineare tale peculiarità.

A cura del dott. Davide **Roncali**, medico legale e Tesoriere dell'Omceo di Venezia e del dott. Renato **Fameli**, gergiatra e Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Omceo di Venezia.

## PARERE

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia, nella seduta del 12.06.2007, ha esaminato la legge 9 gennaio 2004 n. 6 inerente la cd. "amministrazione di sostegno", novello istituto giuridico che si affianca a quelli più noti dell'interdizione e dell'inabilitazione (artt. 414-415 c.c.).

Il legislatore non ha solamente promulgato una legge speciale ma ha anche provveduto a modificare la rubrica del Titolo XII del codice ora intitolata "Delle misure di protezione delle persone prive in tutto od in parte di autonomia", a sua volta suddivisa in due Capi, I - "Dell'amministrazione di sostegno" e II - "Dell'interdizione, della inabilitazione e della incapacità naturale".

La fattispecie riconosce come requisiti necessari per l'adozione dei conseguenti provvedimenti un'**infermità** ovvero una menomazione **fisica** o **psichica** che rendano il soggetto, anche solo parzialmente o temporaneamente, incapace di provvedere ai propri interessi (art. 404 c.c.).

Se da un lato il "presupposto necessario per l'inabilitazione o l'interdizione di un infermo di mente non è l'esistenza di una tipica malattia mentale con caratteristiche patologiche ben definite bensì la presenza di un'alterazione delle facoltà mentali tali da dar luogo ad un'incapacità parziale o totale di provvedere ai propri interessi" (Cass. 12/05/48, n. 704 in Giur. It. Rep. 1948,

voce "infermità di mente", n. 6) in conseguenza della nuova normativa qualora l'infermità mentale o la menomazione psichica non presentino caratteri tali da legittimare i più restrittivi provvedimenti dianzi indicati, o ci si trovi al cospetto di un'infermità fisica che grandemente ostacoli il soggetto, ci si potrà orientare verso uno strumento "flessibile" quale per l'appunto la cd. "amministrazione di sostegno".

Viene così prefigurata una "gradualità" della misura di tutela in cui la maggiore o minore restrizione della capacità di agire è direttamente "proporzionale" al grado dell'infermità e questo per riuscire a far concretamente fronte a quelle che sono le più disparate situazioni di debolezza e di fragilità.

L'approfondito esame della normativa in questione ci ha consentito di comprendere come nel procedimento rivesta un ruolo centrale la figura del **medico**, che è il professionista in grado di **diagnosticare** gli stati patologici di natura "fisica" o "psichica" che possono incidere in modo anche significativo sul procedimento di formazione e di manifestazione della volontà di un soggetto.

A parere degli scriventi si appalesa come indispensabile che l'assistenza venga prestata al soggetto bisognoso innanzitutto dai medici che avranno naturalmente **cura** di produrre le certificazioni ed ogni altra documentazione sanitaria probante le condizioni cliniche dell'assistito ad

Leggi e circolari

espressa **richiesta del magistrato**, non essendo deontologicamente possibile esaudire richieste di terzi.

Riteniamo altrettanto auspicabile che la **valutazione** a fini di giustizia dei suesposti casi di “infermità” venga affidata di preferenza a sanitari specialisti che siano forniti delle necessarie cognizioni giuridico-normative e clinico-diagnostiche che consentano loro di adeguare la tradi-

zionale criteriologia di accertamento della natura e grado della menomazione fisica e/o psichica della persona disabile alla mutata realtà normativa, così da poter fornire al magistrato il richiesto “parere tecnico motivato”.

*Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia*

# 24

## Linee di indirizzo a servizio degli iscritti, prodotte dall'OMCeO di Venezia a seguito dell'entrata in vigore della Lg. 248/06 (legge Bersani)

Il presente documento rappresenta uno strumento di orientamento per l'iscritto e consente di individuare caratteristiche e contenuti del messaggio pubblicitario, suggeriti dall'Ordine di Venezia a garanzia della deontologia professionale; fornisce un utile strumento per comprendere il tipo di valutazione che l'Ordine è tenuto ad esprimere ai sensi e per gli effetti della Legge 4 agosto 2006, n. 248, art. 2.

Approvato dal Consiglio Direttivo con deliberazione n. 20/07 del 29 maggio 2007

Il documento si suddivide in quattro differenti capitoli:

- CARATTERISTICHE ESTETICHE, ove si elenca una serie di strumenti pubblicitari fra i più diffusi e per ognuno di essi vengono stabilite alcune caratteristiche tipiche. Lo scopo è quello

di tutelare il decoro della professione, come previsto dall'art. 56 del Codice Deontologico, evitando il ricorso a forme pubblicitarie di carattere spiccatamente commerciale e propagandistico. Nella determinazione delle caratteristiche tipiche sono stati assunti, come parametro di riferimento, dati normativi preesistenti, ove applicabili. Eventuali ulteriori strumenti pubblicitari rispetto a quelli codificati, saranno oggetti di specifica valutazione.

- CONTENUTO DEL MESSAGGIO, ove si elencano le varie tipologie di informazione che è possibile fornire all'utenza con a fianco le raccomandazioni sul loro contenuto, tenendo conto della disciplina prevista dal Codice Deontologico e dalle linee-guida allegate al Codice stesso ed integrandole, ove ritenuto necessario, in settori e ambiti particolari.

- VALUTAZIONE DELL'ORDINE, ove viene

descritta la procedura di comunicazione e di valutazione dei messaggi pubblicitari, allo scopo di tutelarne, quanto all'estetica, la dignità ed il decoro e, quanto ai contenuti, la trasparenza e la veridicità.

- DIVIETI, ove si riassumono le principali limitazioni al contenuto pubblicitario, a valere per tutti gli strumenti pubblicitari.

### **CARATTERISTICHE ESTETICHE STRUMENTI PUBBLICITARI CARATTERISTICHE CONSIGLIATE**

Deve considerarsi pubblicità qualsiasi forma di messaggio, in qualsiasi modo diffuso, con lo scopo di promuovere le prestazioni professionali in forma singola, associata o societaria.

Non è ammessa alcuna forma di pubblicità meramente commerciale, promozionale, comparativa e ingannevole. Scopo principale del messaggio deve essere quello di fornire all'utenza informazioni utili e veritiere a consentire l'esercizio della propria attività professionale.

Le caratteristiche del messaggio devono quindi essere decorose per grafica e contesto.

IL Documento definisce caratteristiche:

- DEL CONTENUTO DEL MESSAGGIO PUBBLICITARIO – DELLA TIPOLOGIA DI INFORMAZIONE – DELLE LINEE DI INDIRIZZO NOMINATIVO

E quindi indica:

TITOLO ACCADEMICO  
TITOLO PROFESSIONALE  
DOMICILIO PROFESSIONALE  
TITOLI DI SPECIALIZZAZIONE  
LIBERE DOCENZE E MASTER  
UNIVERSITARI  
ALTRI TITOLI PROFESSIONALI E DI  
CARRIERA, CURRICULUM  
FORMATIVO E PROFESSIONALE

ATTIVITA' SVOLTA E SERVIZI PRESTATI  
MODALITA' DI ACCESSO  
COLLABORATORI E PERSONALE  
AUSILIARIO  
TARIFFE  
ADESIONE A MUTUE INTEGRATIVE  
EDUCAZIONE SANITARIA E INDAGINI  
STATISTICHE  
PARTICOLARITA' PER LA DIFFUSIONE  
DEL MESSAGGIO PUBBLICITARIO  
TRAMITE LA RETE INTERNET  
EMAIL E NEWSLETTER

- VALUTAZIONE DEONTOLOGICA DEL MESSAGGIO PUBBLICITARIO E DIVIETI

In caso di violazioni deontologiche - se il messaggio non corrisponde ai criteri stabiliti - l'Ordine procederà disciplinarmente nei confronti del collega responsabile.

Inoltre, considerata la deliberazione del Consiglio Nazionale Fnomceo del 18.05.2002 sulle Medicine Non Convenzionali e vista la deliberazione n. 51/2007 del Comitato Centrale della Fnomceo, che mira a riempire un vuoto legislativo sulla materia delle Medicine Non Convenzionali, è possibile chiedere all'Ordine il permesso di utilizzare i titoli: *agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica*, ai fini dell'informazione sanitaria relativa all'esercizio delle Medicine Non Convenzionali.

**\*\*\* Il testo integrale del documento e la modulistica è consultabile e/o scaricabile dal sito [www.ordinemedicivenezia.it](http://www.ordinemedicivenezia.it) link: "modulistica" – "pubblicità sanitaria" / "modulo medicine non convenzionali", oppure a disposizione presso gli uffici di segreteria.**

Leggi e circolari

# La federazione a fianco degli specializzandi

La FNOMCeO scende in campo a favore dei giovani laureati e degli specializzandi attraverso due distinte iniziative, una mozione approvata all'unanimità e una interrogazione parlamentare (che sarà presentata dal Sen. Giuseppe Scalera) rivolta ai Ministri dell'Università e della Ricerca Scientifica e della Salute, la Federazione ha inteso dare il proprio autorevole contributo per porre fine ad una situazione non più sostenibile per migliaia di giovani colleghi in attesa, da sette anni, dell'attuazione del D.Lgs. 368/1999 che istituisce il contratto di formazione specialistico.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO accoglie le preoccupazioni dei giovani laureati in medicina e chirurgia e degli specializzandi che in circa un decennio di lotte non vedono ancora portato a compimento il riconoscimento dei loro sacrosanti diritti di cittadini e di professionisti come previsto dal D. Lgs 368/1999, modificato dalla legge n. 266/2005. A fronte di un numero considerevole di medici in Italia, si hanno le prime avvisaglie di carenza di specialisti, come in altri paesi europei, e poiché per fare uno specialista occorrono 5-6 anni, abbiamo bisogno di una programmazione seria del numero di accessi alle scuole di specializzazione e questo lo rivendichiamo a gran voce come tutori della Professione Medica.

Se l'Università non è in grado di garantire un tale obiettivo, il SSN recuperi il diritto di formare i suoi specialisti avendone le risorse, le professionalità e le competenze.

Ma non è accettabile dissipare risorse umane rappresentate da migliaia di giovani colleghi che vengono mantenuti in una condizione di grave incertezza per il futuro in un'età che dovrebbe essere quella del maggior rendimento professionale. Il Consiglio Nazionale recependo le istanze dei giovani laureati e degli specialisti

## CHIEDE

Al Ministro dell'Università ed al Ministro della Salute

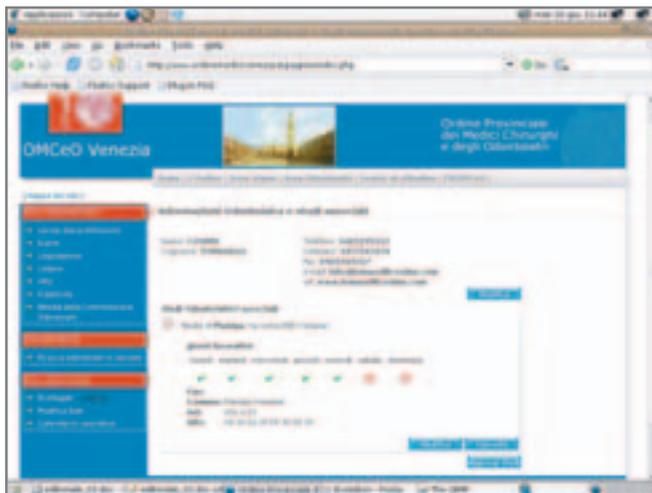
1) che venga definito rapidamente lo schema

tipo del contratto di formazione degli assistenti in formazione;

- 2) che i Ministeri competenti si adoperino affinché siano date alle Istituzioni che sovrintendono alla formazione specialistica direttive uniformi e condivise sull'espletamento dell'impegno assistenziale in regime di tempo pieno degli assistenti in formazione (con espresso riferimento a guardie ordinarie, notturne e festive), sul rapporto tra assistente in Formazione, Università ed Aziende Ospedaliere facenti capo alla rete formativa, sulle modalità dell'esercizio del diritto all'assenza per malattia e gravidanza, sull'epoca precisa e le modalità di accoglimento dei medici in formazione presso le strutture del SSN;
- 3) di prevedere le modalità applicative del disposto legislativo in relazione al futuro ricongiungimento dell'attività lavorativa svolta dall'assistente in formazione durante il periodo di formazione specialistica;
- 4) di prevedere che tutti gli assistenti in formazione vengano sottoposti a Sorveglianza Sanitaria;
- 5) che vengano promosse iniziative formative per tutti gli assistenti in formazione in tema di Risk Management;
- 6) che la programmazione del fabbisogno di posti nelle scuole di specializzazione sia determinato di concerto tra Ministeri interessati, Regioni ed Ordini professionali con metodologia atta a definire con maggiore aderenza le reali esigenze di professionalità specialistiche che provengano dal territorio.

Il Consiglio Nazionale manifesta sostegno e solidarietà ai medici specializzandi ed ai giovani neolaureati, che rappresentano la professione del futuro, che invece di intravedere la risoluzione di un annoso problema, che ci pone fuori dall'Europa, continuano a vivere nell'incertezza di un doveroso riconoscimento e nella fumosità del proprio futuro professionale.

# Il sito WEB dell'Ordine



Sicuramente tutti i colleghi saranno a conoscenza del rifacimento del sito dell'Ordine.

In questa opera di ricostruzione noi Odontoiatri stiamo cercando di inserire una parte interattiva che costituisca da un lato un servizio per gli iscritti, dall'altro un punto di incontro con i cittadini.

In quest'ottica rientra il servizio di ricerca di uno studio odontoiatrico in base alla data e al territorio.

Cercherò qui di spiegare come funzionerà il servizio:

il collega inserisce i propri dati nel sito dell'Ordine: dalla home page dell'Ordine (<http://www.ordinemedicivenezia.it>) il collega va all'Area Odontoiatri (banner orizzontale, in alto), da qui effettua il login (banner verticale, in basso). Ulteriori modalità per l'accesso verranno comunicate nella riunione del 19 settembre. I dati che il collega può modificare sono i suoi dati personali e gli indirizzi del/dei suoi studi. Nella parte degli studi può inserire il suo orario lavorativo settimanale ed eventuali altre note che saranno visibili agli utenti esterni. A questo punto può inserire il suo calendario lavorativo (banner verticale, in basso) tenendo presente un particolare

importante: tutti noi per default siamo in ferie, per cui va inserito l'orario nel quale si lavora e non viceversa. Questo è importante perchè il sistema considera in ferie, e quindi non visualizza tutti i colleghi che non sono mai entrati e non hanno loro in prima persona inserito il loro orario lavorativo.

A questo punto il cittadino può cercare il dentista che lavora in una determinata zona e in un determinato periodo, sempre dalla home page dell'Ordine, dal banner orizzontale, Servizi al Cittadino. A questo punto il citta-

dino può decidere di cercare uno studio in base al comune o all'Aulls. In base poi alla data prescelta il sistema presenterà l'elenco degli studi i cui colleghi hanno espressamente dichiarato che in quel periodo lavorano.

Questo è un primo passo di un sito interattivo aperto ai bisogni della popolazione.

Il

## 19 Settembre alle 20.30

presso la sede dell'Ordine in Via Mestrina, presenteremo questa funzionalità del nostro sito, mostrando dal vivo il modo di utilizzarla. Coloro, cui la presente nota non sia sufficiente, possono partecipare in tale occasione, anche accompagnati dalle proprie segretarie o da chi li può aiutare nella navigazione su web.

*Cosimo Tomaselli*

Leggi e circolari

# FEDER.S.P. E V.

# Assemblea Provinciale 2007

Mestre, 1 aprile 2007

Relazione del Presidente dott. **Italo Franzoso**

28

Gentili Signore, egregi Colleghi,  
inizio con un minuto di silenzio in memoria dei nostri Iscritti deceduti durante l'anno appena trascorso.

Benvenuti a questa assemblea annuale degli iscritti FEDERSPEV della provincia di Venezia. Un doveroso ringraziamento ai neoiscritti per la fiducia accordata alla Federspev e ai Colleghi e alle Vedove di Colleghi non ancora iscritti per avere accolto questo mio invito.

La Federspev è una federazione proiettata nella difesa dei diritti dei Sanitari pensionati e delle Vedove di Sanitari spesso ignorati dai politici e pertanto è un importante punto di riferimento per gli iscritti, offrendo disponibilità costante all'assistenza e al consulto.

Colgo l'occasione per evidenziare la necessità che tutti i soci si sentano più motivati nelle attività della nostra sezione, sensibilizzando i Sanitari pensionati di loro conoscenza a iscriversi alla Federspev in modo da essere più numerosi ed avere quindi maggior peso politico-elettorale.

Un vivo ringraziamento al Presidente dell'OMCeO della provincia di Venezia dott. Maurizio Scassola per la sua prestigiosa partecipazione a questa assemblea. Ringrazio tutto il Consiglio Direttivo dell'Ordine per la stima e la disponibilità che dimostrano verso la nostra associazione. Ringrazio per la loro presenza i Presidenti delle sezioni provinciali Federspev di Belluno dott. Mario Bertolissi, di Treviso, dr.ssa Maria Luisa Fontanin che è anche Presidente Federspev della regione Veneto e il presidente della sezione di Vicenza dott. Luigi Vinanti che è componente del Comitato Direttivo Nazionale.

Sono grato al nostro Presidente onorario dott. Antonio Sartori, a tutto il Consiglio Direttivo e ai Revisori dei Conti Federspev della provincia di Venezia per la loro indispensabile collabora-

zione.

La Federspev, nel suo importante impegno umanitario, ha istituito un **Fondo di Solidarietà**, cioè aiuto materiale a realizzazione immediata in caso di indigenza degli iscritti. Si tratta di un'attività altamente meritoria della Federspev che viene sostenuta dall'apporto economico esclusivo degli Associati. Nel 2006 sono stati consegnati 40 contributi per un totale di 62.000 Euro. Questo dà grande soddisfazione per la fraterna solidarietà dimostrata.

La Federspev stampa un periodico mensile "**Azione Sanitaria**" che viene inviato gratuitamente a tutti gli iscritti per informarli delle iniziative previdenziali e socio-culturali intraprese. Le iniziative socio-culturali-turistiche, che servono come momento di incontro tra noi per conoscerci e per vivere qualche momento di distensione e di svago, vengono attuate specialmente a livello periferico.

Il 31 maggio prossimo scadrà la convenzione della **Polizza** sanitaria Enpam - Generali.

Per gli interessati non sarà sufficiente, come l'anno scorso, rinnovare il bonifico bancario ma bisognerà compilare e sottoscrivere il modulo del nuovo contratto che, con le modalità di adesione, verrà pubblicato nei prossimi numeri nel Giornale della Previdenza, il mensile dell'ENPAM.

L'**ONAOSI** è stata oggetto in questi anni di animate discussioni, con approvazioni e forti dissensi, da parte dei Sanitari perchè nel 2002 una Legge estese l'obbligatorietà della contribuzione ONAOSI a tutti gli iscritti agli Ordini professionali dei Medici, dei Farmacisti e dei Veterinari, pensionati compresi. Per la categoria dei Pensionati la Federspev allora si attivò e ottenne la soppressione di qualsiasi contributo da parte degli ultra 67enni che avessero già effettuato versamenti per 30 anni durante l'attività professionale. La Legge finanziaria 2007 ha ricondotto l'obbligatorietà contributiva esclusivamente ai Sanitari con rapporto di dipendenza pubblica, sconvolgendo impegni e previsioni dell'ONAOSI che forse viene a trovarsi in diffi-



coltà per la forte diminuzione dei contributi e delle entrate, essendo notevolmente ridotto il numero degli iscritti obbligatori da 450.000 a 170.000.

Speriamo non siano compromesse le prestazioni assistenziali agli orfani di nostri Colleghi verso i quali va tutto il nostro affetto.

Ora mi spiace ripetere le solite lamentele e le solite preoccupazioni per la incessante **perdita del potere d'acquisto delle nostre pensioni**. Le pensioni, che in una decina di anni hanno perso il 50% del loro valore iniziale, continuano inesorabilmente a essere svalutate per l'aumento di tutti i beni di largo consumo e per l'inasprimento delle tasse. Noi siamo pensionati veri perchè abbiamo versato tanti contributi durante l'attività professionale. La nostra pensione non è una regalia assistenziale ma la restituzione dei tanti contributi versati. A tale proposito dalla Federspev è stato inviato un esplicito telegramma al Presidente del Consiglio Romano Prodi auspicando che *"nella discussione dei temi pensionistici venga affrontato e risolto il problema reale delle loro pensioni e non soltanto quello delle pensioni minime"*. Sulle nostre pensioni il

prelievo fiscale nel 2007 sarà articolato su quattro scaglioni di reddito, con aumento della tassazione sulle pensioni medie e alte, fino ad arrivare al 43% sulle pensioni che superano i 73.000 Euro annui lordi. Avranno lievi vantaggi le pensioni più basse. Subiremo certamente un maggior prelievo fiscale sulle ritenute IRPEF e sulle addizionali IRPEF regionale e comunale. Pertanto la nostra sarà una pensione più debole di quelle precedenti e qualche pensionato potrà riscontrarlo subito oppure nei prossimi mesi, perchè il congruaggio delle tassazioni può essere effettuato anche con un ritardo di 5-6 mesi facendo allora subire una decurtazione pesante della pensione.

L'inflazione per il 2006 è stata stabilita nel 2%.

Mentre la Federspev perorava l'applicazione delle aliquote ISTAT al 100% su tutte le pensioni, l'INPDAP darà come l'anno scorso un aumento del 2% sulle pensioni mensili lorde fino a 1.308 Euro, poi scalerà all'1,8% per le pensioni più consistenti e quindi applicherà solo l'1,5% sulle cifre eccedenti i 2.180 Euro delle pensioni mensili lorde.

L'ENPAM applicherà come l'anno scorso l'1,5% sulle pensioni fino a 1.890 Euro mensili lordi, mentre sulle quote eccedenti da quest'anno darà soltanto l'1%.

L'ENPAF, Farmacisti, applicherà l'1,9% su tutte le pensioni e l'ENPAV, Veterinari, darà su tutte le pensioni addirittura il 2,1% perchè fa riferimento all'inflazione del solo mese di giugno.

\* \* \*

Il Tesoriere Federspev sezionale dott. Pier Francesco Combi ha presentato all'Assemblea - per la discussione e la votazione - i bilanci consuntivo 2006 e preventivo 2007 che sono stati approvati all'unanimità.

Ha preso poi la parola il Presidente dell'OMCeO della provincia di Venezia, dott. Maurizio Scassola che merita il nostro più vivo ringraziamento per l'interesse e la disponibilità dimostrati verso la nostra associazione.

Il dott. Giuliano Sassi, vice Presidente sezionale Federspev e Revisore dei Conti dell'Ordine, rivolto al Presidente dell'OMCeO ha detto testualmente: *"Sono passati ormai oltre 5 mesi*

*dal rinnovo del Consiglio dell'Ordine. È con un pizzico di immeritato orgoglio che mi sento sempre più onorato di farne parte, così diverso da quello di cui in passato ho già avuto esperienza. Il nuovo modo di lavorare, con l'istituzione dei gruppi di lavoro e l'aiuto ormai corrente di internet e ultimamente del sito web, mi hanno piacevolmente coinvolto, con passione, nella mia attività per la Federspev e non solo. Le proposte e il dialogo, nel rispetto delle singole idee e in un clima di simpatia e di amicizia, sono elementi di un serio e fruttuoso risultato di un lavoro prevalentemente innovativo. Grazie sig. Presidente per l'ineguagliabile assiduo impegno, svolto con dedizione assoluta di spirito di servizio, per la disponibilità, la gentilezza e la cordialità a supporto di una rara competenza. Grazie ancora, sig. Presidente, a lei e a tutto il Consiglio: la vostra stima e considerazione sono da ricercare e meritare ad ogni età. Ho trovato così un nuovo impagabile "stile di vita" per un pensionato, quasi un inspiegabile "vivere sempre" ad onta degli ormai troppi anni.*

*Desidero platonicamente illudermi che "il tempo è una finzione mobile dell'eternità".*

La dinamica Presidente Federspev della regione Veneto dott.ssa Maria Luisa Fontanin, che si sta prodigando per rendere stimolanti e piacevoli i nostri incontri, ha esposto molteplici interessanti proposte socio-turistico-culturali programmate per l'anno 2007.

Il dott. Luigi Vinanti, componente del Comitato Direttivo Nazionale, per non mancare a questo appuntamento ha dovuto affrontare un viaggio molto impegnativo. Lo ringrazio. Egli ci ha comunicato le notizie di attualità che ci interessano e ha spiegato in modo esauriente i problemi dell'ONAOSI che io in precedenza ho soltanto sfiorato.

Alle 12.30, terminata l'assemblea, ci siamo riuniti nell'elegante sala di un ristorante di Mestre per il tradizionale pranzo sociale che, con un ottimo menù, si è svolto in un clima di grande cordialità e amicizia e allietato alla conclusione da un gradito elegante regalo che la dott.ssa Fontanin ha gentilmente offerto ai commensali.

## L'impegno dei medici a tutela dell'ambiente

"Per l'ambiente gli uomini sono responsabili, i medici due volte" è questo lo slogan che caratterizza l'iniziativa avviata dalla FNOMCeO in collaborazione con ISDE-Italia, Associazione Italiana Medici per l'Ambiente, per contribuire alla tutela del diritto individuale e collettivo alla salute e ad un ambiente salubre.

Il progetto è stato presentato con una conferenza stampa lo scorso 15 marzo a Roma. Le notizie di stampa sulle allarmanti conseguenze del cosiddetto effetto serra rendono, se è possibile, ancora più attuale l'impegno dei medici a favore di politiche finalizzate alla riduzione dell'inquinamento atmosferico derivante, sia da un massiccio ricorso alla motorizzazione, che dai sistemi di riscaldamento o dagli insediamenti industriali.

Tutte fonti di contaminazione sulle quali occorrerà intervenire in modo drastico se si vorranno limitare gli effetti nocivi alla salute, in particolare le patologie a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, nonché ridurre la concentrazione nell'aria degli agenti oncogeni. In breve, contrastare l'aumento della mortalità generale causata dall'inquinamento.

Il testo completo del documento ambiente FNOMCeO- ISDE Italia è consultabile sul sito [www.isde.it](http://www.isde.it).

15 settembre 2007

# La coppia e le sue stagioni

**Novotel, Mestre - Venezia**  
tangenziale: uscita Mestre-Castellana

**Responsabile:**

Dott. Carlo Pianon, Direttore U.O. di Urologia, Ospedale "Umberto I" di Mestre  
Azienda ULSS 12, Regione Veneto  
Segreteria, tel: 041 2607532; fax: 041 2607545  
Azienda ULSS 12 Centro Regionale di riferimento per la prevenzione, diagnosi e cura  
dei disturbi della sfera sessuale sia maschili che femminili

**Segreteria Scientifica:**

Dott. Gabriele Optale, Psicosessuologia (Medicina Sessuale), U.O. di Urologia,  
Ospedale "Umberto I" di Mestre  
tel 041 2608120, 335 7865513

**Relatori e moderatori:**

Prof.ssa Jole Baldaro Verde, Prof. Emmanuele A. Jannini,  
Dott. Carlo Pianon, Dr.ssa Valeria Busetto,  
Dott. Tiziano Maggino, Dott. Nicola Piazza,  
Dott. Salvatore Capodiecì, Dr.ssa Silvia Marin,  
Dr.ssa Sara Tabbone, Dott. Carlo De Riva,  
Dr.ssa Raffaella Michieli, Dott. Domenico Trotta,  
Dott. Francesco Libero Giorgino,  
Dott. Gabriele Optale, Don Silvio Zardon

---

Convegni

**Segreteria Organizzativa:**

De Prato Congressi, Corso del Popolo 86/D, 30172 Mestre Venezia  
Tel. e fax 041 0993580 info@silviadeprato.it www.silviadeprato.it

Accreditamento ECM in corso per la figura di Medico Chirurgo

---

31

---

# IL NUOVO SITO DELL'ORDINE È "ON LINE"

The screenshot displays the website for the Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (OMCeO) of Venezia. The header includes the organization's name and logo. A navigation bar at the top contains links for Home, Chi Siamo, Servizi, and Contatti. The main content area is divided into several sections:

- Menu:** Home | Chi Siamo | Dove siamo | Area Odontoiatri | Servizi al cittadino | Contatti
- [Mappa del sito]:** A sidebar menu with categories like "L'Ordine", "Servizi ed eventi", "Mediaticità", and "CCN".
- News:** A central section with a featured article titled "28 giugno - Medici - Interventi" regarding the "amnistia di castegni" (amnesty of castings) for traditional and non-traditional professions. Below it are sections for "Ultime interviste" and "Eventi e Congressi".
- Ultime interviste:** Contains an article about the "Decreto del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia" regarding the "amnistia di castegni".
- Eventi e Congressi:** Lists several events, including "Congresso 'Miglioramento Continuo' - Medici, 28 giugno 2007" and "Congresso 'Miglioramento Continuo' - Medici, 28 giugno 2007" organized by the European Society for Quality in Healthcare.

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

PAX  
TIBI  
EVA  
NGE