

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

Anno XXXVIII - n. 04 del 27 ottobre 2006 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia - Contiene I.R.

**La responsabilità del medico sul
principio di equivalenza tra farmaci**
Questionario sui fabbisogni formativi
Novità fiscali

Convegno a Mirano
**"Comunicazione tra medici:
strumento indispensabile per
un percorso di cura di qualità"**

Il limbo delle convenzioni odontoiatriche



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

04.06

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 BREDÀ
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

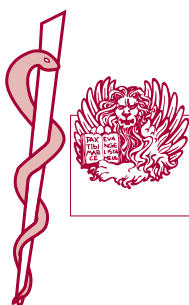
dott. RENATO FAMELI (Presidente)
dott. PASQUALE PICCIANO
dott. GIULIANO SASSI

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

04	Errore medico. E' il momento del confronto!
05	Editoriale Uno sguardo al futuro
08	La responsabilità del medico sul principio di equivalenza tra farmaci
12	Gruppo di lavoro dialogo tra le diverse aree della professione
13	La comunicazione tra medici strumento indispensabile per un percorso di cura di qualità
15	Il limbo delle convenzioni odontoiatriche
17	Convenzioni: sono davvero convenienti?
19	Circoncisione maschile: parere del Consiglio OMceO VE
21	Novità fiscali. Circolare informativa settembre 2006
23	Dottore: ti metto io in riga

24	Questionario sui fabbisogni formativi
26	Circolare del Garante per la protezione dei dati personali
31	FEDER.S.P. e V. pensioni di reversibilità
32	Convegno: "Comunicazione tra medici strumento indispensabile per un percorso di cura di qualità"
34	Convegno: "L'Enpam per i libero-professionisti"
36	Gruppi di lavoro
39	Convegno: "Il medico e l'odontoiatra. Quale ruolo oggi nelle nostre comunità?"
40	Convocazione Assemblea Ordinaria degli Iscritti

Errore medico. E' il momento del confronto!

4

Non esistono in Italia dati affidabili sull'errore medico e sembra che l'unica certezza in questo campo sia "il tiro al piccione"! Si pubblicano articoli con dati spaventosi sull'errore medico, sulle morti evitabili e sulle migliaia di decessi provocati dalla mal-

practice. I dati a sostegno della tesi sono sempre basati su studi internazionali e report statunitensi ("To err is human" report statunitense: Utah and Colorado Medical Practice Study; Harvard medical practice study).

I dati italiani non sono mai supportati da indagini epidemiologiche prospettiche ma solo da revisioni retrospettive i cui metodi di elaborazione rimangono sostanzialmente incerti.

Sino agli anni settanta la giurisprudenza e la dottrina prevalenti consideravano l'errore professionale scusabile se non manifestamente fondato su ignoranza grave e imperdonabile. Negli ultimi anni, in Italia come in altri paesi occidentali, le accuse di omicidio colposo hanno visto un vero boom.

Ma dobbiamo riflettere anche sul fatto che un giornale autorevole come il British Medical Journal abbia bandito, da qualche anno, la parola "accidentale" dalle sue pagine: la maggior parte dei danni conseguenti ad un errore sono considerati prevedibili e prevenibili.

Deve essere posta con forza la necessità di integrare, nei Percorsi di Cura, il Sistema Qualità ed il Sistema Sicurezza; deve essere fornito, a tutti gli Operatori, un Sistema di Protezione nei confronti del Rischio di Errore. E' necessario porre la nostra attenzione sulla organizzazione complessiva del lavoro.

E' tanto più importante questo ribaltamento di prospettiva quando, nell'ambito dell'Errore, 6 italiani su 10 addebitano le colpe agli operatori e solo 2 su 10 all'organizzazione del lavoro! Vi è la



diffusa percezione che l'errore sia quasi sempre riferibile all'individuo.

L'errore in medicina rappresenta un formidabile "laboratorio" di conoscenza, di comunicazione e di confronto; l'analisi di questi "eventi" costituisce forse il più utile degli insegnamenti.

Le attività mediche si inseriscono in un contesto che non è solo quello della Sanità ma quello della Salute, la cui complessità concettuale rappresenta anche la complessità delle variabili in gioco e sembrerebbe produttivo per il Sistema Salute impiegare più risorse per implementare il Sistema Sicurezza.

Solo con questa metodologia di approccio sarà possibile svolgere una attività di **Revisione Sistemica dell'Errore** che può incentivare una metodologia corretta nella ricerca della **Qualità**. Il **Consenso Informato** poteva essere un potente strumento "relazionale" e di "contenimento dell'errore"; si è invece rilevato più che uno strumento della Dottrina, dell'Etica, della Deontologia e della Buona Pratica Medica uno stanco rituale della Prassi.

Le nostre attività devono svolgersi secondo **Principi** condivisi ed è la misura in cui noi li riconosciamo come comuni che ci permette di vivere in armonia, in "simpatia" con i nostri simili ed in particolare con i Colleghi.

I principi non sono legati al nostro credo religioso ma sono valori etici universali e trasversali che, nell'ambito dell'umanizzazione delle cure, indicano **percorsi certi, non discutibili**. Nella nostra esperienza umana e professionale dobbiamo dialogare e confrontarci su questi comuni principi.

Una **Formazione Trasversale alla Professione** (tra Colleghi di vari ambiti lavorativi) sui temi della **Comunicazione** e della **Relazione** è sfida

per crescere professionalmente ed umanamente “insieme” ma anche per riscoprire, nel proprio ambito professionale, il valore del lavoro in equipe e della “consapevolezza” che i buoni meccanismi relazionali creano un ambiente di lavoro favorevole.

Questo percorso ha la sua naturale ricaduta sulla qualità della **Relazione Medico/Paziente** e sulla **Appropriatezza** dell’atto medico.

La tecnologia, la parcellizzazione delle attività e

delle specialità è spesso motivo di allontanamento, di incomunicabilità, tra medici e tra medico e paziente.

Il riconoscimento dei comuni principi, l’affinamento della nostra sensibilità e della capacità di relazionarsi agli altri avrà ripercussioni positive sulla qualità della Professione che rappresenta una dimensione ed un indicatore della qualità della nostra vita.

Maurizio Scassola

Uno sguardo al futuro



All’Albo Odontoiatri della provincia di Venezia sono iscritti al momento 729 Odontoiatri, di cui 699 sotto i 65 anni. In tabella 1 mostriamo il numero di Odontoiatri sotto i 65 anni divisi per cluster di 5 anni.

1940-1944	22
1945-1949	49
1950-1954	159
1955-1959	194
1960-1964	120
1965-1969	59
1970-1974	50
1975-1979	40
1980-1981	6
	699

Tabella 1: iscritti all’albo Odontoiatri della Provincia di Venezia divisi per anno di nascita

Nella tabella e nel grafico seguenti riportiamo invece una proiezione dell’andamento degli iscritti, ipotizzando un tasso di nuove iscrizioni tra le 5 (nella colonna “iscritti min”) e le 10

(nella colonna “iscritti max”) all’anno, tenendo conto del numero attuale di iscritti al corso di laurea in Odontoiatria dell’Università di Padova:

anno	iscritti min	iscritti max
2006	699	699
2007	698	703
2008	698	708
2009	701	716
2010	697	717
2011	698	723
2012	696	726
2013	687	722
2014	679	719
2015	673	718
2016	660	710
2017	639	694
2018	610	670
2019	577	642
2020	539	609
2021	510	585
2022	470	550
2023	430	515

Editoriale

5

2024	397	487
2025	370	465
2026	334	434
2027	315	420
2028	304	414
2029	286	401
2030	275	395
2031	257	382
2032	257	387
2033	252	387
2034	243	383
2035	241	386

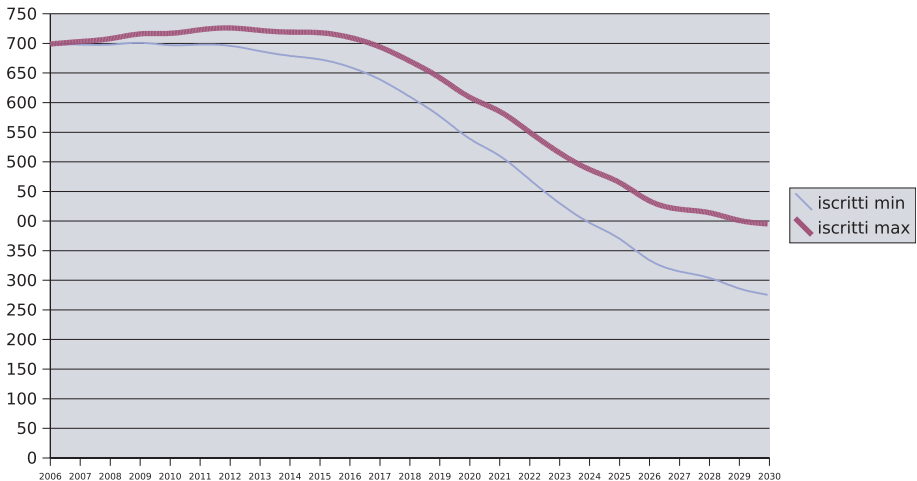
- il numero totale di iscritti comunque resterebbe invariato fino al 2016
- tra il 2016 e il 2024 assisteremo ad un calo di circa 300 iscritti. Questo significa che gli studi che verranno dismessi in quegli anni non avranno alcun valore economico, perchè l'offerta di studi da parte di colleghi che andranno in pensione sarà molto più elevata della domanda di studi da parte dei colleghi che subentreranno.

I dati esposti nel presente editoriale hanno lo scopo di farci comprendere quale sarà il panorama dell'odontoiatria nella nostra provincia nel prossimo futuro. Ovviamente oltre ai dati presentati dovremmo tenere conto anche di:

- evoluzione della patologia cariosa. La tenden-

Tabella 2: proiezione degli iscritti all'albo Odontoiatri della provincia di Venezia dal 2006 al 2035

Iscritti all'albo Odontoiatri di Venezia



Il grafico rende in modo molto chiaro la situazione che ci attendiamo per i prossimi anni. Alcune considerazioni:

- prendendo in considerazione solo i colleghi sotto i 65 anni, abbiamo un rapporto dentisti/popolazione, nella provincia di Venezia, di 1/1176. L'OMS indica come rapporto ottimale quello di 1/2000.
- arriveremo ad un numero di iscritti di circa 400 in provincia tra il 2024 e il 2030, con un rapporto dentisti/cittadini finalmente pari all'auspicato 1/2000, sempre ammesso che la popolazione resti stabile.
- un numero di nuovi iscritti di 10 all'anno garantirebbe dopo tale data il mantenimento di 400 iscritti, con 5 nuovi iscritti si arriverebbe invece a 200 iscritti totali entro il 2040.

za generale nel mondo occidentale è di una sua diminuzione, ma devo dire che ultimamente ho l'impressione di una inattesa recrudescenza: erano anni che non vedevo bambini con tutti i denti da latte cariati, e soprattutto non li vedevo in famiglie di ceto medio-alto. Non ho ancora visto dati che confermino questa mia impressione, ma ciò non mi ha impedito di riflettere su di un dato nuovo nelle nostre società, ovvero sia l'aumento di famiglie separate, e di mettere questo in relazione con dati che provengono dagli USA sulla patologia minorile: il 90 % dei senzatetto, l'85% dei bambini con disturbi comportamentali, l'80% degli stupratori, l'85% degli adolescenti detenuti in prigione provengono da famiglie senza padre (Fonte: Fulton Co. Georgia jail populations, Texas Dept. of Corrections 1992)

- *l'evoluzione della patologia ortodontica. E' pacifica l'osservazione che molte malocclusioni siano in relazione con una alimentazione inadeguata, con abitudini viziate o con disturbi respiratori connessi con la civilizzazione. Che impatto potrà avere in futuro questa patologia, tuttavia, dipende anche da altri fattori: il numero totale di bambini e le disponibilità economiche delle famiglie*
- *l'aumento di extracomunitari, clandestini o in regola, sta inoltre introducendo fenomeni fino a pochi anni fa inimmaginabili: molti clandestini si curano presso dentisti clandestini, totalmente trasparenti a qualunque indagine conoscitiva, con situazioni igieniche di cui veniamo a conoscenza solo all'emergere di casi limite.*
- *l'introduzione di nuove figure professionali: da poco è stato istituito l'Ordine professionale delle Igieniste ed è presumibile che a breve le laureate in Igiene potranno aprire partita IVA e attività in proprio. A mio modesto parere sarebbe molto negativo per la professione medica e odontoiatrica in particolare se tale Ordine si collocasse all'esterno dell'Ordine dei Medici. Ritemo sarebbe urgente uno sforzo per ricondurre all'interno del nostro Ordine tutte le professioni che ruotano attorno alla cura della salute, ma temo di essere una voce nel deserto. Contemporaneamente non dobbiamo dimenticare le spinte alla creazione dell'odontoprotesista e dell'ortoprotesista, ma al momento è difficile prevedere una evoluzione in questi settori.*
- *l'impegno del pubblico nella prevenzione e nella terapie delle malattie orali. Tasto doloroso con cui proprio noi dentisti ci scontriamo quotidianamente. I pazienti che devono rinunciare a cure indispensabili sono sempre di più e non assistiamo ad una presa di coscienza adeguata da parte delle istituzioni. La legge 22/2002, che composamente vorrebbe regolamentare l'erogazione di cure sanitarie da parte della Regione Veneto, ha imposto agli studi dentistici che hanno chiesto l'autorizzazione un costo economico non indifferente, soprattutto in prospettiva futura, senza tuttavia che vi sia la neppure lontana ipotesi di finanziamenti a favore degli studi autorizzati o delle categorie di cittadini disagiati.*
- *il modello di sanità futuro. L'attuale modello di sanità difficilmente sopravvivrà al prossimo futuro, per la diminuzione delle risorse a disposizione e per l'aumento delle patologie da invecchiamento. E' chiaro che se la sanità*

generale dovesse passare a totale carico dei cittadini, la possibilità di dover spendere per cure "salvavita" (interventi chirurgici, cardiovascolari, ortopedici...) stornerebbe risorse dall'odontoiatria. Sempre a mio modesto parere, è un vero peccato che del futuro della sanità i politici, le istituzioni e i sindacati medici ne discutano sempre senza tenere conto e senza invitare la componente odontoiatrica.

Mi rendo conto che il quadro descritto presenta molte zone d'ombra e ben poche certezze. Forse è anche per questo che abbiamo voluto organizzare per il 16 Dicembre un incontro con il vice presidente dell'ENPAM, dott. Giampiero Malagnino: se proprio il futuro è così incerto, occuparci di come vengono usati i nostri contributi previdenziali e che prospettive ci attendono quando andremo in pensione è quanto mai appropriato e urgente.

Cosimo Tomaselli



Editoriale

7

La responsabilità del medico sul principio di equivalenza tra farmaci

8



L'approvvigionamento di farmaci e devices sanitari attraverso lo svolgimento di gare d'appalto regionali che hanno come obiettivo la razionalizzazione della spesa, non esonera il medico prescrittore dalla propria responsabilità professionale.

Per questo motivo, su proposta della Commissione Etica, il Consiglio dell'Ordine ha approvato il parere che la Commissione stessa aveva richiesto al consulente legale dell'Ordine della Provincia di Venezia, avv. Simone Zancani, circa gli aspetti relativi alla responsabilità del medico sul principio di equivalenza fra i farmaci e l'organizzazione sanitaria.

Salvatore Ramuscello

1 – Premessa.

L'economia del presente contributo non consente di tracciare, neppure riassuntivamente, il quadro dei fattori che hanno condotto all'affermazione e, successivamente, all'attuazione del principio di equivalenza nella provvista dei prodotti necessari all'attività sanitaria.

Si tratta di fattori ben noti che vanno dalla necessità di contenere la spesa per il servizio sanitario avviando economie di scala, alla esigenza di adeguare il sistema nazionale alle norme comunitarie che impongono di aprire il mercato dell'approvvigionamento delle strutture sanitarie (v., in particolare, la direttiva 2004/18/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004).

Un sistema siffatto, ove l'acquisto dei prodotti rischia di rispondere più ad esigenze di bilancio che di efficienza, tende – direi quasi inevitabilmente – a comprimere le scelte terapeutiche del medico, soprattutto laddove questi sia inquadrato in ambito ospedaliero: l'estensione di tale compressione è inversamente proporzionale al ruolo effettivamente assegnato ai medici nelle procedure di acquisto.

È, infatti, evidente come l'individuazione delle caratteristiche necessarie del prodotto e la valutazione dell'effettiva equivalenza delle specifiche tecniche dei prodotti proposti dai partecipanti alle gare ed ogni ulteriore giudizio sulla idoneità del prodotto costituiscano momenti di cruciale importanza nell'economia e nella qualità del servizio offerto al paziente.

Del pari, le condotte di chi è chiamato ad utilizzare, nella pratica clinica, i prodotti acquistati dalle Aziende finiranno per essere fortemente condizionate dall'applicazione in concreto del principio di equivalenza.

2 – Inquadramento del problema.

Ogni considerazione sulla responsabilità del medico per l'uso di prodotti acquistati dalla strut-



tura in ragione del principio di equivalenza presuppone che, in concreto, non vi sia affatto una reale “equivalenza” tra i prodotti: se, in ipotesi, un farmaco si rivelasse del tutto identico a quello sostituito, la sostituzione non spiegherebbe alcuna influenza sulla responsabilità di chi tale farmaco prescrive ovvero utilizza.

In altre parole, per potersi ipotizzare una incidenza del prodotto “equivalente” sulla responsabilità del medico, occorre che tale prodotto sia di qualità inferiore rispetto a quello sostituito ovvero normalmente utilizzato.

Del pari, pare opportuno sottolineare come l’uso necessitato di un prodotto “minusvalente” non abbia alcun effetto assorbente ovvero “scriminante” della responsabilità del medico laddove tale minusvalenza non si ponga in un rapporto di successione eziologica giuridicamente rilevante rispetto all’evento.

Le considerazioni che seguono, dunque, presuppongono necessariamente che il prodotto sia minusvalente e che il suo uso sia la causa (o, quantomeno, una delle cause) dell’evento dannoso.

3 – Profili di responsabilità civile e penale.

Come noto, cagionare colposamente un danno alla integrità fisica (lesioni personali) ovvero alla vita (morte) costituisce un illecito tanto per il diritto civile, quanto per il diritto penale.

Non è questa, ovviamente, la sede per tracciare i profili distintivi delle forme di responsabilità che discendono dalla commissione di tali illeciti.

In un’ottica di estrema sintesi, pare opportuno rammentare come la condotta colposa del medico che produca una lesione personale ovvero la morte di un paziente è un fatto generatore di responsabilità civile e penale.

Per quanto attiene al diritto civile, la responsabilità per l’evento dannoso cagionato dall’uso di un prodotto minusvalente, in particolare, deve ritenersi fonte di responsabilità contrattuale tanto per la struttura sanitaria quanto per il medico (responsabilità da contatto sociale).

Dalla responsabilità civile discende l’obbligazione risarcitoria di contenuto patrimoniale nei confronti del danneggiato, eventualmente garantita da un contratto di assicurazione.

La colposa causazione di lesioni personali o della morte in ragione dell’uso di un prodotto minusvalente costituisce, altresì, reato ai sensi degli art. 589 e 590 c.p.: del reato rispondono personalmente tutti coloro che hanno contribuito causalmente, con una propria condotta colposa, alla causazione dell’evento dannoso.

Tutti i medici che, dunque, cagionano una lesione o la morte di un paziente a causa dell’uso imperito ovvero imprudente di un prodotto minusvalente sono penalmente responsabili.

4 – La colpa nell’uso del prodotto minusvalente.

Le ipotesi di colpa per l’uso di un prodotto minusvalente, seppur variamente configurabili, possono essere inquadrate – sempre in un’ottica di estrema sintesi – nelle (macro) categorie dell’imperizia e dell’imprudenza.

Il primo profilo attiene, come noto, al rispetto delle *leges artis*: l’imperizia ricorre nei casi nei quali il prodotto minusvalente utilizzato non sia congruo rispetto alla situazione ed alle esigenze cliniche del paziente.

È evidente come tale profilo di responsabilità può configurarsi solo laddove il medico sia in grado di conoscere quali sono le reali caratteristiche del prodotto utilizzato: tale conoscenza, evidentemente, non può che derivare dalla scheda tecnica del prodotto e dalla esperienza di utilizzo.

Laddove il medico, a conoscenza delle reali caratteristiche del prodotto (e, dunque, dei profili di minusvalenza del *device* o del farmaco), lo utilizzi in presenza di un quadro clinico che impone l’uso di un prodotto diverso e migliore, sarà configurabile un addebito di imperizia.

Si tenga conto che, a fronte dell'obbligo di denuncia della minusvalenza gravante sul medico (v. *infra*, par. 5), tale profilo può emergere con rilievi di particolare gravità.

Il secondo profilo attiene alla mancata osservanza delle regole di prudenza ossia delle regole che impongono

di astenersi dal tenere condotte che possano essere pericolose: le condotte imperite sono quelle caratterizzate da avventatezza, mancanza di ponderazione e di adozione delle opportune cautele. Per quanto attiene ai prodotti "equivalenti" sarà considerata imprudente la condotta di chi usa un determinato prodotto senza una ragionevole e fondata certezza delle sue caratteristiche e qualità (*i.e.* della sua efficacia rispetto all'uso che del prodotto deve essere fatto): si pensi al caso di un approvvigionamento di un *device* prodotto nella Repubblica Popolare cinese del quale il medico operante non sia in grado di conoscere personalmente le specifiche tecniche.

In tale ipotesi potrebbe non spiegare alcun effetto favorevole al medico il fatto che il prodotto minusvalente sia stato giudicato positivamente dalla struttura che lo ha acquistato: in tali casi può configurarsi, infatti, la c.d. colpa per assunzione (del rischio).

Da un punto di vista puramente dogmatico, a tali profili di carattere materiale, dovrebbe aggiungersi anche un elemento di carattere soggettivo (rimproverabilità in concreto della condotta antidoverosa): tuttavia, è bene significare come la giurisprudenza tenda ad esaurire il giudizio sulla colpa (tanto in ambito penale quanto in ambito civile) nell'accertamento della mera violazione della norma cautelare di prudenza o perizia che si ponga in nesso causale con l'evento dannoso.

5 – La responsabilità del medico per la mancata denuncia della minusvalenza del prodotto.

Ogni medico è investito, come



noto, di una posizione di garanzia nei confronti del paziente: si tratta di una posizione di "protezione", espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articoli 2 e 32 della Carta fondamentale, che si esprime nell'obbligo di tutelare il paziente contro qualsi-

voglia pericolo che ne minacci l'integrità.

Tale obbligo di protezione coinvolge l'intera attività sanitaria e dura per l'intero tempo del turno di lavoro.

Una siffatta posizione di garanzia, che impone al medico di evitare ogni pericolo al paziente, si traduce (ma non si esaurisce) in un vero e proprio obbligo di segnalazione e denuncia alla propria struttura di appartenenza delle fonti di pericolo di origine organizzativa.

In simile contesto giuridico, l'accertamento (ovvero il ragionevole e fondato sospetto - *near miss*) di una minusvalenza del prodotto messo a disposizione dalla struttura rispetto a quello sostituito – o comunque necessario – deve essere immediatamente segnalato alla struttura di appartenenza in forma esplicita (non pare sufficiente un anonimo *incident report* nei protocolli di *risk management*).

In difetto di denuncia, il medico commette una omissione rilevante ai sensi dell'art. 40 c.p.: qualora tale condotta sia caratterizzata da colpa, il medico potrà essere – quantomeno in astratto –

chiamato a rispondere degli eventi dannosi che si sarebbero potuti evitare se la denuncia fosse stata tempestiva.

6 – La responsabilità della struttura: profili di rapporti con la responsabilità del medico.

Ancorché siano ipotizzabili profili di responsabilità penale anche in capo ai responsabili delle scelte di approvvigio-



namento della struttura sanitaria, questa – come persona giuridica – non è perseguibile penalmente, restando invece obbligata al risarcimento del danno cagionato dall'uso del prodotto minusvalente.

La responsabilità, in particolare, dell'ente ospedaliero nei confronti del paziente ha natura contrattuale, e può conseguire all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, ai sensi dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta direttamente dal medico, anche in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale.

Dal carattere contrattuale della responsabilità, discende che la struttura, sempre ai sensi dell'art. 1228 c.c., è tenuto a fornire la prova dell'assenza di colpa nell'operato del medico, intesa questa non come "prova negativa", bensì come dimostrazione del fatto che la prestazione è stata eseguita in maniera diligente, in conformità delle regole dell'arte (principio di vicinanza della prova): in altre parole, nel giudizio civile nei confronti della struttura, il danneggiato deve provare il danno, mentre l'Azienda ha l'onere di dimostrare che il danno non è dipeso da propria colpa (giova, a tal proposito rammentare come, invece, in ambito extracontrattuale, l'*onus probandi* sia posto interamente sul danneggiato, il quale deve dare prova tanto dell'evento dannoso quanto della condotta colposa).

Si tratta di una obbligazione solidale con quella (parimenti contrattuale) del medico: tuttavia essendo la fonte originaria della responsabilità (scelta ed acquisto del prodotto minusvalente) propria della struttura, è possibile escludere che

la struttura possa fondatamente rivalersi nei confronti del medico.

7 – Quod agendum.

Il medico che si trovi a dover accertare che il nuovo prodotto è minusvalente rispetto a quello sostituito, come detto, deve immediatamente segnalare alla propria struttura la pericolosità del farmaco o del *device*.

Laddove, nonostante la segnalazione, la struttura non sostituisca immediatamente il prodotto minusvalente, l'unico comportamento che possa escludere qualsiasi addebito di colpa è l'ordine di trasferimento del paziente in un'altra struttura dove vi sia disponibilità del farmaco o del *device* idoneo in relazione al quadro clinico del paziente.

In caso di assoluta impossibilità di un trasferimento, il medico potrebbe comunque andare esente da responsabilità personale per l'uso di un prodotto pericoloso, restando comunque impegnato a valutare attentamente l'esito dell'impiego del prodotto ed a disporre – se possibile e necessario – un successivo trasferimento. Laddove, in siffatte ipotesi, si verificasse un evento dannoso riconducibile al prodotto minusvalente la responsabilità (meramente civilistica) permarrrebbe esclusivamente in capo alla struttura sanitaria responsabile dell'acquisto del prodotto.

Un'ultima annotazione sul consenso informato: il medico deve comunque informare il paziente circa i profili di rischio connessi all'utilizzo del prodotto minusvalente. Una reale informazione (ed un consenso veramente libero) presuppongono, infatti, la piena contezza delle implicazioni che un particolare trattamento assume nei riguardi della salute del paziente.

Avv. Simone Zancani

Attività
dell'Ordine

DUPLICAZIONE TESSERINO DELL'ORDINE

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine, riunito in data 25.07.2006 ha formalizzato l'acquisto dell'attrezzatura necessaria per la stampa, in formato bancomat, dei nuovi tesserini per gli iscritti.

Tutti i Collegi che volessero sostituire quello in loro possesso con il tesserino nuovo formato, possono inviare la richiesta alla segreteria dell'Ordine (Via Mestrina 86 - 30172 Mestre - Ve), allegando una foto formato tessera e Euro 5,00.

Gruppo di lavoro dialogo tra le diverse aree della professione

12

Carissimi,

faccio seguito al gradito invito del Presidente espresso nel Consiglio del 27/6 di relazionare sulla attività passata e futura del nostro gruppo anticipandovi un documento-traccia che spero si possa discutere nel prossimo Consiglio ODM : Dopo i due Convegni di Chioggia e San Donà i referenti congressuali stanno preparando i due documenti riassuntivi da pubblicare sul prossimo Notiziario ODM accompagnati da un breve commento del coordinatore.

Traendo spunto dai due Convegni e dalle nostre riunioni interne ci pare opportuno segnalare nuovi possibili temi di attività del gruppo per il 2007. Ne ho parlato in modo informale nei giorni scorsi anche col Presidente M. Scassola.

Si individuano nel rapporto comunicativo tra medici Ospedalieri, del Territorio e Liberi professionisti alcune tematiche calde che, a nostro avviso l'ODM avrebbe interesse ad affrontare. Le sintetizzo:

1. La domanda di consulenze dei medici del Territorio verso i colleghi specialisti e la risposta dei medici specialisti dell'Ospedale non sempre seguono forme e canali appropriati, a volte la domanda è impropria, a volte la risposta non arriva o non è adeguata. Esistono problemi di numeri (eccessi di richiesta) e di sostanza (carichi di lavoro pesanti per tutti gli operatori) che possono avviare il malessere della domanda e della risposta.
2. Un grave problema del SSN sono le lunghe liste d'attesa: una migliore comunicazione con richieste e risposte appropriate può alleviare tale difficoltà per i pazienti e per la professione.
3. Creare una nuova mentalità tra gli operatori per evitare malintesi/contenziosi tra medici e tra medici e pazienti. A volte ciò succede pro-

prio per una mala-comunicazione o anche solo per assenza di comunicazione.

4. Emerge una chiara difficoltà di rapporto nel Governo della Sanità tra i responsabili politico-amministrativi e gli operatori medici. Anche in questo caso in parte si tratta di assenza di comunicazione, in altre parole spesso i primi prendono decisioni senza consultare i secondi. Il risultato talvolta sono percorsi operativi tecnicamente inadeguati o addirittura irrealizzabili. L'ODM, rimanendo nel suo ambito di difesa della qualità della professione, può assumere un ruolo concreto di positiva mediazione?
5. E' gradito un parere, che il gruppo si impegnerà a seguire, da parte del Consiglio ODM sul come tradurre in pratica il lavoro teorico fin qui svolto e quello in via di sviluppo. Inoltre il Consiglio può aiutarci a scegliere in ordine di priorità sui vari argomenti in oggetto.

Posti così sinteticamente tali temi sono semplificazioni di problemi ben più complessi e non solo medici-dipendenti, ma pur riconoscendo ad esempio la criticità spigolosa del confronto tra Territorio e Ospedale, il nostro gruppo ha solo l'intenzione di contribuire a migliorare i rapporti. La discussione nel nostro gruppo dove molte aree della medicina sono rappresentate è stata calda, ma di alto livello dato che ognuno di noi ha imparato e appreso dagli altri, sempre improntata alla reciproca comprensione e mediazione dei diversi punti di vista. E' nostro dovere proporre soluzioni etiche in linea con i criteri propri dell'ODM e in particolare dell'ODM di Venezia che ha finalmente riportato la qualità della professione al centro della sua attività complessiva.

In questo gruppo, (scusate forse è una invasione di campo) è molto sentito il problema del "Mobbing" non solo sul versante dell' Ospedale dove forse è più forte o appare di più, ma anche

in altre attività mediche delle ASL. Si ha la sensazione di un peggioramento. Bene ha fatto il Vice-presidente ad iniziare ufficialmente l'attività in questo settore con un recente convegno-starter, a noi pare opportuno ritornare appena possibile sul tema con l'autorevolezza dell'ODM.

Quale coordinatore del gruppo devo sottolineare con soddisfazione il costante impegno dei componenti, l'atmosfera serena dei confronti, l'ottimale collaborazione trovata nei componenti non

consiglieri, l'ottima organizzazione dei convegni esterni (merito di Collura, Frascati, Fabris Gelli). Naturalmente il gruppo è a disposizione del Consiglio e desideriamo collaborare attivamente alla programmazione dei due prossimi convegni in cantiere (Aulss 13 e Aulss 12).

A nome del gruppo e mio personale esprimo completa soddisfazione per il sostegno avuto dal Consiglio e dal suo Presidente.

Il coordinatore Giorgio Meneghelli.

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

**CHIOGGIA 20 MAGGIO 2006
AUDITORIUM S. NICOLO'**

Cari colleghi,

il 20 maggio si è svolto il primo consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Venezia in sede periferica e Chioggia per prima ha avuto l'onore di ospitarlo presso la sala polivalente del Comune.

Conclusa la seduta del Consiglio dell'Ordine è iniziato l'incontro dibattito "la comunicazione tra Medici strumento indispensabile per un percorso di cura di qualità" presso la bellissima sala Auditorium San Nicolo'.

E' iniziato un percorso che ha come obiettivo primario l'ascolto delle problematiche sanitarie sia del territorio che delle strutture ospedaliere e della libera professione.

Per questo progetto abbiamo coinvolto:

- il Sindaco di Chioggia dott. Fortunato Guarnieri, l'Assessore ai servizi sociali
- dott. Emanuele Malusa, MMG e fiduciario



Attività
dell'Ordine

13

FIMMG di Chioggia e il Direttore generale Aulss 14 dott. Arturo Orsini che ringraziamo per il loro entusiasmo e la loro attiva partecipazione.

Il nostro Ordine ha costituito dei gruppi di lavoro con componenti del Consiglio e componenti esterni al Consiglio affinché siano cerniera delle problematiche etiche-deontologiche-formative dei medici.

Il gruppo di lavoro per “ il dialogo tra le varie aree della professione” referente il dott. Giorgio Meneghelli ha attribuito alla comunicazione tra medici piena dignità e diritto.

Già dal 1998 i MMG di Chioggia avevano riscontrato delle criticità comunicative macroscopiche tra territorio e ospedale e dopo estenuanti incontri tra la Fimmg locale e la intersindacale medica ospedaliera era stato prodotto un documento che conteneva norme per la regolamentazione delle richieste di indagini specialistiche, dei relativi referti e dei ricoveri.

Oggi, tale documento, se pur valido nell'indicare le funzioni di indirizzo e coordinamento dell'attività del MMG /PLS e Medici Ospedalieri, risulta superato per il sopraggiungere di nuove norme e regolamenti.

Il dott. Angelo Frascati, MMG e coordinatore di formazione per la Medicina Generale Aulss 14 nella sua relazione ha posto, come punti di riflessione, che:

- L'Organizzazione sanitaria deve investire nel sistema delle comunicazione tra gli operatori e verso la società.
- Gli operatori devono sentire come centrale il loro ruolo di comunicatori verso i cittadini, i colleghi e verso la società.
- I cittadini e le loro organizzazioni devono farsi parte interattiva di questo sistema di comunicazione e non solo sentirsi soggetti portatori di diritti.
- Ruolo dei Mass- Media come strumento di comunicazione.

Il dott. Stefano Vianello, coordinatore dei Distretti Aulss 14, ha presentato il ruolo del distretto come cerniera tra medici convenzionati e medici ospedalieri portando alcuni esempi concreti di attività svolte:

- Riunioni di confronto con i dirigenti UO ospedalieri
- Definizione ed applicazione dei RAO (gruppi di lavoro misti ospedale – territorio)
- Protocollo per le dimissioni protette

- Valutazioni in UCAD (ufficio di coordinamento attività distrettuale) delle segnalazioni dei MMG finalizzate al miglioramento delle qualità organizzative.
- Valorizzazione dell'UCAD – Terminale di segnalazioni Territorio Ospedale e viceversa; non sostituisce l'indispensabile confronto diretto tra professionisti ma raccoglie delle segnalazioni di problemi “ sistematici “, organizzativi (es. completezza nella compilazione delle richieste di indagini specialistiche, mancata distribuzione diretta dei farmaci alla dimissione, errato utilizzo delle note AIFA nelle lettere di dimissioni)

I problemi aperti sono:

- La comunicazione telefonica tra MMG /PLS e specialisti ospedalieri (in alcune Aziende sono stati definiti degli spazi orari dedicati)
- La e-mail non è ancora una modalità da tutti (sia MMG che colleghi ospedalieri) utilizzata con una frequenza giornaliera.

Potenzialità future:

- Portale aziendale per i MMG
- Collegamento con la cardiologia di Chioggia per le consultazioni via web degli esami effettuati dai propri assistiti.
- Entro il 2006 ad ogni episodio di ricovero presso gli ospedali di Chioggia e Piove di Sacco verrà generata una e-mail o un sms che avvertirà il MMG /PLS dell'avvenuto ricovero del paziente (previo consenso dell'interessato)

L'incontro dibattito si è concluso con l'augurio e l'auspicio che ogni Aulss diventi laboratorio di idee e la risposta della Aulss 14 sarà la produzione di un nuovo protocollo di norme e regolamenti per ottimizzare i canali di comunicazione diretti tra i vari operatori e livelli di assistenza.

Sarà nostro impegno continuare la strada intrapresa affrontando le criticità con il coinvolgimento degli operatori sanitari interessati e organizzando incontri formativi.

Giuseppe Collura



Il limbo delle convenzioni odontoiatriche

Il limbo (altro posto non v'è ove collocare un argomento così incerto come quello delle convenzioni), per definizione, non permette alcuna via di uscita: non risolve, non assolve, non evolve.

Solo il grande guaritore (il tempo con la sua saggezza) potrà, forse, un giorno, aver ragione di questa annosa diatriba economico-deontologico-legislativa.

Ricordiamo, in due stringate parole, cosa sono le convenzioni sanitarie. Per "convenzione" si intende un contratto tra un ente privato di assistenza sanitaria integrativa ed un medico e/o odontoiatra ove quest'ultimo offre servizi professionali ad un pool di pazienti iscritti. Può essere **diretta**, quando è l'ente che liquida, senza intermediazioni, la prestazione dell'odontoiatra, oppure **indiretta**, quando il paziente salda interamente la parcella al professionista dopodiché viene rimborsato, totalmente o parzialmente, dall'ente assistenziale.

Per comprendere a fondo lo stato attuale della legislazione riguardo le convenzioni sanitarie nonché l'accreditamento, le assicurazioni, i fondi integrativi ecc. dobbiamo introdurre il concetto di antitrust. Bisogna a questo punto fare una precisazione: cos'è e come funziona l'"Autorità garante della concorrenza e del mercato" detta "**antitrust**" (parola che come sappiamo deriva dal latino...!).

È una autorità indipendente istituita dalla legge 287 del 10 ottobre del 1990 che comprende tutta una serie di norme per la tutela della concorrenza e del mercato. Con il termine "autorità indipendente" si fa riferimento ad un'Amministrazione Pubblica che prende le proprie decisioni sulla base della legge senza alcuna possibilità di ingerenza da parte del Governo o del Parlamento. L'autorità è un organo collegiale, composto da un presidente e da altri quattro membri, nominati di comune accordo dai Presidenti del Senato e della Camera dei Deputati. Tale collegio dura in carica sette anni senza possibilità di un secondo mandato. L'Autorità ha il compito di applicare la legge del '90 vigilando: su tutte le intese che siano restrittive della concorrenza, sugli abusi di posizione dominante, su tutte le operazioni di concentrazione che comportino la costituzione od il rafforzamento di una posizione domi-

nante in modo tale da eliminare o ridurre in maniera sostanziale e duratura la concorrenza. Può inoltre irrogare diffide ed applicare sanzioni pecuniarie fino ad un massimo del 10% del fatturato dell'esercizio incriminato.

Non bastasse, con il decreto Bersani del 4 luglio 2006 sono stati inseriti l'art. 14-bis e 14-ter che recitano: "...l'autorità garante può, **d'ufficio**, ove constatati ad un **sommario esame** la sussistenza di un'infrazione, deliberare l'adozione di misure cautelari..." ecc. "... l'Autorità può **d'ufficio** riaprire il procedimento ..." ecc. ecc.

In pratica l'antitrust è dotato di pieni poteri e svincolato da qualsiasi controllo.

Facciamo adesso un passo indietro al novembre del 1985 quando, con una delibera, la FNOMCeO stabilisce i seguenti punti: deve essere privilegiato il rapporto diretto tra medico e paziente, anche sotto il profilo economico, e la predeterminazione degli onorari non viene considerata di per sé illecita purché venga rispettato il tariffario minimo nazionale e si escluda l'accaparramento di clientela e la sleale concorrenza con i colleghi. L'associazione mutualistica deve dichiarare all'Ordine di accettare:

a) la possibilità per tutti i medici di accedere alla convenzione (sistema degli elenchi aperti), consentendo agli assistiti la più ampia libertà di scelta del curante

b) di corrispondere ai medici l'onorario prestabilito dall'Ordine.

Nell'ottobre del '97 aggiunge:

L'Ordine deve avere una funzione di controllo dello statuto e del regolamento degli Enti mutualistici per la loro valutazione deontologica. Inoltre decreta l'impossibilità da parte delle mutue di effettuare una selezione tra i professionisti disponibili perché è solo la Legge che stabilisce gli unici requisiti per l'esercizio professionale (ma, come abbiamo visto, l'antitrust, forte della 287 del '90, se ne fa un baffo di una normativa, basilare affinché l'Ordine possa reggere il timone della libera professione).

Arriviamo al dicembre del 1999. L'antitrust avvia un'istruttoria nei confronti della FNOMCeO e degli Ordini di Ancona, Genova, Novara, Firenze e

Come e nell'aprile del 2000 estende il procedimento ad altri 33 Ordini provinciali nonché alle sezioni provinciali di Trento di ANDI e AIO. Le motivazioni addotte dall'antitrust comprendono due punti: il primo denuncia la restrizione ingiustificata della concorrenza tra medici e dei rapporti tra medici e associazioni di mutualità volontaria; il secondo afferma la natura giuridica d'impresa degli studi medici e di associazione di imprese di Ordini e Federazioni. E' ovvia la gravità del secondo punto in quanto riduce i nostri studi professionali al mero ruolo di impresa commerciale con le caratteristiche di azienda.

Il 5 ottobre del 2000 l'antitrust decreta:

- 1) viene accertata la violazione dell'art. 2 L. n.287 del 10 ottobre 1990 per aver posto in essere intese volte a falsare in maniera consistente la concorrenza sui mercati delle prestazioni erogate da professionisti;
- 2) irroga alla FNOMCeO la sanzione di lire 122.637.994;
- 3) ordina alle parti di cessare immediatamente la attuazione e continuazione delle infrazioni accertate.

Il tutto con le seguenti motivazioni: migliori condizioni contrattuali con i professionisti come "acquirenti collettivi", selezione dei medici con standard più elevati a parità di tariffe, possibilità di monitoraggio del comportamento dei medici legato al limitato numero di convenzionati.

La Federazione si difende citando l'art. 15 DLCPS del 13.09.1946 n. 233: spetta alla Federazione la vigilanza sul decoro e indipendenza della profes-

sione; denuncia la carenza del quadro normativo sulla mutualità volontaria; sottolinea l'impossibilità di riconoscere ai medici e agli Ordini la natura di imprese e di associazioni d'Impresa, in quanto l'esercizio professionale non è solo ricerca di profitto. Gli elenchi aperti sono garanzia di libertà e non di monopolio.

La FNOMCeO ricorre al TAR del Lazio e con la sentenza 5486 del 9 maggio 2001 viene confermata la decisione dell'antitrust ma è annullata la sanzione pecuniaria. **Al momento attuale è ancora pendente la sentenza d'appello del Consiglio di Stato sull'ulteriore ricorso proposto dalla Federazione Nazionale.**

Concludendo: allo stato attuale di caos legislativo gli ordini professionali possono solo dare delle indicazioni di massima ai propri iscritti.

- 1) Non è possibile negare in via di principio la stipula di una convenzione tra un ente di assistenza sanitaria integrativa privata e gli iscritti all'ordine.
- 2) Pur confermando e difendendo il principio di potere di scelta del cittadino, non è possibile imporre questa clausola in pendenza della pronuncia del Consiglio di Stato.
- 3) E' doveroso imporre il rispetto del tariffario minimo nazionale per gli onorari libero-professionali stabilito dalla Legge n. 244 del 21 febbraio 1963 e dal DPR 17 febbraio 1992 nonché dall'art. 52 del codice deontologico (anche se ad oggi questo viene invalidato dall'applicazione in data 4 luglio 2006 del decreto Bersani che annulla il tariffario minimo ordinistico, sempre che non venga successivamente ratificato in modo diverso).

4) E' legittimo verificare il profilo deontologico degli statuti e regolamenti relativi al funzionamento delle mutue volontarie, in rapporto a possibili situazioni di violazione dell'indipendenza, decoro e dignità della professione (art. 4 e 67 C.D.). L'art. 4, infatti, recita: "l'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione".

Il decreto Bersani ha ulteriormente ristretto le possibilità dell'Ordine di regolamentare la materia in oggetto in quanto stravolge l'Art. 53 (pubblicità in materia sanitaria) che recitava: sono vietate al medico tutte le forme, dirette o indirette, di pubblicità personale o a vantaggio della struttura, pubblica o privata, nella quale presta la sua opera. Ogni commento, a questo punto, è superfluo.



FACCIAMO DEGLI ESEMPI ...

Negli Stati Uniti d'America, ad esempio, è stato svolto uno studio dopo 10 anni di convenzionamento voluto dall'antitrust. All'inizio si pensava si ad una diminuzione delle entrate, a causa della riduzione delle parcelle, ma si ipotizzava che ciò sarebbe stato compensato da un notevole aumento del numero dei pazienti a fronte di un'accettabile estensione delle ore lavorative. La realtà si è rivelata ben diversa.

Considerando che nelle nostre parcelle circa il 75% sono costi, i colleghi americani hanno scoperto che, per mantenere invariati gli introiti, ad una diminuzione della parcella del 5% deve corrispondere un aumento del 25 % di ore lavorative, al 15% del 150%, al 20% addirittura del 400%. In Italia più realisticamente un modello virtuale riporta: "ad una diminuzione della parcella del 20% corrisponde un aumento delle ore lavorative dal 44% al 67%" (noi per praticità calcoliamo 50%). A questo punto, poiché la richiesta minima di sconto di un ente mutualistico è del 20%, è facile calcolare che, per mantenere le stesse entrate (e non un euro in più) e fermo restando ovviamente il medesimo standard qualitativo-professionale, bisognerebbe lavorare 12 ore al giorno. Mi pare che si commenti da solo. Facciamo due considerazioni sui principi fondamentali che ispirano il finanziamento della salute del cittadino:

A) Principio di solidarietà

B) Principio di sussidiarietà

Il secondo esprime il dovere dello Stato (e quindi di tutti noi) di supportare le frange più deboli della popolazione: nulla da eccepire, ma il primo recita: "I contributi di tutti i cittadini (sani ed ammalati) servono a pagare il fabbisogno terapeutico dei cittadini ammalati". Se questo, però, va bene ad esempio per il diabete, non è così nel nostro caso, in quanto non ha senso cercare di spalmare su molti utenti le spese sanitarie di pochi poiché la patologia odontoiatrica, seppur in diversa misura, prima o poi colpisce tutti. In pratica la quota parte contributo di ogni cittadino non sarà mai sufficiente a pagare le cure di ciascuno.

Ancora, la convenzione o la mutualizzazione diventano un amplificatore di spesa poiché per essere applicate necessitano di un costoso apparato di controllo burocratico-amministrativo e quindi dell'inserimento del "terzo interlocutore" oltre al paziente e all'odontoiatra (anche perché in certe situazioni, non si capisce il perché, i soldi hanno la caratteristica di volatilizzarsi, mah...).

A questo punto limitiamoci ad affermare ciò: ogni decisione che interviene sulla salute del cittadino non può prescindere da un assunto fondamentale: la qualità della prestazione intesa come "prestazione non iatrogena". Non è accettabile provocare al paziente un danno soltanto per spendere poco.

Stefano Berto

Convenzioni: sono davvero convenienti?

Attività
dell'Ordine

Le convenzioni sono contratti tra uno o più professionisti e un ente o impresa che garantiscono agli iscritti al medesimo ente un trattamento di favore nell'usufruire delle prestazioni dei professionisti convenzionati.

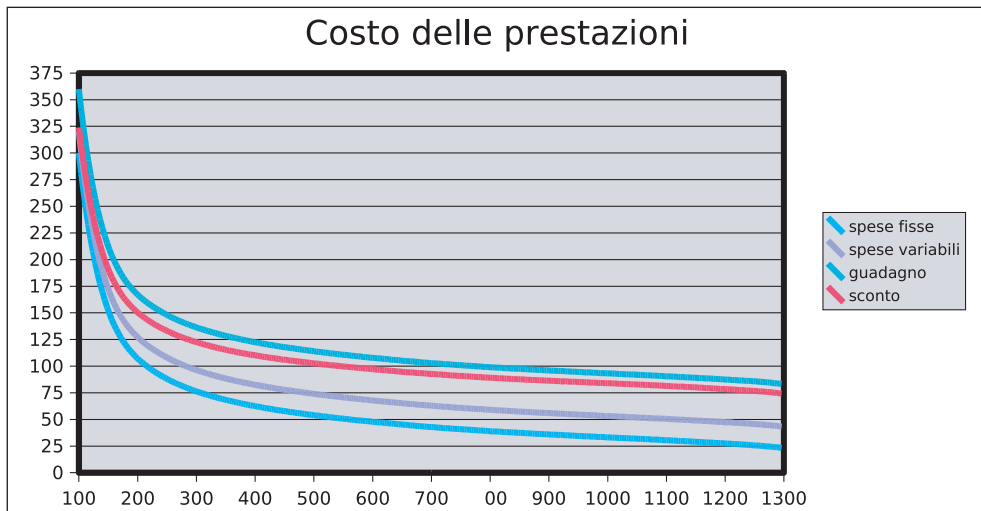
Il vantaggio per i professionisti consiste in un aumento della clientela a fronte in genere di uno sconto. Dal punto di vista economico si pone il problema se l'aumento di pazienti compensi lo sconto.

L'aumento di reddito connesso con l'aumento di pazienti è in relazione con l'ammortamento delle spese fisse.

Le spese fisse sono tutte quelle spese che un'attività deve sostenere indipendentemente dal volume di lavoro. Di converso, variabili sono invece le spese sostenute in proporzione con il volume di lavoro.

Esempi di spese fisse sono: le attrezzature, gli affitti, le imposte (tassa rifiuti, iscrizione

Costo delle prestazioni



all'Ordine, quote sindacali, aggiornamento, etc.), gli ammortamenti etc.

Le spese variabili sono date dal materiale di consumo, il laboratorio è da considerare una spesa viva da imputare solo alla prestazione cui si riferisce.

I dipendenti sono una spesa semifissa, nel senso che può variare in base al volume di lavoro ma solo a grossi scaglioni, cioè se c'è un grosso aumento di lavoro si può pensare di aumentare il numero di dipendenti, e viceversa, ma per piccole variazioni si cerca un accomodamento. Per comodità di calcolo comunque i dipendenti possono essere considerati spese variabili.

Il prezzo di una prestazione deve tenere conto di tutte queste voci, cui vanno sommate le spese vive imputabili solo a quella prestazione (laboratorio, impianti, consulenti, etc.) e il guadagno "sperato".

La difficoltà sta nel divisore di tale operazione, cioè il numero delle prestazioni effettuate in un determinato tempo.

Il numero di pazienti per odontoiatra nella nostra provincia è attorno a mille, più meno che più. Grosso modo un odontoiatra generico a pieno regime è plausibile che segua tra i mille e i millecinquecento pazienti in un anno: se è molto meno conviene che chiuda, se è molto di più è difficile che possa seguirli con una qualità sufficiente.

Nel grafico seguente rappresentiamo l'evoluzione dei costi di una prestazione al variare del numero delle stesse, prendendo come base di calcolo approssimativa il costo di una poltrona e una assistente. Sulla carta la cosa può sembrare facile, ma il problema è che ciascuno di noi deve

dichiarare un prezzo prima di sapere quante prestazioni eseguirà entro la fine dell'anno. Come in ogni situazione nella quale si devono fare delle scelte basandosi su avvenimenti futuri, anche qui la matematica vale ben poco: ciascuno di noi deve decidere se sperare di avere un certo numero di prestazioni o un cert'altro.

Credo che a questo proposito si possa decidere di essere ottimisti (avrò più prestazioni dell'anno scorso) o pessimisti (avrò meno prestazioni). Tuttavia è chiaro che oltre un certo volume di lavoro l'aumento delle prestazioni incide molto poco: il costo generico per prestazione, passando da 1000 a 1500, diminuisce di 10 euro (da 90 a 80).

Tralasciamo altre interessanti considerazioni che si potrebbero fare su questo argomento e limitiamoci all'effetto di una convenzione.

Supponiamo di avere un odontoiatra con poche prestazioni, che spera così di aumentarle. Supponiamo quindi uno studio con 600 prestazioni, il cui costo base per prestazione dovrebbe essere di 110 euro. Nel fissare il proprio tariffario come si è regolato il collega? In modo realistico (110 euro) ottimistico (90 euro) o pessimistico (120 euro)?

Supponiamo che sia stato realista, con uno sconto ai pazienti convenzionati del 10% andrà a praticare una tariffa di 99 euro a prestazione, comunque superiore a quella di uno studio con un parco di 1000 pazienti (90). Ora, se la convenzione dovesse aumentare il suo parco pazienti del 33% e arrivasse a 800 prestazioni, andrebbe in pareggio, cioè a guadagnare lo stesso che avrebbe guadagnato con 600 prestazioni a 110 euro. Per avere un guadagno reale deve avere un aumento supe-

riore al 33%, il che francamente mi pare improbabile.

Il caso descritto è ovviamente un caso limite:

- uno studio con pochi pazienti
- che comunque pratica prezzi alti
- sui quali prezzi fa uno sconto che per molti enti che cercano convenzioni viene ritenuto basso (10%)
- con un grande successo della convenzione stipulata.

Nonostante tutti questi fattori la convenzione non risulta in alcun modo conveniente.

Se poi pensiamo che il collega potrebbe comunque aver deciso di tenere un tariffario più basso (atteggiamento ottimista, nell'ipotesi di un aumento di prestazioni), che l'ente chieda uno sconto superiore o che l'aumento di pazienti sia inferiore a quello prospettato, la stipula di una convenzione risulta un affare in perdita sotto ogni prospettiva.

Conclusioni

La presente rapida analisi dei costi è nata dal constatare che molti colleghi chiedono che l'Ordine autorizzi le convenzioni che essi vanno stipulando con vari enti. Alcuni arrivano ad affermare di voler praticare sconti del 30% ai pazienti iscritti a tali convenzioni. In altra parte del Notiziario sviluppiamo alcune riflessioni deontologiche e giuridiche sull'argomento.

In questa sede abbiamo preso in considerazione esclusivamente il punto di vista economico per concludere che tali convenzioni appaiono tutt'altro che ragionevoli e tutt'altro che convenienti. In una situazione come l'attuale di libero mercato, riteniamo che il costo delle prestazioni odontoiatriche a pari qualità sia già il più basso possibile.

*Pietro Valenti
Cosimo Tomaselli*

Circoncisione maschile: parere del Consiglio OMCeO VE

Parere del Consiglio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia in merito alla pratica chirurgica della **circoncisione maschile** per motivi connessi al credo religioso e non a patologia, a richiesta del Dott. Nicola **Tommasoni**, medico iscritto all'Ordine di Venezia.

Premesse:

La circoncisione è un intervento **chirurgico** che consiste nella rimozione della pelle che ricopre il glande, ben codificato nelle sue indicazioni terapeutiche (fimosi del prepuzio, frenulo corto ed altre più rare indicazioni) e deve essere considerato tutt'altro che banale richiedendo fra l'altro spesso anche un breve periodo di ricovero ospedaliero.

Il tasso delle complicanze varia nella letteratura internazionale fra lo 0,2-3% (Ross, 1995) ed il dolore post operatorio può risultare talvolta di

difficile controllo per cui in alcuni casi sembra indicato il blocco del nervo dorsale del pene per mezzo di lidocaina o bupivacaina (Ryan e coll., 1994).

L'intervento di circoncisione è però assai diffuso anche in certe culture per motivi essenzialmente rituali e così ad esempio i bambini ebrei vengono circumcisi già ad 8 giorni dalla nascita ed anche la religione islamica prevede la circoncisione dei maschi in tenera età.

Altra motivazione secondo alcuni sarebbe poi quella di natura igienica, ma quest'ultima non sembrerebbe essere giustificata poiché una corretta igiene personale sembrerebbe essere in grado di prevenire infezioni od infiammazioni anche con il prepuzio integro.

Il conflitto tra leggi e coscienza è d'altro canto antico quanto la storia dell'uomo ed in questo contesto l'**obiezione di coscienza**, come noi oggi la conosciamo, è invece relativamente moderna, collocandosi entro coordinate socio-politiche determinate che consentono una valorizzazione

Attività
dell'Ordine

pubblica di quel che in passato rimaneva unicamente un dramma del singolo.

D'altro canto soltanto in una società nella quale vi sia pieno riconoscimento dei diritti di libertà dei cittadini, al di là delle decisioni della maggioranza, potrà delinarsi un effettivo spazio anche per il rispetto di un dissenso comunque fondato su valori etici.

Il 25 settembre 1998 il Comitato Nazionale di Bioetica si era pronunciato in questo modo rispetto alle pratiche sessuali mutilanti per il sesso **femminile**: "...il CNB è ben consapevole del rispetto che è doveroso prestare alla pluralità delle culture, anche quando queste si manifestino in forme estremamente lontane da quelle della tradizione occidentale...ritiene non di meno, e consapevolmente contro il parere di pur illustri antropologi, che nessun rispetto sia dovuto a pratiche, ancorché ancestrali, volte non solo a mutilare irreversibilmente le persone, ma soprattutto ad alterarne violentemente l'identità psicofisica, quando ciò non trovi una inequivocabile giustificazione nello stretto interesse della salute della persona in questione...è evidente che le pratiche di circoncisione femminile non sono poste in essere per ovviare a problemi di salute né fisica, né psichica delle donne che le subiscono, anzi esse comportano gravi conseguenze negative sulla salute delle donne che a esse vengono sottoposte...non può quindi che ritenerle eticamente inammissibili sotto ogni profilo ed auspicare che vengano esplicitamente combattute e proscritte...".

Oggi l'interruzione volontaria di gravidanza è l'unico caso (nel passato vi era anche il servizio militare, ora non più obbligatorio) nel quale l'obiezione di coscienza viene prevista per legge

e tuttavia il Codice di Deontologia medica vigente sembra voler configurare il rapporto medico-cittadino come rapporto fra pari che deve essere improntato al rispetto **reciproco** delle convinzioni etiche e religiose.

L'articolo **19** del **Codice Deontologico** (rifiuto d'opera professionale) infatti recita: *Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave ed immediato nocumento per la salute della persona assistita.*

In questa sede desideriamo da ultimo ricordare come le sfere della libertà, autonomia ed indipendenza siano rappresentate da principi costituzionali che sembrano essere posti proprio a tutela sia del cittadino che del medico in un rapporto di pari dignità e diritto.

Conclusioni:

Non vi sono normative specifiche che riguardino l'intervento di circoncisione maschile per motivi religiosi, ciononostante il Codice di Deontologia Medica all'articolo 19 ribadisce come il medico possa legittimamente opporre il rifiuto a prestare la propria opera per interventi che contrastino con il suo convincimento clinico, purché l'astensione da questi non sia di grave ed immediato nocumento per la salute della persona assistita.

Venezia 10/6/2006

AVVISO AI LETTORI

Per questioni tecniche i verbali del Consiglio dell'Ordine non saranno più pubblicati nel Notiziario, ma saranno consultabili sul nuovo sito web: www.ordinemedicivenezia.it

Novità fiscali. Circolare informativa settembre 2006

Con la presente intendiamo fornirVi alcune delle principali novità fiscali e tributarie introdotte con la c.d. *manovra Prodi*.

Con la stesura definitiva del decreto legge e con la emanazione delle Circolari dell'agenzia delle Entrate numeri 27 e 28 del 4 agosto 2006, possiamo avere un quadro più definito delle nuove norme introdotte.

Immobili e Iva

Immobili abitativi (di categoria catastale A, esclusa A10, cioè uffici e studi)

La loro *Locazione* è sempre esente Iva;

È sempre dovuto il versamento dell'imposta proporzionale di registro, in misura del 2%.

La loro *Cessione*, del pari, è sempre esente, ma si ammette l'unica eccezione: il caso di immobili ceduti, entro 4 anni dalla data di fine lavori, dalle imprese che li hanno costruiti o ristrutturati.

Immobili strumentali

Le *Cessioni* e le *Locazioni* sono ora, come per gli immobili abitativi, "normalmente" escluse Iva, ma sono ammesse e disciplinate le seguenti eccezioni, che rientrano quindi in regime Iva:

- a) il caso di *cessioni* di immobili effettuate, entro 4 anni dalla data di fine lavori, dalle imprese che li hanno costruiti o ristrutturati, come per gli abitativi;
- b) il caso di *cessioni* o *locazioni* nei confronti di cessionari che detraggono l'Iva sugli acquisti in misura non superiore al 25% (Es la quasi totalità dei Medici, che continuano a sopportare l'onere fiscale);
- c) il caso di *cessioni* o *locazioni* nei confronti di soggetti consumatori finali, non operanti in regime di impresa, arte o professione;
- d) il caso in cui i soggetti interessati all'operazione dichiarino di optare per il regime Iva.

Nel caso della *Locazione*, viene però in ogni caso richiesto il versamento dell'imposta proporzionale di registro, senza riguardo a che la locazione sia o non sia soggetta ad Iva, nella misura del 1%. Nel caso di *Cessione*, sono richiesti tanto il versa-

mento dell'imposta di registro, in misura fissa per un importo pari a 168 euro se la cessione è soggetta ad Iva o in misura proporzionale del 7%, quanto il versamento delle imposte ipotecarie e catastali, in ogni caso dovute per un totale del 4%.

Recupero della detrazione

In forza delle mutate disposizioni di legge, alcuni soggetti potrebbero trovarsi nella condizione di aver operato detrazioni Iva che – sulla base della nuova disciplina – non sarebbero oggi consentite. Viene chiarito che non vi è obbligo di procedere a rettifiche nel caso in cui:

- a) si tratti di immobili abitativi posseduti alla data del 4 luglio 2006;
- b) si tratti di immobili abitativi posseduti dalle imprese che li hanno costruiti o ristrutturati per i quali al 4 luglio 2006 siano trascorsi oltre 4 anni dal termine lavori;
- c) si tratti di immobili strumentali, salvo non si sia scelto di applicare l'Iva nel primo atto stipulato successivamente al 4 luglio 2006.

Registrazione dei contratti di Locazione

Tutti i contratti dovranno essere registrati, con versamento dell'imposta di registro come sopra specificato. Questo vale anche per i contratti già in essere alla data del 4 luglio 2006, anche se soggetti ad Iva, per i quali dovrà essere anche comunicata la eventuale scelta di rimanere nel campo di applicazione dell'Iva e dovranno essere registrati.

Accertamenti su compravendite immobiliari

Vengono previsti nuovi parametri di accertamento e rettifica di valore, riferiti al valore normale del bene immobile trasferito (che possiamo tradurre nel "valore di mercato") e non più al valore catastale.

Nel caso di trasferimento assistito da mutuo o finanziamento bancario, il valore normale sarà presunto essere almeno pari all'importo finanziato.

Compravendite di abitazioni

La misura, già prevista nella legge Finanziaria per il 2006, viene integrata e ampliata: vi è l'ob-

Leggi e
circolari

21

bligo di indicare in atto, a pena di decadenza del beneficio fiscale e conseguente irrogazione di maggiori imposte e sanzioni:

- il reale corrispettivo pattuito e le modalità di pagamento;
- l'eventuale ricorso ad una attività di mediazione;
- le eventuali spese per la suddetta attività di mediazione e il codice fiscale o la partita Iva del mediatore o agente immobiliare e l'ammontare della provvigione corrisposta, a pena di rilevanti sanzioni.

È prevista una ulteriore riduzione degli onorari notarili, in misura del 30%.

È inoltre prevista la possibilità di detrarre dall'Irpef, in sede di dichiarazione dei redditi, il 19% delle spese per l'attività di mediazione, fino ad un massimo di mille euro.

Autoveicoli

Con intento restrittivo, verranno identificati con provvedimento dell'agenzia delle Entrate gli autoveicoli che, a prescindere dalla categoria di omologazione, devono essere considerati autoveicoli che permettono anche il trasporto privato di persone, con tutte le conseguenti limitazioni fiscali.

Già da questo periodo d'imposta 2006, non sarà più possibile, per gli autoveicoli usati nell'attività di impresa e per uso privato, dedurre le quote di ammortamento anticipato; anche per gli eventuali relativi canoni di leasing di contratti sottoscritti dopo il 3 agosto 2006, la durata minima del contratto al fine di garantirne la deducibilità fiscale è stabilita in misura pari all'intero periodo di ammortamento (quattro anni, prima ne bastava la metà).

Professionisti e lavoratori autonomi

Incassi e pagamenti su c/c bancario

Come preannunciato, per i professionisti e lavoratori autonomi vi sarà in sostanza l'obbligo di tenere un conto corrente dedicato, sul quale far transitare tutti gli incassi e tutti i pagamenti relativi all'attività professionale, con "strumenti finanziari tracciabili": assegni non trasferibili, bonifici, altre modalità di pagamento bancario o postale (MAV, RAV, Vaglia, Bollettini c/c postale, addebiti vari diretti su c/c, etc.), sistemi di pagamento elettronico (Bancomat, Carte di Credito).

Il limite sotto il quale sarà consentito il pagamento/incasso a mezzo contante è stabilito in:

- 1.000 euro, fino al 30 giugno 2007;
- 500 euro dal 1° luglio 2007 al 30 giugno 2008;
- 100 euro dal 1° luglio 2008.

All'incasso di denaro contante dovrà in ogni caso seguire il versamento delle somme sul conto corrente. Importante ricordare che il limite – già in vigore dal 4 luglio u.s. – sarebbe riferito non alla singola transazione, ma alla prestazione nel suo complesso; così, per esempio, non sarà ritenuto a norma un incasso (o pagamento) per contanti effettuato in più soluzioni per importi singolarmente inferiori al limite, ma unitariamente riconducibili ad una unica fatturazione, o a più fatture riferite alla stessa prestazione, di importo complessivamente superiore al limite.

Altre disposizioni fiscali

Non concorrono a formare il limite del 2% dei ricavi, per la deducibilità fiscale delle spese di vitto e alloggio, le spese pagate dal committente per conto del professionista e da questi riaddebitate in fattura: il documento di spesa dovrà essere intestato al committente con la specifica indicazione del professionista che ha usufruito dei servizi.

Anche per i lavoratori autonomi divengono fiscalmente rilevanti le minusvalenze e - soprattutto - le plusvalenze realizzate dalla cessione dei beni strumentali.

Ristrutturazioni Edilizie

È prorogata a tutto il 2006 l'agevolazione in materia di ristrutturazioni edilizie, con alcune novità:

- le fatture emesse dall'impresa che esegue i lavori dovranno evidenziare dettagliatamente il costo della manodopera utilizzata;
- per le fatture emesse fino al 30 settembre 2006, l'aliquota Iva era stata riportata (legge Finanziaria per il 2006) al 20% e la misura della detrazione al 41%;
- per le fatture emesse dal 1° ottobre 2006 e fino al 31 dicembre 2006, ritornano l'aliquota Iva al 10% e la misura della detrazione al 36%;
- il limite di spesa, per il periodo dal 1° ottobre al 31 dicembre 2006, diventa 48.000 euro **complessivi per abitazione**, eventualmente da suddividersi tra i comproprietari dell'immobile.

Riporto perdite

Viene unificata, anche per i soggetti titolari di lavoro autonomo o imprese minori, l'unica possibilità di riporto e compensazione delle perdite con redditi della stessa categoria nei successivi periodi d'imposta, ma non oltre il quinto, escludendone quindi la possibilità di compensazione con redditi di altre nature, all'interno dello stesso periodo d'imposta.

Studi di Settore e accertamenti

Per tutti i contribuenti l'accertamento potrà legittimamente scattare anche in presenza di scostamento dalle risultanze degli studi per una sola annualità.

Elenco Clienti e Fornitori

È confermato l'obbligo di trasmettere, in via telematica entro il 29 aprile dell'anno successivo, l'elenco dei soggetti Clienti o Fornitori verso i quali è stata emessa o dai quali si è ricevuta fattura, e l'ammontare dei relativi importi fatturati.

Versamenti telematici

Dal giorno 1 ottobre 2006, tutti i titolari di partita Iva sono obbligati ad effettuare i versamenti fiscali e previdenziali (Modello F24) esclusivamente attraverso modalità telematiche, o tramite il modello F24 On Line o per il tramite di intermediari abilitati.

*a cura dello Studio Associato dei dottori commercialisti Cagnin Piero, Cavallin Rossella, Matteo Martignon, Chiara Rovoletto
Cazzago di Pianiga*

Dottore: ti metto io in riga

Caro presidente,

nella calda e tarda mattinata di giovedì 6 luglio 2006 alle ore 11.30 ho ricevuto una "curiosa" telefonata dal datore di lavoro del mio assistito xxx xxx, che avevo visto il giorno precedente in ambulatorio per una lombo-sciatalgia sx e al quale avevo certificato 2 giorni di malattia.

Questo datore di lavoro, di cui non so il nome, ma del quale mi è rimasto il n° telefonico nella memoria del cellulare mi informava che avrebbe trasmesso all'Ordine dei Medici le foto del suo dipendente che, pur in malattia, passeggiava per il paese e la segnalazione sul mio operato professionale poiché dispensavo giorni di malattia senza neanche fare una radiografia prima!

Mi sono limitato a rispondere, educatamente e senza polemiche, che era un suo diritto fare questa segnalazione ma che aveva uno strumento più elegante e legale per verificare lo stato di salute del dipendente: la visita fiscale!

Pensavo di lasciare perdere, ma poi ho ritenuto che non era giusto poiché questo episodio non offende il singolo iscritto ma tutta la categoria. Inoltre dalla vicenda emerge una problematica, che personalmente ho già segnalato più volte all'INPS, ma inutilmente: i dati del medico e quindi la sua rintracciabilità sulla copia del certificato di malattia per il datore di lavoro, ci espone a intromissioni non opportune se non talora francamente intimidatorie, come quella per la quale sono costretto a disturbarti.

Non so se arriverà la segnalazione, di cui sono stato minacciato, in ogni caso mi rendo disponibile sia per chiarimenti su questa triste vicenda, sia per trovare orientamenti che ci permettano di operare con serenità:

dopo che è scemata la gratificazione professionale, dopo che si è ridotta quella economica, dopo che è aumentato il carico burocratico, dopo che è aumentata la tensione conflittuale con gli assistiti, ci mancherebbe solo che dovessimo fare i conti con l'ignoranza e la maleducazione di un qualsiasi imprenditore che ha deciso di mettere in riga i medici!

Ti saluto cordialmente e ti auguro buon lavoro.

Ennio Caggiano



Leggi e circolari



Questionario sui fabbisogni formativi

La Commissione per la Formazione, a seguito del programma che si è posta dal momento del suo insediamento, ha raggiunto il convincimento che qualunque programma formativo non possa che essere il risultato di un approfondito dibattito sui fabbisogni.

Per questo motivo è stato ideato questo questionario, del quale comprendiamo le possibili manchevolezze, ma che riteniamo un utile punto di partenza per iniziare a costruire “assieme” un possibile percorso formativo che sia di ausilio “vero” alla nostra professione.

Vi pregheremmo pertanto:

- Di rispondere numerosi
- Di rispondere possibilmente entro la fine del mese di novembre al fine di consentire un'ana-

lisi e un incontro programmato successivo

- Di selezionare fra gli items proposti le tre preferenze considerate più attuali (e scrivendo sopra 1-2 o 3 nell'ordine di gradimento)
- Di indicare liberamente ulteriori argomenti che ritenete utili
- Di consegnarlo con sollecitudine, inviandolo per posta a:
 - Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia, via Mestrina, 86 30172 Venezia-Mestre
 - o per fax 041.989663
 - o compilando direttamente ed inviarlo a info@ordinemedicivenezia.it all'attenzione del Dott. Alfredo Saggioro

Cari saluti a tutti.



Sesso

Maschio

Femmina

Età

Anni di professione

Medico-chirurgo

Odontoiatra

MMG

Specialista in (scrivere solo specialità praticata)

TEMI PROPOSTI

1. Management – Organizzazione

- Percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali
- Linee guida, protocolli, procedure
- Urgenza clinica e urgenza diagnostica

2. Pianificazione – Programmazione sanitaria

- Appropriatelyzza fra domanda e offerta in ambito socio-sanitario
- Economia sanitaria
- Integrazione ospedale-territorio
- Risk management

3. Legislazione

- I contratti di lavoro
- Decentralizzazione del SSN (devolution)
- Norme comunitarie di interesse sanitario

4. Metodologia della ricerca scientifica

- Epidemiologia e statistica applicata

Medicina basata sull'evidenza (EBM)

Ricerca e revisione bibliografica

5. Relazione interpersonale e comunicazione

- Operatore-utente
- Operatore-operatore (MMG-Specialista-Ospedale)

6. Sicurezza lavorativa

- Gestire e combattere lo stress lavorativo
- Rischio (biologico, chimico, fisico, radiologico)

7. Etica e deontologia

- Bioetica e genetica
- Il consenso informato
- Il rapporto con l'utenza multietnica
- La sperimentazione clinica

8. Clinica sanitaria (argomenti tratti dal piano sanitario nazionale)

Leggi e circolari

Campo libero per suggerimenti o proposte da parte degli iscritti





IL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

In data odierna, in presenza del prof. Francesco Pizzetti, presidente, del dott. Giuseppe Chiaravalloti, vicepresidente, del dott. Mauro Paissan, del dott. Giuseppe Fortunato, componenti e del dott. Giovanni Buttarelli, segretario generale;

Visti gli articoli 78, comma 3 e 13, comma 3, del d.lg. 30 giugno 2003, n. 196 (*Codice in materia di protezione dei dati personali*), secondo cui l'informativa che il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta devono fornire all'interessato relativamente al trattamento dei dati personali deve includere almeno gli elementi indicati dal Garante;

Viste le osservazioni formulate, su richiesta del Garante, da parte di associazioni rappresentative delle categorie dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;

Vista la documentazione in atti;

Viste le osservazioni formulate dal segretario generale ai sensi dell'art. 15 del regolamento del Garante n. 1/2000;

Relatore il prof. Francesco Pizzetti;

PREMESSO

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta devono informare l'interessato in forma chiara e comprensibile circa il trattamento dei suoi dati personali effettuato per lo svolgimento delle attività amministrative e di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione a tutela della salute o dell'incolumità fisica (artt. 78 e 13 del Codice).

Il Codice prevede che il Garante indichi gli elementi essenziali che devono essere contenuti in tale informativa, i quali possono essere integrati nel caso in cui il medico effettui altri particolari trattamenti di dati personali degli assistiti (art. 78, comma 3, del Codice).

A tal fine l'Autorità ha consultato le realtà rappresentative delle predette categorie che sono state individuate, sulla base dell'esame dei regolamenti di esecuzione degli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (d.P.R. 28 luglio 2000, n. 270) e per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta (d.P.R. 28 luglio 2000, n. 272), nella Federazione italiana medici medicina generale (F.I.M.M.G.), nel Sindacato nazionale autonomo medici italiani (S.N.A.M.I.), nella Federazione italiana medici pediatri (F.I.M.P.) e nella Federazione nazionale area medica-Confederazione italiana pediatri (F.N.A.M.-C.I.Pe.). L'Autorità ha inoltre consultato la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNO MCoO), stanti i compiti di promozione, valorizzazione e sostegno del ruolo professionale dei medici generali attribuiti a tale organismo.

Sulla base delle osservazioni formulate da tali realtà rappresentative e, in particolare, delle riflessioni emerse sugli elementi contenuti in un primo schema di informativa predisposto dall'Autorità, è stato elaborato il modello di informativa riportato in allegato alla presente deliberazione, che potrà essere utilizzato facoltativamente dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta.

CONSIDERATO CHE

Il Garante ritiene necessario indicare nell'allegato modello di informativa alcuni elementi essenziali che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta devono includere nell'informativa da fornire agli assistiti, ai quali dovrà essere precisato, in particolare, che:

- a) le informazioni relative al loro stato di salute possono essere rese note ai relativi familiari o conoscenti solo se gli assistiti abbiano manifestato uno specifico consenso al proprio medico. Al riguardo, l'informativa e il consenso possono intervenire anche successivamente alla prestazione nei soli casi, individuati selettivamente dal medico, di impossibilità fisica o di incapacità dell'interessato;
- b) il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta raccolgono, di regola, i dati personali presso l'interessato e possono trattare informazioni relative ai suoi ricoveri, agli esiti di esami clinici e diagnostici (effettuati sulla base della prescrizione dello stesso medico di medicina generale o del pediatra) solo quando l'interessato abbia manifestato alla struttura sanitaria o al professionista presso cui si è rivolto il suo consenso.

Resta ferma la necessità che, a norma di legge, il medico di medicina generale e il pediatra integrino i suddetti elementi essenziali in relazione ad eventuali trattamenti di dati personali che presentano rischi specifici, in particolare nel caso in cui il medico di medicina generale o il pediatra intendano effettuare:

Leggi e
circolari

27

- a) attività di sperimentazione clinica controllata di medicinali (art. 78, comma 5, lett. a), del Codice);
- b) attività di teleassistenza o telemedicina (art. 78, comma 5, lett. b), del Codice);
- c) attività di fornitura all'interessato di beni o servizi attraverso una rete di comunicazione elettronica (art. 78, comma 5, lett. c), del Codice);
- d) trattamenti per scopi scientifici, di ricerca scientifica, medica, biomedica ed epidemiologica (artt. 78, comma 5, lett. a) e 110 del Codice).

28

L'allegato modello di informativa riguarda anche il trattamento di dati correlato a quello effettuato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, svolto da un professionista o da altro soggetto, individuabile in base alla prestazione richiesta. Tale trattamento può essere in tal senso effettuato da chi sostituisca temporaneamente il medico, o fornisca una prestazione specialistica su richiesta dello stesso, oppure tratti lecitamente i dati nell'ambito di un'attività professionale prestata in forma associata o, ancora, fornisca i farmaci prescritti o comunichi i dati personali dell'interessato al medico in conformità alla disciplina applicabile (art. 78, comma 4, del Codice).

CONSIDERATO, ALTRESÌ, CHE

Gli elementi indicati nell'allegato modello di informativa possono essere forniti all'interessato nei modi di legge *una tantum*, attraverso idonee modalità che ne facilitino la conoscenza da parte degli assistiti, anche sulla base del rapporto personale con il singolo paziente e tenendo conto delle circostanze concrete. I contenuti dell'informativa possono essere comunicati direttamente all'assistito, a voce o per iscritto, oppure affiggendo il testo dell'informativa, facilmente visibile, nella sala d'attesa dello studio medico ovvero con altra idonea modalità (in aggiunta o in sostituzione delle altre forme) quale, ad esempio, la riproduzione dell'informativa in carte tascabili con eventuali allegati pieghevoli (art. 78, comma 3, del Codice).

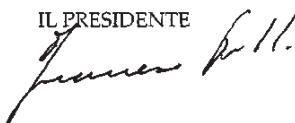
L'informativa può essere fornita anche successivamente alla prestazione, senza ritardo, nel caso di emergenza sanitaria o di igiene pubblica (art. 117 d.l.g. 31 marzo 1998, n. 112), di impossibilità fisica, di incapacità di agire o di incapacità di intendere o di volere dell'interessato, di rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o dell'interessato o nel caso in cui la prestazione medica può essere pregiudicata in termini di tempestività o efficacia (art. 82 del Codice).

TUTTO CIÒ PREMESSO IL GARANTE

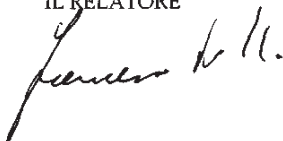
ai sensi degli artt. 78, comma 3, e 13, comma 3, del Codice, indica nel modello riportato in allegato, che forma parte integrante del presente provvedimento, gli elementi essenziali che il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta devono includere nell'informativa da fornire all'interessato relativamente al trattamento dei dati personali.

Roma, 19 luglio 2006

IL PRESIDENTE



IL RELATORE



IL SEGRETARIO GENERALE



Leggi e
circolari

INFORMAZIONE

Gentili signori,

desidero informarvi che i vostri dati sono utilizzati *solo* per svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche.

Si tratta dei dati forniti da voi stessi o che sono acquisiti altrove, ma con il vostro consenso, ad esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici.

Anche in caso di uso di *computer*, adotto misure di protezione per garantire la conservazione e l'*uso corretto* dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli.

I dati *non* sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge.

Si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti *solo* su vostra indicazione.

In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo.

Per attività più delicate da svolgere nel vostro interesse, sarà mia cura informarvi in modo più preciso.

.....

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA DIREZIONE DELLA CASA CIRCONDARIALE DI BELLUNO

Questa Direzione ha necessità di stipulare con urgenza convenzione libero-professionale per Guardia Medica e Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria. La convenzione prevede la prestazione di un minimo di 96 ore mensili ed un massimo di 168 ore.

Il servizio è organizzato su 6 ore nei giorni feriali (dalle ore 16.00 alle ore 22.00) e 24 ore su 24 nei giorni festivi.

La retribuzione oraria lorda è di euro 21,15.

Il modulo per la presentazione delle istanze per l'inserimento nelle graduatorie può essere ritirato presso la segreteria della Casa Circondariale, via Baldenich n° 11 - 32100 Belluno.

FEDER.S.P. e V. PENSIONI DI REVERSIBILITÀ

Intolleranza all'ingiustizia e volontà di cambiamento

Per aiutare a capire la frequente, desolante realtà pensionistica in ogni suo particolare aspetto, vittima della più completa latitanza politica a tutela dei diritti non rispettati, basta pensare ai 48 casi di richieste al Fondo di Solidarietà nel 2005, per un complessivo impegno finanziario di 74.000,00 ? limitato dalle striminzite risorse alimentate dalle sole 500 delle vecchie lire mensili versate dagli iscritti.

E poi? E poi chiedono spazio la dignità e l'orgoglio, protagonisti di un mal celato squallore dei meno fortunati, le cui pensioni di reversibilità dovrebbero essere il riconoscimento pieno di una vita di servizio condivisa giorno dopo giorno e non umiliate con l'abbattimento impietoso sino al 30% del loro valore.

L'abolizione della decurtazione di queste pensioni, in particolare sono colpite le vedove che abbiano



una loro pensione e un loro reddito patrimoniale, è un diritto fatto inutilmente oggetto da convegni e disegni di legge, calpestato da sentenze negative per esigenze di bilancio.

È un errato convincimento generalmente diffuso, che questo problema riguardi solamente le donne.

Si riporta quanto emerso al 43° Congresso di Palermo dal 23 al 27 aprile di quest'anno e comparso nel Corriere Medico di giovedì 18 maggio 2006 n°15, con l'augurio che non sia una psicoterapia, ma l'auspicato salvataggio di un patrimonio

che non deve essere un'elargizione più o meno scontata a seconda del tempo e degli umori, ma una conquista adeguata e ben precisa, acquisita con fatica e intoccabile.

Giuliano Sassi

Ora la Federspev medita un nuovo ricorso

La Consulta può salvare le pensioni di reversibilità

PALERMO – Forse c'è una strada per fare breccia nella legge 535 del 1995 che abbatta la pensione di reversibilità delle vedove fino al 30 per cento del valore del trattamento percepito dal consorte defunto. La notizia è emersa al 43° congresso della Federspev, la Federazione dei sanitari pensionati e delle vedove, che conta 17 mila iscritti e tutela gli stipendi dei medici e degli altri sanitari anche dopo che questi non lavorano più. L'ente guidato da Eumenio Miscetti ha affrontato un po' tutti gli aspetti previdenziali e assistenziali dell'eterogenea categoria, a partire

dalla richiesta di maggior reversibilità, culminata con la proposta di istituire una giornata nazionale del pensionato. Il tema-clou è però la reversibilità: alla morte del sanitario il cumulo delle pensioni è in genere abbattuto in base a tabelle che tengono conto dei beni del superstite e in primis dei suoi emolumenti; lo stesso cumulo non è abbattibile difatti se il superstite è a carico e non possiede nulla.

«In realtà – lamenta Miscetti – sono colpite le vedove che già hanno una pensione: non hanno modo di evitare che il reddito percepito in casa diminuisca di un 30 e più per cento alla morte del marito, mentre chi possiede un patrimonio in immobili, può evitare i tagli trasferendo la proprietà. Paga dunque chi ha lavorato. Ma nella sentenza 30 del 2004, la Consulta ha dichiarato legittima la legge 535

pronunciandosi solo su certi aspetti, senza investire l'intera sostanza del provvedimento. I nostri legali non escludono che futuri ricorsi possano andare a buon fine».

Nella mozione conclusiva, la Federspev ha anche chiesto al presidente del consiglio che verrà «l'istituzione di un paniere di rilevazione Istat adeguato ai bisogni degli anziani, specie quelli assistenziali, da applicare al 100 per cento come indice inflattivo su tutta la pensione», e «equiparazione delle pensioni ottenute con 35-40 anni di contributi alle rendite finanziarie».

FEDER.S.P. e V.
Federazione
Sanitari
Pensionati e
Vedove

31

Con il Patrocinio
ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

Convegno

“COMUNICAZIONE TRA MEDICI: STRUMENTO INDISPENSABILE PER UN PERCORSO DI CURA DI QUALITÀ”

Sabato 4 novembre 2006
dalle ore 8.30 alle ore 13.30Nuovo Teatro “Le Cime”
via Vittoria, 75 – MIRANO – VE

Il Consiglio dell’Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Venezia intende incontrare tutti i propri iscritti nel corso del 2006 organizzando, in più parti della Provincia, degli incontri sui temi cruciali della professione. **Si desidera infatti ascoltare i problemi ed i suggerimenti dei colleghi per trovare insieme delle soluzioni possibili.**

Il Convegno organizzato a Mirano il 4 novembre 2006, accolto con entusiasmo dal Dott. Pietro Lavezzo, Direttore Generale dell’Azienda Ulss. n. 13 di Mirano, ha come tema la comunicazione tra medici.

Siamo convinti che la comunicazione tra medici sia alla base di un percorso di cura di qualità.

E’ assolutamente evidente come una parte del contenzioso tra medico e paziente nasca spesso dalla mancanza, all’interno della classe medica, di un confronto costruttivo basato su una corretta ed efficace comunicazione.

Una corretta ed efficace comunicazione tra medici ha una ricaduta positiva su un rapporto medico-paziente basato sulle capacità d’ascolto e sull’offerta di percorsi di cura condivisi.

Una categoria medica solidale, consapevole dei propri bisogni formativi, pienamente inserita nel tessuto sociale può e deve rappresentare un valore aggiunto per le nostre Comunità.

Alla fine di questa giornata individueremo e condivideremo iniziative di ricerca che un Gruppo di Lavoro dovrà elaborare e presentare nell’immediato futuro.

E’ nostro desiderio che in ogni Azienda ULSS. della Provincia, in collaborazione con le Comunità locali, nascano laboratori d’idee per favorire una più ampia comunicazione interdisciplinare.

Maurizio Scassola
*Presidente dell’Ordine dei Medici ed Odontoiatri
della Provincia di Venezia*

PROGRAMMA

8.00 - 8.30	Registrazione partecipanti	10.30 - 10.50	LA COMUNICAZIONE FRA AREE SPECIALISTICHE IN OSPEDALE DR T. MAGGINO
8.30 - 9.00	Saluto del Direttore Generale Azienda Ulss. n. 13 di Mirano- Ve dr. P. Lavezzo Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri Venezia dr. M. Scassola Introduzione all'evento dr. E. Rupeni	10.50 - 11.10	LA COMUNICAZIONE FRA AREE SPECIALISTICHE AL DI FUORI DELL'OSPEDALE - DR D. LICORI
9.00 - 9.30	INTERFACCIA FRA POLITICA E PROFESSIONE; LA MEDICINA DI GRUPPO COME CRESCITA PER UNA RISPOSTA PIU' ADEGUATA DR C. ZALUNARDO	11.10 - 11.30	LA COMUNICAZIONE FRA MEDICI ED ODONTOSTOMATOLOGI DR M. BREDA
9.30 - 9.50	RUOLI E COMPETENZE PROFESSIONALI; LA COMUNICAZIONE COME RISORSA DR P. ALLIBARDI	11.30 - 11.45	Coffee Break
9.50 - 10.10	COMUNICAZIONI E QUALITA' DI CURA IN AREA PEDIATRICA DR E. FRISON	11.45 - 13.15	TAVOLA ROTONDA PLENARIA con partecipazione anche di una giornalista stampa locale DR L. GIANTIN DR C. ZALUNARDO DR P. ALLIBARDI DR E. FRISON DR M. SCEVOLA DR T. MAGGINO DR D. LICORI DR M. BREDA DR RUPENI
10.10 - 10.30	DIALOGO FRA LE DIVERSE PROFESSIONI MEDICHE; QUALI STRUMENTI PER NUOVI OBIETTIVI DR M. SCEVOLA	13.15 - 13.30	QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELL'EVENTO E TEST FINALE DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO. TERMINE CONVEGNO.

RELATORI

RUPENI ENZO

Direttore Sanitario
A.Ulss. n. 13 Mirano (Ve)

ZALUNARDO CARLO

Medico Medicina Generale
A.Ulss. n. 13 Mirano (Ve)

FRISON EZIO

Pediatra di Libera Scelta
A.Ulss. n. 13 Mirano (Ve)

ALLIBARDI PIERLUIGI

Dirigente medico – Dipartimento Cardiologia
A.Ulss. n. 13 Mirano (Ve)

SCEVOLA MORENO

Dirigente medico – U.O. Medicina
A.Ulss. n. 13 Mirano (Ve)

MAGGINO TIZIANO

Dirigente medico – U.O. Ostetricia/Ginecologia
Medicina A.Ulss. n. 13 Mirano (Ve)

BREDA MORENO

Medico Medicina Generale, Odontoiatra
A.Ulss. n. 13 Mirano (Ve)

LICORI DANIELA

Dirigente Medico SUMAI
A.Ulss. n. 13 Mirano (Ve)

MODERATORI

MENEGHELLI GIORGIO

Pediatra di Libera Scelta

GIANTIN LUISA

Giornalista de "Il Gazzettino"

Destinatari: Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Venezia

Numero di partecipanti: tot. 100

L'iscrizione è gratuita

ECM:

Il corso è accreditato presso il Centro Regionale ECM Veneto - rif. evento VEN-FOR8424.

Responsabile scientifico:

Dr. Moreno Scevola

Segreteria organizzativa:

Area Formazione e Qualità
Azienda Ulss. n. 13 Mirano-VE
Tel. 041/ 5795141 - Fax 041/5795149
E-mail: areaformazione@ulss13mirano.ven.it

Segreteria scientifica:

Dr. P. Allibardi – M.Breda – M.Scevola

Convegni

16 dicembre 2006

presso Istituto Salesiano San Marco
Via dei Salesiani, 15 - MESTRE-VENEZIA

Il convegno

“L'ENPAM PER I LIBERO-PROFESSIONISTI”

Il congresso ha come obiettivo la revisione dell'attività professionale nella prospettiva previdenziale. Verranno discussi i seguenti argomenti: fonti di finanziamento dell'ENPAM, la gestione dei fondi, il rapporto contribuenti / contributi e le prospettive per il prossimo futuro.

Destinatari : medici / odontoiatri

Numero di partecipanti: 300

*L'iscrizione è gratuita e dovrà pervenire entro il **01.12.2006** presso la segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia tramite fax 041.989663 o tramite e-mail: info@ordinemedicivenezia.it*

PROGRAMMA

8.30 – 8.45 Registrazione Partecipanti

8.45 – 9.00 Saluto del Presidente Commissione Odontoiatri dott. Cosimo Tomaselli

9.00 – 11.00 L'ENPAM E I LIBERI PROFESSIONISTI

Docente dott. GIOVANNI PIETRO MALAGNINO

Sostituto dott. COSIMO TOMASELLI

11.00 – 11.15 Coffee Break

11.15 – 12.45 L'ENPAM E I PENSIONATI

Docente dott. IGNAZIO BASILE

Sostituto dott. COSIMO TOMASELLI

12.45 – 13.15 Discussione - Tavola rotonda con domande dirette

Docente dott. GIOVANNI PIETRO MALAGNINO

dott. IGNAZIO BASILE

Sostituto dott. COSIMO TOMASELLI

13.15 – 14.00 Questionario di valutazione dell'evento e Test finale di valutazione dell'apprendimento

La partecipazione al Convegno permette l'acquisizione dei crediti ECM. L'evento è in fase di accreditamento presso il Centro Regionale Veneto per l'Educazione Continua in Medicina.

COD. EVENTO VEN-FOR 9200

ORGANIZZATORE:
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA
Via Mestrina, 86 – 30172 Mestre (Ve)
Tel 041/989479 – Fax 041/989663 – e-mail: info@ordinemedicivenezia.it

TITOLO EVENTO:
L'ENPAM PER I LIBERO PROFESSIONISTI - COD. EVENTO: VEN-FOR 9200

DATA DELL'EVENTO: **16 dicembre 2006**

SCHEDA DATI ANAGRAFICI PARTECIPANTI
(da compilare ed inviare entro il 01.12.2006)

NOME _____

COGNOME _____

COD. FISCALE _____

PROFESSIONE _____

DISCIPLINA _____

PROVINCIA IN CUI OPERA PREVALENTEMENTE _____

ISCRITTO ALL'ORDINE DELLA PROVINCIA DI _____

PROFILO LAVORATIVO ATTUALE:

- Dipendente del SSN
 Convenzionato del SSN
 Libero Professionista in ambito sanitario
 Altro (specificare) _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196 del 30.06.2003 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ Firma _____

ENPAM

RISCATTI E RICONGIUNZIONI PIÙ ONEROSI A PARTIRE DAL 1° GENNAIO 2007

Il Consiglio di Amministrazione dell'Enpam in data 21.04.2006 ha deliberato l'adozione di nuovi coefficienti di trasformazione sui quali viene calcolato l'importo di riscatto e ricongiunzione e che si basano sulle tabelle Istat.

Le precedenti tabelle facevano riferimento al 1983; le attuali, che tengono conto della maggiore aspettativa di vita, si riferiscono al 2002. Non è prevista nessuna variazione per i riscatti e le ricongiunzioni in corso e per le domande protocollate entro il 31.12.2006.

Dal 1.1.2007 gli importi subiranno un incremento variabile tra il 12 e il 37% a seconda dell'età del richiedente.


Convegni

35

Gruppi di lavoro

36

AREA DI ATTIVITA'	COMPONENTI DEL CONSIGLIO E COMMISSIONE ODONTOIATRI
GRUPPO DI LAVORO INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE (NOTIZIARIO E SITO WEB)	DOTT. SINIGAGLIA MAURIZIO DOTT. LEONI GIOVANNI DOTT. SASSI GIULIANO DOTT. FABBRO FRANCO (supervisor)
GRUPPO DI LAVORO SCIENZA - ETICA E DEONTOLOGIA	DOTT. RAMUSCELLO SALVATORE DOTT. ALLIBARDI PIERLUIGI DOTT. BERTO AUGUSTO STEFANO DOTT. SAGGIORO ALFREDO DOTT. MENEGHELLI GIORGIO (referente per la stampa)
GRUPPO DI LAVORO PER IL DIALOGO TRA LE VARIE AREE DELLA PROFESSIONE	DOTT. RAMUSCELLO SALVATORE DOTT. GALLO ALESSANDRA (referente per la stampa) DOTT. SAGGIORO ALFREDO DOTT. COLLURA GIUSEPPE DOTT. MENEGHELLI GIORGIO
GRUPPO DI LAVORO PER LA FORMAZIONE	DOTT. PICCIANO PASQUALE (referente per la stampa) DOTT. SCEVOLA MORENO DOTT. SAGGIORO ALFREDO
GRUPPO DI LAVORO PER LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE	DOTT. NICOLIN GIULIANO DOTT. BREDI MORENO DOTT. RONCALI DAVIDE DOTT. RAMUSCELLO SALVATORE DOTT. FAMELI RENATO DOTT. ALLIBARDI PIERLUIGI (referente per la stampa) DOTT. TOMASELLI COSIMO
GRUPPO DI LAVORO PER LO STUDIO E LA VALUTAZIONE DELLE CRITICITA' DEI BILANCI PREGRESSI	DOTT. MEDIATI MALEK DOTT. NICOLIN GIULIANO DOTT. RONCALI DAVIDE DOTT. RAMUSCELLO SALVATORE DOTT. MENEGHELLI GIORGIO DOTT. BREDI MORENO DOTT. FAMELI RENATO
GRUPPO DI LAVORO PER LA PUBBLICITA'	DOTT. BERTO AUGUSTO STEFANO DOTT. BOSCOLO CATERINA DOTT. MEDIATI MALEK DOTT. FABRIS GELLI GIUSEPPE
COMMISSIONE PARI OPPORTUNITA'	DOTT. BOSCOLO CATERINA

REFERENTE DEL GRUPPO	PROPOSTA DI COMPONENTI ESTERNI AL CONSIGLIO
SINIGAGLIA MAURIZIO	DOTT. SAMUELI CRISTIANO DOTT. LO GIUDICE ANTONIO DOTT. MORANDO MICHELA
RAMUSCELLO SALVATORE	DOTT. ZAFFIN MICHELE DOTT. POLESSO ROBERTO DOTT. TOME' FRANCESCO DOTT. MARUSSO TIZIANA DOTT. RESCH GIUSEPPE DOTT.MASIERO LUCIANO DOTT. PASSARELLA LUCA DOTT. DONATINI ALFREDO DOTT. BRUSCAGNIN ALBERTO DOTT. DIECI DARIO DOTT. VENDITTI QUINTINO
MENEGHELLI GIORGIO	DOTT. POLESSO ROBERTO DOTT. VALENTI PIETRO DOTT. ZAFFIN MICHELE DOTT. FABRIS GELLI GIUSEPPE DOTT. SPERONELLO MARIA ROSA DOTT. ZENNARO CRISTINA
-	DOTT. FRASCATI ANGELO DOTT. DORIA MATTIA DOTT. SCANFERLA FLAVIO DOTT. MICHIELETTO MARCO DOTT. BACCICHETTO RENZO DOTT. COIN ANGELO DOTT. PAGAN VITTORE DOTT. OSTI FRANCO DOTT. ROMEO ANTONELLA
BREDA MORENO	DOTT. DELL'OLIVO IVANO DOTT. PASSARELLA LUCA DOTT. PARISI ROBERTO DOTT. RESCH GIUSEPPE
RONCALI DAVIDE	
BOSCOLO CATERINA	
BLUNDETTO EMANUELA	DOTT. ANGONESE IRMANNA DOTT. BATTISTON LETIZIA DOTT. BLUNDETTO EMANUELA DOTT. CALLEGARO M. TERESA DOTT. CHINELLATO MAURA DOTT. D'INCA' MARIA CRISTINA DOTT. MORESSA MARIA PIA DOTT. PIAI MANUELA DOTT. SPOLAOR MARINA DOTT. TURCHETTO ANTONELLA DOTT. VENDITTI QUINTINO

Attività
dell'Ordine

Il sito web dell'Ordine è in fase di ristrutturazione.

Inviateci TUTTI la vostra e-mail

completa di nome, cognome, data di nascita, indirizzo, numero di telefono
(lavoro e/o cellulare) ed eventuale fax a:

info@ordinemedicivenezia.it

per la costruzione/aggiornamento di un completo archivio informatico che ci
servirà per l'invio delle e-mail, dei fax e delle informazioni per l'accesso al
Forum dedicato.

Ci sentiamo in rete...

Cari saluti a tutti ed a presto.

Il Gruppo di Lavoro Informazione e Comunicazione
*Giovanni Leoni, Antonio Lo Giudice, Michela Morando,
Cristiano Samueli, Giuliano Sassi, Maurizio Sinigaglia, Franco Fabbro.*



Convegno: "Il medico e l'odontoiatra. Quale ruolo oggi nelle nostre comunità?"

2 dicembre 2006
Istituto Salesiano San Marco
Via dei Salesiani, 15 - Mestre-Venezia

* * * * *

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia, ha il piacere di invitarTi al Convegno dal titolo "Il Medico e l'Odontoiatra. Quale ruolo oggi nelle nostre Comunità" che vedrà la partecipazione di esponenti della vita politica e di organizzazioni internazionali e nazionali che hanno al centro del loro interesse i "determinanti" della Salute (**l'evento è in fase di accreditamento presso il Centro Regionale Veneto per l'Educazione Continua in Medicina**).

PROGRAMMA

- 8.00 – 8.15 Registrazione Partecipanti
- 8.15 – 8.30 Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia dott. Maurizio Scassola
- 8.30 – 9.10 **IL RUOLO DEL MEDICO NELLA RICERCA DEI DETERMINANTI DELLA SALUTE - dott. Maurizio Scassola**
Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia
- 9.10 – 9.50 **IL MEDICO DENTRO O FUORI QUESTA SOCIETA'? AI MARGINI dott. Salvatore Ramuscello**
Vicepresidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia
- 9.50 – 10.30 **SALUTE E RIDURRE LE INEQUITÀ DI STATO DI SALUTE dr. Erio Zilio**
Ufficio Europeo per gli Investimenti, per la Salute e lo Sviluppo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
- 10.30 – 10.50 Coffee Break
- 10.50 – 11.30 **MEDICINA E SOCIETÀ - prof. Massimo Cacciari**
Sindaco del Comune di Venezia
- 11.30 – 12.10 Discussione - Tavola rotonda con domande dirette
- 12.10 – 12.50 Questionario di valutazione dell'evento e Test finale di valutazione dell'apprendimento

Convegni

Al termine del convegno verranno premiati i Colleghi che festeggiano i 50 anni di laurea e il più giovane neolaureato leggerà, a nome di tutti i neoiscritti, il Giuramento Solenne di Ippocrate; nell'occasione, a tutti i Nuovi Iscritti verrà consegnato il Codice Deontologico.

Un buffet sarà offerto a tutti i partecipanti

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 01.12.2006 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 02.12.2006 alle ore 14.00
presso l'ISTITUTO SALESIANO "S. MARCO" Mestre (Ve) - Via dei Salesiani 15

ORDINE DEL GIORNO:

1. Relazione del Presidente;
2. Relazione del Tesoriere;
3. Relazione del Collegio dei Revisori dei Conti;
4. Variazioni al bilancio di previsione anno 2006;
5. Approvazione bilancio Preventivo 2007;

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 11.10.2006

Prot. 3294 Tit. 1108

Il Consigliere Segretario
dott. Caterina Boscolo

Il Presidente
dott. Maurizio Scassola

N.B. Le variazioni al bilancio di Previsione 2006 ed il bilancio Preventivo 2007, verrà depositato presso la segreteria dell'Ordine per la consultazione dei colleghi dal 15.11.2006.



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 il 02.12.2006.

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.

Le indicazioni per raggiungere l'Istituto Salesiano si trovano nel foglietto allegato al notiziario oppure nel sito internet www.ordinemedicivenezia.it