

OMCeo

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

04.09

Anno LI - n. 04 del 30 settembre 2009 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

Un messaggio alla politica

La gente del soccorso

Lettera aperta al Ministro Brunetta

Fondazione ARS Medica Venezia

Assemblea Provinciale FEDERSPEV

periodico

Omologato

Posteitaliane



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

2

Consiglio Direttivo

dott. MAURIZIO SCASSOLA (Presidente)
dott. SALVATORE RAMUSCELLO (Vice-Presidente)
dott. CATERINA BOSCOLO (Segretario)
dott. DAVIDE RONCALI (Tesoriere)
dott. PIERLUIGI ALLIBARDI
dott. MORENO BREDÀ
dott. GIUSEPPE COLLURA
dott. GELLI GIUSEPPE FABRIS
dott. GIOVANNI LEONI
dott. TIZIANA MARUSSO
dott. MALEK MEDIATI
dott. GIULIANO NICOLIN
dott. GABRIELE OPTALE
dott. PAOLO REGINI
dott. MORENO SCEVOLA
dott. MAURIZIO SINIGAGLIA
dott. COSIMO TOMASELLI

Collegio dei Revisori dei Conti

Effettivi

dott. RENATO FAMELI (Presidente)
dott. PASQUALE PICCIANO
dott. ANDREA BAGOLAN

Supplente

dott. ALBERTO COSSATO

Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

dott. COSIMO TOMASELLI (Presidente)
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott. GABRIELE CRIVELLENTI
dott. GIULIANO NICOLIN
dott. PIETRO VALENTI



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

Anno LI - n. 04 del 30 settembre 2009
Aut. Tribunale di Ve n. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale
Maurizio Scassola

Direttore Responsabile
Franco Fabbro

Comitato di redazione
Giovanni Leoni, Giuliano Sassi,
Michela Morando, Gabriele Optale
Antonio Lo Giudice, Cristiano Samuelli

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

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

Progetto Grafico
Valentina Remigi

Stampa
Grafiche Corrà - Arcole (VR)

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

Chiuso in redazione il 30 settembre 2009

04 Un messaggio alla politica

05 Scassola eletto Presidente
della Federazione Veneta
degli Ordini

06 La via diretta
dell'assistenza sanitaria

07 Ministro Brunetta:
istituisca una
Commissione Antimedici

08 La Gente del Soccorso

10 Brevi riflessioni sulla
documentazione sanitaria
ed il rischio clinico

12 Il neolaureato:
carne da cannone

13 La rivolta morale
per la qualità dell'assistenza

14 Commissione Pari
Opportunità: pubblicato il
documento di accoglienza

15 Fondazione ARS
Medica Venezia

16 Previdenza ENPAM:
ancora sui riscatti

17 Il Project Management
in sanità

18 Pensionati, Enpam
e Gestione Separata Inps

22 Missione sorriso
ai 5 angoli della terra

24 Problemi previdenziali
e fiscali 2009

26 Borsa di Studio
"Ivano Casartelli"
Bando di Concorso

27 Referti medici on line

Sommario

3

Un messaggio alla politica

4

La crisi economica con le sue ripercussioni sui livelli di occupazione e sulla stabilità sociale ha drammaticamente amplificato il senso generale di insicurezza.

Non è assolutamente facile trovare equilibri, stabilità e sicurezza quando mancano punti certi di riferimento e tutto viene messo in discussione da atteggiamenti e comportamenti in cui l'individuo attiva meccanismi opportunistici nel tentativo infantile ed edonistico di soddisfare falsi bisogni. In momenti di grande instabilità avremmo la necessità di recuperare il senso profondo del nostro agire, ci ritroviamo invece, costantemente, a confrontarci con modelli mediatici vuoti, futili, nei quali informazione e comunicazione vengono spesso manipolate per fini di parte e l'educazione del cittadino rappresenta un obiettivo residuale.

La classe medica vive con grave disagio questi anni perché il mondo della salute è il luogo-sintesi delle sofferenze, del disagio e delle contraddizioni; è anche il luogo dei grandi interessi economici ed è teatro dello scontro ideologico sui grandi temi dell'Etica.

Sono quindi evidenti alcuni dei motivi di crisi della Professione che deve anche guardare al suo interno per individuare quali siano obiettivi e percorsi per ritrovare coesione ed autorevolezza nel confronto con le persone e con la politica.

Riflettiamo anche sul fatto che dal 2001 al 2008 le domande di accesso ai corsi per medicina sono aumentate del 97% (del 18% solo quest'anno) ed esprimono l'interesse dei giovani verso questa area professionale. Permane, d'altra parte, il numero chiuso all'accesso universitario che non sembra rappresentare uno strumento appropriato di programmazione di inserimento lavorativo visto che tra pochi anni produrrà una carenza di camici bianchi tale che costringerà il paese alla loro importazione; già oggi gli infermieri che vengono dall'estero rappresentano il 30% del totale occupato. Ogni anno va in pensione circa l'8% dei medici che viene sostituito dal 3% di nuovi occupati! Non abbiamo niente da dire?

Credo che la programmazione dell'accesso alle professioni sanitarie sia uno dei temi più urgenti e caldi per la sopravvivenza stessa di un sistema socio-assistenziale basato sulla solidarietà, sulle competenze specifiche, sulla certezza della catena di responsabilità. E' evidente che la presenza nel sistema assistenziale di figure professionali con compiti e funzioni non compiutamente definiti creerà un grave vulnus nella gestione e controllo del rischio clinico.



Continueremo a proporre momenti di confronto tra medici, tra i medici e cittadini, tra medici, amministratori e politici; siamo certi che questa continua mediazione sia funzionale alla ricerca costante di risultati di qualità e di sicurezza nelle cure. Parliamo di un unico, omogeneo problema quando discutiamo di responsabilità professionale, di sviluppo professionale continuo, di unità di valutazione del rischio clinico, di umanizzazione delle cure, della buona relazione medico – paziente e di risultati in termini di salute.

Con le Aziende usls e con i Comuni dobbiamo incentivare la integrazione socio-sanitaria fondata sul rilancio della collaborazione tra queste istituzioni. I Comuni non possono più essere marginalizzati alla pura funzione di organismi consultivi ma devono poter partecipare a pieno titolo alla programmazione, verifica e revisione dei processi assistenziali.

A livello provinciale, dobbiamo interagire con le Istituzioni per ridisegnare la rete degli ospedali e dei presidi territoriali, per progettare una vera continuità delle cure, per omogeneizzare le offerte di servizi sul territorio provinciale.

Abbiamo bisogno di strumenti di valutazione della qualità della vita professionale dei medici all'interno delle strutture in cui operano; siamo convinti che questo sia un punto di partenza per la verifica e revisione dei processi assistenziali; senza l'applicazione costante di audit interno non è possibile parlare di nuovi modelli organizzativi del lavoro; il rischio professionale è strettamente legato all'organizzazione.

I cittadini vanno compiutamente informati dei loro diritti ma anche dei doveri, in una corretta relazione con i Servizi e con gli Operatori.

I diritti ed i doveri sono legati strettamente al problema della corretta informazione e della offerta di servizi; non possiamo pensare di poter affrontare ad esempio il tema degli accessi “inappropriati” ai Pronto Soccorsi se non predisponiamo una Carta dei Servizi, se non investiamo sulle forme di aggregazione territoriali di Assistenza Primaria, se non portiamo sul Territorio alcuni servizi ormai divenuti di primo livello, se non diamo dignità al lavoro degli operatori dell’area dell’urgenza/emergenza con strutture e mezzi adeguati e con personale che possa sostenere ritmi di lavoro divenuti ormai massacranti anche per la carenza drammatica di operatori.

A livello regionale, dobbiamo rilanciare la Federazione Regionale degli OMCeO che deve rappresentare uno strumento di confronto rappresentativo di tutta la professione, autorevole nella sua capacità tecnica di interloquire con la politica e con la dirigenza regionale, autonomo e responsabile anche nei momenti di confronto più aspro.

Abbiamo occasioni, come nelle prossime elezioni comunali e regionali, nelle quali ritrovare il vero significato politico della nostra esistenza: le elezioni dei nostri rappresentanti negli organismi istituzionali democratici.

Una organizzazione professionale, come l’OMCeO di Venezia, non deve partecipare alla tenzone politica ma ha l’obbligo, oggi come mai, di interrogare la politica su obiettivi, programmi, strumenti e risorse che dovranno delineare le scelte strategiche dei futuri amministratori. La Professione continuerà a porre le domande non eludibili.

L’*autonomia* e la *responsabilità* della professione passano soprattutto attraverso una intensa attività di *partecipazione* e di *comunicazione*; non è possibile oggi limitare il concetto di responsabilità all’area della appropriatezza dell’atto; è il consenso del destinatario, la corretta comunicazione / relazione che determinano i limiti della autonomia e ne identificano la responsabilità. La partecipazione alla vita civile rinforza il nostro ruolo e la nostra autorevolezza consentendoci una più incisiva capacità lobbistica e lo sviluppo di una vera capacità di gestire potere all’interno della polis.

E’ sotto questo aspetto che la Professione ha il compito delicatissimo di confrontarsi con la politica e con gli amministratori indicando obiettivi di sintesi tra i bisogni di operatori, bisogni dei cittadini e bisogni del Sistema Socio-Assistenziale Locale e Regionale.

Noi vogliamo essere portatori di questi bisogni, a difesa degli interessi della collettività.

Maurizio Scassola

Scassola eletto Presidente della Federazione Veneta degli Ordini

Il dottor Maurizio Scassola, Presidente dell’Ordine dei medici ed odontoiatri di Venezia è il nuovo Presidente della Federazione Regionale Veneta degli Ordini. L’elezione è avvenuta lunedì 21 settembre.

Compito della Federazione Regionale è quella di coordinare le attività degli OMCeO (Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri) provinciali su temi largamente condivisi dalla Professione, produrre un confronto costruttivo con i vertici della Regione attraverso l’elaborazione di proposte e progetti, finalizzare la propria attività al miglioramento continuo del Sistema Socio-Sanitario della nostra Regione.

Obiettivo dichiarato del neoeletto, oltre al confronto propositivo con le istituzioni, è quello di rappresentare per la categoria medica un punto di riferimento riconosciuto ed autorevole.

Sono stati subito individuati nuovi modelli organizzativi che coinvolgeranno tutti gli Ordini Provinciali nella costituzione di gruppi di lavoro che opereranno per aree specifiche e produrranno materiale documentale da porre all’attenzione della Politica della Regione.

Tra gli obiettivi prioritari saranno affrontati la rivisitazione del sistema di formazione permanente, la sicurezza delle cure, la qualità dei Servizi, la relazione medico-paziente, medico-medico e medico-struttura organizzativa.

Il dottor Scassola sarà affiancato dal VicePresidente dott. Ezio Cotrozzi, Presidente dell’OMCeO di Vicenza ed dal Segretario dott. Francesco Bovolín, Presidente della Commissione Odontoiatri di Verona. Il dott. Daniele Frezza è stato cooptato nell’Esecutivo in rappresentanza di tutta l’area della medicina della dipendenza.

Editoriale

La via diritta dell'assistenza sanitaria

6

Dunque anche questa mattina mi sono alzato e sono corso a consultare i giornali per sapere quali leggi avrei dovuto rispettare oggi.

Agosto ci ha portato come regalo una modifica della legislazione sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, modifica di cui nessuno di noi sentiva il bisogno. A fronte dell'abolizione dell'obbligo di comunicare annualmente all'INAIL il nominativo dell'RSL, abbiamo visto l'introduzione di una serie di altri obblighi veramente difficili da giustificare.

Al di là dei particolari, la cosa che noi vorremmo dire ai politici è la seguente: una legge si può paragonare ad una terapia medica e si modifica quando si constata che la terapia precedente non funziona. Per impostare una terapia è necessario fare una diagnosi, e per una diagnosi corretta serve una buona anamnesi. Ora, quale morbidità o mortalità negli ambienti di lavoro degli odontoiatri o in genere dei liberi professionisti si vuole ridurre con le modifiche recentemente introdotte? Noi tutti siamo assolutamente consapevoli dell'importanza della tutela della salute negli ambienti di lavoro e siamo assolutamente disponibili a qualunque confronto e collaborazione che parta da dati precisi. Per favore, ci si dica quante malattie professionali, quanti infortuni e quanti morti vengono segnalati nei nostri ambienti di lavoro, e la nostra collaborazione sarà massima.

Ma non si può chiedere la nostra collaborazione e neppure il nostro plauso o anche solo tacito assenso, quando si spara nel mucchio. Ogni giorno leggiamo di incidenti sul lavoro, ma, se non siamo stati distratti, mai in ambito odontoiatrico.

Un'altra novità è che a partire dal 2010 i Fondi Sanitari Integrativi esistenti e quelli di nuova costituzione verranno equiparati sotto il profilo fiscale. Come sappiamo i governi succedutisi hanno sostenuto in modo uniforme i Fondi Sanitari Integrativi (FSI) attendendosi da essi un aiuto per ripianare o limitare il deficit del Sistema Sanitario Nazionale. In sintesi, le aziende potrebbero versare una certa cifra ai FSI per ogni lavoratore, al quale verrebbe fatto uno sconto fiscale sulla cifra versata. Poi i FSI dovrebbero stipulare apposite convenzioni per l'erogazione di prestazioni sanitarie non comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Proviamo a vedere cosa succederà in concreto.

L'azienda Rossi verserà sul FSI del dipendente Verdi un massimo di 3615 euro annui. Una percentuale di questa cifra (%3615) potrà essere



dedotta dal contribuente. Questo significa che comunque il reddito del lavoratore aumenterà, e lui si troverà a pagare più tasse a fronte dello stesso stipendio netto. Certo il suo stipendio lordo sarà aumentato di 3615 euro, ma la base imponibile sarà aumentata di (3615-%3615) euro.

Sarà il sig.Verdi entusiasta di questo accordo? Mah...

Come seconda conseguenza avremo che lo Stato, a parità di PIL, incasserà %3615 in meno. Questo è il costo che lo stato accetta di pagare per finanziare le cure sanitarie non LEA, le quali cure sanitarie, per quel che riguarda il sig.Verdi, avranno dunque a disposizione 3615 euro.

Ma se avessero proposto al sig.Verdi di avere 3615 euro in più in busta paga, quale ipotesi avrebbe preferito? Mah...

A questo punto il sig.Verdi si recherà in uno studio convenzionato per ricevere le sue prestazioni non LEA. Sapendo che sulla sua busta paga sono stati caricati 3615 euro ovviamente egli sarà sollecitato a richiedere anche cure che fino a quel momento aveva trascurato.

Ora, quant'è la spesa media di ogni italiano per il dentista? Abbiamo una forbice che va da 300 (dati personali) a 800 (dati ISTAT) euro all'anno. Certo questi 300-800 euro sono in parte anche una conseguenza del fatto che i pazienti, pesando il proprio portafoglio, non sempre fanno tutte le cure che potrebbero fare. Comunque sia, la salute orale della popolazione italiana è attualmente ai

vertici mondiali. Il che significa che l'equilibrio raggiunto tra necessità di cure e risorse economiche a disposizione è attualmente uno dei migliori o il migliore al mondo.

I fondi per poter usufruire delle agevolazioni fiscali devono garantire almeno il 20% delle prestazioni in odontoiatria, il che significa un massimo di 730 euro all'anno. Quindi più o meno ci siamo, se non avessimo trascurato due fattori: anzitutto la tendenza della popolazione in presenza di una assicurazione a richiedere anche prestazioni che aveva fino a quel momento trascurato, e poi che i FSI non funzionano gratis! Per cui dai 3615 euro a disposizione bisogna detrarre i costi per la gestione dei fondi!

Facciamo allora un bilancio consuntivo:

Lo Stato ci ha rimesso %3615.

Le aziende sono andate in pari: anziché dare a Verdi 3615 euro in busta, li hanno versati ai fondi; che poi lo Stato sul reddito di Verdi consenta o meno deduzioni, all'impresa importa poco. Per l'azienda 3615 euro versati di stipendio o ai FSI rappresentano una spesa, punto.

Verdi ha fatto una battaglia sindacale per l'aumento di stipendio, il quale aumento lui però non ha neppure visto, perché è andato ai FSI.

Poi Verdi ha pensato di recuperare questi soldi e ha consultato un elenco di convenzionati, si è recato da uno di essi, ha ricevuto una prestazione, ha compilato moduli, è stato rimborsato del tutto o in parte. Comunque sia, ha avuto più impicci e burocrazia di prima.

I FSI sicuramente all'inizio ci hanno guadagnato. Poi, dato che nessuno è fesso, col tempo il loro guadagno si ridurrà fino a sparire del tutto, i FSI chiuderanno e si tornerà punto a capo.

Quindi avremo assistito ad una operazione della durata di qualche anno con la quale un certo numero di prestazioni (che alcuni auspicano superiore all'attuale) verrà a costare molto di più di quanto costa attualmente, tra spese dirette, indirette e parassite. In una situazione di risorse economiche in diminuzione questa operazione mi sembra molto rischiosa. Il rischio è che vengano sperperate non risorse superflue ma le risorse indispensabili per le cure essenziali!

Quando questa operazione sarà conclusa, come sarà la salute orale degli italiani? Avremo una salute molto migliore di quella attuale? Mah...

La logica di tutto questo sta nel fatto che lo Stato vorrebbe fornire cure sanitarie attualmente non fornite pagandole %3615. Ora, perché lo Stato non percorre la via diretta? Posto che comunque parte da un budget %3615, perché non investe questa cifra versandola direttamente alle categorie svantaggiate affinché ne facciano l'uso (in prestazioni sanitarie) che preferiscono?

Perché, poi, lo Stato non si impegna a togliere quei mille impicci burocratici come la legislazione sul lavoro di cui sopra? Sono sicuro che in termini di diminuzione delle spese il paziente ne beneficerebbe molto di più che %3615.

Cosimo Tomaselli

Ministro Brunetta: istituisca una Commissione Antimedici

Caro Ministro Brunetta, chi Le scrive è un medico, pubblico dipendente, preoccupato dalla deriva ideologica presente nei palazzi ministeriali con la quale si sta cercando di riformare la pubblica amministrazione. Se Lei ritiene opportuno disegnare una riforma per la pubblica amministrazione questo è nel Suo diritto, ma definire i dipendenti pubblici genericamente fannulloni e nel caso dei medici anche macellai è scorretto e denigratorio nei confronti di tutti coloro che ogni giorno si impegnano nel proprio lavoro. La tecnica della denigrazione e dell'offesa della controparte prima della discussione di un tema così importante è veramente sconsolante.

Ma passiamo ai contenuti della Sua proposta: che senso ha sostituire ad esempio il sistema degli



Attività
dell'Ordine

incentivi basato sul raggiungimento del risultato da parte dell'intera equipe medica e sostituirla con un non ben chiaro sistema di premio individuale? Forse con questo sistema si potranno finalmente premiare solo coloro che eseguiranno pedissequamente gli ordini impartiti.

Il sistema di riforma così come disegnato relega il dirigente medico a mero esecutore delle direttive politiche, ciò trova conferma negli articoli 5,6,14 dove si stabilisce che gli obiettivi sono programmati e definiti dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, monitorizzati e verificati da un organismo di valutazione indipendente nominato però dallo stesso organo di indirizzo politico-amministrativo.

Non volendo poi entrare nei sistemi dei rapporti sindacali che con questa riforma vengono letteralmente stravolti, l'ultimo pensiero riguarda le false certificazioni che indubbiamente rappresentano il vero disonore della nostra professione. Il reato di falsa certificazione è diventato ormai un reato

efferato, anche se non sappiamo ancora le modalità di accertamento e la consistenza numerica. Non siamo a conoscenza inoltre di quale sarà il costo per cittadino contribuente per la costruzione del sistema di controllo, ciò che invece conosciamo bene è la perfetta tempistica con la quale è stato inventato questo reato subito dopo che un'altro reato, a mio parere ben più grave come il falso in bilancio, è stato derubricato.

L'Italia è rimasta ormai fra i pochissimi paesi al mondo dove l'errore del medico è considerato un reato penale a cui si aggiunge ora anche la falsa certificazione.

Credo sia giunto il tempo, questo è un mio consiglio personale, di aggiungere alla Commissione Parlamentare Antimafia anche la Commissione Antimedici. Un grande numero di delinquenti laureati si aggira per l'Italia.

Grazie per l'attenzione
Salvatore Ramuscello

La Gente del Soccorso

La tragedia avvenuta a Cortina in agosto è solo l'ultima in ordine di tempo che ha coinvolto gli equipaggi di soccorso. Un elicottero è caduto sul Monte Cristallo con a bordo un pilota, Dario de Felip di 49 anni, un medico, Fabrizio Spaziani di 46 anni, due i tecnici di soccorso alpino, Marco Zago di 42 anni e Stefano da Forno di 40 anni.

Nel febbraio 2004 un aereo Cessna precipita durante il trasporto da Roma a Cagliari di un cuore da trapiantare: a bordo vi erano il responsabile della divisione di Cardiocirurgia Alessandro Ricchi di 52 anni, il suo assistente Antonio Carta di 38 ed il tecnico perfusionista Gian Marco Pinna. Con loro i due piloti, entrambi austriaci, Helmut Zullner e Thomas Giacomuzzi. La sesta vittima è un altro italiano, Daniele Giacobbe, 35 anni, in addestramento.

Nell'ottobre 2001 durante un volo notturno di soccorso un elicottero del 118 si schianta sulle colline di Poggio Ballone, vicino a Grosseto. Quella volta morirono cinque persone.

Certo questi incidenti mortali fanno notizia, e occupano per qualche giorno le prime pagine dei giornali ma subito gli articoli vengono sostituiti da altra cronaca.

Ma la vita ed i turni continuano anche per queste persone che si sono scelte un mestiere particolarmente pericoloso. Altri, con semplicità, prendono il posto dei morti, come in guerra.

Certo la caduta di un aereo o di un elicottero colpiscono di più l'immaginario collettivo di un incidente in cui è coinvolta un'autoambulanza, una macchina della polizia o dei carabinieri, solo un po' più strano magari se ad essere coinvolti sono pure i vigili del fuoco.

Perché questi sono i mezzi di soccorso e la gente del soccorso non può morire, sono gli "speciali" sono quelli che salvano gli altri e non possono essere coinvolti loro stessi nel male che sono deputati a curare. Ed invece questa gente rischia, rischia tanto.

La velocità per loro non è un'ebbrezza ma una necessità. Volare a volte è l'unico sistema per arrivare in tempo. Si esce anche con il brutto tempo e di notte, quando le strade sono viscide e scure e si deve correre. Ma a bordo non ci sono dei ragazzi un po' "carichi" dopo la discoteca, ci sono dei padri di famiglia che vanno in soccorso di feriti e malati. A volte sbattono anche loro ma non si può dire, con cinismo magari "in fondo se la sono cercata". No, loro non cercavano la velocità anche se correvano, facevano solo il loro mestiere. Nella mia carriera ho lavorato



al Pronto Soccorso per 2 anni in provincia e sono uscito anche in ambulanza per dei trasporti urgenti. Venti anni fa le cose erano un pò diverse: in emergenza per un trasporto medicalizzato si doveva scegliere fra il medico del pronto soccorso e l'anestesista e, se il paziente non era intubato era il medico del PS che usciva per un "cranico" o un "vascolare". In autostrada in ambulanza ti passano tutti ... Ti prendi la tua rivincita sulle statali e in città. A bordo fai i tuoi controlli, spera che tutto vada bene, confidi nell'abilità dell'autista mentre la sirena sulla testa ti spacca le orecchie. Pensi raramente a te stesso e a quello che può succedere quando passi col rosso ad un incrocio, sei solo concentrato sul malato e sulla destinazione di arrivo sempre troppo lontana. Adesso lavoro a Venezia centro storico, qui ci sono le barche. Presto servizio in un reparto, non esco più. Ma a volte penso agli equipaggi delle idroambulanze che partono di notte, col brutto tempo, in inverno, a prendere qualcuno a Treporti o a Pellestrina. A Venezia gli equipaggi siamo abituati a vederli di giorno, magari in estate col sole. A volte corrono preceduti dalla sirena facendo lo slalom in Canal Grande fra gondole e vaporetto, a volte vanno piano di ritorno da una dimissione protetta. Un bel lavoro all'aperto si può pensare vivendo nel chiuso di ospedali ed ambulatori. Ma è brutta la laguna di notte, in inverno, con il vento e la pioggia. Pessima con la nebbia anche se hai il radar. Non ci sono luci sui pali che segnano i canali appena fuori dal centro e si corre in planata, se qualcosa va storto sei solo. Di notte, vestito, in mezzo all'acqua, per quanto ce la fai a nuotare ? Se la radio è ormai sott'acqua e sei vivo puoi solo sperare ed aspettare anche tu che qualcuno ti venga a prendere, un altro che abbia il coraggio di uscire per te, quando le persone normali si assicurano di aver chiuso bene tutte le finestre e vanno a letto.

Qualcuno dirà: è il loro mestiere, rischiano ma saranno pagati bene. È vero solo che rischiano e sono molto stimati. Elicotteri ed ambulanze, Vigili del fuoco, PS e Carabinieri, Guardia Costiera e Finanziari, quando sfrecciano coi lampeggianti accesi provo un senso di sicurezza, ma temo per loro e quello che vanno ad affrontare. Questa gente crede nella propria scelta e la vive come una missione. Ogni tanto qualcuno muore nel tentativo di salvare un altro, poi le tv inzeccano i ragazzi con il mito di far soldi alla svelta con il Grande Fratello. Per fortuna che ci sono ancora uomini e donne che nascono con tali valori dentro che si esprimono poi nella scelta di questi strani mestieri.

Chi può ci pensi su e paghi meglio queste persone, che sono troppo orgogliose per lamentarsi di stipendi indegni di chi rischia sul serio per professione nell'aiutare il prossimo. E noi ogni tanto non perdiamo l'occasione di ringraziarli per tutto quello che fanno.

Giovanni Leoni



Attività
dell'Ordine

Brevi riflessioni sulla documentazione sanitaria ed il rischio clinico

Nell'ambito della prevenzione del rischio clinico accanto alle segnalazioni spontanee assume notevole importanza anche la sistematica revisione delle **cartelle cliniche** da parte di personale esterno con la finalità precipua di individuare in queste ultime la presenza di eventi avversi.

A questo proposito ed a parere della *Joint Commission* americana, nel contesto delle procedure di accreditamento delle strutture, le seguenti dovrebbero essere le finalità principali della cartella: pianificazione e valutazione delle cure con verifica dell'adeguatezza delle stesse rispetto agli standard di riferimento, comunicazione fra i sanitari coinvolti nell'iter diagnostico-terapeutico del paziente, protezione degli interessi giuridici del paziente ed anche di tutti gli altri soggetti che vengono coinvolti nel sistema, implementazione infine dell'educazione permanente e dell'attività di ricerca.

E' proprio in questo contesto che riteniamo significativo ricordare, pur se solo per sommi capi, tutto quanto una consolidata dottrina medico-legale prevedeva in tema di cartella clinica.

La cartella clinica anche secondo il Codice di Deontologia Medica dev'essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza da parte del sanitario, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica dovendo contenere oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica del paziente ed al suo decorso anche l'elencazione di tutte quelle che sono le attività diagnostico-terapeutiche che sono state disposte nei suoi confronti.

A dispetto peraltro dell'estremo rilievo e del grande interesse che ha ormai assunto nel nostro Paese, a parere del Magliona la cartella rappresenta ancora oggi una "vistosa lacuna della legislazione sanitaria, di per sé assai povera di riferimenti rispetto a tale indispensabile strumento di attuazione e di registrazione dell'assistenza ospedaliera".

L'unica disciplina di dettaglio in argomento riguarda infatti la cartella clinica delle case di cura private (art. 35, D.P.C.M. 27/06/86 recante: "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cura private"), mentre in ambito pubblico non sono sino ad oggi intercorse modifiche in tema di responsabilità derivanti dal proprio ufficio o dalla funzione rispetto a quanto era stato disposto dall'art. 7 del D.P.R. 128/69, ovvero di una disciplina interna



degli ospedali nella quale, pur essendo parte di un provvedimento poi abrogato, veniva previsto che il Primario fosse considerato il responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici ed anche della loro conservazione, almeno fino al momento della consegna del tutto all'archivio centrale del nosocomio.

La cartella va considerata atto pubblico di fede privilegiata ovvero fedefacente fino a querela di falso della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale ha attestato e che sono avvenuti in sua presenza o sono stati da lui compiuti (art. 2700 c.c.) ed acquista peraltro il carattere della definitività in relazione ad ogni singola annotazione che vi venga riportata uscendo di fatto dalla disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui questa viene registrata.

La singola annotazione assume autonomo valore documentale e spiega efficacia nel traffico giuridico non appena viene trascritta, con la conseguenza che una successiva alterazione da parte del compilatore costituisce falsità punibile ancorché il documento si trovi ancora nella materiale disponibilità del compilatore in attesa di venire trasmesso alla Direzione Sanitaria per la definitiva custodia.

Nondimeno aveva sottolineato Kraus come l'impatto nell'ambito di un'inchiesta giudiziaria di una cartella mal compilata, o comunque disordinata, o sulla quale vengano apposte correzioni (più o meno postume rispetto agli avvenimenti che si sareb-

bero dovuti testimoniare) contribuisce senz'altro ad indurre nel Magistrato concreti dubbi circa la reale adeguatezza delle cure che sono state fornite, invece più la cartella sarà ricca di contenuti, notizie, informazioni e meglio potrà venire chiarito il *modus operandi* di colui che l'ha compilata, ovvero la logica che è sottesa ai vari interventi clinico-terapeutici svolti.

Gli errori più frequenti che si osservano nella compilazione della cartella clinica e che vengono descritti nella letteratura sono invero numerosi: scarsa leggibilità, grossolane omissioni od ancora annotazioni postume, che sarebbero a quanto è dato di sapere maggiormente frequenti nei casi nei quali vi sia la percezione da parte dei sanitari del possibile ingenerarsi di un contenzioso.

In questo contesto va sottolineato con forza come l'**atto medico** sia costituito anche, seppure non solo, dall'attività di **documentazione**, e come in questo particolare ambito sia fortemente auspicabile che venga utilizzata dal professionista quanto meno la diligenza del "buon padre di famiglia" soprattutto alla luce di tutte quelle che sono le più recenti pronunzie giurisprudenziali che sembrano richiedere, innanzitutto allo stesso professionista, di voler fornire prova della propria correttezza professionale nel contesto di un'obbligazione nei

confronti del paziente che sempre più di frequente viene considerata di natura "contrattuale" con tutto ciò che ne deriva sia in termini di onere della prova che anche di prescrivibilità, ovvero di termini per esercitare l'azione giudiziaria (dieci anni).

D'altro canto la cartella ma anche tutta la rimanente documentazione che ogni giorno viene compilata dal medico, quando soltanto vi si faccia la necessaria attenzione, può divenire un formidabile strumento nelle mani dei sanitari e degli altri operatori. E' dunque assai auspicabile che si faccia strada in tutti questi la corretta mentalità che conduca infine allo scrivere in effetti tutto quello che viene fatto nei confronti del paziente in tal modo lasciando traccia costante del proprio agire.

Non andrà altresì dimenticato di come la cartella clinica venga ormai unanimemente considerata elemento in grado di contribuire alla **qualità** delle cure ed allorché si dimostri essere stata opportunamente documentata nel dettaglio assai verosimilmente potrebbe contribuire a ridurre in modo significativo ogni possibile contenzioso in sede giudiziaria.

Da parecchi anni a questo proposito nel mondo anglosassone una delle principali fonti di informazioni sulle quali viene basato l'**audit** clinico è proprio costituito dalla revisione strutturata delle cartelle cliniche laddove il termine *clinical audit* viene utilizzato per indicare l'approccio specifico alla valutazione della qualità dell'assistenza di parte professionale (*peer review*).

Davide Roncali

Attività
dell'Ordine



Il neolaureato: carne da cannone

Dopo anni di fatiche, difficoltà, dubbi, incertezze finalmente arriva il grande giorno: la laurea. Non ci credi neanche tu di aver davvero finito! E poi come in un turbine inarrestabile: l'esame di stato, l'iscrizione all'Ordine professionale e questo sentirsi chiamare "dottore" tanto ambito ma che ti lascia un po' interdetto e frastornato. Tutti siamo passati attraverso le forche caudine di quel momento, in bilico tra una laurea tanto agognata e la cruda realtà che adesso bussa davvero alla tua porta e chiede: cosa farai da grande? Se da un lato devi sopperire a tutte le carenze che hai riguardo la preparazione al mondo del lavoro, rigorosamente non fornita dalle nostre paleolitiche università, dall'altro ti piacerebbe proprio provare a mettere in pratica quello per cui hai tanto faticosamente studiato e (perché no?) cominciare anche a guadagnare qualche soldino...

Bene, fin qui è uguale per tutti.

Poi, come dicevo, si entra nella realtà professionale, dove, come nella vita, servono capacità, conoscenza, mezzi, spirito di adattamento, fortuna e chi più ne ha più ne metta. Purtroppo, però, più di qualche giovane laureato può finire in pasto a strutture fameliche di manovalanza o addirittura di agguerriti businessman che dettano legge ma che con la medicina e l'odontoiatria non hanno nulla da spartire. Come arginare questo caotico e deprofessionalizzante stato di cose? Come sempre, con la cultura e l'informazione. Ci sono delle regole che non andrebbero mai disattese o dimenticate. La prima ci è continuamente ricordata dai nostri colleghi medici legali: la responsabilità civile e penale (ed anche etica e deontologica, aggiungo io) della prestazione professionale fa sempre capo al collega che eroga la prestazione. Certamente in alcune situazioni vengono identificati anche altri responsabili, ma mai e poi mai un operatore sanitario laureato potrà dire "non è colpa mia, mi ha detto lui di farlo...". Il secondo punto fondamentale è che noi siamo responsabili di tutto l'iter diagnostico-terapeutico-prognostico ed anche qui non possiamo appellarci al "me l'ha detto lui...". Un giovane collega odontoiatra mi scrive: "...considerato che la nostra è una professione di natura intellettuale, trovo quantomeno riduttivo che il collega che presta la sua opera sia "obbligato" da visite e piani di trattamento già preordinati; infatti, molto spesso ci si trova di fronte ad agende giornaliere predefinite con tanto di piani di cura già programmati...". La mia considerazione è che se tutto questo viene da un

collega titolare di uno studio monoprofessionale o situazione analoga, beh, parliamone o, se serve, facciamo un esame di coscienza; ma il problema nasce quando chi decide è una non meglio identificata struttura medica e/o odontoiatrica o



addirittura un non abilitato. Le scelte diagnostiche e le conseguenti terapie sono individuali, cioè il dott. X può trattare un caso clinico in un modo completamente diverso da come il dott. Y gli aveva suggerito (o ordinato) di fare, arrivando allo stesso risultato (la guarigione). Non solo, ma può anche succedere che il dott. X non ritenga necessario o corretto il trattamento e pertanto non lo attui affatto. Non è che così facendo se ne assuma la responsabilità, l'onere era già suo. Con il terzo punto cominciano i problemi: i compensi elargiti al neolaureato. Si parla di percentuali, si parla di gettoni di presenza, si parla di tariffe orarie o di mezzette giornaliere lavorative o infinite altre varianti. Una regolamentazione degli accordi tra il giovane professionista ed il "vecchio lupo" è di là da venire, un tentativo lo si potrebbe fare facendo riferimento al contratto nazionale che tutti noi applichiamo per il nostro personale di studio, dove, come punto di riferimento per noi, il collega potrebbe percepire, indicativamente, una somma pari alla sua posizione gerarchica nello studio professionale e cioè 1° livello del contratto collettivo. Anche perché l'onorario lasciato alla contrattazione individuale lascia spazio a possibili speculazioni che vedono il giovane collega indifeso e vulnerabile. Non è più ammissibile che, come abbiamo rilevato poco tempo fa, vengano offerti compensi di 11 euro lordi ora con la dicitura: se ti va bene così, altrimenti...

Di tutto ciò e degli argomenti correlati si occuperanno le commissioni congiunte dell'Ordine: commissione per la libera professione (coordinatore dott. Stefano A. Berto) e commissione per la previdenza, assicurazioni e responsabilità (coordinata dal dott. Moreno Breda). Le due commissioni si riuniranno **MERCOLEDÌ 28 OTTOBRE 09** alle ore 21 nei locali dell'Ordine per cercare di approfondire e sviluppare queste tematiche.

Stefano A. Berto



La rivolta morale per la qualità dell'assistenza

Riflessioni del Presidente CAO Cosimo Tomaselli a margine degli interventi del prof. Cacciari e della prof.ssa Menard al convegno sull'Etica dell'Accompagnamento del 16 Maggio 2009.

Amio personale parere le relazioni più rilevanti del convegno sull'Etica dell'Accompagnamento (citato in diversi contesti come simposio sulle decisioni di fine vita o anche simposio sulla desistenza) sono state l'intervento a braccio del sindaco di Venezia prof. Massimo Cacciari e la relazione della prof.ssa Sylvie Menard.

Sul sito dell'Ordine, alla sezione archivi multimediale è possibile vedere ed ascoltare i loro interventi, grazie all'eccezionale lavoro della nostra commissione stampa, di cui si apprezza tanto più il risultato in quanto ci permette di riascoltare e rimeditare interventi troppo preziosi per essere lasciati alla debolezza della nostra memoria. Per quel che



mi riguarda vorrei solo proporre alcune riflessioni personali.

L'intervento del prof. Cacciari in sintesi poggiava su due considerazioni: da un lato il Consenso Informato è in una situazione di confusione semantica: non è possibile in modo

rigoroso definire i soggetti che danno e ricevono un consenso valido, l'oggetto, le forme, i tempi e le condizioni dello stesso. Dall'altro, l'unico vero limite a qualunque discussione in ambito terapeutico è la libertà individuale: non è mai possibile limitare in qualche modo la libertà individuale in quanto ogni volta che vi si pone un qualche limite si pone simultaneamente anche la condizione per riven-

dicare il superamento dello stesso, sul piano legislativo o anche semplicemente economico: chi ha i soldi sa come aggirare le leggi.

L'intervento della prof.ssa Menard trovava il proprio centro nella diversità che si osserva



tra l'ottica del paziente e l'ottica del sano. Il sano chiede per i malati "Il diritto alla scelta terapeutica, il diritto al rifiuto delle cure, il diritto al testamento biologico, il diritto all'eutanasia". Il malato chiede per sé "più rispetto, meno attese, diritto al pudore, diritto alla privacy, che la libertà di cure e il consenso informato non diventino uno scarico di responsabilità, non essere lasciato solo ad affrontare la sua malattia, diritto al conforto".

Due interventi magistrali e reciprocamente illuminanti.

Anzitutto il consenso informato: credo la maggior parte dei sanitari non abbia il minimo dubbio sul fatto che il Consenso Informato *firmato* di fatto non rappresenti alcuna conquista nella prospettiva della libertà e dell'autodeterminazione del paziente. Non c'è alcun dubbio che il paziente debba dare il consenso al trattamento, ma che questo consenso possa essere "informato", di cosa debba essere davvero e sostanzialmente informato, che un certo numero di firme su un certo numero di fogli o altri variabili indicatori possano garantire di questa caratteristica (l'informazione del soggetto al consenso prestato, appunto) è evidentemente discutibile.

Neppure il paziente a cui viene chiesta una firma mentre viene portato di corsa in sala operatoria, attribuisce a quella firma alcuna relazione con la qualità delle cure a cui sta per essere sottoposto. Anzi.

Perché, se si va a chiedere ad un malato un consenso, è chiaro che qualunque malato dà il proprio consenso ad una assistenza di buon senso, "come se fossi tua madre, tuo figlio, tuo fratello". E possibilmente solo a questa.

Il punto di vista del malato è dunque una sorpresa per la riflessione sulla prassi medica? Sembra un paradosso, ma forse è proprio così.

Ma allora di quale libertà si parla quando si dice che essa è il limite invalicabile della contemporaneità? Sembra quasi che a medici e pazienti sia stata imposta una prassi che nessuno di loro ha voluto né cercato. Qualcuno questo sistema deve pur averlo voluto, forse i giudici, gli avvocati, i burocrati, ma

Attività
dell'Ordine

nessuno davvero protagonista del mondo sanitario. Allora viene un'altra domanda: se comunque la libertà individuale è la cifra della nostra epoca, non è possibile che si possa anche pensare alla libertà di alcuni sanitari di dire: "qui (in questo ambulatorio, in questo reparto) *non si fa firmare il consenso informato*"? E che i pazienti possano essere liberi di scegliere i reparti/ambulatori con la firma e quelli senza? E che i reparti possano invece distinguersi per la semplificazione burocratica, il rispetto del pudore e della privacy, delle esigenze del paziente? Perché negare la libertà a medici e pazienti di accordarsi su cosa vuol dire qualità dell'assistenza e pensare una qualità delle cure diversa da protocolli e astratti indicatori di qualità, da moduli e DRG? Ovviamente non c'è alcuna soluzione semplice ed immediata per una sanità umana, tuttavia noi medici abbiamo la responsabilità di guidare una *rivolta morale* contro coloro che vogliono sostituire l'umanità con la burocrazia.

È un compito nostro, non possiamo delegarlo a nessuno, perché non possiamo delegare a nessuno il compito di essere uomini al posto nostro.

Poiché però, come ricordava proprio il prof. Cacciari, non possiamo neppure delegare tutto alla buona volontà individuale, dobbiamo e possiamo pensare ad un sistema che valorizzi l'interazione e la compartecipazione umana nell'atto terapeutico e non le impedisca sperando di supplire al vuoto umano con le norme.

Sappiamo che le norme sono necessarie, ma sappiamo anche che nessuna norma può sostituire la relazione umana.

Cosimo Tomaselli

Commissione Pari Opportunità: pubblicato il documento di accoglienza

Carissimi colleghi e colleghi, sono veramente orgogliosa di presentarmi al termine del mio mandato di coordinatrice della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici di Venezia con la pubblicazione del "Documento di accoglienza", che tante energie ci ha fatto spendere, costringendoci e spulciare moltissimi documenti, decreti, accordi collettivi e quant'altro, nel tentativo di stilare una sintesi utile per i giovani colleghi che si affacciano a questa professione o a quanti abbiano necessità di qualche chiarimento.

Il testo, con l'approvazione del Consiglio dell'Ordine, è stato finalmente pubblicato. È disponibile in segreteria e sarà offerto in dono a tutti i laureati neo-iscritti al nostro Ordine. È anche consultabile via internet sul sito dell'Ordine e il Presidente Maurizio Scassola ne porterà una copia in dono al Presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco.

Colgo l'occasione per ringraziare tutte le colleghe che hanno fattivamente contribuito alla stesura del documento e in particolare la dott.ssa Irmanna Angonese che ne ha curato la stesura definitiva.

Lascio il testimone alla dott.ssa Manuela Piai che, in qualità di coordinatrice, ha già un certo numero di progetti su cui indirizzare i nostri lavori e saprà sicuramente stimolare i nostri interessi e la nostra operosità, sempre nell'obiettivo della valo-



rizzazione della figura femminile all'interno della nostra professione.

La nostra Commissione avrà sempre le porte aperte per quante vorranno aggiungersi e collaborare con noi.

Un saluto a tutti.
Emanuela Blundetto

Fondazione ARS Medica Venezia

Il 10 giugno 2009, come da Statuto, il Consiglio Provinciale dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Venezia, ha nominato i sette membri medici del Consiglio Direttivo della Fondazione Ars Medica (Giulio Bergamasco, Ruggero Camillo, Angelo Frascati, Giuliano Nicolin, Roberto Parisi, Paolo Regini e Flavio Scanferla) ed i tre Revisori dei Conti (Roberto Lazzarini, Carmelo Lo Bello e Letizia Minotto). Il 30 giugno 2009, nella sede dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Mestre, il Consiglio Direttivo della Fondazione ARS Medica ha proceduto all'elezione delle sue cariche direttive. Sono risultati eletti:

Angelo Frascati, Presidente; Paolo Regini, vice Presidente; Flavio Scanferla, Segretario; Ruggero Camillo, Tesoriere.

Nell'assumere questo incarico ringrazio soprattutto il Consiglio dell'Ordine per averci nominato ed il Consiglio della Fondazione per averci eletto. Sappiamo che l'Ordine, Ente fondatore dell'Ars Medica, si attende molto da noi nel portare avanti gli obiettivi di questa prestigiosa Fondazione. ARS Medica ha come scopo un gran numero di attività, come:

- la formazione, ricerca e sviluppo nel campo delle professioni sanitarie, finalizzate a migliorare qualitativamente il servizio offerto ai cittadini del Veneto;
- la promozione e l'espletamento di consulenze per migliorare gli standard organizzativi e la qualità della formazione e della ricerca in campo sanitario nella Regione Veneto;
- la collaborazione con Università, Facoltà Mediche e Scientifiche, Istituzioni, Associazioni e Società Scientifiche, Enti Locali, Aziende Sanitarie Locali, Industrie farmaceutiche e produttrici di tecnologie sanitarie, docenti ed esperti nel settore sanitario;
- la promozione di azioni di accreditamento formativo in proprio e/o per conto di terzi;
- la valorizzazione e la conservazione del patrimonio culturale e storico della professione sanitaria nel Veneto.

In questi primi mesi abbiamo messo in cantiere già molti eventi. Abbiamo esordito il 3 ottobre, a Chioggia, con il Convegno **"Articolo 3: il medico del terzo millennio può essere ancora al servizio della persona?"**, con molti relatori illustri, tra i quali il giudice dr. Roberto Simone



ed il prof. Aldo Pagni, già Presidente della FNOMCeO.

Presto vi comunicheremo data e titolo dei prossimi eventi.

Ci stiamo, inoltre, impegnando nella revisione del nostro statuto, per renderlo più agile ed al passo con le esigenze dei medici e della società. Punto di forza della nostra azione è l'assonanza di intenti, pur nella nostra autonomia sottolineata dallo statuto, con il Consiglio Provinciale dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Venezia.

Chiedo a tutti i colleghi una incessante opera di partecipazione e di stimolo, inviandoci idee, progetti, critiche. Per tutti coloro che lo vorranno c'è spazio collaborativo.

Un augurio di buon lavoro a tutti.

Angelo Frascati

Attività
dell'Ordine

Quando si parla di previdenza o più semplicemente di pensioni si finisce quasi sempre col dire che non sono adeguate a garantire il tenore di vita dell'età lavorativa e se durante l'attività il modo di aumentare il reddito è in qualche modo fattibile, ciò diviene sempre più difficile quando si è lasciata la professione attiva.

Tutti auspicano rendimenti ed aumenti rapidi e consistenti a fronte magari, di esigui versamenti.

Ognuno, almeno per i fondi ENPAM, costruisce da sé il proprio domani e quindi ognuno può aiutare se stesso: pensare "ora per allora".

Si ricordi che le prestazioni del nostro Ente sono definite al momento del versamento dei contributi da parte dell'iscritto, è l'aliquota di rendimento, variabile da fondo a fondo e già predeterminata indipendentemente dall'andamento dei mercati finanziari.

In precedenza si è già parlato dell'utilità del riscatto degli anni di laurea ed in particolar modo per il riscatto presso i fondi ENPAM.

Aggiungiamo oggi alcune notizie ad integrazione dell'argomento.

La domanda di riscatto va presentata al fondo di pertinenza dopo 10 anni di iscrizione allo stesso e l'ENTE provvederà ad inviare l'esatto ammontare del riscatto e le varie proposte di pagamento.

Allo stesso tempo viene fornito un calcolo dell'incremento di pensione di cui si beneficerà.

La richiesta non è in ogni caso in alcun modo vincolante per l'iscritto che può non aderire qualora non la ritenesse conveniente. Una seconda richiesta potrà essere formulata comunque trascorsi almeno 2 anni dalla prima.

Nel caso poi, iniziato il riscatto rateale, lo stesso venisse per qualche motivo interrotto, si potrà essere riammessi al versamento dell'onere residuo entro due anni dall'ultima rata pagata.

Giova anche ricordare che in caso di premorienza, i fondi ENPAM ai superstiti dell'iscritto riconoscono



una pensione di reversibilità indipendente dal reddito del familiare beneficiario e che per comodità del lettore si riporta:

- al solo coniuge è riconosciuto il 70%
- al coniuge con 1 figlio è riconosciuto il 60+20 %
- al coniuge con 2 o più figli è riconosciuto il 100%
- ad un solo figlio è riconosciuto l'80%
- a due figli è riconosciuto il 90%
- a tre o più figli è riconosciuto il 100%.

I figli vengono considerati a carico dell'iscritto fino all'età di 21 anni, elevata a 26 se studenti.

Per chi fosse interessato ad approfondire il problema pensionistico ed in particolare il riscatto degli anni di laurea, l'appuntamento è per il convegno del 21 novembre 2009 a Martellago-VE come da locandina a pagina 30.

Moreno Breda



Il Project Management in sanità



È assodato che, nella popolazione, sono in continuo aumento le richieste di bisogno di salute e le esigenze per ottenere e mantenere un adeguato livello di benessere. Ciò comporta, conseguentemente, una continua evoluzione del sistema

sanitario nazionale. Tuttavia, non esistono, a tutt'oggi, modelli sanitari vincenti.

L'Azienda Sanitaria è un'organizzazione ad elevata complessità sia per quanto attiene alla propria gestione, sia per la qualità delle prestazioni che è tenuta ad erogare. Deve coniugare efficienza nell'utilizzo delle risorse, efficacia nei servizi offerti e qualità delle prestazioni erogate all'interno di un equilibrio economico gestionale, inteso come controllo della spesa, oltre all'obbligo di bilancio.

Si è pertanto alla ricerca di una **modalità gestionale** in grado di soddisfare quanto succitato.

E' per tale ragione che, più modernamente, nelle nostre Aziende Sanitarie si è giunti ad un approccio della gestione di e per progetti. Ovviamente, ciò comporta necessariamente la presenza di persone qualificate in grado di gestire i progetti, per migliorare la produzione e l'erogazione dei servizi sanitari.

Esempi di progetti sono: un percorso formativo per l'aggiornamento del personale, un intervento per la valutazione e la mappatura dei rischi in Azienda, una ricerca scientifica, una valutazione della soddisfazione degli utenti, l'apertura di nuovo servizio sanitario.

Il progetto è, quindi, un insieme di sforzi coordinati nel tempo, ovvero in insieme di persone, risorse e fattori organizzativi riuniti temporaneamente per raggiungere uno specifico obiettivo, con un budget predeterminato ed entro un periodo di tempo prestabilito.

Il progetto è, quindi, un'attività non ripetitiva, finalizzata al raggiungimento di un obiettivo in un predeterminato periodo di tempo, utilizzando risorse di diversa natura.

Il progetto, pertanto, è unico, con un risultato finale certo, misurabile e condiviso. Alla fine, ne deriverà un nuovo servizio che andrà a regime come attività ordinaria.

Il progetto deve essere orientato sia verso i clienti interni che esterni e puntare all'efficacia/efficien-

za dell'Azienda. Pertanto, obiettivo di un progetto è anche quello di favorire concretamente il cambiamento organizzativo, strutturale e culturale all'interno dell'Azienda. Ma non solo: anche il miglioramento del clima interno aziendale.

Piccola pausa di riflessione. Pensiamo al contesto in cui quotidianamente svolgiamo la nostra professione:

- nelle nostre Aziende, qual è il grado di qualificazione di coloro che pianificano, organizzano e dirigono i progetti?
- la progettualità, nelle nostre Aziende, ha migliorato il clima interno?

I vantaggi della gestione per progetti sono quelli di poter pianificare il raggiungimento degli obiettivi, anche molto complessi, di poter prevedere sin dall'inizio i vincoli, i tempi di realizzazione delle varie fasi progettuali, le modalità di utilizzo delle risorse, di ridurre i tempi di realizzazione, di migliorare l'utilizzo delle risorse (efficacia/efficienza) e di prevedere le situazioni future (simulazioni).

Altra piccola pausa di riflessione:

- nelle nostre Aziende, è favorita la crescita della cultura organizzativa, il senso di appartenenza, la responsabilizzazione sui risultati?

Vi sono, poi, anche dei precisi ostacoli, da tenere in considerazione: la tradizionale resistenza al cambiamento, la mancanza di competenze, la debolezza nell'utilizzo di infrastrutture tecnologiche all'interno delle Aziende.

In un'organizzazione orientata al raggiungimento di risultati è fondamentale fornire un linguaggio comune, condividere gli obiettivi, creare una nuova cultura interna del lavoro permettendo così lo sviluppo delle capacità manageriali, la gestione e valorizzazione dei collaboratori, l'orientamento della delega, la comunicazione interna efficace, il lavoro in team, la creazione di sinergie, l'integrazione di valori e competitività.

Mia chiosa conclusiva: quanta acqua sotto i ponti dovrà ancora passare perché possiamo vedere compiutamente realizzato quanto sopra?

Pierluigi Allibardi

Attività
dell'Ordine

Pensionati, Enpam e Gestione Separata Inps

Lettere gestione separata Inps

Durante l'estate molti medici pensionati in possesso di partita Iva hanno ricevuto una lettera dall'INPS con la quale si richiede di verificare se l'attività da loro svolta è "riconducibile a forme di lavoro autonomo soggette, quantomeno, all'obbligo contributivo nei confronti della gestione separata ex L.335/95".

Premesso che i medici, al compimento del 65esimo anno di età, che abbiano proseguito la propria attività in forma libero professionale, sono esonerati d'ufficio dalla denuncia ENPAM e dal relativo versamento contributivo della Quota B del Fondo generale, salvo domanda di prosecuzione volontaria di contribuzione nella forma intera o ridotta.

L'INPS, a seguito di controlli incrociati con le dichiarazioni 770 di enti pubblici e privati, per le quali, nel 2007, i suddetti medici avevano effettuato prestazioni di carattere medico, ha inviato una lettera per la verifica della situazione contributiva, ritenendo che i compensi riscossi dai medici, e non assoggettati ad alcuna contribuzione previdenziale obbligatoria, debbano scontare la gestione separata INPS (17%). Pertanto il medico dovrebbe versare alla gestione separata INPS qualora non avesse assoggettato il proprio reddito a contributo ENPAM.

In attesa di chiarire alcune incertezze normative, il Presidente dell'ENPAM ha richiesto di

sospendere l'iniziativa posta in essere dall'istituto INPS e nel frattempo, ha emesso alcuni comunicati in merito (qui sotto riportati) ma, ad oggi, non è ancora chiaro come l'iscritto dovrà comportarsi a fronte della comunicazione ricevuta.

Si rimane quindi in attesa di delucidazioni da entrambi gli Enti Previdenziali.

Gli uffici dell'Ordine sono a disposizione per qualsiasi informazione.

Nel sito verrà pubblicata immediatamente ogni comunicazione in merito alla questione in oggetto.



Roma 30 LUG. 2009

Ai Sigg.ri Presidenti
degli Ordini Provinciali
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

LORO SEDI

Caro Presidente,

Facendo seguito alla mia comunicazione del 22 luglio u.s., desidero rappresentarVi quanto segue.

Come noto, ai sensi dell'art. 4, comma 4 del Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, i titolari di trattamento pensionistico possono richiedere di mantenere l'iscrizione al Fondo versando - sugli ulteriori redditi professionali prodotti dopo il compimento del 65° anno di età - il contributo nella misura intera (12,50%) ovvero ridotta (2%).

Nel corso del mese corrente, l'INPS, nell'ambito di una vasta operazione volta a contrastare l'evasione contributiva nei confronti della Gestione Separata, ha inviato numerosi avvisi di accertamento ai pensionati del Fondo Generale che, pur continuando a svolgere attività professionale, non hanno optato per il pagamento del relativo contributo presso la "Quota B" del Fondo di Previdenza Generale entro i termini stabiliti dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente.

Nella seduta del 24 luglio u.s., al fine di consentire agli iscritti di corrispondere i contributi previdenziali a favore della Fondazione ed evitare la conseguente dispersione contributiva presso diverse gestioni, il Consiglio di Amministrazione ha adottato la delibera n. 46 così come illustrata nella nota allegata.

Con i più cordiali saluti.

Eolo Parodi

Spett. li Ordini Provinciali dei
 Medici Chirurghi e
 degli Odontoiatri

 LORO SEDI

OGGETTO: Delibera Consiglio di Amministrazione n. 46/09 – Riscossione dei contributi dovuti alla "Quota B" per i pensionati del Fondo Generale

Conformemente al disposto di cui all'art. 4, comma 4 del Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, i pensionati che producono reddito professionale successivamente al compimento del 65° anno di età possono conservare, su richiesta, l'iscrizione al Fondo. La misura del contributo previdenziale dovuto su tale reddito è fissata, in via opzionale, al 2% ovvero al 12,50%.

La relativa istanza, come noto, deve essere presentata entro i termini stabiliti dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente (art. 3, comma 5 del suddetto Regolamento).

Con delibera n. 46 del 24 luglio u.s., il Consiglio di Amministrazione ha riconosciuto ai pensionati del Fondo Generale titolari di reddito imponibile presso la "Quota B" la facoltà di presentare, fino al 31 dicembre 2009, l'istanza di conservazione dell'iscrizione al Fondo con la relativa opzione per l'aliquota contributiva (12,50% o 2%) con riferimento ai compensi per i quali non siano decorsi i termini prescrizionali di legge.

Il provvedimento di che trattasi intende offrire l'opportunità di corrispondere i contributi previdenziali a favore della Gestione presso la quale si è già titolari di un trattamento pensionistico obbligatorio.



In tal modo, unitamente ai vantaggi di natura fiscale derivanti dall'integrale deducibilità dei contributi previdenziali, l'Ente si propone di evitare una dispersione contributiva mediante la valorizzazione delle ulteriori somme versate con l'istituto del supplemento di pensione.

I soggetti che intendono avvalersi di tale facoltà, difatti, hanno il diritto alla corresponsione di un supplemento del trattamento pensionistico ordinario che l'Ente provvede a liquidare d'ufficio ogni triennio sulla base di tutti i contributi relativi al periodo di riferimento.

Conformemente alle disposizioni contenute nel provvedimento in parola, pertanto, i pensionati del Fondo Generale che hanno prodotto per gli anni 2004 - 2008 reddito professionale per lo svolgimento di attività medica o odontoiatrica o comunque attribuita in virtù delle particolari competenze professionali, potranno dichiarare le relative somme utilizzando l'apposito modello predisposto dalla Fondazione (DICH. P) che si trasmette in allegato (all. 1).

Gli Uffici, secondo quanto espressamente disposto nella delibera, provvederanno all'applicazione della mera rivalutazione monetaria delle somme dovute nella misura dell'incremento percentuale fatto registrare dall'indice dei "prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica fra l'anno di riferimento del contributo non versato e quello di pagamento del medesimo.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

(Dott. Ernesto del Sordo)



COMUNICATO

I contributi dei medici ed odontoiatri pensionati vanno all'Enpam

I pensionati del Fondo di previdenza generale che producono reddito professionale successivamente al compimento del 65° anno di età possono conservare, ai sensi del vigente disposto regolamentare, l'iscrizione al Fondo e versare il contributo previdenziale all'Enpam fissato, in via opzionale, nella misura del 2% ovvero del 12,50%.

Con delibera n° 46 del 24 luglio u.s. il Consiglio di amministrazione della Fondazione ha, infatti, riaperto i termini per la presentazione sino al 31 dicembre 2009, dell'istanza di conservazione dell'iscrizione al Fondo e della relativa opzione per l'aliquota contributiva, con riferimento ai compensi per i quali non siano decorsi i termini prescrizionali di legge. I relativi moduli sono rinvenibili sul sito della Fondazione.

A breve, peraltro, con apposita modifica regolamentare l'Enpam provvederà ad eliminare la facoltatività di iscrizione al Fondo, disponendo l'obbligatorietà della contribuzione sui compensi professionali prodotti dai pensionati ultrasessantacinquenni.

Il tutto per evitare di dover, a termine di legge, versare i propri contributi all'INPS.

03-09-09

ASSOCIAZIONE SMILE MISSION ONLUS

Sede legale: Via Zorzi, 7 - 37138 Verona
Codice Fiscale : 93173710232

Presidenza dott. Parolini Gianpaolo
Via Salicornia 2 - 30015 Chioggia (Ve)
Tel. 3283436844
e-mail: parolini@cbn.it

Segreteria dott.ssa Paiola Paola
Via Bondone 8 - 25089 Villanuova sul Clisi (Bs)
Tel. 3398157514
e-mail : p.paiola@tin.it

UNICREDIT Ag. Caprina Veronese (VR) ABI 2008 - CAI 59330 - CIN C - C/C 40326209
C/C Postale n.° 65055717 - Ufficio postale di 30015 Chioggia (VE)

Missione sorriso ai 5 angoli della terra

Molte sono le realtà di volontariato presenti in Veneto e soprattutto nella nostra provincia, portano entusiasmo e solidarietà in tutto il mondo con una caratteristica comune: lo fanno senza clamore, in operoso silenzio.

Una bella realtà del volontariato odontoiatrico è la SMILE MISSION, onlus che comprende odontoiatri, odontotecnici e assistenti alla poltrona ma anche pediatri, cardiologi, ortopedici e fisioterapisti, presieduta dal collega Gianpaolo Parolini di Chioggia. Abbiamo voluto saperne di più di questa realtà, ecco un sunto della nostra chiacchierata.

“Smile Mission è nata 4 anni fa raccogliendo il testimone da Asmo World, un’associazione con esperienza decennale; la finalità è il volontariato odontoiatrico – ci ha spiegato Parolini – a favore di persone svantaggiate.

Questa onlus, indipendente, guarda con grande attenzione alla qualità dell’intervento: per svolgere un volontariato efficace punta innanzitutto alla preparazione degli associati (sono circa 450 operatori), a finalizzare gli interventi assistenziali, alla creazione di strutture permanenti e, soprattutto, alla formazione del personale sul luogo, in modo da favorire l’autonomia gestionale. Questo, ad esempio, sta avvenendo in Congo”. Un aspetto di Smile Mission che per Parolini è vincente è il fatto che i responsabili dei singoli progetti sono relativamente autonomi. Ognuno di essi, pur muovendosi entro i

paletti imposti dall’associazione, è sufficientemente indipendente per seguire il progetto come meglio lo vede, una volta in zona e avendo contatti diretti con





la popolazione.

Smile Mission è presente in Brasile, Africa, India ma anche in Europa e oggi anche in Italia perché “ il bisogno è tra di noi, spesso dove meno te lo aspetti “, dice Parolini. In Congo è stato realizzato l’obiettivo principale dell’associazione, cioè creare nuove scuole odontoiatriche ove allievi possano imparare le attività di base, ovvero la cura del paziente ma anche la costruzione di protesi. “ A Lukanga-Kimbulu, sette anni fa, abbiamo realizzato un centro (che ora si automantiene) affiancandoci ai missionari locali. Nel corso di diverse missioni abbiamo organizzato un corso triennale formando personale del posto il quale, dopo il diploma, a sua volta ha preso ad insegnare sotto la nostra supervisione. Il governo congolese ha riconosciuto e dato valore legale al nostro diploma! Oggi lo studio e il laboratorio sono gli unici nel raggio di qualche centinaio di km, lavorano bene, sono affidabili e stimati e vi si reca anche gente benestante e in grado di pagare le cure. Ma chi non può pagare viene assistito gratuitamente ed ecco allora interveniamo ancora noi, fornendo i materiali necessari. In ogni caso, lo studio è sempre presidiato da professionisti del luogo, che hanno raggiunto capacità e abilità sufficienti. I nostri volontari svolgono oramai solo funzioni di supervisione cinque o sei volte l’anno”. Sempre in Africa Smile Mission è presente in



Tanzania (fin dal 2002) e dal 2008 in Malawi. In Brasile ben cinque sono le iniziative, supportate dal strutture religiose e laiche; quella più importante è a Fortaleza (missione cattolica) ove vengono assistite le ragazze madri. Sempre in Brasile si sta approntando uno studio mobile che verrà sistemato su un’ospedale galleggiante che risalirà periodicamente il Rio delle Amazzoni.

In Europa un grosso progetto è in svolgimento in Bosnia. “Anche qui disponiamo del riconoscimento del governo nazionale. Abbiamo uno studio che è attivo a Medjugorje e lavora molto intensamente, assistendo oltre ai bisognosi anche gli ospiti di comunità di recupero e orfanatrofi. Vengono anche allestite protesi mobili a proposito delle quale va segnalato un dato molto importante: le protesi che vengono messe in bocca ai pazienti bosniaci sono prodotte in Italia in collaborazione con le scuole odontotecniche. Per primo l’IPSIA Corni di Modena ha dato la sua disponibilità, poi si sono affiancati altri istituti. Così gli studenti, durante il tirocinio, invece di costruire protesi che poi vengono gettate via, le fanno sulle impronte che forniamo noi e, attraverso i nostri volontari, vengono poi consegnate ai pazienti in Bosnia. E allora servono davvero, eccome! E’ utile anche per gli stessi studenti che entrano già in un’ottica professionale e di volontariato e quantomeno si rendono conto che il loro lavoro è socialmente utile. L’iniziativa è stata molto apprezzata, tante altre scuole italiane ci hanno chiesto di poter collaborare e adesso siamo letteralmente sommersi dalle adesioni”.

L’Onlus “Smile Mission “ ha questi recapiti:

Sito: www.smilemission.it

Infopoint:

dott. Giorgio Giaretti:

giorgiogiaretti@inwind.it - tel. 349.5393738

Franco Fabbro

Problemi previdenziali e fiscali 2009

Pensioni d'annata e perequazione annuale

Lil problema delle cosiddette pensioni d'annata, cioè delle pensioni vecchie, ridotte a meno della metà del loro valore iniziale (rispetto a quelle di un pari grado con identica anzianità contributiva andato in pensione uno o due anni fa), è sostanzialmente un problema di mancata rivalutazione, cioè di rivalutazioni scarse, insufficienti e inadeguate.

Su tale problema, per quanto concerne i dipendenti pubblici, in occasione della presentazione di numerosi ricorsi nel corso degli ultimi anni, la Corte Costituzionale e, di riflesso, le Corti dei Conti, hanno ormai più volte affermato che non esiste nell'ordinamento giuridico un principio per cui le pensioni devono essere incrementate in base alla retribuzione degli attivi e che, semmai, deve essere valutata la ragionevolezza e la legittimità del meccanismo legislativo cosiddetto di perequazione automatica della pensione e quindi la sua idoneità ad assicurare al lavoratore e alla sua famiglia (essendo la pensione una retribuzione differita) mezzi adeguati alle esigenze di vita per una esistenza libera e dignitosa.

L'inidoneità dell'attuale meccanismo di perequazione deriva in parte dal fatto che i modesti incrementi annuali vengono attribuiti, ormai da molti anni, soltanto in base alle variazioni dell'indice del costo della vita, senza tener conto alcuno dell'andamento della economia e dell'evoluzione delle retribuzioni degli attivi (l'indice di dinamica salariale fu eliminato dal decreto legislativo 503 del 1992 in occasione della prima riforma delle pensioni). E non soltanto per questo.

Le variazioni del costo della vita ufficialmente accertate ogni anno dall'ISTAT, notevolmente inferiori e lontane da quelle reali, sono state e sono applicate non sull'intero reddito pensionistico ma suddividendo questo in fasce, in misure

percentuali a scalare (100%, 90%, 75%) in modo da ridurre gli effetti perequativi sulle quote di reddito pensionistico più elevato, tartassate invece da aliquote IRPEF progressivamente più incisive.

Per misurare l'inidoneità del meccanismo di perequazione applicato è sufficiente del resto valutarne i dati per il periodo 2001- 2008. A dicembre 2008, l'indice dei prezzi al consumo utilizzato per misurare le variazioni applicabili, ha segnato ufficialmente il valore di 134,5. Dal B confronto con l'indice dell'anno di entrata in vigore dell'euro, a dicembre 2001, pari a 116, risulterebbe quindi per questi ultimi sette anni una teorica variazione del costo della vita di appena il 15,9%, che ciascuno può giudicare quanto sia distante da quella reale e che ha invece inciso pesantemente sul potere di acquisto delle rendite pensionistiche.

È comunque questo il sistema di perequazione vigente, il quale per il triennio 2008-2010 (a parte l'esclusione soltanto lo scorso anno di ogni rivalutazione sulle pensioni superiori a 3.489,00 euro) è stato e verrà applicato con l'attribuzione dell'intera variazione sulle quote di pensione fino a 5 volte il minimo INPS e con il 75% della variazione stessa per la parte di pensione eccedente. In concreto quindi nel 2009" per l'INPDAP e l'INPS, le quote di pensione fino a 2.217 euro mensili

lordi sono state incrementate del 3,3% e le quote eccedenti i 2.217 euro soltanto con il 2,48%.

Per l'ENPAM, la rivalutazione continua ad essere applicata con criteri anche più severi, perché le quote di pensione fino a circa 1.922,00 euro sono state aumentate del 2,42% (75% della variazione) e sulle quote eccedenti è stato apportato un aumento dell'1,62% (50% della variazione).

Confronto tra la perequazione INPDAP-INPS 2009 e le rivalutazioni ENPAM

PENSIONE MENSILE LORDA, IN EURO	750	1000	1500	2000	2500	3000	4000	5000
INCREMENTO LORDO INPDAP O INPS	25	33	49	66	80	93	117	142
INCREMENTO LORDO ENPAM	18	24	37	48	56	64	80	96

Novità in futuro?

Tra le speranze (o forse illusioni) per un futuro migliore della perequazione (almeno in ambito INPDAP e INPS), dobbiamo annoverare, all'interno di una recente proposta di legge delega di riforma previdenziale il contenuto specifico di un comma (art 4, lettera d) inteso alla *revisione dei criteri di perequazione automatica delle pensioni allo scopo di individuare mezzi e modalità adeguate alla protezione del potere di acquisto anche attraverso la rivalutazione su base semestrale*.

Applicazione dell'art 1 comma 41 legge 335/1995 sulla riduzione delle pensioni a superstiti

Per le pensioni a superstiti INPDAP e INPS, liquidate e da liquidare per decesso del titolare dopo l'entrata in vigore della legge 335/1995, in caso di possesso di redditi personali da parte del coniuge superstite, la normale aliquota di reversibilità (60%) è ridotta al 45%, 36%, 30%, rispettivamente nei casi in cui i redditi propri del beneficiario, nel 2009 superino 17.869,02, 23.825,36 o 29.781,70 euro annui lordi. Questa falcidia sull'assegno di reversibilità continua ad operare, nonostante le numerose passate iniziative legislative per la sua soppressione ed i ricorsi giurisdizionali giunti, purtroppo senza esito favorevole, anche alla Corte costituzionale e nonostante l'abolizione, da quest'anno, della maggior parte degli analoghi divieti di cumulo operanti fino al 2008 tra pensione diretta e reddito.

Mentre quest'ultimo intervento agevolativo per le sole pensioni dirette, potrebbe fornire nuove motivazioni e impulsi per riportare il problema della reversibilità davanti alla Corte Costituzionale, continua ad rimanere aperta la possibilità di ricorrere nei confronti dell'INPDAP e dell'INPS, per rientrare in possesso delle quote di perequazione automatica non erogate e congelate relative alle pensioni a superstiti già esistenti all'entrata in vigore della legge 335 e per le quali la legge stessa aveva escluso le riduzioni, salvo riassorbimento con i futuri miglioramenti. Recenti decisioni in sede civile e amministrativa che hanno respinto la tesi degli Istituti Previdenziali (che gli incrementi di perequazione annuale costituiscono "futuri miglioramenti"), fanno sperare nel buon esito di altri ricorsi su tale problema.

Il prelievo fiscale sulle pensioni e il problema delle "detrazioni di imposta"

La tassazione delle pensioni avviene, ormai dal 1997, attraverso le informazioni del Casellario



Combi, Quarto, Sassi

INPS delle pensioni, cui i singoli Enti previdenziali sono tenuti a comunicare periodicamente le pensioni in erogazione e le loro variazioni annuali. Il Casellario somma le pensioni in capo ad uno stesso titolare, determina (in base all'ammontare complessivo delle rendite dello stesso titolare) l'aliquota IRPEF media, comunicandola agli Enti per l'applicazione sulle singole pensioni.

Poiché la rielaborazione dei calcoli e la comunicazione dell'aliquota più elevata avvengono nel corso dell'anno (in relazione, ad esempio, agli incrementi di pensione per perequazione automatica già percepiti), gli Enti sono costretti ad operare i conguagli di prelievo fiscale per tutti i ratei pregressi a partire da gennaio, determinando debiti e recuperi di IRPEF di una certa consistenza.

Grande rilevanza ha inoltre assunto il problema delle eliminazione delle detrazioni d'imposta per reddito o per familiari a carico, che in molti casi i pensionati hanno ommesso di richiedere, perché inconsapevoli di dover effettuare tale adempimento annualmente. La mancata specifica richiesta ha determinato l'eliminazione automatica delle detrazioni già applicate nei ratei pregressi a partire da gennaio (che quindi avevano comportato un minor prelievo IRPEF), determinando debiti e recuperi di imposta di rilevante consistenza.

I pensionati che hanno subito o stanno subendo il recupero di detrazioni per il 2008, cui avrebbero avuto in realtà diritto se le avessero richieste tempestivamente lo scorso anno, potranno comunque recuperarle in occasione della prossima presentazione del mod. 730 o del mod. UNICO. Essi devono inoltre richiederle agli Enti per l'anno in corso e per gli anni futuri, se continueranno ovviamente ad averne titolo.

Paolo Quarto

FEDERSPEV

25



Associazione
Amici di Brugg

Borsa di Studio “Ivano Casartelli” BANDO DI CONCORSO

L'**Associazione degli Amici di Brugg** bandisce, in memoria del proprio Consigliere Dott. Ivano Casartelli, un Concorso per l'assegnazione di una **borsa di studio di 30.000 (trentamila) Euro** da utilizzarsi per un Corso Clinico Universitario di Scienza Odontostomatologica della **durata di tre anni**, a decorrere dal 1° Settembre 2010 presso l'**Università di Ginevra, Ecole de Médecine Dentaire** (Direttore del Dipartimento Prof. Urs Belser).

Requisiti per la partecipazione al Concorso:

- Cittadinanza italiana
- Età inferiore a 30 anni (data di nascita posteriore al 15 dicembre 1979)
- Diploma di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria conseguito presso una Università italiana
 - con votazione finale di 105 su 110 o superiore
 - negli anni 2006, 2007, 2008 o 2009
- Ottima conoscenza della lingua francese (in quanto le lezioni si svolgono in lingua francese)

Le domande di partecipazione al Concorso, corredate dalla documentazione attestante i requisiti necessari, dovranno pervenire entro e non oltre il **15 Dicembre 2009**.

La prova concorsuale avrà luogo il giorno 2 Febbraio 2010 presso la Clinica Odontoiatrica San Paolo, Università degli Studi di Milano, Via Beldiletto 1/3, 21142 – Milano, e consisterà in:

- prova scritta con risposte a scelta multipla, su tematiche di biologia orale, prevenzione, conservativa, endodonzia e parodontologia
- prova scritta ed orale di lingua francese
- colloquio personale con la Commissione della Borsa di Studio.

Componenti della Commissione

Prof. Laura Strohmer, Dott. Fabio Toffenetti, Dott. Gian Carlo Pescarmona, Dott. Mario Iorio

Il vincitore del Concorso verrà informato con lettera raccomandata e riceverà ufficialmente la Borsa di Studio durante il 53° Congresso degli Amici di Brugg a Rimini 27- 28 - 29 Maggio 2010.

Il Presidente degli Amici di Brugg

Mario Iorio

Il Segretario degli Amici di Brugg

Renato Scotti di Uccio

Informazioni e modulistica sono scaricabili dal sito dell'Associazione:

www.amicidibrugg.it

oppure possono essere richiesti alla Segreteria Organizzativa:

e-mail: segreteria.borsadistudio@amicidibrugg.it

Tel. 0541.774363 - 0541.316199

Referti medici *on line*

I risultati di analisi cliniche, radiografie e referti medici potranno arrivare direttamente sulla propria casella di posta elettronica o essere consultati on line sul computer, ma solo a patto che l'assistito abbia dato il proprio consenso e sempre nel più totale rispetto delle misure a protezione dei dati sanitari.

Già da tempo diversi laboratori, cliniche e ospedali offrono servizi di refertazione elettronica di esami clinici ma è necessario che questo importante ed innovativo processo di ammodernamento tecnologico della sanità pubblica e privata proceda secondo regole rigorose, tanto più in mancanza di una normativa che disciplini questa nuova modalità di consegna.

È appunto con tale obiettivo che il Garante per la protezione dei dati personali, Francesco Pizzetti, ha approvato, con la deliberazione del 25 giugno 2009, specifiche "Linee guida in tema di referti on-line". Questi i punti principali stabiliti dalle "Linee guida".

L'adesione al servizio deve essere facoltativa; in ogni caso, il referto cartaceo resterà a disposizione dell'interessato.

Per consentire all'interessato di esprimere una scelta consapevole, il titolare del trattamento deve fornirgli una informativa chiara e trasparente sulle caratteristiche del servizio di refertazione on line ed acquisirne il consenso a trattare i suoi dati personali, anche sanitari.

Il titolare del trattamento che intenda offrire un servizio aggiuntivo, consistente nella possibilità di archiviare presso la struttura sanitaria, tutti i referti effettuati nei laboratori della stessa, deve fornire una ulteriore specifica informativa ed acquisire un autonomo consenso.

I dati personali inerenti allo stato di salute devono essere resi noti all'interessato solo accompagnati da un giudizio scritto di un medico designato dallo stesso e dalla disponibilità del medico a fornire ulteriori chiarimenti qualora l'interessato ne faccia richiesta.

Dovrebbero invece essere escluse dal servizio di refertazione on line indagini di particolare delicatezza, ad es. quelle genetiche, anche prenatali, per le quali la normativa prevede che sia necessario assicurare una appropriata consulenza medica.

È prescritta l'adozione di specifici accorgimenti tecnici per assicurare idonei livelli di sicurezza, come, ad es., la convalida degli indirizzi di posta elettronica con verifica on line, l'uso di password per l'apertura del file, e in particolare (per il trasferimento di



dati che potrebbero rivelare l'identità genetica di un individuo) il ricorso alla cifratura.

I referti rimangano a disposizione on line per un periodo massimo di 30 giorni.

Sulle Linee guida, infine, l'Autorità ha avviato, il 15 luglio 2009, una procedura di consultazione pubblica, per acquisire, prima della definitiva adozione, osservazioni e commenti da parte di organismi e professionisti sanitari pubblici e privati e di associazioni di pazienti interessati.

Fonte: Garante per la protezione dei dati personali

CASELLA DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

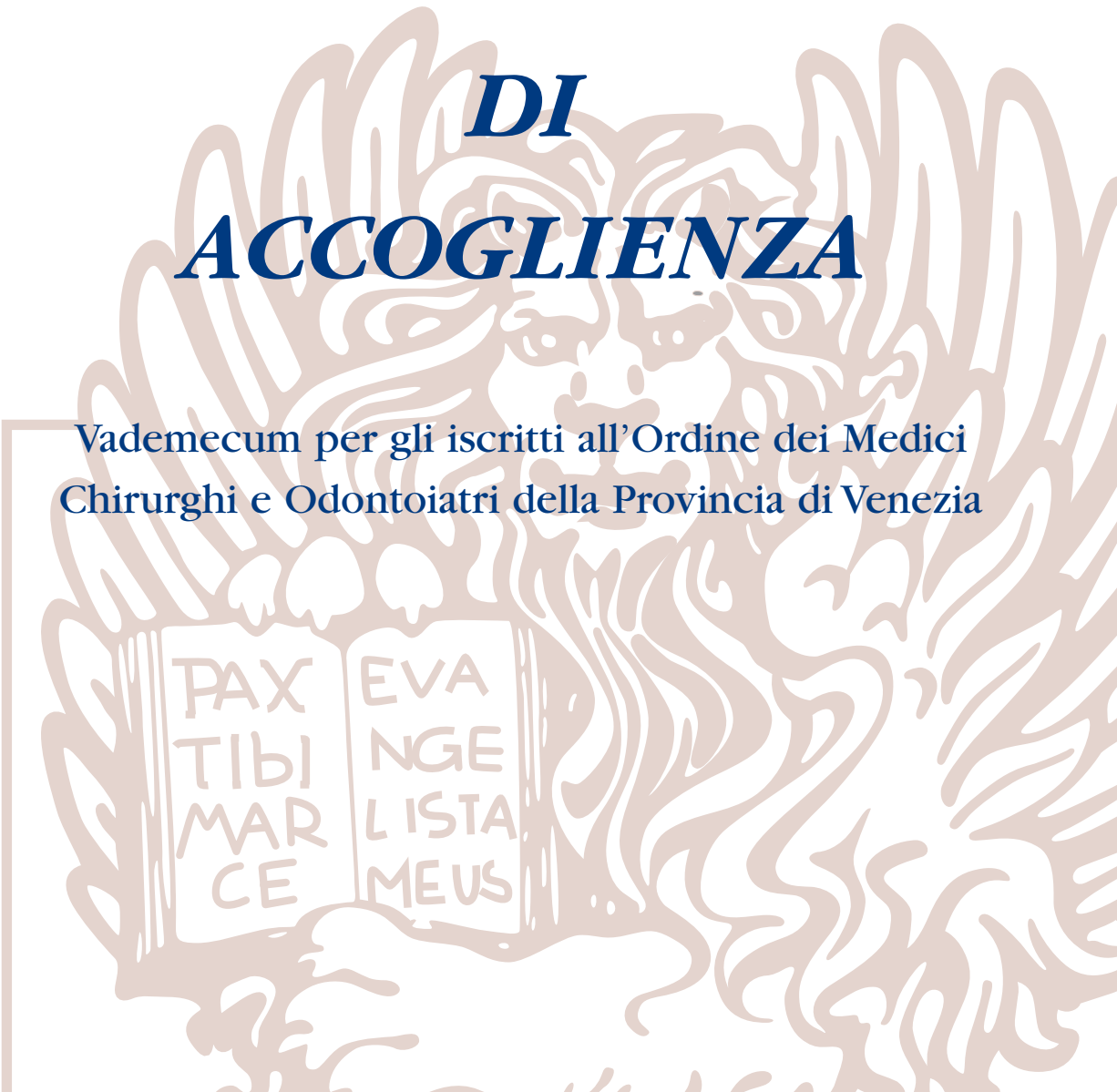
Si rammenta ai colleghi che la legge numero 2 del 2009 pubblicata sulla GU n. 22 del 29 gennaio 2009-supplemento ordinario n.14, prevede che al più tardi entro un anno dall'entrata in vigore della stessa, cioè il 28 gennaio 2010, tutti i professionisti iscritti in Albi ed Elenchi istituiti con legge dello Stato si dotino di una casella di posta elettronica certificata e comunichino tale indirizzo e-mail all'Ordine di appartenenza.

Si rammenta altresì che è allo studio da parte dell'Ordine dei Medici di Venezia, di concerto con la FNOMCeO, la possibilità di procedere ad un acquisto centralizzato di PEC per tutti gli iscritti.

Antonio Lo Giudice

DOCUMENTO DI ACCOGLIENZA

Vademecum per gli iscritti all'Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Venezia



PAX
TIBI
MAR
CE

EVA
NGE
LISTA
MEUS

A cura della Commissione Pari Opportunità
2006-2008 dell'OMCeO di Venezia



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

IL QUARTO SUPERIORE: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

SABATO 14 NOVEMBRE 2009 ORE 8.30 - 14.30

Sala Riunioni dell'OMCeO Venezia

Evento in fase di accreditamento presso Centro ECM Regionale Veneto
codice evento VEN-FOR30335

PROGRAMMA

8.30 – 9.00

Registrazione partecipanti,
Saluti del Presidente CAO
OMCeO Venezia

9.00 – 11.00

prof. Giorgio Lombardo
Aspetti parodontali ed
implantoprotesici del 4° superiore

11.00 – 12.00

dott. Cosimo Tomaselli
Impatto economico della terapia
del 4° superiore

12.00 – 13.00

dott. Moreno Breda
Valutazione del danno
da perdita del 4° superiore

13.30 – 14.30

Tavola Rotonda
Moderatore: dott. Stefano Berto

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

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



PENSIONI: riscatti e allineamenti, un'opportunità da non perdere

SABATO 21 NOVEMBRE 2009 ORE 8.30

Golf Ca' della Nave
Piazza della Vittoria 14 Martellago (Ve)

PROGRAMMA

8.30 – 8.45 - Saluti delle Autorità

Saluti Presidente OMCeO Venezia , dott. Maurizio Scassola
Saluti Presidente CAO OMCeO Venezia, dott. Cosimo Tomaselli

8.45 – 9.00 - Introduzione al corso

dott. Moreno Breda, Consigliere OMCeO Venezia

9.00 – 11.00

dott. Giovanni Pietro Malagnino, Vicepresidente ENPAM
Riscatto di laurea e allineamento per i medici iscritti al fondo B

11.00 – 13.00

dott. Alberto Oliveti, Consigliere ENPAM
Riscatto di laurea e allineamento per i medici in convenzione

13.00 – 13.30 - Coffee Break

13.30 – 15.30

dott. Claudio Testuzza, Medico Pubblicista
Riscatto di laurea e allineamento per i medici a rapporto di dipendenza

15.30 – 16.30 - Conclusioni

16.30 – 16.45

Questionario di apprendimento e Scheda di valutazione

Evento in valutazione presso il Ministero della Salute per l'assegnazione dei crediti ECM

Segreteria Organizzativa:

OMCeO Venezia

Tel: 041 989479 - Fax: 041 989663

e-mail: info@ordinemedicivenezia.it



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

GIORNATA DEL MEDICO

SABATO 19 DICEMBRE 2009 ORE 8.30

Sala Convegni Ordine Medici Venezia
Via Mestrina 86 - Mestre Venezia

PROGRAMMA

ORE 9.00

Cerimonia di consegna della
medaglia ai colleghi che festeggiano
il cinquantesimo di laurea

ORE 10.30

Coffee Break

ORE 11.00

Lettura magistrale
Lettura del giuramento solenne di
ippocrate
da parte del più giovane neolaureato

ORE 12.00

Aperitivo

ORE 12.30

Assemblea annuale degli iscritti





PROT. 3030/1604

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA DEGLI ISCRITTI

A norma dell'art. 23 del D.P.R. 05.04.1950 N. 221, l'Assemblea annuale degli iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia è indetta in prima convocazione Venerdì 18.12.2009 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 19 DICEMBRE 2009 ORE 12.30

Sala Convegni Ordine Medici Venezia
Via Mestrina 86 - Mestre Venezia

ORDINE DEL GIORNO

1. Relazione del Presidente;
2. Relazione del Presidente Commissione Albo Odontoiatri;
3. Relazione del Segretario
4. Relazione del Tesoriere;
5. Relazione del Collegio dei Revisori dei Conti;
6. Approvazione Conto Consuntivo anno 2008;
7. Variazioni al bilancio di previsione anno 2009;
8. Approvazione bilancio Preventivo anno 2010;

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 17.09.2009

Il Segretario
d.ssa Caterina Boscolo

Il Presidente
dott. Maurizio Scassola

N.B. il Conto Consuntivo relativo all'anno 2008, le variazioni al bilancio di Previsione 2009 ed il bilancio Preventivo 2010, verranno depositati presso la segreteria dell'Ordine per la consultazione dei colleghi dal 16.11.2009.



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

data _____

firma _____

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