

OMCeo

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

02.17

Anno LIX - n. 02 del 10 luglio 2017 - Euro 0,90
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale - 70% NE/VE

- » Responsabilità professionale: ecco cosa non va
- » Medici e macchine: come salvarsi?
- » Congresso SISOS: odontoiatri riuniti a Venezia
- » Violenza di genere: consigli pratici in un vademecum
- » Verso #VIS2017: sanità tra bugie e verità
- » 2017: un anno pieno di eventi



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

Consiglio Direttivo

dott. GIOVANNI LEONI (Presidente)
dott. MALEK MEDIATI (Vice-Presidente)
dott. LUCA BARBACANE (Segretario)
dott. GABRIELE CRIVELLENTI (Tesoriere)
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott. EMANUELA BLUNDETTO
dott. MORENO BREDÀ
dott. ALESSANDRA CECCHETTO
dott. SIMEONE FABRIS
dott. GABRIELE GASPARINI
dott. ORNELLA MANCIN
dott. MAURIZIO SCASSOLA
dott. DAVIDE RONCALI
dott. ANDREA SCHIAVON
dott. EZIO VISENTIN

Collegio dei Revisori dei Conti

Effettivi

dott. ALBERTO COSSATO (Presidente)
dott. MARCO CODATO
dott. FARHADULLAH KHAN

Supplente

dott. ALESSANDRO PASQUAL

Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

dott. GIULIANO NICOLIN (Presidente)
dott. ARIANNA SANDRIN
dott. FILIPPO STEFANI
dott. PIETRO VALENTI
dott. ANDREA ZORNETTA



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

Anno LIX - n. 02 del 10 luglio 2017
Aut. Tribunale di Ve N. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale
Giovanni Leoni

Direttore Responsabile
Chiara Semenzato

Comitato di redazione
Luca Barbacane, Alessandra Cecchetto,
Gabriele Gasparini, Ornella Mancin,
Rafi El Mazloum, Arianna Sandrin,
Maurizio Scassola, Pietro Valenti

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

Editore
Grafiche Biesse s.a.s. di Battanoli Andrea & C.
Via E. Ferrari, 11/13 - 30037 Scorzè (Venezia)
info@grbiesse.it - www.grbiesse.it

Progetto Grafico - Stampa
Grafiche Biesse s.a.s. di Battanoli Andrea & C.
Via E. Ferrari, 11/13 - 30037 Scorzè (Venezia)
info@grbiesse.it - www.grbiesse.it

Sommario

- 4** C'è chi dice no
- 6** Incoerenze
- 7** Bene la nuova legge 24,
ma non basta
- 12** Medicina e tecnologia,
alla ricerca di un nuovo equilibrio
- 16** A Venezia il Congresso SISOS:
«Al centro torni la relazione di cura»
- 18** #VIS2017 va a caccia di bufale in sanità
- 21** Prendersi cura: il segreto per
morire soli, ma non in solitudine
- 23** Le donne medico:
un contratto anche "per loro"
- 25** Vademezum staccabile
sulla violenza domestica e di genere
- 34** Salute su misura:
conoscere di più per curare meglio
- 36** Nella nebbia delle DAT:
ecco come orientarsi
- 39** La sanità veneziana piange
il professor Brusagnin
- 40** Marcatori: la giusta prescrizione.
Progetto 3S: riabilitazione inclusiva
- 42** Bacci: «Se non guardi, non vedi.
Collegli fatevi venire un dubbio»
- 44** Fonti inquinanti:
mai abbassare la guardia
- 46** Resistenza agli antibiotici,
passi avanti in una sfida epocale
- 48** Protocollo digitale:
OMCeO veneziano al passo
- 50** La previdenza complementare:
aggiornamenti
- 51** Comunicazioni agli iscritti
- 53** I giovani neoiscritti
alla scoperta dell'Ordine
- 55** Rafiki, appello alle onlus:
fare rete nell'interesse di tutti

Sommario

3



Editoriale

C'È CHI DICE NO

• Giovanni Leoni, Presidente OMCeO Provincia di Venezia

Editoriale

4

Cari Colleghi, l'ultimo Consiglio Nazionale della Federazione del 24 giugno è stato caratterizzato dalla **critica unanime del Disegno di Legge n. 3868 – DdL Lorenzin** – approvato dal Senato della Repubblica in data 24.05.2016 trasmesso alla Camera dei Deputati in data 26.05.2016, con particolare riguardo all'art. 3 sulla Riforma degli Ordini e delle Professioni Sanitarie.

La preoccupazione della FNOMCeO è soprattutto "per la deriva assunta dal provvedimento, rispetto al testo approvato dal Senato": da qui la **netta bocciatura** di quello che viene definito un "tentativo di marginalizzare e frammentare la professione medica confondendola con altri profili professionali".

Personalmente dedico al DdL queste **mie "paccate considerazioni"** direttamente riportate dal sito della Federazione Nazionale: Giovanni Leoni, Presidente OMCeO di Venezia: «Il DdL Lorenzin **dimostra ignoranza e aggressività** nei confronti dei medici. Dopo alcune vicende come la riforma costituzionale, bocciata dagli italiani, o come la legge elettorale che non vede la luce, la classe politica non credo abbia titolo per indicare alla classe medica come espletare la professione». Mi troverete in buona compagnia con altri presidenti di Ordine decisamente critici sulle determinazioni di questo DdL.

Quanto all'**obbligo del voto on line** per le elezioni degli Ordini, sarebbe bene che provasse prima il Ministero dell'Interno con le elezioni politiche, aprendo la strada e risolvendo di colpo tutte le relative problematiche tecniche e legali. Analogamente può dirsi sia per l'incompatibilità, sia per il limite dei mandati, decisi per legge e non da libere elezioni, in cui sono gli iscritti a eleggere i propri rappresentanti con la preferenza, se li ritengono adeguati al ruolo.

La **bassa considerazione** della vita degli Ordini traspare dall'analisi degli emendamenti proposti e successivamente ritirati da politici, spesso privi della necessaria conoscenza per affrontare tematiche così delicate per un corretto espletamento della professione medico-chirurgica, come si evince dai curricula di molti esponenti proponenti gli emendamenti stessi in sede di commissione.

Io **rispetto la Democrazia** in ogni sua forma, ma sottolineo la necessità di alcuni aspetti di cultura di base specifica e ovviamente l'opportunità per rivestire certi ruoli in qualità di Legislatore, specie quando si affrontano alcune materie particolarmente tecniche.

Mi domando come potrebbe un medico affrontare efficacemente tante patologie complesse se non avesse studiato tanti anni?

Ordini, sindacati e società scientifiche sono le varie espressioni dell'attività intellettuale del medico a livello extra clinico. Sono sinergiche e in questo particolare momento della mia vita, facendo parte di tutte e tre, affermo che il problema non è un'incompatibilità decisa per legge, ma piuttosto le ore della giornata di lavoro e la tenuta fisica, anche se, in tutto ciò, non mancano **gli aspetti complementari e le sinergie**.

Ricordiamoci sempre di essere professionisti chiamati, quotidianamente, ad essere all'altezza delle diverse sfide alla salute della collettività e non un gruppo eterogeneo che, spesso, mostra di non conoscere i problemi reali del Paese e non riesce a proporre soluzioni adeguate.

Come professionisti **abbiamo il dovere di dire la verità ai cittadini** per quanto ci compete nelle dovute forme, perché **quanto a etica i medici e gli odontoiatri non possono prendere lezione da questi politici**.

Università. Pubblicato il decreto per l'accesso a medicina e chirurgia. Ma i posti sono diminuiti. Iscrizioni solo online, dal 3 al 25 luglio. I posti disponibili sono 9.100 per medicina e chirurgia, 908 per odontoiatria, 655 per Veterinaria, 501 per Medicina in lingua inglese. La Ministra del Miur Valeria Fedeli ha firmato i decreti che definiscono i contenuti e le modalità di svolgimento delle prove di ammissione l'anno accademico 2017/2018.

Questa è la risposta formale dello Stato Italiano alla richiesta da più fonti – FNOMCeO, ENPAM, FIMMG, Sindacati della Dipendenza – su dati oggettivi, sulle curve di anzianità, di aumentare il numero di posti a Medicina sia nel corso di laurea, sia nelle Scuole di Specializzazione, sia per i posti del triennio formativo per la Medicina del Territorio. Il LINK-Coordinamento Universitario denuncia un **"sistema di programmazione del tutto inadeguato"** sia perché continua a prevedere una sacca di precariato, lungi dall'essere riassorbita, sia perché il numero di borse di specializzazione ad oggi bandite è inadeguato a garantire il recupero dei pensionamenti complessivi dei medici e chirurghi del SSN, come denunciato sia da molte società scientifiche (ad esempio la Società Italiana dei Pediatri) sia dalle Regioni (Veneto compreso n.d.a.).

Dovranno essere i cittadini a richiedere il **necessario rinnovo** della classe medica scientificamente mutilata nei numeri con deficit prevedibile di assistenza pubblica. Sottolineo inoltre che sono tuttora senza esito i **reiterati appelli della Commissione Nazionale Albo Odontoiatri**, ottimamente guidata dal Presidente Giuseppe Renzo, per un'adeguata regolamentazione della pubblicità sanitaria a tutela dei pazienti.

Vaccini: dimostrazione scientifica vs opinioni in libertà. Da laureato in medicina e chirurgia mi sento umiliato da questa eterna diatriba sui vaccini. Tutti noi medici non siamo degli esperti dell'ultima ora. Tutti abbiamo studiato a suo tempo i capitoli dei libri di Microbiologia, niente di particolare, la basi culturali anche su questo argomento per passare l'esame. Qualcuno ci ha dedicato una vita di ricerca e lavoro, altri adesso hanno trovato **una nuova forma di guadagno speculando sull'ignoranza** e sulla diffidenza di una determinata frangia sociale, come nel recente passato per il dramma Di Bella, come per Stamina. Ho visto gli effetti della terapia Di Bella sul campo tramite un mio vicino di casa malato di tumore negli anni '90: un'intera liquidazione,

i risparmi di una vita bruciati per dei farmaci inutili fatti arrivare dall'estero per inseguire l'ultima speranza.

Dove sta la verità scientifica? Un argomento che ho rivisto di recente salire ed occupare ossessivamente le cronache, con il politico del giorno, l'opinione del giorno, il morto del giorno, i tassi vaccinali del giorno.

A queste immaginarie partite di tennis vaccinale, in particolare sulle pagine di *Quotidiano Sanità* ma anche nei media e in tv, si gioca in singolo o in doppio, con versioni contrastanti fra istituzioni o tra autorevoli opinionisti del settore. La gente comune è **disorientata** e la comunità scientifica mondiale **ci osserva perplessa**.

Per chi non l'avesse letto confermo la mia posizione espressa in questo articolo a dicembre 2016: <http://www.ordinemedicivenezia.it/news/notizie-medici/chi-ha-paura-dei-vaccini>.

La cosa peggiore è **l'invasione della politica nel campo della scienza** con sullo sfondo la salute dei cittadini, in particolare dei bambini, un appello alla statura morale necessaria per una scelta di principio e non seguendo l'opportunismo per il consenso.

La nostra istituzione continuerà sempre a fare la sua parte: i vaccini saranno nel programma di Venezia in Salute a settembre 2017, convegno e dibattito pubblico.

Per finire **ringrazio qui tutti coloro che si sono spesi** in questi ultimi mesi per gli eventi dell'Ordine Provinciale di Venezia, tutto il Consiglio, ma, tra gli altri, la Commissione Albo Odontoiatri con Giuliano Nicolini e Stefano Berto, la Fondazione Ars Medica con Ornella Mancin e Gabriele Gasparini, tutta la nostra Segreteria e il Segretario Luca Barbacane, che hanno retto il peso di collaborazioni con Ordini degli Avvocati, Giornalisti, Psicologi, Società Scientifiche e Università Cà Foscari, Procura della Repubblica, Comune di Venezia, aziende sanitarie 3 e 4, e naturalmente la Federazione Nazionale con il Vicepresidente Maurizio Scassola per un percorso di aggiornamento intellettuale a tutto campo. Un periodo veramente originale che ritroverete nei successivi articoli celebrato nella sintesi di una professionista come Chiara Semenzato. Un **particolare, irripetibile arco temporale di continue emozioni**, che mi ricorderò negli anni.

Cari saluti a tutti



Editoriale

INCOERENZE

• Giuliano Nicolin, Presidente Commissione Albo Odontoiatri
OMCeO Provincia di Venezia

Editoriale

6

Cari colleghi, care colleghe, ci risiamo!! Quest'anno siamo chiamati al **rinnovo delle cariche ordinistiche**, che precedono il rinnovo dei membri della CAO nazionale e dei vertici ANDI.

Da tempo si è scatenata **la guerra a tutti i livelli**, con possibili doppie liste, antagonismi personali e ritorni dal passato. In tutto questo nessun nuovo candidato (o lista) ha ancora illustrato un programma o presentato la propria candidatura sulla base di un curriculum o di motivazioni oggettive che lo rendano votabile.

Diverso è per chi è in carica e, infatti, a questo proposito, vi avevo inviato un questionario chiedendovi sostanzialmente la percezione che avevate dell'Ordine, di cosa vorreste facesse e se vi sentivate di appartenervi. Le risposte sono state pubblicate e personalmente ritengo che **l'esame sia stato superato**.

A giorni vi arriverà la richiesta di **rispondere ad un nuovo questionario** per verificare sostanzialmente se le vostre aspettative abbiano trovato risposta. Questo perché credo che stiamo assistendo a una **mercificazione della professione** non solo sul "mercato" odontoiatrico, ma pure sulla corsa alle candidature.

Ossia dovremmo, come sempre quando siamo chiamati ad eleggere un nostro rappresentante, valutarne il curriculum non solo professionale **ma soprattutto morale**. Vero che servono le competenze, ma queste si acquisiscono, mentre il comportamento etico e morale è qualcosa che ci accompagna in tutte le nostre attività e non si disgiunge poi nell'espletamento di una carica o ruolo.

Invece in particolare in queste votazioni si assiste **alla carica dei "1.000"** e talvolta al ritorno di personaggi che hanno delle note negative sia personali sia professionali e di rappresentanza.

Basta leggere i giornali e vi sarete accorti **dell'e-**

splorazione di reati compiuti da colleghi nel tentativo di **aumentare i profitti**, di colleghi che operano senza alcuna deontologia professionale. Allora oggi, come in passato, vi chiedo se possiamo dire di aver fatto tutto il possibile **per evitare questa deriva** non solo nei nostri studi, ma anche nella rappresentanza della professione.

Quanto ho scritto per **invitarvi a partecipare**, a votare, a scegliere i nostri rappresentanti, perché poi non si possa dire che altri non hanno fatto o hanno fatto male il compito assegnato. Mi sarebbe sempre piaciuto fare una specie di primarie, perché per chi ricopre un qualsiasi incarico istituzionale, sindacale o politico serve conoscere cosa è stato percepito del proprio operato.

Un bilancio su quanto fatto rispetto ad eventi, corsi, interventi istituzionali o politici, per quanto oggettivo, è un dato parziale, in parte auto-certificato, ma che abbisogna di un riscontro da parte degli iscritti.

Mi scuso se insisto su questo punto ogni tre anni, ma vi assicuro che, dovendomi confrontare ogni giorno con chi **ci seppellisce di compiti burocratici**, di obblighi e doveri, senza che vi sia alcuna ricaduta positiva sulle nostre prestazioni professionali o con avvocati e giudici in ambito di responsabilità professionale, riscontro spesso queste difficoltà dall'altra parte, quella dei colleghi.

E di fatto questo paese è un paese strano dove persino Bersani, padre delle liberalizzazioni, oggi può affermare che "consentiamo al capitale di entrare in un settore protetto. Questo è il contrario esatto della liberalizzazione", perché "non è che abbasserà i prezzi, farà i prezzi", senza che nessuno gli faccia osservare che tutto ciò deriva da un suo decreto.

Evitiamo dunque **che accada anche a noi...** e buone vacanze.

BENE LA NUOVA LEGGE 24, MA NON BASTA

• Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

Scioglie alcuni nodi, la nuova legge 24 sulla responsabilità professionale per chi lavora nella sanità, ma **restano ancora tanti i punti da chiarire**, a partire, ad esempio, dai decreti attuativi di cui il provvedimento approvato a marzo ha bisogno per diventare realmente efficace. Provvedimenti su cui, per ora, **non c'è certezza di tempi**: non si sa se e quando saranno varati. Senza di loro, la legge è zoppa.

Quasi tutti i relatori presenti hanno definito il provvedimento "un deciso passo avanti", ma, ad eccezione del Procuratore della Repubblica Adelchi D'Ippolito che l'ha sostanzialmente promosso, sono **tanti i dubbi emersi dagli esperti** riuniti venerdì 12 maggio al Padiglione Rama per il convegno *Responsabilità medica: la nuova disciplina dopo l'entrata in vigore della Legge 24*, organizzato dall'OMCeO veneziano, in collaborazione con la Procura e l'Ordine degli Avvocati, e con il patrocinio dell'Ulss 3 Serenissima.

Un incontro "importantissimo" lo definisce **Giuseppe Dal Ben**, direttore generale

dell'azienda sanitaria lagunare e padrone di casa, che poi aggiunge: «La legge 24 **cerca di mettere un po' di ordine** da una parte in quel mondo caotico del contenzioso medico legale che si sta sempre più sviluppando, dall'altra nelle "paure" del medico che prendono corpo nella medicina difensiva. È un tentativo che, spero, possa dare frutti importanti».

Davvero **poco entusiasta** nei confronti del provvedimento, e lo mette subito in chiaro, il legale **Paolo Maria Chersevani**, presidente dell'Ordine degli Avvocati di Venezia. «Tutte le libere professioni – spiega – sono sotto attacco. Le professioni intellettuali sono viste dalla politica di oggi **come un fastidio e un disturbo**, mentre dovrebbe essere riconosciuto il ruolo fondante che a loro compete. Siamo qui a parlare oggi della legge Gelli, di responsabilità professionale medica: su questo tema ne abbiamo viste **di tutti i colori**. Dobbiamo essere noi professionisti a **dare indicazioni**, sia ai nostri iscritti sia al legislatore, che possano essere di chiarimento».

Sui vari aspetti che caratterizzano la questione torna anche **Giovanni Leoni** presidente dell'OMCeO veneziano. «Il tema – aggiunge – è molto dibattuto. Io non credevo che alla fine il decreto Gelli venisse approvato... Mancano ancora i decreti attuativi e si trovano già volumi interi **di controdeduzioni sulle problematiche** che la legge non risolve. Il medico sceglie di fare questa professione per curare la gente, non per difendersi dagli attacchi legali. Se pensassimo alle implicazioni legali che il nostro operato comporta, non potremmo avere **il coraggio**,

Responsabilità
professionale

7



la prospettiva, l'inventiva, la fantasia, la concretizzazione degli sviluppi della scienza. Non potremmo prenderci rischi professionali per curare casi difficili. Spero che questi eventi servano anche a un'analisi della professione del medico nella sua interezza perché di certe persone che si prendono dei rischi possiamo avere bisogno tutti».

Al procuratore della Repubblica **Adelchi D'Ippolito** il compito di aprire il convegno illustrando la legge 24, approvata in via definitiva alla Camera il 28 febbraio e pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 17 marzo scorso. «Uno degli obiettivi – dice subito, come già aveva fatto in passato – è **restituire serenità** al medico. La collettività ha interesse ad avere un medico tranquillo, preoccupato della salute del paziente e non di costituire prove con cui, poi, eventualmente difendersi in un'aula di tribunale».

Spiega quindi la **fondamentale importanza del consenso informato**, che consente “la condivisione delle cure con il paziente”, e delle linee guida, nuovo concetto introdotto con forza nel provvedimento che il magistrato non esita a definire “rivoluzionario”. «Assumono – spiega – un significato decisivo: **non**

è, infatti, punibile il medico a cui venga contestata l'imperizia e che abbia provocato un danno, se si è attenuto rigorosamente alle linee guida pubblicate».

Altri passi avanti, secondo D'Ippolito, il **taglio della prescrizione**, da 10 a 5 anni; il **doppio binario sulla responsabilità civile** che riguarda sia le strutture sanitarie sia i singoli professionisti; **l'onere della prova** dell'eventuale errore medico, che ora spetta al paziente e non al camice bianco; il **tentativo obbligatorio di conciliazione** attraverso una consulenza tecnica preventiva che parta, però, da un collegio e non più da un singolo, affinché ci sia garanzia di terzietà e di indipendenza.

«Questa legge – conclude – fa fare significativi passi avanti, pur non risolvendo totalmente il problema. La cosa decisiva, però, è e resta il **rapporto virtuoso tra paziente e medico**. Ho raccolto decine di denunce per episodi modesti, ma con protagonisti **medici scorteschi, sgarbati, poco attenti**. Abbiate un'attenzione profondamente rispettosa della sensibilità del malato: è questo a ridurre in modo significativo il ricorso al giudice».



Da sinistra: Giuseppe Dal Ben, Paolo Maria Chersevani, Adelchi D'Ippolito e Giovanni Leoni

I primi dubbi sui punti poco chiari della legge arrivano direttamente dal presidente degli avvocati, **Paolo Maria Chersevani**, e muovono proprio dalle parole del procuratore. «Io non credo – dice – che voi medici sarete rasserenati da questa norma. **I dati sulla medicina difensiva**, ad esempio, che è praticata da almeno il 60% degli ospedalieri, **sono devastanti**: una spesa di parecchi miliardi l'anno, il 10% della spesa sanitaria nazionale, lo 0,75% di PIL. La legge, poi, è un passo avanti più sotto il profilo penale che sotto quello civile. Prendiamo, ad esempio, la prescrizione: **scende a 5 anni, ma da che momento si calcola?** Non da quando avviene il fatto, ma da quando ho la fondata attendibilità che un certo evento si sia verificato in seguito a un preciso comportamento».

Altri punti deboli della norma, secondo l'avvocato Chersevani: l'applicare un criterio assicurativo simile a quello dell'RC auto e le menzionate linee guida. Da un lato, infatti, se il professionista è soggetto ad azione di rivalsa, **perde addirittura un grado di giudizio**. Dall'altro non è chiaro a quali linee guida si faccia riferimento: **chi le farà, in che tempi, cosa succede se non ci sono documenti di indirizzo pubblicati**. «La Legge 24, insom-

ma – conclude – ha una buona impostazione, ma la praticabilità è difficile».

Con un po' di ottimismo in più, invece, **Cristina Potì**, responsabile dell'unità operativa Sicurezza del Paziente dell'Ulss 3 Serenissima, sottolinea come la legge faccia **riferimento esplicito alla sicurezza delle cure** per la persona assistita, al processo cioè che tende ad evitare o a mitigare gli effetti degli eventi avversi in sanità, e all'«esercente la professione sanitaria», non sia cioè solo destinata ai medici, ma **a tutti i professionisti della salute**.

«L'articolo 16 – aggiunge poi – è estremamente importante perché **vieta l'acquisizione o l'utilizzo** nei procedimenti giudiziari dei verbali e degli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico. Questa è una piccola rivoluzione: è un messaggio forte, ci invita a **parlarci con chiarezza**, fidandoci l'uno dell'altro, aspetti fondamentali per gestire il rischio».

A presentare **un focus sulla responsabilità civile** sia per le strutture sanitarie sia per il singolo professionista è l'avvocato del Foro di Venezia **Camilla Mastrangelo**, che sotto-



Da sinistra: Giacomo Vigato, Paolo Maria Chersevani, Maurizio Scassola e Silvano Zancaner

linea, tra l'altro, come il provvedimento **tuteli più il danneggiato** che i professionisti sanitari, garantendo risarcimenti più veloci e sicuri, come il medico dipendente ricavi **pochi vantaggi** dalla norma, e come si possano sollevare **dubbi di legittimità costituzionale**, per violazione del principio di uguaglianza, dato che emergono due responsabilità distinte tra chi lavora in strutture pubbliche o private e chi no.

Critica anche sul tentativo di conciliazione, sull'obbligatorietà per tutti dell'assicurazione, sull'istituzione del fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. «Anch'io – dice – ho dubbi sulla **reale efficacia concreta** della disposizione, che possa diminuire i contenziosi. Molte norme **non sono immediatamente applicabili** perché mancano i decreti attuativi. La norma è come un gatto che si mangia la coda, la coperta resta un po' corta: tira da una parte e lascia fuori i piedi dall'altra».

La parola passa poi a **Mario Giordano** e **Giorgio Spadaro**, consulenti legali dell'Ordine veneziano dei Medici, per approfondire il tema delle azioni di rivalsa. L'avvocato Giordano è più ottimista sugli effetti della legge che definisce **“un ciclone indispensabile”**

per risolvere una serie di situazioni che puntavano dritte verso l'iceberg, verso la catastrofe, soprattutto economica. «A mio avviso – aggiunge – questa legge riequilibra la situazione, creando una sorta di **sistema di vasi comunicanti** attraverso i quali compensare».

Tra gli aspetti positivi della norma, secondo l'avvocato Spadaro, c'è invece la **terzietà garantita dal giudizio**, la valutazione autonoma rispetto al giudice civile, la possibile riduzione dell'addebito da parte del giudice, la non trasmissibilità agli eredi dell'eventuale responsabilità riconosciuta, salvo nel caso ci sia stato illecito guadagno.

«Questa legge – conclude – fa un piccolo passo avanti, ma è **ridondante di enunciazioni** che non hanno nulla di normativo. Le leggi sono comandi: con una legge devo dire cosa posso e non posso fare e cosa succede se lo faccio. Qui, invece, ci sono molti enunciati inutili».

Una normativa ostica, la legge 24, anche per **Silvano Zancaner**, direttore dell'unità complessa di Medicina Legale dell'Ulss 3 Serenissima, che ne dà un giudizio negativo. «La responsabilità colposa – spiega – può essere legata a colpa specifica o generica e, in quest'ultimo caso, a negligenza, imprudenza



Giorgio Spadaro e Mario Giordano

o imperizia. La nuova legge ci fa un favore con l'impunibilità per imperizia, ma **è un piccolo favore**, dato che la maggior parte degli addebiti è per le altre due categorie».

Sottolinea, poi, come ancora non ci sia chiarezza sul concetto di colpa grave, come l'accordo sulle linee guida sia di difficile attuazione, visti i tanti soggetti che potrebbero essere coinvolti nella stesura, come di "buone pratiche cliniche" ce ne siano tante, in una scelta complessa tra quelle da seguire, come restino comunque pesanti **gli oneri a carico del singolo professionista**, in sostanza 6 anni di stipendio, in caso di rivalsa.

«L'unica vera fonte di notizie – conclude, dando ai presenti un consiglio concreto – che il medico legale ha, per esprimere una valutazione su come abbia lavorato il collega, è la cartella clinica. Si possono capire le scelte e i ragionamenti che le hanno sostenute. **Scrivere è espressione di diligenza e di controllo** dell'iter clinico del paziente».

Prima della conclusione dei lavori, spazio anche all'avvocato della Regione Veneto **Giacomo Vigato**, che ha partecipato attivamente all'estensione di una polizza assicurativa regionale con contenuti innovativi, con **una tutela effettiva per i camici bianchi** e un

contratto assicurativo omogeneo per tutte le realtà.

Proprio ai modelli organizzativi del servizio sanitario e alle unità operative fa, infine, riferimento **Maurizio Scassola**, vicepresidente della FNOMCeO nel suo breve intervento finale. «La riorganizzazione – sottolinea – **non è possibile a costo zero**. Il territorio si sta riempiendo di unità operative complesse: cosa sono, se non questo, i distretti e le medicine di gruppo integrate? Ci vogliono **investimenti per la formazione**, ma anche **nella tecnologia**. Bisogna fare un deciso salto di qualità».

Tante, insomma, le perplessità rimarcate dai giuristi su questa nuova norma, su cui si intravede da parte del legislatore un tentativo di buona volontà, ma su cui ancora molto resta da fare. Temi complessi su cui ci si dovrà ancora confrontare a lungo.



Cristina Potì



Camilla Mastrangelo

MEDICINA E TECNOLOGIA, ALLA RICERCA DI UN NUOVO EQUILIBRIO

• Ornella Mancin, Presidente Fondazione Ars Medica

Questo articolo è stato pubblicato il 22 giugno nella sezione "Lettere al Direttore" di "Quotidiano Sanità".

Attività
dell'Ordine

12

Gentile Direttore, il progresso scientifico e tecnologico ci sta regalando un mondo **che si muove rapidamente**, in cui ogni giorno si aprono scenari nuovi, dove nuove applicazioni soppiantano le precedenti o rendono fattibile ciò che solo qualche anno fa ci sembrava impossibile. In campo sanitario le nuove tecnologie abbracciano ormai tutti i campi e offrono possibilità insperate, alterando o addirittura sostituendo sempre più la figura del medico.

Ma come vive il medico questa "rivoluzione tecnologica"? È pronto ad affrontarla? Ne conosce i rischi, le possibilità, le implicazioni? Se ne è parlato il 16 e 17 giugno a Venezia in un convegno, *Medicina tra Umanesimo e Tecnologia*, realizzato dalla Fondazione Ars Medica, dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Venezia, dal Dipartimento di Filosofia di Ca' Foscari e da LAI – Libera Associazione di Idee.

Questa originale esperienza di studio e riflessione che mette insieme medici e filosofi è nata da una intuizione di **Maurizio Scassola** oggi vicepresidente FNOMCEO, che ha capito la necessità di **uscire da una prospettiva di pura autoreferenzialità** affidandosi ad osservatori esterni ed è potuta proseguire grazie al sostegno del presidente dell'OMCeO lagunare **Giovanni Leoni**.

Alla filosofia, quindi, ci siamo nuovamen-

te rivolti per capire quanto l'avvento di una tecnologia sempre più spinta stia mutando i comportamenti dei medici e quali problemi questo stia creando.

La tecnologia ha ormai invaso il campo medico: non solo per migliorare gli interventi chirurgici (vedi Robot Vinci) o per diagnosi radiologiche sofisticate (come RM, PET) ma anche in attività di assistenza.

Sergio Bovenga, segretario della FNOMCeO, ci ha parlato del robot Marino che al Sant'Orsola a Bologna insegna ai bambini a riconoscere e accogliere le emozioni negative o del "Chatrobot" che negli ospedali inglesi fa il triage ai Pronto Soccorso; la professoressa **Patrizia Marti** ci ha parlato del robot Cucciolo di Foca che aiuta i malati di Alzheimer a entrare in relazione con gli altri.

Non sembrano esserci limiti all'evoluzione tecnologica fino a spingersi a pensare che lo stesso medico **potrebbe presto essere in parte o del tutto sostituito** almeno in alcuni dei suoi compiti.

Già da tempo il computer è comunque divenuto l'alter ego indispensabile nel nostro



Da sinistra: Giovanni Leoni con la famiglia di Giuliano Bruscaignin



Da sinistra: Ornella Mancin e Marco Ballico



Gabriele Gasparini

lavoro di medico. «Tutta la professione medica è supportata da sistemi gestionali che talvolta il medico è costretto a subire», ha riconosciuto Bovenga. Ma tutta questa tecnologia che ha invaso il nostro lavoro **come ci sta cambiando?**

A **Umberto Galimberti**, insigne filosofo, appare evidente che «la tecnica ci ha esonerato dallo sguardo clinico. Non si guarda più il paziente, si guardano gli esami, siamo lettori dei prodotti di questi apparati tecnici. Abbiamo ridotto il corpo a organismo, a contenitore d'organi. Se è vero che la medicina per costituirsi come scienza deve svuotare l'individuo e ridurlo a un caso, perché per la razionalità tecnica l'individualità è un disturbo – continua Galimberti – è pur vero che la **soggettività esiste ed è necessario recuperarla** passando da una medicina "morbocentrica" a una medicina "antropocentrica"».

Non a caso, come ha detto, **Luigi Vero Tarca** «la medicina attuale riguarda sempre più l'eliminazione della malattia e non la cura della salute».

Ma se è vero che il progresso tecnologico è inarrestabile, **come fare perché il medico non perda le sue prerogative e non venga facilmente sostituito dalla macchina?**

Ivan Cavicchi ci parla della necessità di "un pensiero di ricambio", capace di rinnovare la professione medica e di **far recuperare l'autonomia intellettuale** al medico. I progressi della tecnica hanno dato alla medicina nuove e avveniristiche possibilità di cura, ma senza cambiare "il modello culturale" della medicina. Siamo di fronte a una "invarian-

za culturale della medicina". La medicina è ferma al suo vecchio paradigma per il quale si riduce la complessità del malato alla malattia. La medicina rischia così di essere **ridotta solo a una serie di procedure diagnostico terapeutiche** che fanno riferimento a dei protocolli standardizzati. «Stiamo curando i malati con le procedure ma le procedure spesso toppano» ha detto Cavicchi.

«Un medico **meno è autonomo** – ha aggiunto – **e più è uguale a una macchina** e quando il medico perde la sua autonomia chi ci rimette sono i malati» Un medico che non è autonomo nel giudicare la necessità di un malato rischia di diventare una macchina che dispensa trattamenti, un "trivial machine", una macchina semplice, banale, prevedibile e facilmente controllabile.

Cosa fare allora per evitare il rischio di essere soverchiati dalla tecnologia fino al punto di rischiare di esserne sostituiti? Sta a noi decidere che medicina vogliamo: una medicina **che ripara un corpo** o una medicina **che si cura della persona** in tutta la sua complessità? Dal Convegno di Venezia arriva un grido di allarme.

Se vogliamo evitare di essere trasformati in "robot" dobbiamo respingere una medicina che ci vuole semplici esecutori di procedure e protocolli. Serve ripensare a **un nuovo modello culturale di medicina e di medico** che sia all'altezza della complessità del tempo che viviamo e che sappia affrontare la "necessità del malato" grazie sì all'aiuto della macchina, ma senza che questa ci schiacci e ci sostituisca.

La macchina deve essere **solo uno strumento al nostro servizio** per fornire dati da interpretare e integrare con ciò che osserviamo



Da sinistra: Gabriele Gasparini, Maura Veronesi, Flavio e Tiziana Mattiazzi

e comprendiamo nella visita. La macchina deve essere d'aiuto nella diagnosi e anche nella terapia, ma chi deve decidere il processo **deve continuare ad essere la nostra mente**, perché la macchina non è in grado di sostituirci in quelle competenze cognitive e socio emozionali che comprendono il pensiero critico, la capacità di risolvere problemi complessi, la creatività e la capacità di comunicare in maniera empatica.

Il progresso tecnologico è inarrestabile, a noi spetta **il compito di governarlo** e in questa sfida si gioca la nuova figura di medico, il nuovo modello culturale della medicina.

La domanda giusta da farsi, dice Cavicchi, è: quale medicina, quale medico per una sanità all'altezza delle sfide della nostra epoca? Dalla capacità di rispondere a queste domande dipende il futuro del medico.

«Tutte le specie di un ecosistema per sopravvivere si evolvono e mutano» ci ha ricordato Sergio Bovenga, auspicando «una co-evoluzione tra una tecnologia oramai inarrestabile e un pensiero umano capace di evolvere di pari passo, recuperando le radici umanistiche e le conoscenze logiche che sostengono lo sviluppo tecnologico».

La nostra sopravvivenza come medici dipenderà dalla **nostra capacità di evolverci** e di stare al passo con i tempi.

Sul sito tutti i materiali

Medicina tra umanesimo e tecnologia è un evento che si è svolto in due giorni, il 16 e il 17 giugno, nella Scuola Grande di San Marco a Venezia. Era composto di un particolare simposio in cui la riflessione, guidata da medici e filosofi, era **ispirata dal cinema** e da un convegno scientifico tra **illustri ospiti nazionali e realtà locali** di innovazione tecnologica positiva.

Due **ampi resoconti** sono disponibili nella sezione News del sito dell'OMCeO veneziano o a questi link diretti:

- Simposio cinema: <http://www.ordinemedicivenezia.it/news/notizie-medici/il-rapporto-conflittuale-medico-macchina-serve-ripensare-il-medico>
- Convegno scientifico: <http://www.ordinemedicivenezia.it/news/notizie-medici/autonomia-nuova-formazione-relazione-cos%C3%AC-cambia-il-medico-senza-diventare-un>

Sulla pagina YouTube dell'Ordine sono disponibili anche i video di tutte le relazioni.

Sul sito di *Quotidiano Sanità* è infine disponibile una riflessione finale scritta dalle due filosofe Bruna Marchetti e Tiziana Mattiazzi a questo link: http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=51935



Da sinistra gli animatori del simposio ispirato al cinema: Tiziana Mattiazzi, Bruna Marchetti, Jacopo Favaro, Alessandro Bordina, Chiara Fornasiero, Marco Ballico e Roberto Ferigolli



Da sinistra gli ospiti nazionali del convegno scientifico: Sergio Bovenga, Patrizia Marti, Umberto Galimberti, Isabella Adinolfi, Ivan Cavicchi, Luigi Vero Tarca e Pietro Valenti



A VENEZIA IL CONGRESSO SISOS: «AL CENTRO TORNÌ LA RELAZIONE DI CURA»

• Carlo Saccon, ufficio stampa ANDI Veneto

Odontoiatria

16

Due giorni di lavori, nella splendida cornice della sala San Domenico dell'Ospedale Civile di Venezia, per **riscoprire le origini della professione odontoiatrica** e **riportare al centro il rapporto di fiducia tra medico e paziente**. La sedicesima edizione del Congresso nazionale della Società Italiana di Storia dell'Odontostomatologia (SISOS), realizzato in collaborazione con l'Ulss 3 Serenissima, l'Ordine veneziano dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e ANDI Venezia, ha così inteso mettere in evidenza **l'importanza ricoperta dall'odontoiatria veneziana**, rendendo omaggio alla figura del professor **Umberto Saraval**, per trent'anni primario del reparto di stomatologia dell'ospedale lagunare ed editore della *Rivista italiana di stomatologia*.

«Come SISOS – ha detto il presidente dell'associazione **Paolo Zampetti** – abbiamo la finalità di divulgare i nostri valori incentrati

principalmente sul **riportare l'umanesimo nella medicina orale**. L'odontoiatria è oggi una professione che rischia di essere **meno attenta al paziente**. La diffusione di cliniche low cost e di fenomeni come il turismo dentale va purtroppo in questa direzione». Si tratta insomma di **ristabilire il rapporto di fiducia medico-paziente** tenendo presente gli insegnamenti di coloro che ci hanno preceduto: tutto questo manca nei grossi centri, ridotti ormai a delle **catene di montaggio** dove è impossibile sviluppare alcun rapporto fiduciario. «Ho conosciuto gli odontoiatri – ha spiegato il presidente dell'OMCeO lagunare **Giovanni Leoni** – grazie alla mia attività di presidente. Si sente spesso parlare del rapporto medico-paziente e quasi mai del rapporto odontoiatra-paziente. Ma **questo legame esiste** nonostante nessuno l'abbia mai insegnato ai dentisti: fa parte, semplicemente, del loro Dna».

Un altro tema affrontato durante i lavori è stato quello **della pubblicità e dei cambiamenti apportati da Internet**. «La rete – ha detto il presidente della Cao provinciale **Giuliano Nicolin** – è un grande mezzo, ma si sta rivelando **incontrollato e incontrollabile**. Basta vedere i casi recenti in tema di vaccinazioni e cure fai da te. Spesso ci si può imbattere in forum di medici **gestiti da incompetenti e scorretti nei contenuti** che si rivelano, alla fine, una forma di pubblicità. È cresciuta così una categoria di pazienti affetti dalla **sindrome del malato immaginario**. Come medici non possiamo far finta di niente: se è vero che una buona informazione è anche il miglior farmaco è anche vero che può diventare un veleno se data in maniera



Giuliano Nicolin, presidente della CAO veneziana



Un momento della tavola rotonda



Da sinistra: Stefano Berto, Giovanni Leoni e Luca Dal Carlo

non corretta».

Dell'importanza della relazione di cura e dell'influenza delle cliniche low cost e della pubblicità hanno parlato anche **Mauro Rocchetti**, vicepresidente vicario di ANDI e il presidente dell'Associazione Italiana dei Dentisti **Gianfranco Prada**. «Nel contesto odierno, – ha spiegato Rocchetti – caratterizzato dall'ingresso del capitale in odontoiatria e da messaggi fuorvianti, una delle medicine che può esser utile a pazienti e professionisti è costituita dal **recupero del rapporto fiduciario medico-paziente**. Serve una gestione etica di questo aspetto: il paziente va ascoltato, informato e indirizzato per la via migliore. Con il franchising prevale invece **la gestione finalizzata alla vendita di prestazioni odontoiatriche** e spesso l'indicazione terapeutica non è la migliore per il paziente. Su questo, le norme non ci aiutano: la deregulation iniziata con Bersani ha portato a uno **sfacelo in sanità**, dove tutto ormai è permesso a partire dalla pubblicità incontrollata e incontrollabile». Ma qualcosa sta cambiando. «Si tratta di capire – ha aggiunto Prada – **come regolamentare in Italia la pubblicità** soprattutto dopo le sentenze europee che hanno riportato la possibilità del controllo da parte degli Ordini, o comunque della legislazione nazionale, in questo settore. Se prima sembrava che la liberalizzazione fosse selvaggia, senza alcuna possibilità di intervento, ora lo scenario si sta modificando. Una recente sentenza della corte di giustizia, infatti, afferma che gli Stati possono far prevalere l'interesse della sanità rispetto a quello della concorrenza pura. Su questo, come ANDI, stiamo lavorando: del resto, anche la politica inizia a comprendere la necessità di recuperare su questo terre-

no perché ha finalmente capito **l'entità del danno** che si è compiuto con l'eliminazione delle tariffe e del controllo della pubblicità».

«La storia – ha aggiunto **Stefano Berto**, presidente di ANDI Venezia e membro del direttivo dell'Ordine – dovrebbe essere maestra di vita, dovrebbe insegnarci a imparare dai nostri errori, dovrebbe essere **la linea guida delle nostre azioni e reazioni**. E tutto questo non certamente solo in ambito odontoiatrico ma nel contesto socio-economico-comportamentale del pianeta tutto. Inserita nel contesto medico la storia continua ad avere **tanto da insegnarci nella metodologia della sperimentazione scientifica**, negli infiniti fallimenti che hanno segnato il passato della nostra professione e nei bellissimi successi che hanno permesso di raggiungere traguardi un tempo impensabili. Benvenuto, quindi, questo Congresso veneziano, che ci ha permesso di **fondere le attuali conoscenze** con il tormentato percorso storico che ci ha portato fino ai giorni nostri».

«Questa due giorni – ha sottolineato, infine, il presidente di ANDI Veneto **Luca Dal Carlo** – rappresenta il coronamento dello sforzo di mettere in evidenza il **rilievo storico dell'odontoiatria veneziana**. Qui, all'ospedale di Venezia sono nate riviste che hanno ospitato articoli che sono diventati i pilastri dell'odierna implantologia orale. Per questo ANDI e SISOS, assieme all'Ulss 3 e all'Ordine, hanno ritenuto di dare il massimo appoggio a questo congresso che rappresenta un **passaggio necessario** per far conoscere l'importanza della professione odontoiatrica e la sua rilevanza nelle cure odierne dei pazienti».

#VIS2017 VA A CACCIA DI BUFALE IN SANITÀ

• Ornella Mancin e Gabriele Gasparini
Presidente e Vicepresidente Fondazione Ars Medica

Attività
dell'Ordine

18

Medicina e sanità sono **sotto attacco ormai** da un paio d'anni anche a causa di **uno uso sproporzionato e "poco scientifico"** della rete e dei social network. Le battaglie degli anti-vaccinisti e le terapie alternative, tanto per fare solo un paio di esempi, trovano proprio nella tecnologia digitale **una cassa di risonanza** che prima faticavano ad avere. Con conseguenze catastrofiche: in molte zone d'Italia, anche in Veneto, i genitori scelgono di non vaccinare più i propri figli, facendo scendere l'immunità di gregge sotto la soglia di sicurezza del 95% che protegge anche chi non può ricorrere al vaccino. Così si torna a morire, ad esempio, di morbillo. O ancora: si cura una banale otite solo con rimedi omeopatici, senza antibiotici, e a perdere la vita è un bimbo di appena 7 anni.

Rigore scientifico e corretta informazione sono, allora, le due armi che i professionisti della sanità hanno per contrastare questa deriva. Proprio a questo tema, dunque, **Salute: bugie e verità**, è dedicata la nuova edizione di Venezia in Salute, **#VIS2017**, in programma il **23 e il 24 settembre** (in caso di maltempo l'evento in piazza slitterà alla domenica successiva), organizzato dall'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Venezia, attraverso la Fondazione Ars Medica suo braccio cultura-



Maurizio Scassola in piazza tra i cittadini nell'edizione 2016

le, in stretta sinergia con il Comune lagunare e le aziende sanitarie del territorio, e con il sostegno della FNOMCeO e, novità di quest'anno, dell'ENPAM, che fa rientrare #VIS2017 nel circuito **Piazza della Salute**.

Inalterato l'impianto della manifestazione, che tanto successo ha avuto nelle edizioni precedenti: si parte il sabato con il **convegno scientifico**, rivolto soprattutto ai professionisti ma quest'anno aperto anche alle associazioni e ai cittadini, che prenderà vita al Padiglione Rama dell'Ospedale dell'Angelo; si prosegue poi la domenica con **l'incontro in piazza tra la cittadinanza e il mondo sanitario** in via Palazzo e Piazzetta Pellicani a Mestre, ravvivato da tanti mini dibattiti con gli esperti e dalla verve comica dei Café Sconcerto.

Le bufale in medicina sono un buon argomento per un grande evento: da un lato, grazie a VIS, il tema e il corretto modo di trattarlo ottengono **un'ampia visibilità**; dall'altro Venezia in Salute continua **a crescere e a trasformarsi**, passando da semplice contenitore per far conoscere enti e associazioni a evento divulgativo.

Al convegno del Rama al tavolo dei relatori si alterneranno **ospiti di fama nazionale** – Pietro Dri, Giorgio Dobrilla, Alessandro Conte della FNOMCeO e altri componenti del CICAP, il Comitato di Controllo delle Affermazioni sulle Pseudoscienze fondato da Piero Angela nel 1989 – e persone che si occupano di questi temi **in ambito locale**. Si parlerà, tra l'altro, dell'importanza del metodo scientifico e della ciarlataneria diffusa, dell'aleatorietà nemica della buona medicina, dei siti antibufale, delle bufale in oncologia, delle questioni legate ai vaccini, di diete e di allergie.

Cambierà volto, almeno in parte, invece, la domenica: confermati in via Palazzo **i gazebo** delle associazioni e di tutte le istituzioni sanitarie pubbliche e private attive sul territorio,

che quest'anno aumenteranno e saranno una trentina, ma sul palco di Piazzetta Pellicani non saranno proiettati i video delle realtà partecipanti, iniziativa che l'anno scorso ha avuto un discreto successo. Saranno invece sostituiti **da un grande dibattito per i cittadini**, in programma la mattina, con ospiti autorevoli di cui saranno svelati presto i nomi, e da **testimonianze dirette**: stiamo lavorando per portare in piazza Bebe Vio.

Compito nostro, di medici e Ordine, infatti, è **creare coscienza collettiva**, far capire alla gente l'importanza, ad esempio, delle vaccinazioni o delle buone pratiche di salute. Purtroppo manca la conoscenza del metodo scientifico, sperimentato e riproducibile: il test i cui risultati cambiano a seconda del luogo in cui viene fatto non è attendibile. È questo ciò che cerchiamo di fare quest'anno con VIS: **far capire alle persone come verificare** le notizie che circolano su Facebook. Soprattutto sui social network si creano gruppi in cui ognuno ha la propria verità: **noi dobbiamo sfatare queste false verità**. Nella scienza non esistono tante verità, ne esiste una sola, quella sperimentata. Parole chiave della manifestazione saranno allora: semplicità, corretta informazione, visibilità, multimedialità e autorevolezza.

Nata nel 2010 da una **felice intuizione** dell'allora presidente dell'OMCeO veneziano **Maurizio Scassola**, che non si perde un'edizione nonostante il suo ruolo nazionale oggi di vicepresidente della FNOMCeO, Venezia in Salute mantiene fede al proprio spirito originario: l'obiettivo, cioè, di promuovere in ogni cittadino **la consapevolezza che la sua salute dipenda innanzitutto da lui**.

Ma questo non basta: fondamentale è anche il rapporto stretto con le forze della società civile attive sul territorio, il **dialogo costante e serrato** con le altre professioni sanitarie, una sensibilità e un'attenzione maggiori alle persone per **rafforzare sempre di più l'alleanza terapeutica**, la fondamentale fiducia che lega medico e paziente, una più ampia condivisione di percorsi e obiettivi di salute. #VIS2017 vuole rappresentare tutto ciò nella convinzione, condivisa da tutto l'OMCeO veneziano, che non **possa essere il dr. Google** a dare ai cittadini le risposte che cercano.



Da sinistra: Simone Venturini, Nicoletta Codato, Gabriele Gasparini, Ornella Mancin, Giovanni Leoni



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

FESTA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRIA 2017

20

TEATRO GOLDONI VENEZIA
21 OTTOBRE 2017

PRENDERSI CURA: IL SEGRETO PER MORIRE SOLI, MA NON IN SOLITUDINE

• Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

Cambiare sguardo sulla morte, che non deve più essere un tabù, che è **un passaggio della vita** e come tale va affrontato, **aprendosi al senso di mistero** che la caratterizza. E ancora, per chi accompagna qualcuno verso le sue ultime ore: **passare dall'essere, all'esserci**. Non guardare la malattia, quando non c'è più nulla da fare, ma guardare la persona per capire quanto, invece, ancora si possa fare. E infine l'importanza, anche nei momenti finali della vita, **delle relazioni, delle cure palliative e della sinergia** tra tutte le figure che gravitano intorno al paziente morente: professionisti sanitari, caregivers e familiari. Sono solo alcune delle suggestioni arrivate sabato 6 maggio durante il convegno *Quando si muore, si muore soli?* organizzato all'Ateneo Veneto dall'OMCeO veneziano, attraverso la Fondazione Ars Medica, in collaborazione con **l'Ordine degli Psicologi del Veneto**.

Il convegno è stato aperto dai "padroni di casa". **Laura Dal Corso**, segretario dell'Ordine veneto degli Psicologi, ha spiegato come «la sfida oggi sia quella di **aprirsi al confronto per mettere insieme specifiche competenze**, di lavorare insieme senza togliere spazio alla riflessione».

L'importanza di simili riunioni "multidisciplinari e pluri-intellettuali" è stata sottolineata anche da **Giovanni Leoni**, presidente dell'OMCeO veneziano, che poi ha aggiunto: «Il fine vita **è una realtà per tutti noi**, è un problema che ci tocca sia a livello personale che professionale. È un tema difficile da affrontare, **la depressione è dietro l'angolo** per tutti gli operatori, ma dobbiamo contrastarla con la razionalità».

Leoni ha anche letto un messaggio di buon lavoro arrivato dal patriarca di Venezia **Franco Moraglia** in cui si sottolineava come i

temi del fine vita, così delicati, siano ormai al centro del dibattito pubblico, e si invitavano i professionisti «a cercare e trovare il punto più alto di discernimento, **saggezza ed equilibrio** per allontanare il rischio sia dell'accanimento sia dell'abbandono terapeutico, in una forma di silente e nascosta eutanasia».

Il tema della sfida, lanciato in apertura, è stato ripreso poi da **Simone Venturini**, assessore alla Coesione sociale del Comune di Venezia. «La sfida importante di questo inedito convegno – ha detto – è quella di **non far più morire solo nessuno**. La sfida riguarda anche le istituzioni, le aziende sanitarie, il legislatore, il mondo del volontariato. Con questa alleanza, possiamo far sì **che ci siano dignità, sicurezza e tranquillità** per le persone anche nei loro ultimi istanti di vita».

«Affrontare questi temi – ha sottolineato, invece, **Luigino Schiavon**, presidente del Collegio IPASVI di Venezia – significa riconoscere che **la morte ha diritto di cittadinanza** nei nostri convegni. **Bisogna togliere il paravento** alla persona che sta morendo, soprattutto in termini culturali. La morte va affrontata come percorso».

In sala anche i rappresentanti delle aziende sanitarie locali, che hanno patrocinato l'iniziativa: **Onofrio Lamanna**, direttore sanitario dell'Ulss 3 Serenissima, e **Mauro Filippi**, direttore dei servizi sociali dell'Ulss 4 Veneto Orientale.

«La morte – ha spiegato **Ornella Mancin**, presidente della Fondazione Ars Medica introducendo i lavori – non è un argomento facile perché suscita in tutti noi paure e angosce, è un pensiero che viene rimosso. Spesso si pensa che il malato terminale **non abbia più alcun diritto di esprimere la propria opinione** e invece bisogna aiutare a morire con dignità attraverso percorsi condivisi».

Tre i temi importanti affrontati durante la prima parte della mattinata:

- Padre **Guidalberto Bormolini**, monaco e sacerdote dei "Ricostruttori nella preghiera", ha parlato della dimensione spirituale della morte come porta verso l'ignoto, verso il mistero, con la necessità di ribaltare la prospettiva intendendo la morte come compimento della vita e non come la sua cessazione;
- **Cosimo De Chirico**, medico palliativista già coordinatore regionale SICP, ha ricordato, invece, i pilastri delle cure palliative, offrendo una riflessione sul morire soli o morire in solitudine;
- **Ines Testoni**, docente di Psicologia sociale e direttore del Master in Death Studies dell'Università di Padova ha, infine, analizzato il passaggio dalla congiura del silenzio a un silenzio empatico, dal non ascoltare alla consapevolezza di «non saper parlare, alla capacità di entrare in se stessi in profondità e di saper tacere».

Collaborazioni

22

Dopo le riflessioni ad ampio spettro, la seconda parte della mattinata è stata dedicata **alle testimonianze dirette** di chi con la morte ha a che fare tutti i giorni. Introdotti da **Emanuela Blundetto**, medico di famiglia e consigliere dell'OMCeO veneziano, e da **Mariisa Galbussera**, consigliere dell'Ordine degli Psicologi, si sono alternati sul palco a raccontare le loro esperienze tanti professionisti della sanità tra cui **Gloria Baracco**, dirigente del Nucleo di Cure Palliative dell'Ulss 2 Marca Trevigiana, il responsabile delle Cure Palliative dell'Ulss 4 Veneto Orientale **Luciano Lamarca**, **Teresa Baldi Guarinoni** ed **Eleonora Cason**, presidente la prima e psicologa la seconda dell'associazione Avapo, **Elisa Mencacci**, presidente di Amcn onlus e **Paolo Giacobello**, responsabile socio sanitario della Residenza per anziani e Hospice di Portogruaro dell'Ulss 4.

Tra le testimonianze più significative la toccante storia di Aldo, pensionato 75enne, ex operaio Montedison, malato senza possibilità di guarigione, proposta da **Roberto Zanibellato**, medico di famiglia

veneziano e membro del comitato scientifico di Ars Medica, che ha raccontato le difficoltà, i sentimenti di paura, smarrimento e ansia che anche i medici si trovano a vivere in situazioni complesse, di fine vita.

Prendersi cura non solo di chi muore, **ma anche di chi rimane**, il monito lanciato dall'infermiere **Claudio Ferro** che ha esortato a saper accompagnare, saper ascoltare, **a passare dall'essere all'esserci** perché nei malati terminali «se guardo la malattia non c'è più niente da fare, ma se guardo la persona c'è ancora moltissimo da fare».

Particolare la sessione pomeridiana del convegno, introdotta da **Gina Barbano** e **Gabriele Gasparini**, consiglieri rispettivamente dell'Ordine degli Psicologi e dell'OMCeO veneziano, che ha perso le proprie caratteristiche di lezione frontale per declinarsi **nelle forme del teatro forum e della musica**. Nel primo caso con l'idea di **provocare il dibattito**, animato da **Marco Ballico**, medico, psicoterapeuta e docente IUSVE, nel secondo – grazie ai canti degli **Armonici Ricostruttori** e alle letture di **Elisabetta Salvatori** – per **avvicinarsi alla meditazione** e a quella dimensione spirituale necessaria in questo percorso.

Nel percorso di accompagnamento alla morte, dunque, ciò che serve è **il coraggio di prendersi cura**: in sinergia con i colleghi, con professionalità, umanità, empatia, capacità di ascolto e di silenzio. Solo così si riesce a **non far morire qualcuno in solitudine pur dovendo necessariamente morire solo**.



Da sinistra: Luigino Schiavon, Simone Venturini, Laura Dal corso, Giovanni Leoni, Onofrio Lamanna e Mauro Filippi

Il commento

LE DONNE MEDICO: UN CONTRATTO ANCHE "PER LORO"

• Giovanni Leoni, Presidente OMCeO Provincia di Venezia

Questo articolo è stato
pubblicato il 4 aprile 2017
su "Quotidiano Sanità"

Gentile Direttore,
l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Venezia consta attualmente di **4.185 iscritti** di cui 2.746 (66%) maschi e **1.439 (34%) femmine**. Se consideriamo solo gli iscritti del 2016 le percentuali si invertono su 73 iscritti totali 32 (44%) sono maschi e 41 (66%) sono femmine.

Più in dettaglio fra gli over 60 anni i sanitari, medici e odontoiatri, sono 1.929, all'80% maschi ed al 20% femmine ma se consideriamo la classe under 30 e dai 31 ai 35 anni, in totale 412 iscritti, il 40% sono maschi e **il 60% sono femmine**. Il rapporto uomo/donna è al 50% nella classe di età dai 36 ai 58 anni su 1.179 iscritti, mentre dai 55 ai 59 anni su 665 sanitari il 68% sono maschi e il 32% sono femmine.

Questa la premessa per una situazione che penso possa essere replicata a livello nazionale ma vederla con i numeri, pur se grezzi, fa sempre un certo effetto.

La professione del medico **si è già colorata di rosa**, nel dipartimento chirurgico dove lavoro all'Ospedale di Venezia nell'ultimo anno sono "apparse" 2 chirurghe generali, 2 urologhe, una otorinolaringoitra. Resto in attesa della prima ortopedica, arriverà.

Anestesiste, radiologhe, ginecologhe e pediatre **non le conto più**, così come in medicina ed in pronto soccorso il sesso "debole" è ben rappresentato. Mia moglie, per puro caso, fa il medico e lavora in medicina interna, stesso ospedale dove io faccio il chirurgo genera-

le. In realtà fra medici **le coppie non sono un'eccezione**, anzi, forse è il tipo di vita così strano, così inclusivo, che ci avvicina anche nella vita privata.

Forse solo un medico **capisce e sopporta pienamente turni, guardie e reperibilità** di un altro medico. Non è una regola fissa naturalmente e attiene di più alla realtà dell'ospedale.

Ci sono peraltro coppie miste ospedale-territorio, territorio-territorio e altre varianti, da considerare gli studi odontoiatrici a gestione mista. Si può proprio dire **uniti nella vita e nel lavoro**.

Ovviamente ancora poche le donne con incarico apicale, ma sono sempre più numerose.

È passato solo poco tempo dalla **nascita della prima donna laureata** al mondo: correva l'anno 1646 e proprio a Venezia veniva alla luce Elena Lucrezia Cornaro, filosofa: ricevette il titolo in data 25.06.1678. L'evento ebbe una vasta eco internazionale ed è ricordato da una targa commemorativa con relativa iscrizione a Palazzo Cà Loredan nei pressi del Ponte di Rialto a Venezia.

Se penso che il diritto al voto per le donne in Italia è arrivato solo dopo la II Guerra Mondiale, nel 1946 per l'esattezza.

Negli anni 80 a Padova una amica specializzanda mi diceva: «Mio caro una donna deve essere **tre volte più brava** di un uomo per essere accettata come professionista in questo vostro mondo di maschi». Ovvio che avesse ragione: lei è riuscita in quello che ha voluto come tantissime sue colleghe. Se nella medicina del territorio e nella libera professione sarà l'utenza a decretare il successo della professionalità indipendentemente dal sesso,

Il
commento

23

in ospedale **l'orario di servizio dovrà tenere conto degli standard previsti per mogli e madri** che devono avere il diritto ad una famiglia, con i tempi previsti dai contratti di lavoro e non a colpi di straordinari.

Guardie da 24 ore, reperibilità continue fanno, o devono fare parte del passato, anche i cosiddetti pacchetti prestazionali aggiuntivi, sale operatorie, guardie a gettone, serate in radiologia, tutte queste mostruosità inventate dalle amministrazioni per risparmiare sulle assunzioni e accettate da professionisti con stipendi bloccati da 7-8 anni, ormai non lo ricordo più, **non possono essere più tollerate.**

Almeno io la penso così e combatterò sempre per **cambiare questo stato di cose**, per una semplice ragione: è ingiusto e penalizzante per un professionista della salute pressato da continue e pesanti responsabilità, che deve pagare assicurazioni non detraibili dal reddito, sperando di non incappare in contenziosi che lo trasformerebbero in un indesiderabile con relativo aumento dei premi assicurativi. La gente, gli utenti, devono saperlo.

Il
commento

24

E che **non ci parlino sempre di risparmi** che, con quanto spende il Governo per il SSN, siamo tornati indietro subito a 112 miliardi di euro e rotti dagli evocati 113 per il 2017 con la Francia che ne spende 130 e la Germania 145 nello stesso anno. **Per favore un po' di dignità.**

Tutto questo pur nelle divisioni fra regioni, i nuovi farmaci, i nuovi LEA, ma anche i salvataggi delle varie banche e le tangenti per il Mose proprio a Venezia in cui i miliardi di euro vanno via come fossero bruscolini e resta, sullo sfondo, chi paga per tutti, cioè quelli che pagano le tasse, in primis tutti i lavoratori dipendenti e i pensionati. Quelli, come sempre, sono soldi sicuri.

Un ricordo e un saluto a Federspecializzandi che ha combattuto tra le altre cose con l'Associazione Specializzandi dell'Università di Modena (ASMO), per **il diritto alla maternità delle colleghe in formazione specialistica** e ha consentito di ripristinare tramite l'ENPAM la tutela economica in tutto il territorio nazionale durante la gravidanza. In alternativa, secondo un'interpretazione della normativa di turno, le nostre colleghe se

volevano dei figli restavano senza stipendio durante tutto il periodo della gravidanza mesi pre e post compresi. Strano ma vero. Bravissimi.

Un saluto da qui anche alla Corte Costituzionale che nel giugno 2015 ha dichiarato illegittimo il blocco dei contratti della Pubblica Amministrazione decretato dal Governo sempre a fini di risparmio. Segnalo solo che fra un po' saranno passati 2 anni da questa sentenza, e adesso mi ricordo che il contratto della dipendenza medica e veterinaria valeva fino alla fine del 2009. Siamo nel 2017.

Concordo peraltro con i sindacati dei camici bianchi che sul decreto approvato Testo Unico del pubblico impiego del 23.02.2017 erano perplessi a dire poco su passaggi come: "a decorrere dal 1 gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016".

Un **testo criptico**, che comunque non promette niente di buono per i medici.

A cura della Commissione Pari Opportunità
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Venezia

Luglio 2017

VADEMECUM

VIOLENZA DOMESTICA E DI GENERE VIOLENZA CONTRO I MINORI

PRESENTAZIONE

Nel Convegno *Medicina tra Umanesimo e Tecnologia*, organizzato con il Dipartimento di Filosofia dell'Università Ca' Foscari di Venezia, svoltosi il 17 giugno 2017, i filosofi intervenuti hanno insistito molto sul **richiamare i medici alla loro funzione sociale**, cui, secondo loro, rinunciamo troppo spesso. In vero fino agli anni '70 il medico, il prete, il farmacista erano il **punto di riferimento della comunità**. Poi questo ruolo si è offuscato.

Con questo vademecum, come CPO (Commissione Pari Opportunità), ci pare di **poter dare un contributo** alla riappropriazione del ruolo sociale del medico.

L'ISTAT ci dice che una donna su tre nella sua vita ha subito almeno un episodio di violenza, che i partner sono gli autori più frequenti della violenza stessa, che i femminicidi sono troppo spesso preceduti da **ripetuti accessi di quelle donne al Pronto Soccorso** (Dors, TO, 2013). La professoressa Facchin, Responsabile del Centro Regionale di Riferimento per la Diagnostica del Bambino Maltrattato di Padova, nel suo intervento al convegno dell'Ordine sulla Violenza domestica e di Genere dell'ottobre scorso, ci diceva che scuotere violentemente un neonato per farlo smettere di piangere, **provoca danni cerebrali permanenti** che se non esitano nel decesso, danno ritardi gravi dello sviluppo e dell'apprendimento. E non è da meno la violenza assistita: anche se fatta alla madre, ma con presenti i figli, mina lo sviluppo armonioso del minore.

Quindi per il medico e l'odontoiatra, che inevitabilmente hanno tra i loro pazienti e assistiti sia le vittime che gli attori della violenza domestica e di genere, **il contrastarla è un obbligo**: prima di tutto deontologico, ma lo è anche da un punto di vista giuridico e penale.

L'omessa denuncia di un reato procedibile d'ufficio da parte nostra, come pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, è infatti perseguibile penalmente.

Questo Vademecum vuole **cercare di chiarire in modo agile quando e come va fatta una denuncia** o una segnalazione o un referto, dando uno schema che potrà servirci come falsa-riga per **non omettere o dimenticare dati importanti** per i nostri assistiti ai fini dell'eventuale dibattimento in tribunale.

Spesso discutiamo sulla sofferenza del medico schiacciato da molteplici e pesanti incombenze burocratiche, privato del suo ruolo culturale e sociale. Come CPO, pensiamo che aiutarci e sostenerci reciprocamente nel compito di prevenire e contrastare la violenza nelle relazioni familiari e di coppia, **possa ridare al medico il giusto prestigio**, rendendolo garante della dignità delle persone e promotore del rispetto dei diritti dei/le minori.

Alessandra Cecchetto, Coordinatrice CPO

ALL'ATTENZIONE DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Cos'è la violenza domestica?

Il termine "violenza domestica" si riferisce a **ogni comportamento all'interno delle relazioni di fiducia intrafamiliari che causi danno fisico, psicologico o sessuale**. Questi comportamenti includono:

- atti di aggressione fisica;
- abusi psicologici (intimidazioni, umiliazioni e continue svalorizzazioni);
- rapporti sessuali imposti o altre forme di coercizione sessuale;
- comportamenti variabili di controllo (isolare la persona dai suoi familiari e amici, controllarne i movimenti, limitarne l'accesso a informazioni utili o all'assistenza);
- limitazioni all'accesso alle risorse economiche della famiglia.

Quando, nella relazione, la violenza si ripete in modo sistematico e nel tempo si parla di maltrattamento, che è caratterizzato dalla disparità di potere e controllo (OMS, 2002).

Cos'è la "violenza assistita"?

Con questo termine si intende **l'esperienza del bambino** di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza verbale, psicologica, sessuale ed economica **su figure di riferimento** o su altre figure affettivamente significative, adulte o minori. Il bambino può farne esperienza direttamente, quando essa avviene nel suo campo percettivo, o indirettamente, quando il minore è a conoscenza della violenza e/o ne percepisce gli effetti (CISMAI, 2005).

Perché la violenza assistita mi riguarda?

Essere testimoni di violenza di qualsiasi tipo, anche quando i bambini non vengano "toccati", incide sulla loro salute globale. Il pediatra, in contatto con le famiglie sin dalla nascita del bambino, **può essere un interlocutore** a cui riferire, anche in maniera "criptata", elementi indicativi di violenza domestica.

Che effetti può avere la violenza assistita sul minore?

La violenza assistita è una forma di maltrattamento che può avere effetti a breve, medio e lungo termine, **influenzando negativamente la crescita** ed il successivo adattamento in età adulta dei bambini che l'hanno subita o che ne sono stati testimoni. Può rappresentare inoltre uno dei fattori di rischio per la trasmissione intergenerazionale della violenza.

La quasi totalità degli indicatori presenti nei bambini testimoni di violenza sono aspecifici, cioè non immediatamente riconducibili alla situazione di maltrattamento di cui sono vittime. I segnali di malessere e disagio psicologico del bambino vittima di violenza assistita appartengono a tutte le aree di funzionamento dell'individuo:

- comportamentali: aggressività, irrequietezza, immaturità, svogliatezza a scuola, comportamenti regressivi;
- sociali: delinquenza, isolamento, rifiuto dei pari, incapacità di empatizzare, scarse competenze sociali;
- emotivi: ansia, depressione, senso di impotenza, bassa autostima, rabbia;
- fisici: disturbi del sonno, dell'alimentazione (rifiuto del cibo, sovrappeso), scarse competenze motorie, dolori addominali ricorrenti, altri sintomi dolorosi persistenti;
- cognitivi: ritardo nel linguaggio, scarso rendimento scolastico, fobie scolari, deficit dell'attenzione.

Possono essere presenti **comportamenti sessualizzati non adeguati all'età**, qualora il bambino abbia assistito a violenze con una forte connotazione sessuale.

Dobbiamo quindi sempre essere aperti alla possibilità che un nostro assistito viva l'esperienza della violenza in casa, in particolare quando si presentano questi segnali in maniera ricorrente.

NUMERI UTILI

Maresciallo Paolo MATTIOLI

Referente per i crimini domestici

Compagnia dei Carabinieri, via Miranese 17, Mestre

Cell. 334.1081953 - Tel. 041.2391000

Dr. Antonello ZARA

Primo Dirigente della Polizia di Stato

E-mail: antonello.zara@poliziadistato.it

Cell. 334.6908048

Attualmente svolge le funzioni di dirigente della Divisione Polizia Anticrimine occupandosi principalmente delle seguenti materie:

- analisi fenomeni delinquenziali riguardanti minori sia come autori che come vittime e analisi di qualsiasi forma di violenza di genere al fine di adottare strategie di intervento mirate;
- analisi dei fenomeni legati alla criminalità comune ed organizzata;
- applicazione misure di prevenzione personali e patrimoniali;
- adozione delle misure atipiche di prevenzione come l'Ammonimento del Questore per reati di Stalking e maltrattamenti in famiglia.

Commissario Dott. Gianfranco ZARANTONELLO

Responsabile Nucleo Polizia Giudiziaria Servizio Sicurezza Urbana della Polizia Locale di Venezia

Venezia S. Croce 250

Cell. 345.0192454 - Tel. 041.2744648 - Fax 041.2744614

Centro Antiviolenza del COMUNE DI VENEZIA

Viale Garibaldi 155 A, Mestre

Resp. Patrizia Marcuzzo

Tel. 041.5349215 (Lun. - Ven. 9-15)

E-mail: centro.antiviolenza@comune.venezia.it

Centro Antiviolenza ESTIA

Cell. 342.9757092

Cooperativa Sociale ISIDE ONLUS

www.isidecoop.com

Via Bissagola 14, 30172 Mestre

Cell. 335.1742149 - Tel 041.8503793

E-mail: info@isidecoop.com

Centro antiviolenza e antistalking "La Magnolia" SAN DONÀ DI PIAVE

Via Ca' Boldù 120, S. Donà di Piave

Resp. Bellio Roberto

Tel. 0421.596104

segreteria@fondazioneferriolibo.it

Centro di ascolto per la Violenza di Genere "Città Gentili" PORTOGRUARO

Via Leopardi 19, Portogruaro, c/o Cooperativa Arco

Tel. 0421.72819

Resp. Alessandra Fava

Cell. 331.1310636

info@larco.org

PROCEDIBILITÀ D'UFFICIO

Tutto il personale sanitario, cioè **Medici Chirurghi, Odontoiatri, Veterinari, Farmacisti, Infermieri, Ostetriche, Tecnici di Radiologia, Assistenti Sociali, Psicologi** ha **l'obbligo giuridico, oltre che etico, di segnalare all'Autorità Giudiziaria i reati procedibili d'ufficio**. La **SEGNALAZIONE SCRITTA** viene inoltrata all'Autorità Giudiziaria, intesa quale Procura della Repubblica, o alle Forze di Polizia Giudiziaria, intese come Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, Polizia Locale.

LESIONI PERSONALI **PROCEDIBILI D'UFFICIO** sono:

- le lesioni personali **dolose (cioè intenzionali) lievi**, che hanno una prognosi superiore ai 20 giorni e inferiore ai 40;
- le lesioni personali **dolose gravi**, che hanno una prognosi superiore ai 40 giorni o da cui derivi una malattia certamente o probabilmente insanabile o che producano la perdita di un senso o di un organo o della capacità di procreare o lo sfregio permanente del viso;
- sono inoltre procedibili d'ufficio, a prescindere dalla gravità, le lesioni personali conseguenti ad un altro delitto procedibile d'ufficio, ad esempio una rissa, un abbandono di minore o di incapace, maltrattamenti in famiglia, abuso di mezzi di correzione, omissione di soccorso, interruzione di gravidanza illegale.

LESIONI PERSONALI **PROCEDIBILI A QUERELA DELLA PERSONA OFFESA**: sono le lesioni personali di tipo lievissimo, cioè con prognosi inferiore o uguale a 20 giorni. Per queste **non c'è dunque l'obbligo di segnalazione** all'Autorità Giudiziaria, tranne nei casi in cui ricorrano le circostanze aggravanti di tipo biologico o di mezzo di produzione (esempio: ferita con prognosi inferiore a 20 giorni, ma prodotta con un'arma da taglio, o uso di mezzi venefici, o se da essa derivi come conseguenza l'indebolimento permanente di un organo di senso).

VIOLENZA SESSUALE: il personale sanitario di norma non ha l'obbligo di segnalare all'Autorità Giudiziaria i casi di violenza sessuale, tranne se commessa con l'uso di armi, sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti; se perpetrata nei confronti di minore di anni 14 o minore di anni 16 se da parte di ascendente, genitore anche adottivo, o tutore; se la vittima è sottoposta a limitazione della libertà personale; se la violenza è stata commessa da un Pubblico Ufficiale o da un Incaricato di Pubblico Servizio nell'esercizio delle proprie funzioni; se la violenza sessuale è commessa con altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio.

ALTRI REATI PROCEDIBILI D'UFFICIO CHE OBBLIGANO IL PERSONALE SANITARIO ALLA DENUNCIA:

- minaccia (se qualcuno viene minacciato in modo grave), art. 612 C.P.
- stalking (atti persecutori), art 612 bis.
- procurata incapacità psichica, art 613.
- circonvensione d'incapace, art 643.
- interruzione illegale di gravidanza (ogni cessazione violenta e illecita della gestazione che abbia come conseguenza l'aborto o il parto prematuro).

MODALITÀ DI SEGNALAZIONE:

Il personale sanitario informa l'Autorità Giudiziaria di fatti costituenti reato procedibile d'ufficio mediante **ATTO SCRITTO** distinto in denuncia e referto.

Denuncia: è d'obbligo per il sanitario con veste di Pubblico Ufficiale o di Incaricato di Pubblico Servizio (dipendente o convenzionato con il SSN o altri Enti Pubblici). La denuncia deve essere trasmessa senza ritardo (**subito!**).

Referto: è d'obbligo per il sanitario con veste giuridica di Esercente Servizio di Pubblica Necessità (libero professionista). Il referto deve essere trasmesso entro 48 ore.

FAC-SIMILE DENUNCIA/REFERTO

INTESTAZIONE IDENTIFICATIVA DEL SANITARIO

LUOGO, DATA

OGGETTO:

SEGNALAZIONE RELATIVA AL SIG. NATO A.... RESIDENTE A.....

Alla cortese attenzione del
MAGISTRATO DI TURNO
c/o Procura della Repubblica
Tribunale di Venezia
fax. 041/9653354

IL SOTTOSCRITTO (PROFESSIONISTA SANITARIO):

IN QUALITÀ DI/IN VESTE DI:

IN DATA:

IN LOCALITÀ:

HO VISITATO IL SIG.:

I DATI ANAMNESTICI/DOCUMENTALI/OBIETTIVI:

ORIENTANO PER UN VEROSIMILE QUADRO DI:

STANTE QUANTO DESCRITTO SI RITIENE OPPORTUNO INFORMARE LA S. V. ILL.MA

PER LE OPPORTUNE INDAGINI DEL CASO

CON OSSEQUIO

FIRMA
DEL/DEI PROFESSIONISTI SANITARI

VIOLENZA DOMESTICA E DI GENERE. VIOLENZA CONTRO I MINORI.

INDICATORI DI UNA POSSIBILE SITUAZIONE DI VIOLENZA

- Accessi ripetuti al Pronto Soccorso;
- Continue richieste di farmaci antidolorifici o tranquillanti minori;
- Richieste di valutazioni ripetute per malesseri vaghi;
- Perdite di peso non altrimenti spiegabili;
- Uso saltuario di alcol/sostanze, disturbo da uso di alcol/sostanze;
- Tentati suicidi.

LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO IN P.S. DA PARTE DEI MEDICI DEL TERRITORIO DA TRASMETTERE VIA MAIL

È opportuno che il/la paziente sospettato/a di essere vittima di violenza e inviato al Pronto Soccorso sia accompagnato/a da una lettera via mail da parte del medico che lo/a ha visitato/a. Per questa missiva **non è necessario il consenso**, dato che si tratta di trasmissione di segreto professionale ad altro collega, che è tenuto al medesimo segreto. È estremamente importante l'interazione tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti e Pronto Soccorso, oltre che con le assistenti sociali del Comune e i Centri Antiviolenza, **per fare rete** in situazioni di tale complessità e delicatezza.

Ecco **una traccia degli elementi che è opportuno segnalare** per essere d'aiuto al collega di Pronto Soccorso e alla persona che ha subito violenza:

- circostanze in cui la persona si è presentata in ambulatorio;
- come e cosa è emerso dal racconto che ci ha fatto;
- se era da sola o accompagnata;
- se accompagnata da chi (raccogliere, se consentito, il numero di telefono della persona che la accompagna);
- che atteggiamento è parso avessero (terrore, prostrazione...);
- eventuali impressioni dell'infermiera in sala d'attesa;
- abbigliamento (raccomandare di non cambiarsi i vestiti, di non lavarsi, di non truccarsi, prima di arrivare al Pronto Soccorso);
- proporre eventualmente alla persona maggiorenne di essere accompagnata dalle Forze dell'Ordine al Pronto Soccorso. Se minorenni o convocare i genitori (sempre che non siano i sospetti autori della violenza) o le Forze dell'Ordine per accompagnare il minore al Pronto Soccorso.

ALL'ATTENZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Perché la violenza domestica mi riguarda?

“Il medico di medicina generale è il **primo punto di contatto** con il sistema sanitario, fornisce un accesso aperto e senza limitazioni ai suoi utilizzatori, tratta tutti i problemi di salute senza tener conto di età, sesso...” (Wonca Europe 2002).

I medici di medicina generale potrebbero quindi svolgere un ruolo centrale nella rilevazione e nell'invio sul territorio di situazioni di violenza domestica. Molto spesso le donne che subiscono violenza chiedono aiuto indirettamente. Sono frequentatrici assidue del vostro ambulatorio, presentano **sintomi vari**: ansie, insonnia, cefalee, sindromi dolorose croniche di varia localizzazione, richieste di prescrizione di farmaci (in particolare analgesici e psicofarmaci). Sono spesso le pazienti più difficili e lamentose. Cogliere la causa del loro malessere può essere di aiuto per loro e può ridurre visite, consulenze e interventi inutili e frustranti per voi.

Oltre alla violenza che lascia evidenti segni, esistono anche comportamenti di abuso senza violenza fisica con effetti devastanti per la partner e i bambini. Possono avere comportamenti violenti pazienti che seguite con simpatia da anni e possono essere vittime affermate libere professioniste, perché la violenza domestica è **trasversale a tutte le categorie** di età, religione, etnia, livello socio-economico e culturale.

La maggior parte delle violenze domestiche è commessa da uomini verso donne, ma può anche avvenire tra partners dello stesso sesso, tra genitori e figli, sugli anziani, sui disabili o anche essere agita da donne su uomini.

Come rilevare la violenza domestica?

Siate sempre aperti alla possibilità che un/a paziente viva in una condizione di violenza domestica. La maggior parte delle vittime è disponibile a parlare e raccontare **se percepisce una vostra disponibilità** all'ascolto o capisce dalle vostre parole che considerate la violenza domestica come un problema che vi riguarda.

Le donne possono riferire di avere problemi coniugali o un periodo di forte stress. Il 30% delle violenze domestiche inizia durante la gravidanza ed è più frequente del diabete gestazionale e della pre-eclampsia. La maggior parte degli uomini autori di violenze domestiche che chiede aiuto al suo medico di famiglia dice di aver problemi di stress, rabbia, depressione, alcol, di difficoltà con i figli oppure lamenta non meglio specificati problemi di salute propri o della compagna.

Non dimenticare mai di osservare se siano presenti segni di venopuntura sulle braccia, sul collo, in entrambe le regioni inguinali, colo nasale frequente, ingrossamento parotideo, epatomegalia; attenzione agli indici indiretti di disturbo da uso di alcol quali MCV più elevato che nella norma, transaminasi e GGT elevate; in caso di sospetto di uso patologico di alcol è possibile prescrivere CDT (Carbohydrose-Deficient Transferrin), ETG urinaria (Etilglucuronide u.).

Raramente un maltrattante ammette di commettere abusi senza un approccio garbato, ma diretto al problema. Potrebbe rivolgersi a voi **in un momento di cambiamento critico** della sua vita, quando una relazione sta finendo, la compagna è in gravidanza, a seguito di un episodio grave o del coinvolgimento della polizia.

Come porre domande sulla violenza domestica?

Semplici domande del tipo: “Come va a casa? Come sta andando la relazione? Come sta facendo fronte alla tensione o a momenti difficili?” potrebbero facilitare l'apertura sul tema, rendendo possibili altre domande di approfondimento.

Per quanto riguarda **le donne**:

- Il modo in cui la tratta il suo partner la fa sentire infelice o depressa?
- Quando vedo lesioni di questo genere mi domando se qualcuno può averle fatto del male...
- Ha mai avuto paura del suo partner?
- È preoccupata per la sua sicurezza e per quella dei bambini?

Per quanto riguarda **gli uomini**:

- Come si sente quando avete delle discussioni?
- La sua partner come descriverebbe i suoi atteggiamenti?
- È mai capitato di avere spinto, stratonato, dato botte o schiaffi o usato altri tipi di violenza?
- Ha mai gettato e/o sfasciato oggetti, gridato forte, offeso e svalorizzato la sua partner?
- Ci sono delle cose che fa di cui si vergogna?

Ricordatevi che sia gli uomini sia le donne **tendono a minimizzare la violenza** perché si vergognano.

Lavorare con la violenza domestica quando entrambi i coniugi sono vostri pazienti

I bisogni della vittima e di chi agisce violenza dovrebbero essere trattati separatamente. Se la donna racconta una violenza, bisogna parlare con lei **senza la presenza del partner**: rassicurate la donna che la sua salute e sicurezza sono molto importanti e che la sua riservatezza sarà protetta. Datele il riferimento di un Centro Antiviolenza e discutete con lei di un piano di sicurezza che includa:

- Dove andare se si sente in pericolo
- Preparare documenti e soldi
- Avere alcune persone informate sulla sua situazione
- Ricordarle che può sempre chiamare il 113

Se una donna chiede al medico di contattare il partner **può essere utile parlare con lui per motivarlo a farsi aiutare**, tenendo conto che potrebbe esserci una reazione negativa e che quindi la donna sia preparata. È fondamentale avere la documentazione di quanto emerge e la descrizione di eventuali lesioni insieme a protocolli di lavoro che garantiscono la riservatezza e la privacy dei/le pazienti.

Cosa fare dopo la rilevazione?

Per l'uomo:

- Prendete atto che le sue rivelazioni sono un importante passo per la scoperta e la soluzione all'abuso familiare.
- Supportate ogni **manifestazione di responsabilità**: il suo comportamento è una scelta e lui può scegliere di smettere.
- Siate rispettosi ed empatici, **ma non complici!** La violenza domestica è inaccettabile e spesso contro la legge.

Per la donna:

- Ascoltatele: l'ascolto può essere un'esperienza di grande importanza per chi subisce violenza.
- Credetele: "Deve essere stato molto difficile per lei, ha avuto paura?". Datele fiducia rispetto alla scelta di parlarne: "Deve essere stato difficile decidere di parlarci di questo".
- Chiarite la vostra posizione: "La violenza è inaccettabile. Non merita di essere trattata così".
- Non insinuate l'idea che la donna **sia corresponsabile** della situazione. Evitate frasi come: "Perché non lo lascia? Cosa ci fa con una persona come questa? Se l'ha picchiata ci sarà un motivo..."



VIOLENZA SUI MINORI: COME RILEVARLA E COME PREVENIRLA

CONVEGNO



SABATO 7 OTTOBRE 2017
ISTITUTO BERNA
VIA BISSUOLA - MESTRE

ORGANIZZATO DA



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

IN COLLABORAZIONE CON



PROCURA della REPUBBLICA
presso il Tribunale Ordinario di Venezia



Federazione Nazionale
Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA

REGIONE DEL VENETO



ULSS4
VENETO ORIENTALE



INFO A BREVE SU WWW.ORDINEMEDICIVENEZIA.IT

SALUTE SU MISURA: CONOSCERE DI PIÙ PER CURARE MEGLIO

• Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

Collaborazioni

34

La medicina di genere in realtà non esiste. Questa la provocazione lanciata dalla professoressa Giovannella Baggio, docente all'Università di Padova, in apertura del convegno *Dalla medicina di genere alla medicina per il genere: la salute su misura*, che si è svolto sabato 25 marzo nell'Auditorium del Centro Culturale Leonardo da Vinci di San Donà di Piave.

Una mattinata di studi organizzata dalla sezione locale del **Soroptmist Club**, in collaborazione con l'**OMCeO veneziano** – in particolare con il lavoro del segretario **Luca Barbacane** e di **Alessandra Cecchetto**, presidente della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine – e il patrocinio della FNOMCeO, dell'Ulss 4 Veneto Orientale, e dei Comuni di San Donà e di Portogruaro.

Una provocazione argomentata per chiarire come medicina di genere **non sia solo salute della donna**, ma sia in realtà **un approccio** che il medico deve avere per curare meglio i propri pazienti.

«Questo convegno – ha spiegato subito **Maria Pia Bonsi**, presidente del Soroptimist Club di San Donà e Portogruaro – ha l'obiettivo di **sensibilizzare e far conoscere gli stereotipi e i pregiudizi di genere** per combatterli in modo consapevole e arrivare a una vera salute su misura».

Presenti in sala anche **Annamaria Bernardi**, ex direttrice della Società di Nefrologia e Nutrizione Clinica di Rovigo, che per Soroptimist ha organizzato il convegno, **Maria Grazia Carraro**, direttore sanitario dell'Ulss 4 Veneto Orientale, **Andrea Cereser**, sindaco di San Donà di Piave, **Ketty Fogliani**, vicesindaco e assessore alle Pari Opportunità del Comune di Portogruaro, e **Cristina Greggio**, presidente del Comitato Nazionale Consulte e Pari Opportunità del Soroptimist International.

Nel suo saluto, **Giovanni Leoni**, presidente dell'Ordine lagunare, ha parlato, delle **problematiche professionali della donna medico**, dando qualche dato sulla presenza femminile tra corsie ospedaliere e ambulatori (il tema è trattato in questo Notiziario alle pagg. 23 e 24).

È però la *lectio magistralis* di **Giovannella Baggio**, ordinaria di Medicina di Genere all'Università di Padova, a **definire il contesto** in cui si muove la materia. «La medicina – ha chiarito subito – deve essere declinata in base alle differenze di genere. Spesso, però, si fa confusione. Oggi con voi attraverserò tre ponti. Il primo è questo: **medicina di genere non è solo salute della donna, è un continuo paragone tra salute dell'uomo e della donna**».

In sostanza, insomma, non è una nuova specialità, ma un approccio alle differenze, una **nuova dimensione trasversale** che studia le influenze del sesso e del genere sulla fisiologia. Primo esempio, la **maggiore longevità della donna** rispetto all'uomo, un divario di circa 5 anni che si annulla però in termini di vita sana: sono solo 20 a disposizione per entrambi i generi. «Per la donna, insomma – ha sottolineato – sono anni di **vita ammalata**, di vita disabile». Scatta così il paradosso, la provocazione: la **medicina di genere in realtà non esiste**. Tanti



Da sinistra: Maurizio Scassola, Giovannella Baggio, Giovanni Leoni e Maria Rosa Pelizzo

gli esempi snocciolati dalla professoressa. Tra queste: le malattie cardiovascolari, studiate soprattutto per l'uomo senza tener conto, però, che l'infarto è la prima causa di morte per le donne; o ancora l'osteoporosi, patologia molto studiata nella donna, ma la cui mortalità è più elevata nell'uomo; o, infine, il tumore al polmone, aumentato del 600% nella donna negli ultimi 80 anni, mentre per gli uomini è in netto calo, e la depressione, studiata nella donna, anche se in realtà ci sono più suicidi maschili.

«Potete capire allora – ha proseguito la dottoressa Baggio – perché la medicina di genere non esista: dobbiamo parlare di **medicina genere-specifica**. Attraversiamo questo ponte, altrimenti creiamo una nicchia, una strada parallela che non invade tutto il nostro modo di lavorare».

Ultimo tassello: la medicina genere-specifica **non deve essere ridotta a medicina sesso-specifica**. «Essere medico – ha aggiunto – con questo nuovo approccio significa integrare le proprie competenze scientifiche, declinate per genere, con l'essere unico e irripetibile che si ha davanti. La medicina di genere deve convivere con **l'approccio di genere alla salute**, che chiama in causa tutti i temi: le politiche socio-sanitarie, gli investimenti economici, la prevenzione, l'alleanza terapeutica».

Tracciato il quadro di riferimento, la mattinata è stata poi dedicata ad alcune declinazioni cliniche della medicina di genere:

- **Roberta Ravenni**, dirigente medico SOC Neurologia dell'Ulss 5 Polesana, ha spiegato **le differenze del sistema nervoso** tra uomo e donna;
- **Daniela Fratti**, già professore aggregato di Medicina Interna all'Università di Ferrara, ha parlato, invece, dei **rischi cardiaci che possono**

sono correre le donne in gravidanza con un particolare riferimento alle ragazze straniere che arrivano in Italia;

- ad **Annamaria Bernardi** è spettato il compito di parlare delle differenze di genere **negli aspetti endocrino-metabolici**;
- un **focus su donna e tiroide** è stato illustrato, poi, da **Maria Rosa Pelizzo**, già direttrice della Clinica Chirurgica dell'Università di Padova;
- spazio anche a **Adriana Gottardo e Simone Fabris**, medici di famiglia dell'Ulss 4 Veneto Orientale, per capire **l'approccio** che il medico di medicina generale può avere nei confronti della medicina di genere.

Prima di chiudere i lavori, la parola è andata, infine, ad **Alessandra Cecchetto**, ginecologa e presidente della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine di Venezia, con il compito di illustrare il **difficile cammino delle donne nella professione medica**, spesso senza arrivare a ricoprire posizioni di comando, pur essendo più numerose degli uomini.

Conclusioni dei lavori affidate a **Carla Zanfrà**, vicepresidente Soroptimist Internacional, e a **Maurizio Scassola**, vicepresidente della FNOMCeO. «Noi oggi – ha detto Scassola – abbiamo ragionato di differenze di genere. Un valore aggiunto della presenza della donna è la **capacità di narrare** che è un **punto nodale**, di intrecci, di reti, di solidarietà, che porta notizie fondamentali sulla storia del paziente. Da qui si dipana tutta la differenza di genere: nella **capacità di ascolto e di differenziare** le narrazioni che apprendiamo per poi porle in **termini di strategia**. È ciò che oggi, da qui, ci portiamo a casa».

Collaborazioni

35



Alessandra Cecchetto



Da sinistra:
Maria Pia Bonsi e Annamaria Bernardi

NELLA NEBBIA DELLE DAT: ECCO COME ORIENTARSI

• Chiara Semenzato, collaboratrice giornalistica OMCeO Provincia di Venezia

Documenti non vincolanti, ma di cui il medico deve tenere conto: questo, per ora, sono le DAT, dichiarazioni anticipate di trattamento, sottoscritte nelle forme più varie, spesso anche abbastanza fantasiose, **in attesa della legge che regoli la materia**, sottoposta all'esame del Parlamento.

Ed è proprio l'attuale vuoto normativo a scatenare **un'enorme confusione**, sia nei medici, che non hanno linee guida precise su cui muoversi, sia nelle amministrazioni pubbliche, che si arrangiano come possono, sia, infine, nei cittadini, che vogliono manifestare le proprie volontà senza però avere un quadro e un contesto preciso. Senza, ad esempio, sapere esattamente cosa sia o non sia accanimento terapeutico o in quali situazioni le DAT abbiano un valore.

È questo il quadro emerso mercoledì 22 febbraio dal convegno *Le dichiarazioni anticipate di trattamento: una questione aperta*, orga-

nizzato dall'OMCeO veneziano e dalla Fondazione Ars Medica, con la segreteria scientifica di **Federico Munarin** e di **Giovanna Zanini**, membri della Fondazione ma anche, il primo, direttore del Distretto Sociosanitario 2 dell'Ulss 3 Serenissima e la seconda presidente del Comitato Etico per la Pratica Clinica dell'Ulss 3 Serenissima.

Obiettivi dell'aggiornamento: **fare un po' di chiarezza**, anche culturale, almeno nell'ambito della professione e far capire che le DAT non sono una cosa che riguarda solo i singoli, ma **una rete di persone** che va dal paziente e dalla sua famiglia al medico di medicina generale, agli specialisti, ai medici palliativisti, agli infermieri.

A tracciare il quadro normativo di riferimento, tra la legge all'esame della politica e le regole dettate dal Codice di Deontologia Medica, è stato chiamato **Maurizio Scassola**, vicepre-

Formazione

36



sidente della FNOMCeO e medico di famiglia veneziano, che a questo tema ha dedicato negli ultimi tempi buona parte del proprio lavoro.

«Il disegno di legge sulle DAT – ha spiegato – è molto coerente con il percorso professionale del medico e della Federazione, è **un esempio virtuoso** di come il codice deontologico e le norme etiche che ci siamo dati, quelle della politica e delle nostre comunità possa-

no trovare una sintesi. Sono le buone pratiche di un paese democratico e solidale».

Le DAT, insomma, non sono una casualità, il disegno di legge è la sintesi perfetta di un percorso culturale, antropologico, comunitario che parte dalla professione medica e dai suoi principi, tra cui l'autonomia del paziente e quella del medico.

Altro concetto fondamentale inserito nella legge: **il medico deve tener conto delle DAT, che possono però essere disattese**, senza responsabilità penale o civile del professionista, nel momento in cui ci sia un farmaco che in una patologia cronica può migliorare la qualità della vita del paziente.

Tra gli articoli contenuti nel provvedimento anche quello, fondamentale, dedicato all'importanza del consenso informato. Una buona legge, insomma, almeno secondo la FNOMCeO. «Una buona legge – ha concluso il Scassola – se va nella direzione indicata dal codice deontologico e se rispetta l'autonomia del medico, come garante dell'autodeterminazione della persona assistita. Non autonomia intesa come voglia di fare ciò che si vuole, ma autonomia che serve al medico per lavorare in serenità».

L'autonomia sia del medico sia del paziente al centro anche dell'intervento di **Giovanna Zanini**, chiamata a illustrare i problemi che in questo ambito si trova ad affrontare quotidianamente nel suo ruolo di presidente del Comitato Etico per la Pratica Clinica e a rac-



Da sinistra: Maurizio Scassola, Federico Munarin, Cristin Potì e Giovanni Leoni

contare che tipo di documenti arrivino sul suo tavolo, la loro eventuale validità giuridica, gli strumenti con cui vengono prodotti.

«Le DAT – ha spiegato – sono uno strumento per recuperare **in situazioni di incapacità decisionale** il ruolo che viene svolto dal dialogo informato tra medico e paziente. Per il paziente cosciente c'è lo strumento del consenso informato, per quello non più in grado di intendere e volere si deve recuperare la relazione attraverso le DAT».

Questi i **criteri che devono governare le dichiarazioni** per avere valore bioetico:

- avere **valore pubblico**: essere cioè fornite di data, redatte in forma scritta da soggetti maggiorenni, capaci di intendere e volere, autonomi e non sottoposti ad alcuna pressione familiare, sociale, ambientale;
- non contenere disposizioni aventi **finalità eutanasiche** che contraddicano le regole di pratica e di deontologia medica: il professionista non può essere costretto a fare nulla che vada contro la sua scienza e coscienza;
- essere **compilate con l'assistenza di un medico** che può controfirmarle;
- essere tali da garantire la massima personalizzazione delle volontà del paziente e da chiarire **le situazioni cliniche** in cui devono essere prese in considerazione.

Nella totale confusione che regna in materia, però, quasi mai questi criteri vengono seguiti: più probabile ci si trovi davanti a moduli scaricati da internet, in cui si chiede, in modo ge-

nerico o anche piuttosto fantasioso, **“di non essere intubato e legato a una macchina”**. Ad aumentare il caos anche i registri istituiti dai Comuni, che accolgono qualsiasi tipo di documento prodotto con qualsiasi modalità. Una perplessità, infine, sulla legge allo studio del Parlamento. «Nel nuovo provvedimento – ha spiegato la dottoressa Zanini – **non c’è alcun riferimento all’obiezione di coscienza** del medico. Ma come dovrei agire io, medico, se avessi invece il dubbio che quella DAT non sia stata costruita sulla base di un’informazione clinica?».

Tracciato il quadro di riferimento, **Cristina Potì**, responsabile dell’unità operativa Sicurezza del Paziente dell’Ulss 3, ha fornito il punto di vista medico-legale, sottolineando innanzitutto che, in tema di DAT, non c’è alcuna differenza tra paziente terminale e paziente con altre infermità; specificando poi che oltre al consenso, c’è il dissenso, cioè che il paziente **può anche rifiutare la cura**, prima che essa abbia inizio, o rinunciarci durante il percorso; infine passando in rassegna gli articoli di legge che aiutano i medici ad orientarsi sul tema.

«Le caratteristiche – ha spiegato – a cui dobbiamo attenerci per considerare valida una dichiarazione di volontà sono 3: **la certezza della manifestazione, la consapevolezza e l’attendibilità**». Alla base di tutto, il rispetto totale della volontà del soggetto. «Le DAT – ha concluso – sono **rinnovabili, modificabili e revocabili** in ogni momento sempre che il soggetto sia in condizione di poterlo fare. Questa legge, seppur migliorabile, se-

condo me è una buona legge».

Nell’ultima parte della serata, infine, spazio alle cure palliative attraverso il **toccante racconto di un caso personale e professionale** del dottor Munarin e l’esperienza maturata da **Giovanni Poles**, responsabile della Rete Cure Palliative del distretto veneziano dell’Ulss 3 Serenissima.

«Le DAT – ha spiegato il dottor Poles – coinvolgono più soggetti e devono essere contestualizzate avendo ben chiari **i processi, le traiettorie delle malattie**. Non tutto può essere regolamentato e codificato».

Citando una disinformazione sempre più dilagante, ha poi chiarito i concetti di sedazione palliativa, di eutanasia, di accanimento terapeutico. «Noi medici – ha aggiunto – dobbiamo dare più risalto all’esperienza, che ci permette di **dare giudizi forti, solidi** sull’attività clinica e su come si gestiscono i pazienti. Il medico deve essere un soggetto propositivo. La riflessione culturale deve partire da aspetti etici, deontologici e giuridici».

Anche da parte sua **qualche perplessità sul disegno di legge** allo studio del Parlamento, soprattutto sulla questione nutrizione e idratazione – «un problema fittizio», dice – e sulla possibilità del medico di sollevare dubbi di carattere etico sulle DAT.

È come se, insomma, una **nebbia fitta ancora avvolgesse la questione**: dubbi, perplessità e confusione che, si spera, si diraderanno appena medici e strutture sanitarie avranno una legge chiara su cui modellare i loro operati.



Da sinistra:
Giovanna Zanini e Federico Munarin



Da sinistra:
Giovanni Poles e Federico Munarin



┌ Lutto

LA SANITÀ VENEZIANA PIANGE IL PROFESSOR BRUSCAGNIN

Un punto di riferimento per la sanità cittadina. Così, dalle colonne del quotidiano *Il Gazzettino*, il suo successore, il dottor Salvatore Gravili, ricorda **Giuliano Bruscaignin**, morto lo scorso 7 aprile a un passo dai 90 anni, che avrebbe compiuto di lì a una ventina di giorni.

«Ha contribuito – ha aggiunto poi – allo **straordinario sviluppo** della radioterapia, dell'oncologia medica e della medicina nucleare». Non solo, però, un **medico e un oncologo straordinario**: il professore aveva dalla sua **una grande empatia** e una capacità di attrazione che sempre ispiravano fiducia al paziente.

Al cordoglio della famiglia si sono uniti subito **il presidente Giovanni Leoni e l'intero consiglio direttivo** dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Venezia sottolineando anche il **ruolo indispensabile** svolto dal professore prima alla guida dell'istituzione veneziana, poi a quella della federazione veneta dei medici. Giuliano Bruscaignin è stato, infatti, presidente dell'OMCeO lagunare **per ben tre mandati, dal 1988 al 1996**: è stato proprio lui a decidere il trasferimento dell'Ordine da Rialto alla terraferma, nella più ampia e prestigiosa sede di via Mestrina. «Un esempio di professionalità, – ha detto di lui Giovanni Leoni – di impegno per la categoria medica, di **dedizione alla cura del paziente** oncologico».

Nella sua lunga e importante carriera, il professor Bruscaignin è stato primario con-

temporaneamente di ben tre reparti, caso più unico che raro, e primario emerito della divisione di Radioterapia dell'Ospedale Civile Santi Giovanni e Paolo di Venezia.

Instancabile e appassionato in ogni impresa che affrontava, il professore nella sua vita privata – scrive ancora *Il Gazzettino* – è stato un **grande amante del mare** e un ottimo velista, tanto da ricoprire per 8 anni, tra gli anni Settanta e Ottanta, l'incarico di presidente del diporto velico veneziano. E poi ancora: Procuratore di San Marco e presidente Avapo. Sarà difficile dimenticare la sua saggezza e la sua energia.

Lutto

39

OMCEO VENEZIA
È SEMPRE PIÙ SOCIAL!
CERCA LE NOSTRE
PAGINE SU:



YouTube™

MARCATORI: LA GIUSTA PRESCRIZIONE PROGETTO 35: RIABILITAZIONE INCLUSIVA

• Chiara Semenzato, giornalista OMCeO provincia di Venezia

Formazione

40

Fare **un uso adeguato dei marcatori tumorali**, esempio pratico di **inappropriatezza per eccesso** di alcuni esami diagnostici. Questo l'obiettivo del corso di aggiornamento che si è svolto mercoledì 17 maggio, nella sede mestrina dell'OMCeO veneziano, organizzato **dal ricercatore Massimo Gion**, responsabile del Centro e del Programma Biomarcatori Regione Veneto dell'Ulss 3 Serenissima.

Una serata molto clinica, atipica per la sua divisione in due parti: nella prima si è spiegato ai tanti medici di famiglia e agli ospedalieri presenti **quando è lecito o meno prescrivere questo tipo di esami**; nella seconda, spazio a **Michelangelo Beggio**, direttore sanitario di Fisiosport del Gruppo Terraglio, per illustrare il progetto riabilitativo 35 che **integra aspetti sanitari, sociali e sportivi**.

Ad aprire i lavori il presidente dell'OMCeO **Giovanni Leoni** che sottolinea come «quanto il dottor Gion e i suoi collaboratori hanno fatto e fanno sia un **esempio concreto** di come la legittimazione scientifica, raggiunta grazie ai contenuti, si possa inserire in un contesto di **rivitalizzazione del ruolo di Vene-**

zia nella ricerca».

In sala anche **Maurizio Scassola**, vicepresidente FNOMCeO, che definisce il relatore «un docente illuminato e molto capace. Tanto – aggiunge poi – che gli abbiamo chiesto di fare un corso FAD a livello nazionale sui marcatori tumorali. La questione è molto complessa: implica **acquisizione di competenze e di responsabilità**. Il marcatore non è la **risposta a tutti i nostri problemi**: servono **dialogo, molta umanità**, una grande capacità di capire che l'aspetto più importante è la relazione con le persone. Bisogna **partire dall'uomo**».

La relazione di Massimo Gion comincia allora da alcune definizioni: cosa sia **l'appropriatezza clinica o specifica**, che «deve avere – dice – un'efficacia provata, effetti sfavorevoli accettabili rispetto ai benefici e sia prescritta al paziente giusto nel momento giusto per la giusta durata», e quali ne siano i limiti per difetto o per eccesso, non fare esami raccomandati o fare più di quanto si dovrebbe.

«Su questo tema – aggiunge – le linee guida raccomandano **un numero limitato di marcatori in un numero limitato di scenari per un numero limitato di tumori**».

I dati su questi esami diagnostici, però, dicono che in Italia nel 2012 sono stato prescritti **13 milioni di marcatori** a fronte di 2 milioni 400mila neoplasie riscontrate. «È evidente, allora – spiega – che siamo davanti a un **uso eccessivo** di questi esami. Perché?».

Tante, in realtà, le ragioni: il forte timore del medico di **manca una diagnosi**, il bisogno di rassicurazioni da parte del paziente, l'approccio poco invasivo e a basso costo del tipo di esame, ma anche la cultura ormai diffusa



del “più fai meglio è”. L'eccesso, però, porta con sé due effetti collaterali: la **sovradia-gnosi**, trovare cioè una malattia che c'è ma non avrebbe mai trasformato la persona in un malato, e i **falsi positivi**, cioè valori positivi in persone che, però, non hanno la patologia cercata. Effetti collaterali che, a loro volta, producono ansia per il medico e il paziente, nuovi esami da fare, l'intasamento delle liste d'attesa, la **lievitazione dei costi per il sistema sanitario**, tanto tempo perso per tutti.

Non ci sono, in realtà, **indicatori efficaci** per misurare l'appropriatezza, bisogna creare un modello. «Le linee guida – dice ancora – non vengono seguite per molti motivi: sono, ad esempio, **troppo rigide**, è difficile adattare a pazienti diversi. Il contesto, poi, spesso varia. Spesso, infine, su di esse c'è **discordanza di pareri** e vengono percepite dal medico come un limite **alla propria autonomia**».

L'obiettivo della ricerca, allora, diventa **armonizzare il più possibile le linee guida**, cosa che hanno tentato di fare **Massimo Gion e il suo team di 75 ricercatori** attraverso il Manuale pubblicato dalla Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) nell'ottobre scorso e scaricabile dal sito dell'Agenzia. Tra le obiezioni sollevate in particolare dai medici di famiglia presenti in sala, la reale “paternità” di questa diffusa inappropriatelyzza: «Spesso – dicono – prescriviamo la PSA **perché ce la chiede l'urologo**, anche più volte all'anno. Le ricette le facciamo noi ma su indicazione degli specialisti». «Un'indicazione su cui lavoreremo in futuro» assicura Massimo Gion.

Progetto 3S: una riabilitazione inclusiva

La seconda parte della serata è stata, invece, dedicata alla presentazione del progetto 3S



Da sinistra: Giovanni Leoni, Massimo Gion e Maurizio Scassola



Michelangelo Beggio

che da tempo Fisiosport Terraglio, con il sostegno dell'azienda sanitaria lagunare, della Regione e del Comune, cerca di promuovere sul territorio. Un progetto di riabilitazione che **dopo un primo step sanitario, mira all'inclusione sociale del disabile**, perché non si senta tagliato fuori dal mondo che lo circonda.

«La riabilitazione – spiega il direttore sanitario **Michelangelo Beggio** – è anche **ricongiungere le persone e risvegliare la speranza**. La persona disabile perde il proprio ruolo sociale, di integrazione e di interazione con gli altri. Noi cerchiamo di restituirglielo attraverso le 3S: aspetto sanitario, sociale, sportivo». Si parte, allora, tenendo in considerazione da subito il contesto ambientale e personale in cui il malato si muove, costruendo **percorsi personalizzati**, coinvolgendo la persona in situazioni di vita, inserendola **in piacevoli attività sociali**.

«Riusciamo a farlo – continua – soprattutto grazie **al lavoro in team** di figure professionali **anche non sanitarie specializzate**: lavorano insieme medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, istruttori sportivi, psicomotricisti, chinesologi, educatori. **Bebe Vio è il nostro migliore esempio**: arrivata come paziente, ora è la nostra guida».

Una buona alternativa, insomma, per una riabilitazione a 360 gradi, che metta al centro il **recupero della persona nella sua interezza** e che, cosa da sottolineare, viene fatta sul territorio e non tra le corsie di un ospedale.

Formazione

41

BACCI: «SE NON GUARDI, NON VEDI. COLLEGHI FATEVI VENIRE UN DUBBIO»

• Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

La bocca non è solo il biglietto da visita di una persona, l'organo che esprime sentimenti, piaceri ed emozioni. Può essere anche lo specchio di ciò che accade all'interno del corpo, una spia, **un campanello d'allarme di malattie sistemiche** che trovano le loro prime manifestazioni proprio nel cavo orale. Per approdare, però, a una diagnosi precoce, bisogna **saperle riconoscere, saper guardare in bocca.**

Di questo si è parlato mercoledì 10 maggio nell'incontro di formazione *Ciò che la bocca può rivelare* organizzato nella sede mestrina dell'OMCeO dalla Commissione Albo Odontoiatri veneziana in collaborazione con la Fondazione Ars Medica e la sezione locale del Cenacolo Odontostomatologico Italiano (COI).

Tutto esaurito nella sala intitolata a Caterina Boscolo che si è riempita, con tanto di persone in piedi, di dentisti e medici in particolare di famiglia, perché sono proprio queste due le categorie che, guardando in bocca, devono

farsi **venire almeno un dubbio.** «Noi odontoiatri – spiega il presidente del COI **Angelo Coin** – e medici di base insieme possiamo fare uno screening di massa dei pazienti. È necessario che **sempre di più ci interfacciamo l'uno con l'altro**, che, se c'è un dubbio, si prenda in mano il telefono e si chiami il collega, confrontandosi con lui. Stasera parleremo di manifestazioni orali che, forse, per il medico di base possono essere problematiche». Saluti di rito per il presidente OMCeO **Giovanni Leoni** e il capo della CAO lagunare **Giuliano Nicolin** che poi lasciano la parola ai moderatori, **Paolo Bellemo**, segretario culturale del Cenacolo e **Gabriele Crivellenti**, tesoriere dell'Ordine, ma soprattutto a **Christian Bacci**, docente di Clinica odontoiatrica e odontostomatologica e di Medicina e patologia orale all'Università di Padova, relatore della serata.

«Il mondo delle manifestazioni orali in corso

Odontoiatria

42



di patologie sistemiche – spiega subito – è **un mondo inesplorato e apre orizzonti nuovi**». Un mondo, se si vuole, ancora poco definito: non esiste, infatti, in Italia **una scuola di specializzazione in patologia orale**. A guardare in bocca sono spesso il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e l'odontoiatra. Ma poi, per alcune patologie specifiche, anche ad esempio il dermatologo o il patologo orale.

Il dottor Bacci, **in un dialogo continuo** con i presenti in sala, passa in rassegna non solo le manifestazioni orali delle patologie più diffuse, ma anche – attraverso casi clinici specifici – quelle meno conosciute, più difficili da diagnosticare. Come il 19enne tossicodipendente, sofferente del morbo di Still, che prende da anni tutti i giorni antibiotici e cortisone.

«A un certo punto – racconta – **all'infettivologo viene un dubbio**: possibile che sia una forma di patologia metafocale? Cioè che dal cavo orale sia partito qualcosa che abbia causato quella manifestazione così particolare in un paziente negativo a tutto? Fatti gli accertamenti, rimuoviamo un dente cariato e una lesione periapicale. Il paziente **guarisce dal morbo di Still**. Perché? Perché non era sindrome di Still, era patologia metafocale che rappresentava quella patologia».

Il docente universitario illustra, poi, tra le altre cose, gli ascessi cerebrali, il controllo del dolore e dell'ansia, la profilassi per l'endocardite infettiva, il trattamento di pazienti epilettici, diabetici, celiaci, con ritardo cognitivo o con sindrome di down, con disturbi alimentari. Parla di patologie autoimmuni, del lichen pla-

nus bianco a livello orale, di malattie vescicolo-bollose, di patologie infettive e soprattutto della patologia più grave, il **carcinoma del cavo orale**, che quando si manifesta in bocca non lo fa sempre in modo evidente.

«C'è un alveolo – spiega – che non guarisce. Il dentista, correttamente, cura di nuovo, mette i punti di sutura e ricontra il paziente. Dopo una settimana l'alveolo è di nuovo ipertrofico: il dentista manda il paziente in ospedale dove gli viene fatto l'esame istologico. La cosa fondamentale è: **fatevi venire sempre il sospetto e non perdetevi di vista i pazienti**».

Ma quanto sono consapevoli medici e dentisti di queste manifestazioni? «Adesso – spiega Christian Bacci – molto. Negli ultimi 20 anni il processo culturale è stato importante. Questa branca ora **è diventata scienza**. Il professionista nella sua carriera di patologie di questo tipo **ne vede poche**. Chi, invece, come me, si occupa di queste cose ne vede molte e può presentare una casistica. Il collega così comincia a farci l'occhio».

Tre le cose che vorrebbe restassero a chi ha partecipato al convegno: il carcinoma del cavo orale esiste, ci si muore e **ci si muore male**. È, però, **facile da diagnosticare**. Il paziente, infine, non va mai perso di vista. «Quando guardano in bocca – conclude – i dentisti non guardano solo i denti, ma anche le mucose di sostegno. Se non guardi sotto la lingua, non vedi. Se non guardi, non vedi».

Odontoiatria

43



Da sinistra: Paolo Bellemo, Angelo Coin, Giovanni Leoni, Giuliano Nicolin e Christian Bacci



Christian Bacci

FONTI INQUINANTI: MAI ABBASSARE LA GUARDIA

• Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

Collaborazioni

44

Ridurre i rischi sanitari, per tutti, significa soprattutto **tenere sotto controllo le fonti inquinanti, monitorarle di continuo**, analizzare i dati e **creare modelli** che possano indirizzare per il futuro. Significa guardare al passato, alla storia del Petrolchimico, **per imparare la lezione** e non ripetere gli stessi errori. Sono questi i temi emersi nel convegno *Marghera e non solo. Tutela della salute pubblica ed analisi delle fonti inquinanti*, che si è svolto sabato 13 maggio al Centro Culturale Candiani di Mestre, organizzato dall'OMCeO lagunare in collaborazione con l'**Ordine dei Giornalisti del Veneto** e i patrocini dell'Ulss 3 Serenissima e dell'Ulss 4 Veneto Orientale.

«Su Porto Marghera – ha spiegato **Gianluca Amadori**, presidente dell'Ordine dei Giornalisti – c'è stata un'attenzione fortissima. Alcune problematiche **sono attualissime** anche oggi. Nell'inchiesta giudiziaria sul CVM un dato mi aveva colpito: si è fatta **più attenzione alla tutela dei posti di lavoro** che a quella della salute pubblica della cittadinanza. Questa esperienza del passato **deve servirci da monito**». **Giovanni Leoni**, presidente dell'OMCeO lagunare, invece, ha ricordato come lo stesso Codice deontologico, all'articolo 5, faccia riferimento alla tutela della salute pubblica e alla prevenzione come **doveri precisi del medico**. «Serve un **piano di rilancio della salute pubblica**, – ha aggiunto – che derivi dal nostro re-

cente passato, in cui si tenga conto anche della buona salute dei lavoratori e di chi vive vicino agli impianti. Incontri come questo possono servire ai cittadini perché restino cittadini **e non si trasformino in pazienti**».

Simone Venturini, assessore comunale alla Coesione Sociale, originario proprio di Marghera, ha sottolineato come il convegno sia stato impostato **sul presente e sul futuro** più che sul passato. «Porto Marghera – ha detto – è una delle grandi contraddizioni del Novecento. Ma qui si cerca di capire quali siano oggi **le complicazioni, l'eredità** di quella storia sulla salute delle persone. Senza dimenticare, poi, gli altri agenti inquinanti, come il PM10 o l'elettrosmog».

L'azienda sanitaria c'è, la netta presa di posizione, infine, di **Onofrio Lamanna**, direttore sanitario dell'Ulss 3 Serenissima. «Intorno al mondo dei medici – ha aggiunto – ruotano **tante figure professionali meno note**: i chimici, i biologi, gli esperti di prevenzione... E oltre ai percorsi di diagnosi e cura, disponiamo di un apparato di sorveglianza e di prevenzione, che **si sforza di essere indipendente**, libero da condizionamenti».

Alla giornalista **Nicoletta Benatelli**, grande esperta della vicenda giudiziaria del Petrolchimico, il compito di introdurre il convegno spiegando quanto sia stato pesante l'impatto sia sotto il profilo della salute pubblica e dei la-



Da sinistra: Simone Venturini, Giovanni Leoni, Gianluca Amadori e Onofrio Lamanna



Da sinistra: Teresio Marchi e Vittorio Selle



Da sinistra: Ruggero Ridolfi, Paolo Crosignani e Paolo Morandi

voratori, sia in termini di inquinamento ambientale.

Tra le premesse della sua relazione, in cui ha snocciolato i numeri del maxi processo e dei siti inquinati, un dato di partenza: in natura **l'angiosarcoma epatico**, che poi si caratterizzerà come tumore tipico legato all'esposizione del CVM, **è molto raro**, colpisce appena una persona su un milione. Secondo le indagini di **Gabriele Bortolozzo**, invece, ex operaio del reparto CV6 che ha fatto partire l'inchiesta, a Marghera gli operai colpiti dal cancro **sono 84 tra 424 addetti**.

Le prime indagini epidemiologiche, però, **scatano solo nel 2000** e dicono che a Marghera **si muore di più** per tumore al fegato, polmone, pleura, pancreas e vescica, e che nell'area per uomini e donne **c'è un eccesso** di tumori di tutti i tipi e di malattie dell'apparato digerente.

L'analisi dei casi di tumore e delle altre patologie correlate all'esposizione a CVM e PVC, un'illustrazione delle **attività dell'epigenetica** con un particolare riferimento alle diossine, agli interferenti endocrini e alla **possibile trasmissione dei danni tra generazioni**, i rischi per la salute derivanti **dall'inquinamento urbano** e come la tutela della salute pubblica sia costretta a muoversi tra limiti di legge, ricerca scientifica e principio di precauzione, i temi analizzati dagli esperti: l'epidemiologo **Paolo Crosignani**, già direttore di Epidemiologia ambientale all'Istituto dei Tumori di Milano, e l'oncologo **Ruggero Ridolfi**, membro del comitato scientifico dell'Associazione italiana Medici per l'Ambiente.

«Nei giorni con più inquinamento – ha detto Crosignani, spiegando cosa sia il particolato e come funzionino il sistema delle soglie per il PM10 e il PM2.5 – **umentano anche la mortalità e i ricoveri ospedalieri** di persone malate e particolarmente a rischio per problemi respiratori e cardiovascolari. Quando l'inquinamento diminuisce, **calano in modo molto rapido**, sia il rischio di tumori del polmone, sia quello della mortalità generale legata a patologie cardiovascolari. Azioni fatte oggi, insomma, consentirebbero di eliminare subito la mortalità a breve termine e di **migliorare di molto lo stato di salute della popolazione**».

«Se cambiano le condizioni ambientali – ha



Nicoletta Benatelli

detto, invece, Ruggero Ridolfi – cambiano e **migliorano anche gli influssi** sul nostro genoma. Per i tumori, forse, l'epigenetica potrebbe essere una risposta». L'oncologo ha anche ricordato come i tempi di dimezzamento delle diossine siano lunghissimi e ha approfondito le **mille difficoltà** tra cui si muove la tutela

della salute pubblica, a partire dai limiti della ricerca scientifica, legati a tempi lunghi, grandi numeri, ingenti risorse.

L'ultima parte della mattinata è stata dedicata, infine, alle **esperienze di prevenzione sul territorio** con gli interventi di:

- **Teresio Marchi**, direttore dello SPISAL (Servizio Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro) dell'Ulss 3 Serenissima che ha spiegato come ci si debba concentrare sui casi di domani, per evitare di avere tra 10 anni un altro processo per il CVM;
- **Giorgio Cipolla**, direttore dello SPISAL dell'Ulss 4 Veneto Orientale, che ha illustrato il **Reach**, cioè il regolamento europeo 1907 del 2006, adottato per migliorare la protezione della salute dell'uomo e dell'ambiente dai rischi delle sostanze chimiche;
- di **Paolo Morandi**, direttore dell'Unità complessa di Oncologia dell'Ulss 3 Serenissima, con un **focus sul mesotelioma** che può essere un esempio di **come una patologia si trasformi** tra evoluzione dei trattamenti terapeutici e numeri disperanti sull'efficacia dei trattamenti stessi;
- di **Vittorio Selle**, direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica del dipartimento di Prevenzione dell'Ulss 3 Serenissima, che ha parlato dell'importanza dei monitoraggi continui e delle scarse risorse e del silenzio assordante in cui lavora la sua struttura.

La lotta all'inquinamento è, dunque, **una battaglia quotidiana. La salute pubblica è a rischio** e per tutelarla basta anche un solo giorno di blocco del traffico nelle città. Ma servono poi: più risorse, più investimenti nella ricerca, indagini epidemiologiche continue, più lungimiranza politica e meno influenza dell'economia. Così, forse, **si metteranno al riparo le nuove generazioni**. Sempre che non sia già troppo tardi.

RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI, PASSI AVANTI IN UNA SFIDA EPOCALE

• Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

Collaborazioni

46

Usare meno farmaci: questa **l'unica arma davvero efficace** per combattere la resistenza agli antibiotici, diventata ormai una sfida globale. Da un lato batteri contro cui le molecole risultano **sempre più inefficaci**, dall'altro imprese farmaceutiche che nel settore **non investono più**. Con il risultato che da dieci anni ormai non se ne affaccia uno di nuovo sul mercato.

Il quadro della situazione è stato tracciato giovedì 9 marzo in un'affollatissima sala Caterina Boscolo dell'OMCeO veneziano, nel corso di aggiornamento *Uomini, animali e antibiotici: un triangolo "pericoloso"*, che Ordine, Fondazione Ars Medica e Ordine dei Veterinari hanno organizzato insieme.

«L'antibiotico resistenza – ha spiegato **Sandro Zucchetto**, presidente dell'Ordine dei Veterinari – è una **sfida epocale**. I dati che arrivano sono preoccupanti. Bisogna conoscere il problema, capirlo, e trovare soluzioni, ognuno secondo le proprie competenze e professionalità. Fondamentale lo **scambio di dati** tra le professioni sanitarie».

La parola è poi passata agli esperti. «L'antibiotico resistenza – ha spiegato **Raffaella Barbero**, farmacologa veterinaria e ricercatrice all'Istituto Zooprofilattico piemontese – nasce quando nasce l'antibiotico. Alcuni di questi farmaci hanno retto bene per un ventennio, altri sono durati poco. Le catastrofiche previsioni per il 2050 parlano di **10 milioni di morti** legati all'antibiotico resistenza, più delle vittime del cancro». Di antibiotico resistenza, insomma, si muore.

Spazio, poi, alla ricerca e allo sviluppo di nuovi farmaci, ormai praticamente ferma. «Studiare nuovi antibiotici – ha detto – non è facile: non sono **fonti di reddito efficaci**. Sono molto

costosi e rendono poco: è un decennio ormai che non ne vediamo di nuovi sul mercato». La loro classificazione, il modo in cui vengono usati in ambito umano e animale, l'impatto che hanno sulla zootecnia, gli altri temi affrontati.

Per un uso razionale degli antibiotici sono fondamentali la diagnosi corretta, la conoscenza della farmacodinamica – lo studio degli effetti biochimici e fisiologici dei farmaci sull'organismo e il loro meccanismo d'azione – e della farmacocinetica – lo studio dell'assorbimento, della distribuzione, del metabolismo e dell'eliminazione dei farmaci – il rispetto delle indicazioni terapeutiche, l'attenzione all'associazione di farmaci diversi. «Siamo – ha sottolineato ancora – i **quarti utilizzatori in Europa** di antibiotici, ma qualche dato incoraggiante c'è: **in 3 anni l'uso veterinario è stato ridotto del 30%**».

Stefano Grandesso, dirigente della UOC Laboratorio Analisi Chimico-cliniche e micro-



Raffaella Barbero

biologia dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre, ha spiegato invece che bisogna trattare le infezioni e non le colonizzazioni, illustrando come sia cambiato negli anni l'impatto dei gram positivi, praticamente sconfitti, e dei gram negativi, oggi imperanti e raccontando, batterio per batterio, quali ceppi siano presenti sul territorio veneziano.

«Siamo nell'era – ha spiegato – delle infezioni non più trattabili, degli organismi multiresistenti. Bisogna stare attenti alla nostra realtà perché **quello che succede qui non succede a Treviso o a Udine**. Ci sono differenze persino tra Venezia e Mestre, divise solo da un ponte». Conoscere il più possibile quello che c'è sul territorio è, dunque, il più importante dei consigli dati ai colleghi impegnati localmente, come i medici di famiglia.

La preoccupazione espressa a più riprese dalla classe medica è stata bilanciata dal **cauto ottimismo** arrivato dai veterinari. Se si aggiunge, poi, l'attenzione che sta emergendo nelle grandi aziende produttrici, spinte da una



Stefano Grandesso

sempre più alta pressione da parte dei consumatori ad avere **prodotti** antibiotic free, il presupposto positivo può trasformarsi in uno o più passi avanti decisivi.

Collaborazioni

47

ELEZIONI 2017 per il rinnovo del CONSIGLIO per il TRIENNIO 2018-2020



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

VIENI A VOTARE ANCHE TU!

PROTOCOLLO DIGITALE: OMCEO VENEZIANO AL PASSO

• Chiara Semenzato, giornalista OMCEO Provincia di Venezia

La digitalizzazione del protocollo: un lavoro immenso, che resta nascosto ai più, ma è **indispensabile per le leggi sulla trasparenza**. Ad accollarselo, da oltre un anno e mezzo ormai, la segreteria amministrativa dell'Ordine dei medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Venezia, che ha fatto così tanti passi avanti da essere scelta dalla Federazione Nazionale degli Ordini (FNOMCeO) per **coordinare il tavolo istituito sul tema**.

«Una premessa, però – spiega **Carla Carli**, che organizza la segreteria dell'Ordine di Venezia e che per prima si è interessata alla questione – è doverosa: negli ultimi due anni gli Ordini professionali sono stati investiti da una quantità di normative, dalla trasparenza amministrativa al codice degli appalti, dalla digitalizzazione della pubblica amministrazione al pagoPA, molto complesse, calate dall'alto **come se fossimo un ministero**. Questo ha oberato tutte le segreterie d'Italia di un **immane lavoro di adeguamento**, cui è difficilissimo far fronte e che necessariamente

resta, per ora, parziale, perché le segreterie hanno dovuto comunque svolgere parallelamente tutto il lavoro “ordinario”».

La Federazione Nazionale ora ha colto questo disagio e ha voluto farlo proprio, **istituendo dei tavoli di lavoro** che possano in qualche modo aiutare gli Ordini a gestire con più serenità queste norme così complesse. Lo scorso 27 aprile la FNOMCeO ha convocato un gruppo ristretto di 16 Ordini per affrontare tematiche urgenti, tra cui il processo di digitalizzazione. Sarà Carla Carli a coordinare il sotto-gruppo tematico sul protocollo digitale, indicata dai suoi stessi colleghi – funzionari e direttori di segreteria – di Firenze, Imperia, Genova e Roma.

Digitalizzare il protocollo rientra nei processi di aggiornamento e semplificazione della Pubblica Amministrazione e significa, in sostanza, passare **da un uso cartaceo dei documenti a un uso esclusivamente digitale**. C'è, però, un problema. «Le nostre se-

Trasparenza

48



Lo staff di segreteria lo scorso 26 novembre alla Festa del Medico 2016 con Nicoletta Codato e Ornella Mancin

greterie, – aggiunge la dottoressa Carli – non sono pronte per questo passaggio». Serve un progetto che possa portare almeno a gestire in digitale alcuni tipi di documenti.

In prima battuta quelli più importanti prodotti per altre pubbliche amministrazioni «ma poi – aggiunge – si apre tutto un mondo in cui si arriverà a **gestire in modalità digitale tutta una serie di servizi**, come ad esempio la domanda di iscrizione del neolaureato o il trasferimento dei medici da un Ordine a un altro».

La prima fase di questo importante passaggio è l'aggiornamento di tutti gli strumenti di protocollazione, avviato e condotto dalla segreteria anche **grazie a un fondamentale lavoro di squadra**. «Da più di un anno – spiega la dottoressa Carli – con tutte le segreterie del Veneto e quella di Trento, a cui si sono aggiunte poi le segreterie degli Ordini toscani, coadiuvati dai nostri formidabili tecnici informatici, abbiamo cominciato a produrre **una serie di documenti tecnici** che servono ad avviare questo processo».

I fronti su cui si lavora, insomma, sono diversi: innanzitutto sensibilizzare le segreterie al problema, perché prima o poi sarà obbligatorio avere tutto in digitale; in seconda battuta formare il personale, con competenze di base comuni a tutti; infine produrre strumenti concreti, i manuali operativi, che guidino il personale passo passo.

Un lavoro reso possibile **dal sostegno politico** del presidente dell'Ordine, Giovanni Leoni, sostegno molto apprezzato dal personale di segreteria perché per nulla scontato, e dall'importante lavoro del segretario, **Luca Barbacane** «che – spiega la dottoressa Carli – lungo tutto il suo mandato si è speso molto per creare **un pragmatico coordinamento** delle segreterie del Veneto che ora si conoscono, si parlano, si confrontano, lavorano insieme. Certamente l'incubatore collaudato in Veneto, tra le segreterie delle sette province, ha contribuito a generare la nuova modalità di lavoro che la FNOMCeO ha recentemente recepito e rilanciato su tutto il panorama nazionale, anche per merito **della lungimirante visione di Maurizio Scassola**, vicepresidente della Federazione nazionale, da sempre sostenitore in sede romana della necessità di

procedere per aggregazioni funzionali delle segreterie degli Ordini».

«Voglio sottolineare – aggiunge il dottor Barbacane – **proprio lo spirito di squadra**: Venezia ha sicuramente svolto una funzione di traino, ma il lavoro e il sostegno delle altre segreterie ci ha permesso di **caricarci sulle spalle questo fardello**. Da due anni in qua siamo stati travolti da queste norme cui dover adempiere, su cui sono in difficoltà anche enti grossi con risorse assai più ingenti. La svolta è arrivata quando la Federazione ha finalmente colto questo spirito collaborativo: la nostra volontà di non andare solo per la nostra strada, ma di **condividere le competenze**, mettendoci a disposizione per far crescere insieme tutti gli Ordini di Italia».

Tra le difficoltà da affrontare il **cambio di mentalità** nella gestione di determinati processi, cioè una gestione differente delle attività di segreteria, e **l'adeguamento degli strumenti tecnologici** che deve affiancare il lavoro di formazione del personale. «L'intero staff – aggiunge la dottoressa Carli – ha affrontato lo sforzo ad altissimo livello, ma è stata in particolare **Rossella Milan** a prendersi a cuore questo progetto, riuscendo a **rendere concrete le idee astratte** che circolavano sui tavoli di lavoro».

Tanti i vantaggi della digitalizzazione, quando sarà completata: tempi più rapidi di esecuzione dei processi, meno possibilità di errori, più efficacia... «La strada, però – concludono Carla Carli e Luca Barbacane – è ancora lunga. Ma siamo fiduciosi, anche perché **possiamo contare sulla sinergia** tra segreteria amministrativa e organi politici che si è concretizzata in questo mandato». Servivano sensibilità ed attenzione, che all'OMCeO veneziano non sono mai mancate.

Trasparenza

49





ENPAM

LA PREVIDENZA COMPLEMENTARE: AGGIORNAMENTI

• Moreno Breda, Consigliere OMCeO Provincia di Venezia

Enpam

50

Periodicamente i mezzi d'informazione affrontano il problema del **secondo pilastro previdenziale**, la previdenza complementare, riportando i dati forniti dagli Enti preposti e, nel caso di specie, la COVIP cioè la commissione di vigilanza per quanto attiene la previdenza.

I dati forniti nella loro completezza forniscono il quadro generale e scorporandoli, per quanto di nostro interesse, offrono lo spunto per alcune riflessioni in merito soprattutto **alle caratteristiche e alla convenienza** dell'adesione a questa forma che molti definiscono di "risparmio", ma che ritengo più opportuno definire di **"investimento"**.

Premesso che nella previdenza complementare *«le pensioni vengono finanziate con le risorse accumulate dai lavoratori stessi, attraverso i propri contributi, derivati dagli anni di attività»*, ne deriva che **ogni aderente è artefice del proprio futuro**.

Per la dipendenza il TFR può essere versato in un fondo previdenziale complementare e negli ultimi 5 anni il rendimento medio dei fondi negoziali, cioè chiusi, riservati solo ad alcune categorie, hanno reso il 5,2% e i fondi aperti, cioè di libero accesso, hanno reso il 5,9%; lo stesso importo lasciato nel TFR ha reso in 5 anni lo 1,7%. Se si aggiunge che il **versamento alla previdenza complementare è detraibile dal reddito, anche per i dipendenti**, tramite il 730, fino a 5.164,57 €, la differenza risulta evidente.

Gli iscritti all'OMCeO hanno la possibilità di **aderire a Fondo Sanità**, un fondo complementare chiuso a cui accedono medici, odontoiatri, infermieri professionali, farmacisti e veterinari pubblici: un'ipotetica massa di contribuenti che può portare il nostro fondo ad avere risultati ancora migliori, dato che maggiore massa contributiva significa **una diminuzione della spesa pro-capite**, un maggiore potere contrattuale con

gestori e una maggiore diversificazione degli investimenti.

Ogni iscritto decide come il fondo deve gestire i propri soldi e per un più chiaro esempio riporto i rendimenti del **"comparto PROGRESSIONE"** (investimento azionario e obbligazionario destinato a una clientela moderatamente prudente) che **negli ultimi 5 anni ha reso il 4,98%**, mentre il **"comparto ESPANSIONE"** (che investe prevalentemente in azioni ed è destinato a una clientela giovane, con un orizzonte ampio) **ha reso negli ultimi 5 anni il 9,32%**.

Una doverosa considerazione è che **la tassazione** sulla rendita vitalizia derivante dai versamenti alla previdenza complementare non si somma ad altri redditi, **parte da un 15% e può scendere fino al 9%** in base agli anni di contribuzione.

Un ultimo, ma molto importante aspetto da considerare è che al Fondo Sanità l'iscritto all'Ordine **può iscrivere il/i minori a carico detraendosi l'importo dal proprio reddito, sempre nel limite dei 5.164,57€ annui**.

Quale miglior regalo, allora, per i figli se non l'iscrizione a Fondo Sanità e un versamento anche minimo annuale o una tantum, ma che permetterà, al momento della pensione, una tassazione sulla rendita limitata al 9%? Un regalo che **a noi costa anche poco** essendone l'importo detraibile. Inoltre il giovane iscritto potrà rimanere aderente a Fondo Sanità anche se farà **una qualsiasi altra professione e attività**.

Per la prima volta quest'anno nel consiglio dei 25 delegati nazionali è stato eletto un giovane imprenditore del settore turistico che il padre, medico, aveva iscritto al Fondo quando era ancora a suo carico.

Per chi fosse interessato ad ulteriori notizie il personale di Fondo Sanità è disponibile ai recapiti che si trovano sui siti istituzionali: www.enpam.it e www.fondosanita.it.

COMUNICAZIONI AGLI ISCRITTI

• Segreteria OMceO Provincia di Venezia

1 - Certificato di malattia: riduzione del tempo di prognosi e rettifica

Tramite la Presidenza della Federazione Nazionale riceviamo (circolare 52) la **Circolare n. 79 dell'INPS del 02.05.2017** riguardante gli obblighi del lavoratore e del medico certificatore a proposito della riduzione del periodo di prognosi riportato nel certificato attestante la temporanea incapacità lavorativa per malattia (il cosiddetto "certificato di malattia"). In caso di **guarigione anticipata** rispetto alla prognosi espressa nel certificato di malattia, il lavoratore non può assolutamente riprendere tacitamente il lavoro.

Si cita testualmente: «...**in presenza di un certificato con prognosi ancora in corso il datore di lavoro non può consentire al lavoratore la ripresa dell'attività lavorativa** ai sensi della normativa sulla salute e sicurezza dei posti di lavoro... **il dipendente assente per malattia che, considerandosi guarito, intenda riprendere anticipatamente il lavoro** rispetto alla prognosi formulata dal proprio medico curante, **potrà essere riammesso in servizio solo in presenza di un certificato medico di rettifica** della prognosi originariamente indicata».

La rettifica della prognosi, in caso di guarigione anticipata, «...è necessario che intervenga prima della ripresa anticipata dell'attività lavorativa. Essa **va chiesta al medesimo medico che ha redatto il certificato riportante una prognosi più lunga**».

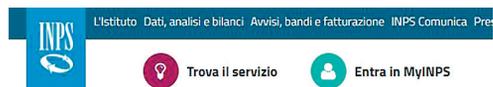
Le circolari citate si possono scaricare sul sito dell'Ordine a questo indirizzo:

<http://www.ordinemedicivenezia.it/news/notizie-medici/certificato-di-malattia-riduzione-del-tempo-di-prognosi-e-rettifica>

2 - Certificato medico di gravidanza: invio telematico

La circolare 82 dell'INPS del 04.05.2017 sancisce che l'invio telematico dei certificati di gravidanza o di interruzione di gravidanza è previsto per i medici del Servizio Sanitario Nazionale e per quelli convenzionati, secondo quanto disposto dal Codice dell'Amministrazione Digitale (D.Lgs 179 del 26.08.2016). All'interno del **portale dell'INPS** già utilizzato dai medici certificatori si trova un'applicazione idonea all'invio dei suddetti certificati. Per accedervi il medico **userà le credenziali già in suo possesso**, ovvero il PIN CODE che adopera quando redige un certificato telematico per richiesta invalidità civile.

All'indirizzo www.inps.it il portale ci mostrerà il tasto **Entra in MyINPS**



cliccato il quale ci verrà richiesto il nostro codice fiscale e il PIN di cui sopra

Autenticazione

PIN SPID CNS

Codice Fiscale

PIN

Per l'accesso ai servizi online è necessario il possesso di un codice PIN rilasciato dall'INPS oppure di una identità SPID o di una Carta Nazionale dei Servizi (CNS).

[Istruzioni per l'accesso](#)

[Hai smarrito il tuo PIN?](#)

Tramite il motore di ricerca interno al portale dell'INPS, utile per ricercare certificato di gravidanza,



si perverrà così alla pagina intitolata **SERVIZI ONLINE**

Servizi Online		Dati Medico	
Dati Medico		RUOLO Medico SSN - Medico convenzionato ASL	
Acquisizione Certificato		DATI MEDICO Codice Fiscale: BARBACANE	
Consulenza		Nome: LUCA	
Annullamento		Numero: 5657	
Uscita		Iscrizione Ord. provinciale di: VE	
Costanti Per segnalare malfunzionamenti o anomalie del servizio rivolgersi a: 003164		Codice Regionale del medico: 7040	
		Provincia della ASL: VE	
		Codice ASL: VE113 - MIRANO	
		RICAPITI Telefono: 292112138	
		Cellulare: 2937617043	
		E-mail: barbacane@mfapavv.it	

Qui, per procedere alla formulazione del certificato di gravidanza o di interruzione di gravidanza, bisognerà cliccare su **Acquisizione Certificato** e così si aprirà la pagina

nella quale digiteremo il codice fiscale della paziente e cliccheremo **RICERCA**

Si aprirà così una schermata nella quale ci verrà chiesto di biffare la casella corrispondente a "Visto ed accertato lo stato di gravidanza" e quindi **finalmente cliccheremo sul tasto CERTIFICATO DI GRAVIDANZA**.

La trasmissione telematica del certificato di gravidanza comporta obbligatoriamente l'inserimento da parte del medico di: generalità della lavoratrice, settimana di gestazione alla data della visita e data presunta del parto. La redazione del certificato di interruzione della gravidanza necessita di: generalità della

lavoratrice, settimana di gestazione alla data della visita, data presunta del parto e data di interruzione della gravidanza.

Dalla data (04.05.2017) di pubblicazione di questa circolare 82 dell'INPS è previsto un **periodo transitorio di tre mesi** – quindi fino al 03.08.2017 – durante il quale il medico potrà ancora praticare il rilascio cartaceo dei certificati di gravidanza e di interruzione di gravidanza.

La circolare citata si può scaricare sul sito dell'Ordine a questo indirizzo:

<http://www.ordinemedicivenezia.it/news/notizie-medici/certificato-medico-di-gravidanza-invio-telematico>

3 – E tu hai richiesto la tua PEC?

Si avvisano i colleghi che la Legge n. 2 del 28.01.2009 **obbliga tutti gli iscritti** ad un albo professionale a dotarsi di una casella di **Posta Elettronica Certificata o PEC**: «I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Gli ordini e i collegi pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata».

La maggior parte degli iscritti che hanno aderito alla norma ha scelto la PEC fornita gratuitamente dall'Ordine. Tuttavia si riscontra che **molti colleghi non la sappiano usare** e non la leggano periodicamente, come previsto.

Durante quest'anno, però, questo strumento diventerà **il canale prioritario di comunicazione con gli iscritti e, a partire dal 2018, la via esclusiva per tutte le comunicazioni ufficiali con l'Ordine**. Pertanto, si invitano i colleghi ad utilizzarla e, se ancora non ne dispongono, di dotarsene in tempi brevi.

Si ricorda che è ancora possibile richiederla gratuitamente all'Ordine, utilizzando il modulo predisposto sul sito nella sezione "richiedi la tua PEC".

Avvisi

52

I GIOVANI NEOISCRITTI ALLA SCOPERTA DELL'ORDINE

• Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

«Che bel colpo d'occhio. Non ci siamo abituati». La dichiarazione esce spontanea a Luca Barbacane, segretario dell'OMCeO veneziano, davanti a una platea piuttosto insolita: una sala Caterina Boscolo gremita in ogni ordine di posto da **decine di giovani che si sono appena iscritti all'Ordine**. Per loro, nella sede mestrina, il primo contatto formale e ufficiale con quella che, si spera, diventerà la loro casa nei prossimi anni.

Ad accogliere questi giovani professionisti, lo scorso marzo, **i vertici dell'OMCeO lagunare**, a partire dai due presidenti, alcuni consulenti e tutto lo staff di segreteria per spiegare loro cosa siano l'Ordine e l'Albo Odontoiatri, a cosa servano, quali risposte possano dare, quali siano gli enti e i mezzi di comunicazione di riferimento, quali gli strumenti più efficaci, quali le dritte che possano indirizzarli in queste prime fasi della loro carriera.

«A me, ai miei tempi – spiega il presidente **Giovanni Leoni** – una riunione così non l'avevano fatta. Ognuno viveva questo momento di sganciamento dall'età degli studi, di distacco e di incertezza in modo molto personale. La nostra professione è il riassunto di un'appartenenza a un'élite intellettuale per capacità di comprensione della scienza, la medicina, la chirurgia, l'odontoiatria, ma anche per aver scelto di rapportarsi con l'uomo e la malattia. Non è una cosa da tutti. **Siete, quindi, degli esseri superiori, dovete esserlo, soprattutto nella sopportazione**. Dovete sempre dimostrarvi all'altezza. Nella vostra professione dovrete sopportare stress, traumi, insulti, miserie umane. È una grossa sfida».

Si appella, invece, all'entusiasmo e a un auspico ricambio generazionale **Giuliano Nicolin**, presidente della Commissione Albo





Andrea Zornetta, presidente della Commissione giovani dell'Ordine

Odontoiatri veneziana. «Spero – dice – che il vostro entusiasmo non venga mai meno. Nella nostra professione ci sono molte cose belle, si hanno grosse soddisfazioni. Ma una delle cose che mancano negli Ordini è proprio la presenza di giovani. Per questo, qui a Venezia, abbiamo costituito una commissione apposita. Ma vorrei davvero che questa diventasse la casa del medico e dell'odontoiatra. **La vostra casa:** non deve essere solo un luogo burocratico, di timbri e scartoffie. Venite. Partecipate. Abbiamo bisogno di voi».

All'odontoiatra **Andrea Zornetta**, allora, proprio il compito di illustrare il **lavoro svolto dalla Commissione dei giovani dell'Ordine**, che presiede, e il Vademecum, l'importante documento di accoglienza che l'anno scorso è stato preparato proprio per chi si affaccia alla professione e che, racchiuso in una chiavetta USB, è stato regalato ai presenti insieme al Codice di Deontologia professionale. «Spesso – spiega – si danno per scontate molte cose. Appena laureato, ad esempio, mi ricordo mi affliggeva l'idea di avere una copertura assicurativa. Ci sono molti aspetti, incombenze burocratiche o la gestione amministrativa della libera professione, che non hanno a che fare con la clinica, con la parte scientifica della nostra professione, **che nessuno insegna, ma su cui spesso si hanno dubbi**. Dovete vedere questa istituzione davvero come la vostra seconda casa: tanti amici-collegi che possono aiutarvi e darvi consigli».

Un'ampia parte dell'incontro è stata poi dedicata **agli aspetti pratici della professione:** gli avvocati **Mario Giordano e Giorgio Spadaro**, consulenti legali dell'Ordine, hanno parlato della responsabilità professionale, i cui limiti sono stati fissati da una recente legge, promulgata lo scorso 8 marzo; il commercialista **Piero Cagnin** ha illustrato, invece, i vantaggi e i limiti del regime forfettario per chi intraprende ora la professione; infine **lo staff di segreteria** ha spiegato l'accesso e il funzionamento di alcuni siti indispensabili come l'Enpam, il portale per la Tessera Sanitaria e quello della formazione professionale. A un incontro successivo è stata rinviata la trattazione del tema dell'assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale (RCP) del medico – altro requisito indispensabile, anzi obbligatorio per legge, di ogni medico o odontoiatra – con l'invito, però, di informarsi **sulla proposta di polizza messa a punto dalla Regione Veneto con Obiettivo Ippocrate**.

Attenti e concentrati, i neoiscritti, tutti intenti a prendere appunti. Una porta, quella dell'Ordine, per loro sempre aperta perché **loro sono il futuro**. In caso di dubbi, di richieste, di bisogno di consigli, di idee nuove da proporre l'Ordine è stato chiaro: noi siamo qui per voi.

RAFIKI, APPELLO ALLE ONLUS: FARE RETE NELL'INTERESSE DI TUTTI

• Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

Fare **un censimento di tutte le onlus** attive sul territorio veneziano e **operanti in ambito sanitario** per mettere in comune le informazioni e, dove possibile, avviare sinergie. **Per fare rete**, insomma, e avere più forza, nell'interesse di tutti. Perché «continuando a zappare il proprio piccolo orticello di risultati se ne ottengono pochi». È questo il sogno che **Rafiki – Pediatri per l'Africa**, associazione locale di volontari nata nel 2007, sta cercando di realizzare, ora anche con il sostegno dell'OMCeO veneziano. «Sappiamo dell'esistenza di alcune associazioni, – spiega il pediatra e vicepresidente di Rafiki **Andrea Passarella** – ma è **difficile conoscere tutti** e avere un quadro completo delle onlus attive. Se avessimo chiara la situazione sul territorio, si potrebbero, ad esempio, scambiare le informazioni sui paesi in cui si va a operare, i consigli per superare **gli ostacoli burocratici** o per scovare i fondi europei disponibili. O ancora si potrebbe capire se ci sono margini per **avviare progetti comuni**».

Rafiki – Pediatri per l'Africa è un'associazione nata dal desiderio di un gruppo di colleghi e amici, guidati dalla presidente **Maria Pellosio**, di portare **la propria esperienza** anche a chi nell'Africa Sub-Sahariana vive in condizioni critiche, in un continente in cui la **specificità pediatrica conta meno di quella veterinaria**. Un bambino, per capirsi, vale meno di una mucca o di una pecora.

Una cinquantina i volontari oggi attivi, per lo più pediatri, infermieri, specializzandi e pensionati, che trascorrono i loro periodi di ferie o di tempo libero **in Kenya, in Etiopia, in Burundi e presto in Senegal**. Un'attività completamente autofinanziata.

«Affiancati anche – aggiunge il dottor Passarella – dai medici specialisti dell'adulto, andiamo in loco almeno per 15 giorni: curiamo chi c'è da curare, ma soprattutto **formiamo il personale sanitario** affinché le popolazioni possano rendersi autonome e indipendenti. Ci confrontiamo con i bravissimi infermieri locali per spiegare la

parte pediatrica nell'ottica **del risparmio dei farmaci e della prescrizione corretta**. Lì il medico dà gli antibiotici a tutti».

Rafiki, poi, dal 2015 svolge anche **attività di assistenza e cura dei migranti presso l'Hot Spot di Pozzallo**, nel ragusano: **oltre 5mila** i migranti assistiti nel 2015, **oltre 7.200 nel 2016**. Dal 17 giugno al 30 settembre, la onlus garantirà la propria presenza, con particolare attenzione ai **Minori non accompagnati**, il cui numero, dal 2015 ad oggi, **è più che raddoppiato**.

Una rete simile a quella che immagina Rafiki, per ora, in Italia è stata costituita solo in Liguria, dove nel novembre 2010 è nato il **Consorzio SpeRA** – Solidarietà, Progetti e Risorse per l'Africa che oggi mette insieme 38 associazioni.

La realizzazione qui potrebbe non essere così difficile, con un po' di buona volontà e la **collaborazione dei colleghi**. Per chi, allora, tra medici e odontoiatri, è attivo anche nel campo del volontariato sanitario **è sufficiente inviare una mail** all'indirizzo info@rafikiforafrica.org indicando il nome della onlus a cui si aderisce, i contatti (recapito telefonico, indirizzo e-mail ed eventuale sito web) e una breve descrizione delle attività svolte. Sarà, poi, Rafiki ad occuparsi di creare e gestire questa rete nell'interesse di tutti. Un gesto semplice, che porta via poco tempo, ma che potrebbe portare a risultati importanti.

Per informazioni: Rafiki – Pediatri Per l'Africa Onlus, c/o Ordine dei Medici, via Mestrina 86, 30172 Mestre - Venezia, E-mail: info@rafikiforafrica.org.





BANCA
SANTO STEFANO
— credito cooperativo —

Valore nella relazione

**BANCA SANTO STEFANO RISERVA
CONDIZIONI PARTICOLARI AGLI
ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI
DELLA PROVINCIA DI VENEZIA**

Siete interessati?

Chiedete in filiale!

*Per maggiori informazioni rivolgetevi
alla filiale di Banca Santo Stefano più vicina.*

Le Filiali

Centro Direzionale
tel 041 5404001

Filiale di Martellago
tel 041 5496811

Filiale di Jesolo
tel 0421 93675

Filiale di Maerne
tel 041 640998

Filiale di Mestre
tel 041 976967

Filiale di Mirano
tel 041 5702298

Filiale di Noale
tel 041 5802155

Filiale di Olmo
tel 041909582

Filiale di Peseggia
tel 041 449166

Filiale di Pianiga
tel 041 5781472

Fil. di Rio San Martino
tel 041 5840448

Filiale di Salzano
tel 041 5745633

Fil. di San Donà di Piave
Ptel 0421 336439

Filiale di Scaltenigo
tel 041 5770077

Filiale di Scandolara
tel 0422 488230

Filiale di Scorzè
tel 041 5845124

Filiale di Spinea
tel 041 5412012

Filiale di Venezia
tel 041 2960329

Filiale di Zelarino
tel 041 5460172