

# OMCeo

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

# 02.12

Anno LIV - n. 02 del 9 Giugno 2012 - Euro 0,90  
Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale  
D.L. 353/2003 (convertito in Legge 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, NE/VE

**Guarda la legalità in faccia**

**Odontoiatria ieri e oggi**

**Venezia in salute**

**Mettiamo un pò di ordine tra le nostre idee**

**Formazione a distanza oggi**

**L'armonia del gesto**

**Cosa insegna lavorare nel sud del mondo**

**La quota di iscrizione all'Albo**

**Dichiarazione dei redditi: detrazioni**



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI  
DI VENEZIA

# ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

## **Consiglio Direttivo**

dott. MAURIZIO SCASSOLA (Presidente)  
dott. GIOVANNI LEONI (Vice-Presidente)  
dott. CATERINA BOSCOLO (Segretario)  
dott. MORENO BREDÀ (Tesoriere)  
dott. LUCA BARBACANE  
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO  
dott. ANTONIO LO GIUDICE  
dott. ORNELLA MANCIN  
dott. MALEK MEDIATI  
dott. GABRIELE OPTALE  
dott. SANDRO PANESE  
dott. TIZIANA PONZETTO  
dott. SALVATORE RAMUSCELLO  
dott. PAOLO REGINI  
dott. DAVIDE RONCALI  
dott. MORENO SCEVOLA  
dott. PIETRO VALENTI

## **Collegio dei Revisori dei Conti**

### **Effettivi**

dott. PASQUALE PICCIANO (Presidente)  
dott. ALBERTO COSSATO  
dott. ALESSANDRO PETRICCIONE

### **Supplente**

dott. ANDREA BONANOME

## **Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri**

dott. GIULIANO NICOLIN (Presidente)  
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO  
dott. GABRIELE CRIVELLENTI  
dott. ARIANNA SANDRIN  
dott. PIETRO VALENTI



Anno LIV - n. 2 del 9 Giugno 2012  
Aut. Tribunale di Ve N. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale  
Maurizio Scassola

Direttore Responsabile  
Franco Fabbro

Comitato di redazione  
Giovanni Leoni, Ornella Mancin,  
Michela Morando, Gabriele Optale,  
Antonio Lo Giudice, Cristiano Samuelli,  
Pietro Valenti

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

Editore  
Passart Editore  
Via Iseo, 11 - 30027 San Donà di Piave (Ve)  
R.O.C. 21098

Progetto Grafico - Stampa  
Passart snc di Sartorello A. & Serafin A.  
Via Iseo, 11 - 30027 San Donà di Piave (Ve)

Chiuso in redazione il 09/06/2012

**04** Guarda la legalità in faccia

**16** Sulla donazione del corpo post mortem ai fini di studio

**06** L'odontoiatria ieri e oggi

**18** Cosa insegna lavorare nel sud del mondo

**07** Venezia in salute

**21** La quota di iscrizione all'Albo

**10** Mettiamo un pò di ordine tra le nostre idee

**24** Un chiarimento interpretativo sulla pubblicità dell'informazione sanitaria

Sommario

**11** Formazione a distanza oggi

**26** Dichiarazione dei redditi: detrazioni

**13** L'armonia del gesto

**29** Selezionati per noi

**15** Percorsi di salute

**30** Feder. S.P. e V.





## GUARDA LA LEGALITÀ IN FACCIA

Editoriale

Vorrei parlare, in questo mio articolo, della sofferenza del medico, del suo dolore e del suo smarrimento, in un tempo di incertezza e di perenne ricerca di riferimenti nuovi e di nuovi orizzonti. Ma perché ho deciso per questo titolo? Perché vorrei che i ragazzi della **Scuola** di Brindisi "Francesca Laura Morvillo Falcone" fossero per un po' di tempo al centro delle nostre amorevoli attenzioni. Proviamo a ragionare sul significato che possiamo dare a quello che è successo nella **Scuola** senza entrare nel campo troppo scivoloso delle ipotesi sui motivi dell'attentato e del nome dei suoi esecutori? Questo evento drammatico rappresenta una epicrisi simbolica del nostro tempo. Credo che oggi più che mai il Paese debba interrogarsi sulla propria identità di Nazione, sul senso profondo di questa unione di diverse umanità e di diversi sentire. I ragazzi di Brindisi avevano vinto un premio sul tema della legalità mettendoci le loro facce che dolcemente proteggevano l'immagine di Falcone e Borsellino uniti in un unico

sorriso, complice nella ricerca di verità e di legalità. Il medico oggi è anch'esso smarrito come cittadino e come professionista che mette le proprie competenze al servizio della Nazione; mai, come in questi anni, ha vissuto un tale malessere, un disagio gravato quotidianamente dalla progressiva emarginazione dalle scelte di politica gestionale e di programmazione. Mai abbiamo vissuto così duramente sulla nostra pelle il populismo della politica arrogante, incolta che scarica sugli operatori la sua incapacità di dare continuità ai progetti e sicurezza nei percorsi di cura esponendoci a responsabilità professionali inconciliabili con la serenità del nostro agire. Il 24 gennaio di quest'anno i sindacati medici avevano sottoscritto un documento inviato al Ministro Prof. Renato Balduzzi che tra l'altro recitava: "... Le condizioni di lavoro diventano sempre più gravose e rischiose a causa della carenza di risorse umane a fronte di una domanda crescente e sempre più

complessa e di un contenzioso legale che, in attesa di un provvedimento legislativo che dorme nei cassetti da tre anni, alimenta una preoccupante deriva verso una costosa ed inappropriata pratica di medicina difensiva...". In questa frase è concentrata una parte di verità inoppugnabile: la classe medica è esasperata e non accetta ulteriori dilazioni! Vogliamo che la politica decida con i medici e non sulla testa dei medici! Un "Patto per la Salute" che rappresenti un momento di coesione sociale e di rispetto per un Servizio equo e solidaristico non può considerare i medici solo un fattore produttivo o dei fornitori!

Non vogliamo essere i capri espiatori di scelte che minano ormai la sicurezza delle cure; vogliamo rispondere ai bisogni di salute della nostra popolazione con appropriatezza, pronti a impegnarci nella attenta gestione economica che deve rappresentare per tutti noi un valore etico ineludibile; ma i segnali che arrivano anche dalla Conferenza Stato-Regioni vanno in senso diametralmente opposto. Non accetteremo mai che la figura del medico venga ulteriormente svilita e progressivamente spogliata delle sue peculiarità: autonomia professionale e centralità nel sistema di garanzia della sicurezza del paziente. Noi, tutti i giorni, mettiamo le nostre facce a salvaguardia del Sistema Socio

– Sanitario, pretendiamo rispetto, non è più tempo per equivoci, indecisioni e interessi di bottega: è una risposta sbagliata anche alla precarietà del rapporto ssnn - cittadino e di quello tra medico e paziente. Dobbiamo lavorare uniti e solidali; le differenze tra noi devono essere occasione di conoscenza, di crescita e di coesione; non possiamo cadere nelle trappole dei personalismi e degli interessi particolari per conquistare piccole, volgari e futili rendite di posizione; quello che l'OMCeO di Venezia continuerà a fare con determinazione sarà di sollecitare tutto il mondo sindacale e associativo medico ed odontoiatrico nel riflettere sulla assoluta, improcrastinabile necessità di essere attori competenti in una società in drammatico cambiamento. Dobbiamo metterci la faccia!

*Maurizio Scassola*

Editoriale



# L'ODONTOIATRIA IERI E OGGI



Editoriale

Si dice che proseguire l'attività o la professione paterna sia un vantaggio, anche se le statistiche riportano che spesso i figli distruggono quanto i padri avevano creato. La mia esperienza sembrerebbe negare che oggi vi siano dei vantaggi rispetto a ieri.

A cominciare dal rapporto con i pazienti, che io ricordo cordiale, quasi fraterno: ci si confidavano dubbi, ansie, aspettative e progetti sui propri figli... Insomma, il tempo non la faceva ancora da padrone.

L'aspetto psicologico, poi, era quello del rapporto medico-paziente, un rapporto fiduciario in cui per il medico l'unico "stress" era fare bene la cura e per il paziente sentirsi in "buone mani".

Le sfide per il dentista, quindi, erano limitate all'ambito "clinico", consapevoli dell'importanza del rapporto personale e del valore della qualità delle prestazioni, frutto anche di un'adeguata e continua formazione. Oggi sono altre le difficoltà che un dentista deve affrontare: l'inversione del rapporto medico-paziente, frutto di una maggior presa di coscienza da parte dei pazienti della qualità delle cure (entro certi limiti auspicabile e

condivisa), la concorrenza di grosse strutture e la difficile situazione economica.

Non basta più un'ottima preparazione clinica, quindi, ma è necessaria anche una incrollabile resistenza dinanzi l'aumento esponenziale delle incombenze burocratiche e competenze economico – finanziarie: autorizzazioni, documentazioni, protocolli, corsi sulla sicurezza, norme fiscali, ECM ed altro ancora. Tutti noi siamo lì a preoccuparci se i moduli per il consenso e se le firme del paziente sulle varie accettazioni (privacy, consenso informato, preventivo) siano adeguati, se siano rispettate tutte le norme fiscali, onde non incorrere in sanzioni. E per questo andiamo a frequentare i corsi non clinici che si moltiplicano a dismisura e siamo costretti ad avvalerci di una serie di "esperti qualificati" al fine di ottemperare ad adempimenti che sicuramente nulla hanno a che fare con la qualità delle nostre prestazioni, ci complicano la professione e la cui ricaduta sul paziente esita solamente in un aggravio economico.

Non va meglio se consideriamo l'aspetto fiscale, con studi di settore assolutamente fuorvianti (basti pensare che l'assumere personale configura un valore aggiuntivo dell'incasso, neanche fossimo in fabbrica). Ed anche qui spesometro e redditometro ci costringono a mettere in busta paga schiere di commercialisti e ragionieri, distraendoci ancora una volta dall'attività clinica che dovrebbe assorbire in realtà, come per i nostri padri, tutte le nostre energie.

Tutto ciò non va che a vantaggio delle mega-strutture, che tante risorse possono impiegare in queste attività (basti pensare alla pubblicità), relegando all'attività clinica neo-laureati sbattuti in prima linea, inconsci che poi dovranno rispondere in primis del loro operato.

Una domanda "sorge spontanea": a chi giova tutto ciò? E poi: chi l'ha permesso?

Se è vero che parte delle adempienze

burocratiche tutelano il paziente, l'altra parte, oramai maggioritaria, serve a sostenere un "apparato" che le controlla, senza alcun vantaggio per l'operatore o per il paziente stesso.

In questo l'odontoiatria di oggi si differenzia da quella dei nostri padri: non basta più essere dei buoni clinici, dobbiamo essere degli ottimi imprenditori.

Per questo non si può delegare, come un tempo, ai rappresentanti istituzionali o ai sindacati la soluzione dei nostri problemi.

Dobbiamo prendere coscienza di essere una categoria professionale che deve iniziare ad esprimere tutto il suo potenziale, smettendo di subire assurde imposizioni solo perché è divisa al suo interno.

Quando avverrà questo?

Non ho una risposta, ma mia figlia ha scelto medicina e non odontoiatria...ed io sono felice per lei.

*Giuliano Nicolin*

## VENEZIA IN SALUTE

### IL 20 E 21 OTTOBRE 2012 LA 2ª EDIZIONE DI VIS – VENEZIA IN SALUTE

Dopo il grande successo della prima edizione di VIS "Venezia in Salute" svoltasi Sabato 16 ottobre 2011, al parco di S. Giuliano a Mestre - Venezia, la seconda edizione si svolgerà sempre nello stesso parco, ma questa volta nell'arco di due giornate, il 20 e 21 ottobre 2012.

I promotori e gli organizzatori dell'iniziativa saranno l'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Venezia, la Fondazione Ars Medica ed il Comune di Venezia in collaborazione con la Regione Veneto, l'Azienda Ulss 12, l'Istituzione Bosco e Grandi Parchi, e Venice Marathon.

Anche quest'anno il motivo tracciante di VIS 2012 sarà come raggiungere e conservare la salute ed il benessere e come prevenire la comparsa di malattie o rallentarne la progressione. Tale tema sarà svolto con una visione centrata:

1. Sulla responsabilità del cittadino nel raggiungere e mantenere la salute ed il benessere, adottando stili di vita sani.
2. Sulla responsabilità dei medici, degli



Attività  
dell'Ordine

operatori sanitari e del sistema sanitario, che devono mettere a disposizione della comunità le loro competenze tecniche e relazionali ed i servizi necessari.

3. Sull'incontro tra queste due visioni responsabili.

Il tema centrale dell'evento 2012 sarà **"I corretti stili di vita della persona anziana"**.

### Il cambiamento di prospettiva

L'idea base che ha spinto i promotori ad avviare ed organizzare l'esperienza di VIS è che non è più tempo di uno Stato centrale e delle sue articolazioni periferiche che predispongono dei Servizi per dei Cittadini/ Utenti in attesa passiva di usufruirne. Questo è tanto più vero se ragioniamo in termini di salute e di qualità di vita.

Dobbiamo riappropriarci e riprendere il concetto di relazione di servizio che deve vedere coinvolti costantemente il cittadino, il professionista della salute e l'organizzazione dei Servizi.

Dobbiamo favorire la costruzione di un sistema pubblico con una forte attenzione alla trasparenza, alla definizione delle responsabilità organizzative e professionali, alle relazioni tra i vari attori, alle esigenze



Angelo Frascati  
Presidente Fondazione ARS Medica di Venezia

dell'utente, ai risultati finali che ognuno all'interno della propria organizzazione deve garantire al sistema delle cure.

Dobbiamo porre sempre più attenzione allo sviluppo di una medicina capace di cogliere e di applicare i risultati della migliore pratica clinica coniugando efficienza ed efficacia.

Per operare per il cambiamento di prospettiva dobbiamo partire dalla riflessione sui nostri doveri e sostenere le nostre azioni con responsabilità, coinvolgendo le nostre

Comunità. Dobbiamo sottolineare sempre che il concetto di sicurezza delle cure include in un'area unica ed omogenea i concetti di sicurezza della persona e di sicurezza degli operatori.

La rappresentanza sociale degli interessi dei cittadini si concretizza nel variegato mondo delle associazioni. Questi portatori di interesse interagiscono sempre più con l'offerta di servizi sia pubblici che privati sviluppando un empowerment che permette di contrattare servizi e prestazioni affiancando alla programmazione pubblica una rete di sussidiarietà.

Ma può ogni domanda costituire un bisogno? E' su questo quesito che dobbiamo costruire una ipotesi di lavoro comune: l'appropriatezza della domanda. Si tratta di governare la domanda con la massima responsabilità, partendo dalla necessità di salvaguardare non solo la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale ma di tutto il nostro sistema socioeconomico.

### **Un laboratorio di idee**

E' in questa ottica che abbiamo fortemente voluto Venezia in Salute, non un evento casuale, ma un laboratorio di idee, di progettazione, di coinvolgimento, di crescita civile e democratica; una esperienza che vuole ragionare partendo da una diversa prospettiva: i nostri doveri nei confronti della nostra Salute.

### **Un impegno rafforzato**

Il successo della prima edizione ci ha fatto aumentare gli sforzi per continuare e migliorare.

La seconda edizione, come già detto, si svolgerà in due giorni, nel week-end del 20 e 21 ottobre 2012, sempre al Parco di S. Giuliano.

Le Associazioni che hanno partecipato nel 2011, hanno già chiesto di partecipare alla seconda edizione ed altre Associazioni



hanno chiesto d'intervenire.

Abbiamo in mente di organizzare uno o più convegni nel parco o in sedi satelliti rivolte ai medici ed ai cittadini.

Per il 2012 vogliamo costruire un "Villaggio della Salute" più bello, accogliente e funzionale.

Nel frattempo il Comune di Venezia ha creato **una nuova rivista** bimestrale on line chiamata proprio "**VIS – Venezia in Salute**" (indirizzo: <http://www.comune.venezia.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/54690>).

Così la presenta il Sindaco di Venezia, Giorgio Orsoni, nel numero zero:

*"... Ed è per questo che saluto con favore la nascita di questa nuova rivista on line quale spazio di riflessione condiviso a disposizione degli enti e dei professionisti che quotidianamente si misurano sulle importanti questioni legate alla Salute nel nostro territorio. Ma saluto con estremo favore anche la nascita di un nuovo luogo di discussione, che potrà essere utilizzato dagli operatori del settore, dalle numerose associazioni, dai comitati, dalle rappresentanze sindacali, da singoli cittadini: da tutti coloro che quotidianamente si confrontano con questo delicato tema. Credo che questa rivista voglia mantenere vivo lo spirito che ha animato*

*"Venezia in salute", l'evento realizzato con successo nell'ottobre scorso al parco di San Giuliano e promosso dal consigliere Bruno Centanini, delegato ai temi della Sanità, che con il suo staff e la collaborazione dell'Ordine dei Medici di Venezia e della Fondazione Ars Medica, nonché di molti altri soggetti del settore, ha avviato un percorso di formazione della cittadinanza a corretti stili di vita e alla prevenzione ..."*

Concludendo VIS 2011 promettemmo che avremmo lasciato un primo segno visibile al Parco, alla Città ed ai Cittadini. Abbiamo mantenuto la promessa! Sabato 26 maggio alle ore 15.30, al Parco di San Giuliano, abbiamo inaugurato i "**percorsi della salute**": tre anelli, all'interno del parco, che, attraverso l'ausilio di tre colori, indicano tracciati di diversa lunghezza con l'indicazione della distanza percorsa e del consumo calorico associato al percorso. L'obiettivo è quello di far conoscere ad ogni utilizzatore il dispendio energetico della propria attività fisica.

Attività  
dell'Ordine

**L'anello bianco**, di 2660 metri con 19 cartelli segnalatori; **l'anello verde**, di 3490 metri con 25 cartelli e **l'anello rosso**, di 6290 metri con 47 cartelli.

I percorsi sono stati calcolati e segnati dall'Istituzione Bosco e Grandi Parchi, con la collaborazione dei medici della Federazione Medico Sportiva Italiana della Provincia di



Venezia, della Polisportiva Terraglio e della ASD Nordik Walking Mestre.

L'inaugurazione condotta dal presidente della Fondazione Ars Medica, Angelo Frascati, ha visto la presenza del presidente dell'Ordine dei Medici, Maurizio Scassola, del presidente del Consiglio comunale, Roberto Turetta, del delegato del sindaco per la Sanità, Bruno Centanini, del presidente dell'Istituzione Bosco e Grandi parchi, Giovanni Caprioglio.

Dopo l'inaugurazione autorità e cittadini hanno percorso in tutto o in parte i tracciati, nello splendido parco di San Giuliano illuminato da una splendida e calda giornata di sole. (vedi articolo pag. 15)

Vi aspettiamo tutti al Parco di San Giuliano, dunque, il 20 e 21 ottobre 2012.

*Angelo Frascati*

## METTIAMO UN PÒ DI ORDINE TRA LE NOSTRE IDEE

Attività  
dell'Ordine



*Pietro Valenti*

Dopo le recenti elezioni ordinistiche si comincia a lavorare per il prossimo triennio. Un nuovo mandato per affrontare i vecchi problemi che ormai, da tempo, gravano sulla professione medica e odontoiatrica. E' una situazione critica che si trascina da alcuni anni e che sta progressivamente deteriorando il nostro lavoro rendendolo sempre più difficile e talora francamente opprimente. La nostra cassa di previdenza, l'ENPAM, ci informa che dal 2002 il numero di iscritti che chiede

di uscire anticipatamente dalla professione è in continua e preoccupante crescita, evidenziando, in modo oggettivo, la grave sofferenza di molti colleghi.

Rischia di instaurarsi un pericoloso circolo vizioso per cui al profondo disagio del professionista corrisponde un progressivo "impoverimento" del suo lavoro con una inevitabile ricaduta negativa sulla popolazione.

Aggiungiamo poi che viviamo un momento di crisi particolarmente acuta e che il governo tecnico chiamato a salvare l'Italia ritiene che a tal fine sia indispensabile riformare gli ordini professionali e sanzionare coloro che non conseguono i crediti ECM richiesti.

Per l'ennesima volta la nostra categoria è inquadrata nel mirino e, temo, con propositi non proprio benevoli.

In una situazione così ostica è quanto mai necessario riaffermare e sostenere la funzione peculiare del nostro Ordine che è quella di difendere la dignità della professione medica e odontoiatrica per il bene dei suoi iscritti e di tutta la popolazione.

E' una funzione, questa, di carattere prettamente politico perché nel seno di questa istituzione devono nascere le idee, prendere corpo le proposte che opportunamente concertate con quelle di tutti gli altri Ordini

Provinciali, giungano con autorevolezza a “pesare” su quei tavoli del potere politico dove molte decisioni vengono prese sopra le nostre teste con i risultati funesti che tutti noi sperimentiamo quotidianamente.

Siamo noi gli unici veri esperti nel campo sanitario, siamo noi, con la nostra professionalità e sacrificio, a rendere il servizio sanitario, pubblico o privato, spesso un modello invidiato da molti altri paesi, e siamo quindi sempre noi a dovere e potere incidere sulle scelte politiche che ci riguardano.

Certamente, però, potremmo rivendicare questo ruolo solo se sapremo muoverci tutti uniti e con le giuste idee, all’interno della nostra casa comune, lavorando anche al fine per cui le fisiologiche differenze che caratterizzano le varie componenti ordinistiche diventino un punto di forza e non di sterile scontro.

Si tratta di un compito difficile che richiederà particolare dedizione da parte di tutti coloro che sono stati democraticamente eletti in rappresentanza delle varie categorie, ma che non esime dall’impegno nessuno degli iscritti, a partire dai più giovani.

Le problematiche che affliggono la nostra

professione sono le più disparate e tutti noi le sperimentiamo quotidianamente nell’esercizio del nostro lavoro.

Non serve quindi elencarle, ma potrebbe invece essere molto utile che tutti immaginassero le possibili strade da percorrere per risolvere questi problemi, considerando l’Ordine una sorta di punto di raccolta di idee che attraverso l’Istituzione possano acquistare l’opportuna rilevanza politica.

La medicina è un’arte praticata da liberi pensatori ed è proprio questa libertà di pensiero ad essere pesantemente attaccata ed è questo valore imprescindibile che dobbiamo cercare di difendere ad ogni costo. “Libertà è partecipazione” cantava Giorgio Gaber, e in questo momento l’apporto di tutti risulta particolarmente essenziale.

Mettiamo un pò di Ordine tra le nostre idee, perché l’Ordine che vogliamo sappia veramente difendere la nostra professione nella libertà e a beneficio dell’intera collettività.

*Pietro Valenti*

Attività  
dell’Ordine

## FORMAZIONE A DISTANZA OGGI

La formazione a distanza, in questi ultimi anni si è imposta all’attenzione non solo dei professionisti della formazione aziendale ma anche delle istituzioni scolastiche e accademiche. Le maggiori agenzie di formazione, la pubblica amministrazione, le maggiori scuole di specializzazione e grandi imprese hanno scoperto tale forma di apprendimento per gli innegabili vantaggi che essa offre ai fornitori e agli utenti in termini di efficacia e di costi. La comunicazione mediata dal computer si sta dimostrando una delle attività più interessanti tra quelle rese possibili dalla improvvisa e sconvolgente presenza, variamente interpretabile e utilizzabile, che è costituita dal fenomeno Internet.

Contrariamente ai precedenti sistemi di

formazione a distanza, come l’insegnamento svolto esclusivamente per corrispondenza e con materiali di lavoro cartacei e quello successivo, integrato dalla disponibilità di software didattico ma privo di supporti telematici, la cosiddetta terza generazione di sistemi di formazione a distanza prescinde totalmente dal supporto materiale e dal mezzo postale. Gli studi e le sperimentazioni condotte hanno portato a definire alcune caratteristiche che differenziano sostanzialmente i sistemi di formazione a distanza di terza generazione da quelli precedenti e dalla formazione in presenza di tipo tradizionale.

La formazione in rete incide sulle metodologie e sulle forme dell’apprendimento,

realizzando possibilità prima impensabili, riducendo i costi d'intervento dovuti alla distanza, ma anche modificando la sostanza stessa dei modi attraverso i quali si realizza l'apprendimento stesso.

Vengono infatti incrementate, ad esempio,

1. l'interattività;
2. le possibilità di collaborazione nelle fasi di studio, produzione e di verifica;
3. la possibilità di confrontare il proprio livello di apprendimento e le proprie verifiche con quelle degli altri partecipanti;
4. la disponibilità di materiali on-line;
5. l'arricchimento di tale disponibilità su iniziativa dei partecipanti;
6. la socializzazione;
7. la flessibilità della fase esecutiva;

Gli interventi formativi possono (e dovrebbero) essere oggi caratterizzati da un ambiente di lavoro integrato, una vera aula virtuale, che ospita una comunità di apprendimento, una biblioteca con i materiali di lavoro on-line, un sistema di messaggistica che rende estremamente veloci le interazioni tra discenti, tutor e docenti, e un'architettura minuziosamente progettata ma estremamente flessibile, pronta ad essere adeguata alle circostanze e al fluire degli eventi.



Anche se è possibile usare i sistemi di comunicazione più semplici, come la posta elettronica, i forum e i diversi tipi di software sociale, come Facebook o Twitter, l'ambiente ideale dovrebbe permettere l'archiviazione di documenti, testi, immagini, suoni e, in certi casi anche esercizi o test da svolgere on line, deve permettere di creare spazi dedicati alle

diverse attività , o ai diversi gruppi di lavoro e alle diverse scansioni temporali o tematiche del corso.

La comunicazione asincrona, totalmente diversa dalla teleconferenza, purtroppo oggi di gran moda, diviene uno dei punti di forza della FaD di terza generazione: essa permette, entro intervalli temporali predefiniti, la scelta dei tempi di lavoro più consoni alle diverse situazioni personali, alla localizzazione geografica e agli impegni di lavoro; risulta pertanto la forma migliore nel caso di studenti lavoratori, di attività di formazione in servizio e di formazione degli adulti in generale.

Sessioni di chat, comunicazioni in diretta simili a telefonate, possono risultare utili solo in casi eccezionali o nei momenti conclusivi di una partizione delle attività , ma sono caratterizzate da volatilità , così come la teleconferenza, molto simile a un'effimera lezione frontale, a una bella conferenza, a una trasmissione televisiva. L'apprendimento in rete è altra cosa!

Ciò che maggiormente definisce tale ultima generazione di interventi è, in ogni caso, la dimensione sociale dell'apprendimento.

La online education favorisce e quasi impone forme di apprendimento collaborativo, tanto che si è giunti a spostare il fuoco su questo aspetto e a parlare quindi di CSCL (Computer Supported Collaborative Learning). La comunicazione diviene essa stessa "materiale di lavoro", in continuo incremento, come la conoscenza che da essa scaturisce e viene condivisa.

L'apprendimento individuale diventa il frutto di un processo di gruppo, il ruolo del docente diviene quello del facilitatore di processi cognitivi o di "esperto"; l'interattività è la cifra del processo collaborativo e la comunicazione multi-a-molti, concessa dalle nuove tecnologie, ne garantisce l'efficacia e la rapidità. In tale dimensione diviene essenziale, mediana e quindi centrale, la figura del tutor, vero esperto, non della disciplina, riservata al docente (facilitatore o esperto) ma dei metodi, della gestione di eventi, della comunicazione e delle sue tecniche.

*Ottavio de Manzini - Gabriele Optale*

# L'ARMONIA DEL GESTO

I media parlano così spesso delle nostre presunte mancanze professionali che ci fanno dimenticare le nostre eccellenze.



Stefano A. Berto

Medicina e Chirurgia e Odontoiatria, professioni intellettuali.

Prima si parla, poi si guarda, poi si tocca, poi si parla ancora un po', eventualmente s'indaga più tecnicamente, poi si pensa (spesso mi sono chiesto se la parte intellettuale è "solo" questa), poi si sceglie e infine si agisce. Tutto ciò è atto primo ma è l'agire che seguirà che segnerà la realtà, è ciò che cambieremo, in modo sempre irreversibile, con le nostre parole o le nostre mani, che farà la differenza. Le mani.

Mani con pollice opponibile, i meravigliosi attrezzi che hanno reso l' homo sapiens dominante su tutte le altre specie che, come noi, miravano alla supremazia per la sopravvivenza. Mani che possono esprimere al massimo la nostra arte, mani che, seguite, incoraggiate e ben guidate, trasmettono sicurezza, sostituiscono cuori come ricostruiscono denti, toccano, accarezzano, fanno terapia. Creano salute. Ma c'è modo e modo di muovere le mani.

Dal semplice percuotere al palpare, da dare la giusta tensione al filo di sutura al manovrare l'endoscopio e mille altri piccoli o grandi esempi essi sono gesti talmente quotidiani e ripetitivi da perdere di significato ai nostri occhi tanto sono consueti e abitudinari. Ma, una volta tanto, guardiamoci lavorare, da fuori, staccati da quella concentrazione che ci permette di tendere a non sbagliare, possiamo farlo.

E allora comincia la musica.

Dita che arpeggiano con delicatezza e decisione insieme, dita che eseguono sincrone una danza guidata dai nostri occhi, dai nostri recettori tattili e dalle percezioni spazio-temporali, un complesso d'interazioni sensoriali incredibilmente ricco e perfettamente integrato.

L'armonia del gesto diventa la musica del movimento.

Non è perfezione, non esiste la perfezione, però tende a. Se ascoltate con attenzione le vecchie canzoni di Mina, lei, che in sala di registrazione non accettava di ripetere, quindi andava sempre bene la prima, troverete stecche, parole fuori nota e altre dissonanze, ma l'insieme finale era sorprendentemente armonioso ed equilibrato. Il trucco c'è ma non si vede, provate a guardare le vostre mani mentre lavorate, o semplicemente provate a esserne consapevoli. Si muovono da sole, ma quanta perizia, quanta esperienza e quanta competenza stanno dietro a quei gesti! Le mani sono un po' come il carattere e il modo di essere di una persona, c'è l'irruento, il disinvolto, il maldestro, il perfezionista e via così, esse seguono pedissequamente la filosofia di movimento di coloro cui appartengono. Tutti abbiamo sperimentato su di noi un tocco più o meno pesante, la delicatezza è importante nella nostra professione, ma sappiamo anche che, quando bisogna essere decisi, non si può esitare. Avete mai osservato come il

Attività  
dell'Ordine

tremito o l'incertezza che a volte ci coglie in un particolare passaggio non abbia quasi mai radici in quello che stiamo facendo, ma, generalmente, arrivi da un pensiero, da una sensazione, da una paura o ancor più spesso un'improvvisa emozione, e sempre, la nostra arte ci permette di fermarle. Ognuno a modo suo. Le nostre mani, in quel momento, non sono lo strumento della terapia, bensì sono la terapia, ricordiamocelo.

Tutt'oggi, a volte, quando scendo dal marciapiede per attraversare la strada, resto stupito dalla massa di informazioni sensoriali necessarie per non perdere l'equilibrio scendendo un banale gradino continuando a camminare con abbrivio senza increspicare. Tutte le correzioni di postura, di equilibrio e le sinergie muscolari neuro-fisiologiche sono automatiche e non raggiungono nessun livello di coscienza, ma noi medici sappiamo perfettamente quale enorme numero d'integrazioni d'informazioni e di conseguenti reazioni siano necessarie per una cosa così semplice come fare un passo con scalino continuando a camminare. La fisiologia insegna. Pensateci. E dove si manifesta la massima espressione di questi meccanismi? Sulla punta dei polpastrelli, all'apice delle nostre mani.

Ancora la musica ricorre come esempio, la sua magia espressa dagli strumenti ad arco, a corda, a tastiera, non vivono che di soli polpastrelli? L'agire medico è forse diverso? Pensiamo al ruolo "curativo" dell'imposizione delle mani nelle credenze prescientifiche di molte culture. Se ne accenna in alcuni papiri egizi, in scritti romani e nella cultura giapponese. Poi, lungo il corso della storia, ogni epoca ha avuto i suoi "guaritori" fino al secolo XVII dove si postula l'esistenza di "flussi di energia", non meglio precisati, fino ad arrivare, all'inizio dell'800, alle teorie sul magnetismo animale di Franz Anton Mesmer che ebbero un grande seguito in

tutta Europa. Ancora, il "reiki", molto di moda in Italia qualche anno fa, parto del monaco giapponese Mikao Usui alla fine dell'ottocento, si è auto estinto non avendo ottenuto alcuna efficacia terapeutica. A tutt'oggi i seguaci del Mesmerismo (esiste ancora qualche squinternato) usano la pratica dell'imposizione delle mani. Secondo me, loro stessi si rendono perfettamente conto che i successi come "guaritori" sono dovuti non tanto al benefico effetto delle terapie, quanto alla capacità di suggestione sulle menti dei pazienti. Da qui deriva anche la pranoterapia, tutta italiana ma mutuata dall'induismo, nata negli anni 70.

L'unico effetto dimostrabile è ancora una volta quello placebo.

Figlio d'arte, non clinica, bensì artigiana, fin da bimbo guardavo per ore, affascinato, le mani di mio padre muoversi magicamente attorno a tutto ciò che toccava, il massimo era quando mi aggiustava il giocattolo di turno, che io regolarmente smontavo per capire come funzionava, e che, altrettanto regolarmente, non ero più in grado di riassemblare. Quanta perizia e quanto amore in quei semplici gesti, gesti che noi medici ripetiamo all'infinito tesi al ripristino di una salute, logorata o compromessa, in modo, a volte, fin troppo inconsapevole.

Tutto ciò è, per la mano e quindi per noi operatori, un quotidiano superar se stessa. Lo stress insito nella difficoltà dello spingerla ad attraversare problematiche e complicazioni sempre diverse e sempre in agguato, non dimentichiamo, porta all'evoluzione del gesto, la nostra evoluzione. E non sottovalutiamo il fatto che il "fare" comporta un effetto terapeutico anche per l'operatore stesso, gratificante ed emozionalmente appagante. Grazie gesto.

*Stefano A. Berto*

# PERCORSI DI SALUTE

Dalle parole hai fatti.



Sotto i raggi di uno splendido sole, sabato pomeriggio 26 maggio il Consiglio dell'Ordine dei medici e odontoiatri di Venezia quasi al completo si è trovato al parco di San Giuliano a Mestre per donare alla città "i percorsi della salute", iniziativa sorta grazie alla collaborazione di OMCEO Venezia con il Comune di Venezia, la Fondazione Ars Medica, come lascito concreto dopo la prima edizione della manifestazione "Venezia in Salute".

Si tratta di tre tracciati ad anello di diversa lunghezza, che si inoltrano nel verde del parco, contrassegnati da tre colori diversi (percorso bianco di 2.660 metri, verde di 3.490 metri e rosso di 6.290 metri); ogni percorso inizia da un leggìo nel quale accanto alla distanza da percorrere viene specificato il dispendio energetico associato. Lì si può percorrere con le racchette – come hanno fatto i camminatori della Nordik Walking della sezione di Mestre – o a passo sostenuto, seguendo i numerosi cartelli indicatori posti lungo i tre percorsi o in completo relax.

Durante la breve cerimonia di inaugurazione il Presidente dell'Ordine dei medici di Venezia, Maurizio Scassola, ha esordito affermando come "... molti anni fa questo luogo era una discarica, un posto di degrado, oggi è un vanto per la città, una meravigliosa realtà che ci rende orgogliosi.

Questo progetto che oggi si concretizza

nasce con l'obiettivo di far capire ai cittadini che non devono ragionare solo sui loro diritti ma anche sui doveri che hanno verso la loro salute individuale e la loro comunità".

Bruno Centanini, delegato Sindaco per la Sanità ha indicato l'importanza dell'appropriarsi del parco come luogo di cultura, della cultura della salute.

Fare squadra porta a questi risultati – ha sostenuto Roberto Turetta, Presidente del Consiglio comunale di Venezia. Oggi è davvero un giorno di festa perché diamo un servizio alla collettività, pur nella semplicità della costruzione del percorso. I cittadini hanno ora una opportunità in più e un nuovo incentivo alla cultura della salute; nonostante la crisi la città sta migliorando, sta evolvendo e questo è un segnale di ottimismo.

"Strutturare il Parco con elementi fissi – ha sostenuto Piero Rosa Salva, Presidente di Venice Marathon – può portare qualunque cittadino a rendere la propria attività e il proprio allenamento più consapevole e programmato".

Al taglio del nastro ha poi fatto seguito una camminata di prova – guidati dal Presidente della Fondazione Ars Medica, Angelo Frascati e dal Presidente dell'Istituzione bosco e Grandi Parchi Giovanni Caprioglio, in tuta ginnica per l'occasione - entro il primo anello.

*Franco Fabbro*

Attività  
dell'Ordine

# SULLA DONAZIONE DEL CORPO POST MORTEM AI FINI DI STUDIO

Al fine di una migliore formazione tecnico-operatoria dei Chirurghi italiani, nel 2003 inviai una lettera all'Ordine dei Medici della provincia di Venezia: vi si richiamava l'attenzione sull'opportunità di promuovere lo studio anatomico e tecnico-operatorio sul cadavere nelle Università e negli Ospedali.

La mia esortazione fu pubblicata agli inizi del 2004 nella rivista dell'Ordine dei Medici di Venezia dopo un colloquio con l'allora presidente dell'Ordine e non fu senza attenzione e senza esito: in data 23 giugno 2004 vi fu una proposta di legge al Parlamento sul tema "Disposizioni in materia di donazione del corpo post mortem a fini di studio e di ricerca scientifica. Lo studio della proposta fu affidato alla XII Commissione Permanente degli Affari Sociali.

Richiamai nuovamente l'attenzione sull'importanza della formazione chirurgica in una lettera indirizzata al Ministro della Salute on Turco in data 29 marzo 2007.

Negli anni seguenti ho osservato con soddisfazione che in Italia è stato istituito un centro per l'utilizzo del cadavere in esercitazioni anatomico-chirurgiche, che sono comparsi nella stampa articoli favorevolmente dedicati a questo tema e che del tutto recentemente la Commissione Affari Sociali ha adottato il Testo base unificato A.c. 746 per la donazione del corpo post mortem a fini

di studio e di ricerca scientifica.

In questo percorso non ho avuto un ruolo decisionale, ma probabilmente ho acceso la scintilla di un fenomeno che doveva manifestarsi nella nostra civiltà.

Sono certo che, se non fossi intervenuto, inevitabilmente entro un breve periodo qualche altro chirurgo italiano avrebbe fatto le mie stesse osservazioni e che si sarebbe prodotto un analogo fenomeno. Infatti, se le mie osservazioni hanno avuto un seguito, significa che i tempi sono maturi per produrle e per recepirle.

E' del resto esperienza storica che all'esordio di ogni fenomeno sociale compaiono dapprima sporadici pionieri, che propongono e sostengono idee nuove, anche senza aver interagito tra loro; poi gradualmente, in tempi anche molto lunghi, emergono sempre più numerosi sostenitori, fino a produrre effetti concreti.

E' dunque tempo di stimolare le forze politiche a non perdere di vista l'importanza della formazione professionale del chirurgo tra i tanti problemi economici che tendono ad assorbire energie e attenzione.

Quanto spesso non abbiamo udito parlare della chirurgia d'oltralpe e d'oltreoceano con rispetto reverenziale? Eppure secoli fa in Inghilterra e in altri paesi europei i chirurghi s'identificavano con i barbieri,

Attività  
dell'Ordine





che esercitavano una modestissima attività "chirurgica" (per es. i salassi). Diversamente da questa realtà l'ordinamento del Collegio Medico-Chirurgico veneziano era abbastanza evoluto da prevedere fin dall'anno 1453 l'obbligo per i Chirurghi di assistere a dissezioni anatomiche, che si svolgevano per tre settimane all'anno.

Nel 1500 questo ambiente culturale fece germinare illustri chirurghi, tra i quali merita particolare menzione Giovanni Andrea Dalla Croce, autore dell'opera "Cirugia Vniversale e Perfetta di tutte le parti pertinenti all'ottimo Chirurgo", che all'epoca e fino alla seconda metà del 1600 fu un importante testo di riferimento per questa disciplina. Esso contiene il sapere di un Chirurgo che seppe unire le esperienze clinica e anatomo-chirurgica sul cadavere. Purtroppo a quel tempo l'esercitazione anatomo-chirurgica non era sufficiente per eseguire molte procedure chirurgiche, in assenza di un adeguato supporto farmacologico. Attualmente sono invece eseguiti interventi chirurgici anche di evidente complessità; dunque l'esercitazione anatomo-chirurgica darebbe concretamente maggiore esperienza e sicurezza in molte situazioni difficili dell'attività operatoria. E' perciò incredibile che nel corso dei secoli questa buona pratica non sia progredita verso programmi di esercitazione tecnico-operatoria sul cadavere non solo per gli specializzandi in Chirurgia, ma anche per i chirurghi nell'ambito di una formazione continua in Medicina.

E' evidente che ogni popolo costruisce la sua storia e, se la volontà del popolo italiano è stata finora di chiusura verso la concessione dei cadaveri per esercitazioni operatorie, non si può forzarne la volontà, pur constatando che la formazione chirurgica ne è fortemente compromessa, con conseguenze negative sui risultati di cura dei pazienti.

Forse in futuro vi sarà un diverso orientamento, ma sono gli ambienti chirurgici, gli Ordini dei Medici e le Società Scientifiche di concerto con le forze politiche più illuminate i luoghi in cui possono maturare strategie per sensibilizzare i cittadini verso questa esigenza. Forze opposte contrastano questo percorso, si leggano in proposito i vari appelli della Lega Nazionale contro la Predazione di Organi.

Non le definisco forze negative, poiché prima di ogni valutazione si devono intendere

pienamente le ragioni addotte. Sono dunque forze con cui si deve dialogare, se concesso, perché siano compresi chiaramente i criteri per definire "cadavere" un organismo umano.

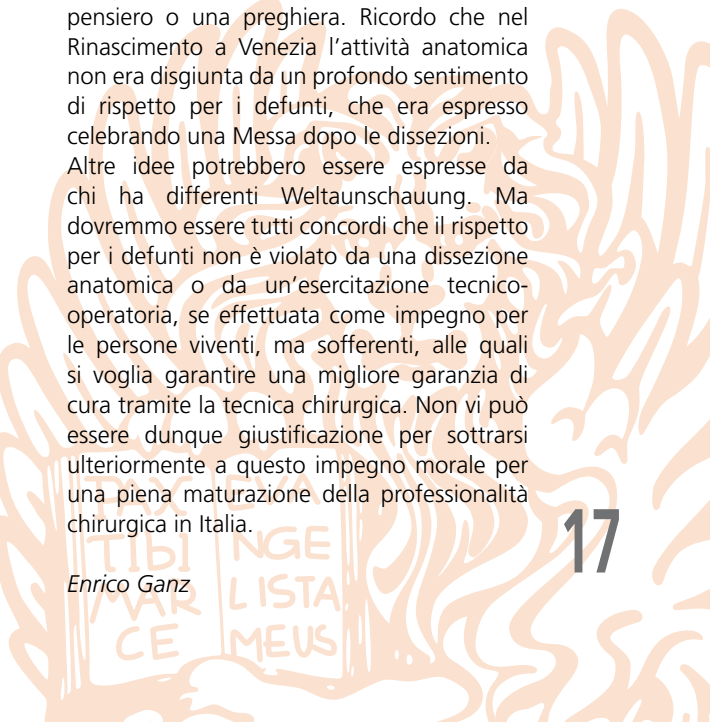
Quanto al rispetto per i defunti è opportuno fare una breve riflessione: questo profondo sentire dell'animo umano dovrà sempre essere tutelato dalla legge, limitando ogni abuso sul cadavere: sfruttamento per interessi economici e vilipendio, ovvero atteggiamenti di scherno, scherzi effettuati utilizzando parti di cadavere sottratti alla sala, utilizzo dei corpi come materiale per opere d'arte, ecc. Ricordiamo Creonte, il Re che nella tragedia di Sofocle è punito dagli Dei per aver imprigionato Antigone, rea, a suo giudizio, di un atto di pietà verso il fratello defunto. Come Sofocle ho una sorta di una percezione - che non è evidenza scientifica, ma che non per questo deve essere sottovalutata - cioè che la dignità dei defunti sia tutelata da Dio, anche se non vi fosse una legge tutelare di Stato: chiunque non la riconosca ne subirà le conseguenze.

Ma, perché non vi siano equivoci, da cristiano ricordo quanto il Maestro disse a quel tale che chiedeva di seppellire il padre, prima di seguirlo per annunziare il Regno di Dio: "Lascia che i morti seppelliscano i loro morti esegui".

Il rispetto per i defunti si può esprimere con la sepoltura, ma ancor più dedicando loro un pensiero o una preghiera. Ricordo che nel Rinascimento a Venezia l'attività anatomica non era disgiunta da un profondo sentimento di rispetto per i defunti, che era espresso celebrando una Messa dopo le dissezioni.

Altre idee potrebbero essere espresse da chi ha differenti Weltaanschauung. Ma dovremmo essere tutti concordi che il rispetto per i defunti non è violato da una dissezione anatomica o da un'esercitazione tecnico-operatoria, se effettuata come impegno per le persone viventi, ma sofferenti, alle quali si voglia garantire una migliore garanzia di cura tramite la tecnica chirurgica. Non vi può essere dunque giustificazione per sottrarsi ulteriormente a questo impegno morale per una piena maturazione della professionalità chirurgica in Italia.

Enrico Ganz



# IL RAGIONAMENTO CLINICO NEI CONTESTI CON POCHE RISORSE: COSA INSEGNA LAVORARE NEL SUD DEL MONDO



Attività dell'Ordine

Lo scorso 12 maggio si è tenuto a Mestre il corso "Rafiki e Ol Moran tre anni dopo: il ragionamento clinico nei contesti con poche risorse", organizzato dall'associazione "Rafiki Pediatri per l'Africa" in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri "Lucrezia Corner".

Rafiki è il nome dell'associazione nata a Mestre nel 2007 per volontà di un gruppo di pediatri con l'intento di operare come volontari nei paesi in via di sviluppo.

In particolare l'attività è iniziata presso la missione di Ol Moran, dove la popolazione pediatrica si trovava in gravi condizioni sia sul piano nutrizionale che sanitario in generale, e la presenza di medici ed infermieri non era garantita dall'organizzazione governativa.... Si tratta di un territorio semiarido, posto a 2000 m di altezza sull'altipiano di Laikipia West, regione centrale del Kenya, a circa 250 km da Nairobi, dove convivono diversi gruppi etnici, alcuni residenziali, come i Kikuyu e i

Turkana, dediti all'agricoltura, altri nomadi, quali i Pokot e i Samburu, che vivono di pastorizia. Le razzie, i furti, gli omicidi e il traffico d'armi derivanti dagli scontri tribali hanno aggravato in passato una situazione già di per sé instabile.

In questo contesto del tutto privo di risorse, tranne che i pochi esami forniti dal laboratorio di Ol Moran, abbiamo cominciato a lavorare nei dispensari ma anche sul territorio, raggiungendo le tribù più lontane tramite le cliniche mobili, dove un lettino sotto un'acacia e una panca in mezzo al bush sono tutto quanto si ha a disposizione.

Tre anni fa, in occasione di un convegno analogo, oltre a confrontarci con altre realtà veneziane e mestrine impegnate nella cooperazione internazionale, parlammo dell'opportunità di ampliare l'intervento ai medici di medicina generale e ad altri specialisti, cosa poi avvenuta. Da allora un'equipe di 2-4 medici si reca in Kenya ogni mese, e in tal modo colleghi di diverse branche sperimentano l'arricchimento culturale, oltre che umano, derivante dal condividere questo viaggio.

Ma il tema fondante il nostro incontro, che conduce a riflessioni più vaste sul ruolo del medico nella realtà occidentale, è stato il "ragionamento clinico nei contesti con poche risorse".

Operando nei Paesi in via di sviluppo ci troviamo di fronte un tipo di patologia da noi non più comune, quella infettiva, spesso complicata dalla coesistenza di più malattie; non solo, ma queste patologie, nella specificità con cui si manifestano in tali contesti, sono anche poco conosciute, e in questo i libri non ci aiutano: questo vale non solo per le modalità di presentazione e per

la storia clinica, ma anche per la patogenesi, che sarebbe così importante conoscere ma che invece è spesso oscura per la pochezza delle evidenze (purtroppo, al di fuori della logica del profitto è difficile che si investa nella ricerca).

Per noi che proveniamo da un paese con grande ricchezza di mezzi diagnostici, del tutto mancanti nelle realtà dove andiamo a prestare la nostra attività, tornare ad utilizzare la conoscenza e l'esperienza (il "sapere" e il "saper fare") può essere un 'esercizio utile e un obiettivo da inseguire anche nella nostra realtà di medici occidentali, troppo spesso impegnati a sprecare tempo e risorse in pratiche diagnostiche e terapeutiche inutili se non dannose.

E' questo il filo conduttore (il "fare meglio con meno") che ha mantenuto legati i differenti momenti d'aggiornamento che si sono succeduti, a partire dalla relazione sulla malaria, tenuta da Andrea Rossanese, responsabile dell'ambulatorio di Consulenza per i viaggiatori internazionali del centro di malattie tropicali di Negrar, I numeri della malaria fanno paura: ogni anno si hanno dai 300 ai 500 milioni di casi e circa 1 milione di morti, specie tra i bambini. Da noi la malattia riguarda quasi soltanto gli immigrati stabilmente residenti nel nostro paese nel momento in cui ritornano nel paese d'origine per far visita a parenti o ad amici.

Tra i tanti aspetti pratici trattati sono emersi due punti fondamentali per combattere la malattia: la conoscenza del rischio e la prevenzione. A questo proposito, se è vero che la malaria è una malattia della povertà, e come tale endemica in realtà rurali, sono impressionanti i risultati ottenibili sulla riduzione della mortalità infantile semplicemente facendo dormire i bambini sotto zanzariere impregnate con insetticidi. L'OMS ritiene che i casi di malaria possano ridursi nei Paesi africani dell'85% nei prossimi 5 anni tramite questo tipo d'intervento.

Della TBC ci ha parlato Sergio Adamoli di Medici in Africa, una grande organizzazione di Genova impegnata a fornire copertura



sanitaria nelle emergenze umanitarie nonché a formare personale medico e paramedico nel Sud del mondo.

La TBC, con i suoi 9 milioni di nuovi casi e i suoi 2 milioni di morti l'anno, costituisce un'altra delle grandi emergenza mondiali. La relazione ha messo in evidenza come qualunque tentativo di combattere la malattia senza considerare il contesto sociale nel quale si sviluppa sia destinato al fallimento.

La difficoltà del depistage e il ritardo della diagnosi (ogni malato può contagiare più di 20 persone!) incidono sulla capacità di rompere la catena di trasmissione. L'alto tasso di abbandono della terapia, le difficoltà nell'approvvigionamento e nella distribuzione dei medicinali nonché la co-infezione con l'HIV fanno il resto nel favorire lo sviluppo delle resistenze e l'incremento della mortalità. I maggiori progressi nel controllo globale della TBC si basano sull'implementazione della strategia DOTS, acronimo che sta per Directly Observed Therapy, che prevede che il paziente venga seguito da un operatore con funzione di controllo nel corso dei 6-8 mesi di terapia: si può capire da questo quanto importante sia il dispiego di risorse da mettere in campo.

Davide Marchesin ci ha parlato della sua tesi di laurea, per la quale ha trascorso lunghi periodi sia ad Ol Moran che a Nairobi nello slum di Kibera raccogliendo ed elaborando i dati relativi a due centri di bambini affetti

Attività  
dell'Ordine

da malnutrizione cronica: un bell'esempio di ricerca delle evidenze sul campo; infine Ivan Capobianco ha raccontato la sua esperienza in Angola, presso l'Ospedale Divina Providencia di Luanda, dove ha trascorso un periodo tramite il progetto dell'Istituto Burlo Garofalo per l'Infanzia di Trieste.

Tre gli aspetti trattati, cominciando dall'intervento sulla malnutrizione acuta, allo scopo di mantenere la mortalità al di sotto del 10% come suggerito dall'OMS. A partire da un bacino d'utenza di circa un milione di persone provenienti da un unico immenso slum, i bambini più gravi, quelli emodinamicamente instabili o con stato di coscienza alterato, afferiscono alla sala delle emergenze; gli altri vengono internati e trattati o non internati e seguiti con controlli periodici. Fondamentale il programma di lezioni teoriche e pratiche impartite alle mamme sulle modalità di allattamento e di alimentazione dei piccoli.

Inoltre, un interessante lavoro sull'uso del midazolam intranasale per le procedure invasive nei bambini ed infine la messa in opera di un sistema di rilevazione dell'immagine radiologica di tipo digitale. Questo permette la sostituzione del sistema a pellicola, costoso ed inquinante, e consente la trasmissione dell'immagine rendendo possibile il teleconsulto a distanza in tempo reale.

Certamente, anche in questo caso, rimane fondamentale la necessità di impiegare risorse per formare personale locale, sia tecnici che medici radiologi.

Queste le relazioni, che si possono scaricare dalla sezione download del nostro sito [www.rafikiforafrica.org](http://www.rafikiforafrica.org).

Al di là però della parte formativa, si è trattato di una bella occasione d'incontro per medici e operatori sanitari di varia provenienza (pediatri di famiglia, ospedalieri, medici di medicina generale, specialisti di varie branche ma anche specializzandi, studenti, infermieri...) tutti motivati da una comune esigenza e tutti in definitiva sollecitati a porsi una comune domanda: perché andiamo in Africa? Certo,

qualche volta mi viene da pensare che prima che di medici e infermieri questa gente avrebbe bisogno di pozzi, di fognature, di scuole, di zanzariere impregnate di permetrina sotto le quali far dormire i bambini. Che forse quello che facciamo, cioè far diagnosi e curare, è un'azione troppo piccola a fronte del vuoto assoluto della prevenzione.

Sono molto più frequenti, però, i momenti in cui mi sento rassicurato e in cui credo di sapere perché andiamo.

Andiamo, prima di tutto, per "sapere" e per "conoscere".

Per fare un'esperienza che ci cambia, che cambia in meglio il nostro modo di fare questo lavoro, e che continua anche una volta tornati a casa.

Per l'illusione di rimediare con un piccolo gesto all'odioso disinteresse del mondo occidentale, e in particolare a quello dell'Italia,



che si era impegnata nel 2005 a versare lo 0,7 del PIL e invece ne versa meno dello 0,1.

Perché il nostro intervento non consista più nell'esportare e imporre valori e modelli che erroneamente riteniamo più evoluti ma si concentri nello sforzo di capire una realtà tanto diversa.

E perché, un giorno, questa gente possa arrivare ad avere i mezzi e le capacità per crescere da sola e fare finalmente a meno di noi.

*Paolo Moretti*

# LA QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO E LE PROCEDURE DI RISCOSSIONE PER I MANCATI PAGAMENTI

La quota di iscrizione all'ordine è disciplinata dal **D.Lgs. C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 "Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse"**.

*ART 4. ...Il Consiglio, entro i limiti strettamente necessari a coprire le spese dell'Ordine o Collegio, stabilisce una tassa annuale, una tassa per l'iscrizione nell'albo,...*

*ART8. Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie è necessaria l'iscrizione al rispettivo albo.*

*ART 11 La cancellazione dall'albo è pronunciata dal Consiglio direttivo, d'ufficio o su richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica, nei casi: ...f) di morosità nel pagamento dei contributi previsti dal presente decreto.*

**L'avviso di pagamento** della quota di iscrizione all'Ordine è annuale e viene inviato ad ogni iscritto all'indirizzo di residenza depositato in Segreteria o, se indicato espressamente, al domicilio fiscale oppure attraverso Rid bancario. L'incarico della riscossione per l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Venezia è affidato ad Equitalia Nord S.P.A. (art. 3 Dlg 203/2005 convertito in legge n. 248/2005).

Attività  
dell'Ordine

QUOTA ORDINISTICA - AVVISO DI PAGAMENTO				
È OBBLIGATORIA?	QUANTO COSTA?	CHI LA INVIA?	QUANDI SI PAGA?	E SE MI DIMENTICO?
SI - D.Lgs C:P.S. n 233/1946	- 140.00 € iscrizione singolo albo - 240.00 € iscrizione doppio albo	Equitalia Nord s.p.a.	Annualmente entro il 31 marzo	Si può pagare anche in ritardo contattando la Segreteria

Qualora tale avviso di pagamento non fosse sanato entro i termini indicati, la Segreteria dell'Ordine provvede ad inviare un sollecito scritto di pagamento bonario e un sollecito telefonico se depositato un recapito valido in Segreteria.

Qualora l'iscritto non provveda al pagamento della quota, lo stesso può essere iscritto a ruolo. L'Ente forma il ruolo iscrivendo le somme da riscuotere in base ad un titolo che lo legittima a riscuotere.

**Il ruolo è**

- il mezzo di riscossione di tutti i tributi (erariali, locali e regionali) ed anche di **entrate non tributarie in tutti i casi nei quali non è avvenuta la riscossione mediante ritenuta diretta o versamento diretto;**
- è un atto amministrativo che racchiude un elenco di somme da riscuotere (per imposte, interessi, sanzioni);
- consegnato all'Agente Riscossore ( nel nostro caso Equitalia Nord S.P.A.), che dà comunicazione delle singole iscrizioni ai contribuenti mediante **notifica della cartella di pagamento.**

Il **sollecito di pagamento o cartella (maggiorata di euro 5.80 per le spese di notifica)**, è una sorta di 'promemoria' che viene inviato a chi ha un debito d'importo non elevato, fino a 10 mila euro, con l'invito a mettersi in regola. Con il dl 70/2011, convertito con modificazioni dalla legge 106/ 2011, per i debiti fino a 2 mila euro .

Nella cartella di pagamento si trova la descrizione di quanto si deve pagare, la tipologia del tributo, chi è l'ente creditore; dove, come ed entro quale scadenza effettuare il versamento; i soggetti a cui rivolgersi per presentare un eventuale ricorso; come e a chi chiedere la rateazione delle cartelle.

Il contribuente ha **60 gg. di tempo dalla notifica della cartella o 90 gg. dall'avviso di accertamento per pagare, dopo di che le somme dovute saranno maggiorate degli interessi di mora e delle spese sostenute dall'Agente Riscossore.**

**Il procedimento prevede che, trascorsi questi termini, senza che il contribuente abbia provveduto al pagamento, Equitalia notifici un "preavviso di fermo".**

Con il dl 70/2011, convertito con modificazioni dalla legge 106/2011, e il dl 16/2012, convertito con modificazioni dalla legge 44/2012, sono state introdotte ulteriori comunicazioni al contribuente. In particolare:

- prima di iscrivere ipoteca**, l'Agente della riscossione notifica al proprietario dell'immobile una comunicazione preventiva contenente l'avviso che, in mancanza del pagamento delle somme dovute entro 30 giorni, si procederà all'iscrizione d'ipoteca;
- per i debiti fino a 2 mila euro** l'applicazione di misure cautelari ed esecutive sono precedute dall'invio per posta ordinaria di due solleciti di pagamento, di cui il secondo a distanza di almeno sei mesi dal primo;
- quando l'Agente della riscossione riceve in carico le somme dell'accertamento esecutivo o dell'avviso di addebito**, è tenuto a darne avviso al contribuente tramite raccomandata. Tale obbligo viene meno quando l'Agente ha un fondato timore per il buon esito della riscossione: in questo caso può procedere senza informativa.

Una volta inviate queste comunicazioni, se le somme dovute continueranno a non essere pagate, l'Agente della riscossione intraprenderà le opportune azioni per il recupero coattivo, inviando al contribuente un apposito avviso a seconda del tipo di procedura prevista (es. avviso d'iscrizione del fermo amministrativo, atto di pignoramento).

Attività  
dell'Ordine

ISCRIZIONE A RUOLO DELLA SOMMA			
COSA SIGNIFICA?	SI PAGA DI PIÙ?	C'È UNA SCADENZA?	E SE NON PAGO ENTRO IL TERMINE?
Verrà emessa una cartella esattoriale da Equitalia Nord	Si - le spese di notifica sono pari a € 5.80	Si - entro 60 giorni dal ricevimento	Verranno aggiunti gli interessi di mora per ogni giorno di ritardo

Il **preavviso di fermo** viene inviato al contribuente prima di eseguire l'iscrizione vera e propria. Il preavviso invita il debitore a mettersi in regola nei successivi **20 giorni** con l'avviso, altrimenti, **Equitalia provvede ad iscrivere al P.R.A. o alla Capitaneria di Porto, il provvedimento; può comunicare l'iscrizione del fermo al contribuente, ma non è obbligatorio.**

**I fermo amministrativo di un bene comporta:**

- \* il divieto di circolazione del veicolo;
- \* inopponibilità di atti di cessione;
- \* l'impossibilità di cancellarlo dal P.R.A. (esempio la demolizione).

**Circolare ugualmente con il veicolo prevede una sanzione amministrativa o la confisca del medesimo. In caso di incidente, l'assicurazione non paga i danni causati.**

**Gli effetti del fermo cessano solo con il pagamento del debito, l'annullamento dell'atto o la sospensione del ruolo.**

Se a seguito della notifica della cartella e degli altri avvisi il cittadino non paga e non interviene un provvedimento di sospensione o annullamento da parte dell'ente creditore, l'Agente della

riscossione (Adr) deve obbligatoriamente recuperare le somme iscritte a ruolo attivando le procedure di riscossione disciplinate dalla legge.

Il DL 201/2011, convertito con modificazioni dalla legge 22 dicembre 2011 n. 214, ha introdotto delle novità **sulla vendita dei beni**: il debitore ha facoltà di procedere alla vendita del bene pignorato o ipotecato al valore determinato ai sensi degli articoli 68 e 79 del dpr 602/73, con il consenso dell'agente della riscossione, il quale interviene nell'atto di cessione e al quale è interamente versato il corrispettivo della vendita. L'eccedenza del corrispettivo rispetto al debito è rimborsata al debitore entro i dieci giorni lavorativi successivi all'incasso.

<b>FERMO AMMINISTRATIVO</b>			
<b>COSA SIGNIFICA?</b>	<b>COME PROCEDE?</b>		
È un'azione di riscossione coatta	Vengono inviati due solleciti da Equitalia Nord	Viene inviato un preavviso di fermo amministrativo	Se dopo 20 giorni non si effettua il pagamento viene applicato il fermo amministrativo vero e proprio
<b>COME SI ATTUA?</b>	<b>CHE COSA COMPORTA?</b>		
Viene comunicato al P.R.A. il fermo dei veicoli di proprietà del moroso	Il divieto di circolazione del veicolo	L'inopponibilità degli atti di cessione	L'impossibilità di cancellare il veicolo dal P.R.A.
<b>COME FACCIAMO A TOGLIERE IL FERMO AMMINISTRATIVO?</b>	<b>E SE NON RIESCO A PAGARE TUTTO?</b>		
Devo pagare la somma iniziale più tutte le spese sostenute da Equitalia Nord per la riscossione del debito	Si può rateizzare contattando Equitalia Nord	Equitalia Nord impone la vendita del bene con restituzione del surplus di valore rispetto al debito	

Attività dell'Ordine

<b>PERCHÈ PAGARE ENTRO LA SCADENZA?</b>
<b>PERCHÈ È UN DOVERE</b>
<b>PERCHÈ È SEGNO DI CORRETTEZZA</b>
<b>PERCHÈ RISPARMIO ECONOMICAMENTE</b>
<b>PERCHÈ NON PERDO TEMPO A RISOLVERE LUNGHE PRATICHE CON EQUITALIA</b>
<b>PERCHÈ AIUTO IL MIO ORDINE A RISPARMIARE INUTILI COSTI CHE POTREBBERO ESSERE UTILIZZATI MEGLIO</b>

Un sentito ringraziamento a tutti gli iscritti, che pagando entro i termini previsti, contribuiscono al buon funzionamento delle pratiche amministrative della Segreteria.

Fonte: La Nuova Redazione Fiscale A.N.CO.T.; Equitalia Nord S.P.A.

Il Segretario dell'Ordine  
Dott.ssa Caterina Boscolo

Il Collaboratore  
Veronica Boldrin

23

# UN CHIARIMENTO INTERPRETATIVO SULLA PUBBLICITÀ DELL'INFORMAZIONE SANITARIA

Un definitivo chiarimento interpretativo, in merito alla questione della pubblicità dell'informazione sanitaria, arriva dalla giurisprudenza. La sentenza della Cassazione Civile n. 3717 del 9 marzo 2012 precisa chiaramente che le liberalizzazioni, introdotte in materia di pubblicità dalla lg. 248/2006, trovano applicazione non solo per i professionisti, ma anche per le strutture sanitarie gestite da società di capitali.

L'art. 2 della Lg 248/2006 stabilisce che "sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali: (...)

*b) il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'ordine;*

(...)

Le disposizioni deontologiche e pattizie e i codici di autodisciplina che contengono le prescrizioni di cui al comma 1 sono adeguate, anche con l'adozione di misure a garanzia della qualità delle prestazioni professionali, entro il 1° gennaio 2007. In caso di mancato adeguamento, a decorrere dalla medesima data le norme in contrasto con quanto previsto dal comma 1 sono in ogni caso nulle".

Il recente aggiornamento giurisprudenziale rende definitiva chiarezza sui termini di controllo preventivo e di verifica della pubblicità dell'informazione sanitaria, escludendo in ogni caso che l'Ordine possa ancora fare riferimento alla legge 175/92. In particolare stabilisce che "L'abrogazione generale contenuta nella L. n. 248 del 2006, art. 2,

*lett. b, nella quale è sicuramente compresa l'abrogazione delle norme in materia di pubblicità sanitaria, di cui alla L. n. 175 del 1992, prescinde dalla natura (individuale, associativa, societaria) dei soggetti rispetto ai quali rileva l'esercizio della professione sanitaria, atteso che la stessa è attuativa dei principi comunitari volti a garantire la libertà di concorrenza e il corretto funzionamento del mercato e sarebbe illegittimo, oltre che irragionevole, limitarne la portata all'esercizio della professione in forma individuale, fermo restando che, all'interno del nuovo sistema normativo, nel quale la pubblicità non è soggetta a forme di preventiva autorizzazione, gli Ordini professionali hanno il potere di verifica, al fine dell'applicazione delle sanzioni disciplinari, della trasparenza e della veridicità dei messaggi pubblicitario".*

In particolare per quanto concerne le strutture sanitarie la legge 175/92 prevedeva un'autorizzazione REGIONALE rilasciata previo nulla osta dell'Ordine territorialmente competente. In tal senso l'Ordine non aveva potere autorizzatorio diretto, ma esplicava un proprio parere intermedio di congruità sul messaggio nel corso dell'iter di autorizzazione regionale. Ad oggi la regione del Veneto, non ha modificato tale percorso, anche se al momento le pratiche di pubblicità sono ferme in Regione alla luce di questa recentissima giurisprudenza che introduce un definitivo stop a qualunque forma di controllo preventivo sulla pubblicità ed elimina i criteri stringenti e ben incardinati sui contenuti e le forme del messaggio stabiliti dalla precedente normativa. La sentenza sarà oggetto di una attenta valutazione da parte dell'ufficio legale della Regione che dovrebbero portare ad un documento regionale di indirizzo su modi e forme della pubblicità.



Questa questione sottende due differenti e, per loro stessa natura, contrastanti interessi. Da un lato la possibilità di pubblicizzare la prestazione offerta con metodi e contenuti sempre più estremi e concorrenziali, dall'altro la necessità di tutelare il cittadino da pubblicità ingannevoli in un ambito di sicuro interesse stante la natura le bene protetto: la salute.

Il compito dell'Ordine si mantiene in una posizione di equilibrio, attento a rendere un giudizio deontologico che calibri il messaggio in termini di decoro e dignità della professione, comunque secondo criteri di veridicità e correttezza del messaggio.

In effetti, questo ruolo viene richiamato anche dalla sentenza laddove pur confermando "l'abrogazione delle norme restrittive della pubblicità" affida agli Ordini professionali il "controllo della libera pubblicità, ai fini disciplinari, sotto il profilo della trasparenza e veridicità (cfr., rispetto agli avvocati, Sez. Un. 18 novembre 2010, n. 23287, in motivazione)".

La sentenza citata n. 23287 del 18.11.2010, seppur riferita all'Ordine degli Avvocati, si sofferma proprio su questo rilevante aspetto poiché specifica *"diversa questione dal diritto a poter fare pubblicità informativa della propria attività professionale è quella che le modalità ed il contenuto di tale pubblicità non possono ledere la dignità e al decoro professionale, in quanto i fatti lesivi di tali valori integrano l'illecito disciplinare" il quale dispone che "sussiste la libertà di informazione da parte dell'avvocato sulla propria attività professionale, ma che tale informazione, quanto alla forma ed alle modalità deve "rispettare la dignità ed il decoro della professione" e non deve assumere i connotati della "pubblicità ingannevole, elogiativa, comparativa"*.

In tal senso anche il Codice di deontologia medica contiene una serie di articoli che danno lo stesso rilievo, seguendone l'ordine si evidenziano alcuni concetti fondamentali per comprendere quelli che sono i limiti di

controllo ed il tipo di valutazione posta a carico dell'Ordine. Fin dal primo articolo, infatti, emerge per il medico l'obbligo del decoro e della dignità anche al di fuori della professione e nell'art. 4 si precisa che il medico non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura, non ultima quella puramente commerciale.

Il capo XI si occupa poi espressamente della pubblicità e informazione sanitaria che deve essere trasparente e veritiera, assecondando i principi della correttezza informativa, responsabilità e decoro professionale. "L'informazione non deve essere arbitraria e discrezionale, ma obiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili e verificata dall'Ordine competente per territorio." (art. 56)

"Il medico non deve mai venir meno a principi di rigore scientifico, di onestà intellettuale e di prudenza, escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri." (art. 56)

Nella realtà la liberalizzazione della pubblicità ha stressato il limite, con il moltiplicarsi di pubblicità che forzano il messaggio verso forme sempre più commerciali e temerarie, anche di basso profilo.

In tale contesto si rileva anche una disparità, poiché le grandi strutture sanitarie, magari in franchising, hanno possibilità molto più ampie di fare pubblicità e solitamente sono proprio quelle che si spingono all'estremo utilizzando strumenti e mezzi di informazione di natura puramente commerciale e concorrenziale che nulla hanno a che vedere con "l'informazione sanitaria", spesso senza confrontarsi con i propri direttori sanitari.

L'Ordine per poter mantenere il suo ruolo di garanzia deve essere nella condizione di temperare i diversi interessi, ponendo limiti chiari e definiti, per questa ragione l'Ordine di Venezia ha continuato a fare verifiche su contenuti, forme e strumenti della pubblicità in maniera precisa e stringente, mettendo in evidenza i punti fragili delle richieste.

Il venir meno della possibilità di un controllo preventivo della pubblicità, comunque rende

meno efficiente il sistema, poiché l'Ordine non è per sua stessa natura in grado di esplicitare un potere ispettivo e quindi deve affidarsi alle segnalazioni di altri.

Si ritiene pertanto di evidenziare che in alcuni articoli del codice di deontologia viene richiamato l'obbligo di collaborazione degli iscritti con il proprio Ordine (art. 64, 65 e 69). In particolare l'art. 65 comma 1, prevede l'OBBLIGO di "comunicare all'Ordine territorialmente competente ogni accordo, contratto o convenzione privata diretta allo svolgimento dell'attività professionale al fine della valutazione della conformità ai principi del decoro, dignità ed indipendenza della professione". Stimolando questo doveroso rapporto di collaborazione tra Ordine ed iscritto sarà più facile avere strumenti anche per monitorare il sistema della pubblicità.

Anche il Direttore Sanitario, con l'art. 69 ha compiti precisi: il dovere di comunicare all'Ordine il proprio incarico, di far rispettare il codice di deontologia all'interno della struttura e di vigilare sul "materiale informativo" divulgato, nell'ambito più

generale di uno stringente rapporto di collaborazione con l'Ordine.

L'Ordine continuerà a svolgere la propria funzione di controllo e verifica sul messaggio pubblicitario, cercando di dare sempre forza ed efficacia ai principi deontologici, indispensabili per mantenere il decoro e dignità ad una professione che non può confondere le proprie prestazioni con un prodotto commerciale ma deve essere in grado di riprodurre un modello virtuoso in grado di mettere il cittadino nella condizione di fare scelte chiare e consapevoli, tutelandone il bene salute.

Il Segretario

*Dott.ssa Caterina Boscolo*

Il Funzionario

*Dott.ssa Carla Carli*

Attività  
dell'Ordine

## DICHIARAZIONE DEI REDDITI: DETRAZIONI

In vista della dichiarazione dei redditi per l'anno d'imposta 2011, in data 1 giugno 2012, è uscita la circolare n.19/E dell'Agenzia delle Entrate che fornisce alcune delucidazioni sulle spese detraibili e deducibili che è possibile riportare in dichiarazione.

La Circolare ha risposto ad alcuni quesiti particolari che interessano i contribuenti in merito alle spese sostenute nel 2011 e sulla possibilità di riportarle in detrazione o deduzione nella corrispondente dichiarazione dei redditi.

Si riassumono brevemente i punti ritenuti di maggior interesse per i lettori.

### **Acquisto di dispositivi medici in erboristeria**

In merito alla possibilità di detrarsi le spese per dispositivi medici, l'Agenzia delle Entrate chiarisce che non esistono vincoli in relazione alla qualifica del soggetto alienante e, pertanto, legittima la detrazione d'imposta delle spese sostenute per l'acquisto di dispositivi medici effettuato in erboristeria.

### **Spese di riabilitazione**

L'Agenzia delle Entrate riporta che, a seguito dell'interpello presentato al Ministero della Salute, sono state fornite nuove indicazioni in merito alla detrazione delle spese sostenute per le prestazioni sanitarie rese da figure professionali elencate nel decreto ministeriale

de 29 marzo 2001.

Considerato che "l'evoluzione delle professioni sanitarie ha portato ad una progressiva autonomia ed assunzione di responsabilità dirette dei professionisti e che la natura sanitaria di una prestazione non può essere definita sulla base del fatto che la stessa sia erogata a seguito di una prescrizione medica" l'Agenzia ha rivisto il precedente orientamento (circolare 39/2010), secondo il quale la detraibilità di tali spese era subordinata alla prescrizione di un medico.

E' quindi possibile detrarre le spese per prestazioni sanitarie effettuate dagli operatori iscritti alle "professioni sanitarie riabilitative" (articolo 3 del decreto ministeriale 29 marzo 2001) anche in assenza di una specifica prescrizione medica. Ai fini della detrazione dovranno risultare in fattura la relativa figura professionale e la descrizione della prestazione resa.

#### **Spese sostenute per la frequenza di palestre**

La spesa per l'iscrizione ad una palestra non può essere qualificata come spesa sanitaria anche se l'attività motoria è finalizzata alla cura/prevenzione di una patologia. Tale spesa non può essere detratta in quanto non riconducibile a un trattamento sanitario qualificato e non è detraibile neppure in presenza di prescrizione medica.

#### **Macchina a ultrasuoni**

L'Agenzia con circolare n. 20 del 13 maggio 2011 ha individuato i dispositivi medici che possono essere detratti in presenza di specifiche condizioni. Poiché la macchina a ultrasuoni non rientra nell'elenco dei dispositivi medici di uso più comune (allegato alla circolare n. 20/2012), la spesa per il suo acquisto può essere detratta solamente in presenza di scontrino o fattura dai quali risulti il soggetto che sostiene la spesa e la descrizione del dispositivo medico.

Inoltre, il contribuente deve essere in grado di comprovare che il dispositivo è contrassegnato dalla marcatura CE.

#### **Spese relative a disabili: ippoterapia e**

#### **musicoterapia**

In merito alle attività di ippoterapia e musicoterapia, la Circolare chiarisce che, "in assenza di specifica disciplina sanitaria che qualifichi tali attività e i soggetti competenti ad esercitarle" ed in considerazione del fatto che "le stesse possono contribuire a migliorare il benessere psico-fisico del soggetto beneficiario", per poter fruire della deduzione delle spese sostenute per la frequenza di tali corsi, finalizzati alla riabilitazione di portatori di handicap, occorre che "un medico ne attesti la necessità per la cura della patologia di cui è affetto il soggetto" e che "le prestazioni siano eseguite in centri specializzati<sup>2</sup>, sotto la direzione di personale medico o sanitario (psicoterapeuta, fisioterapista, psicologo, etc). Pertanto dovrà essere presente la prescrizione medica e la fattura dalla quale risulti che le prestazioni sono state eseguite da "personale medico o sanitario specializzato ovvero sotto la loro direzione e responsabilità tecnica".

#### **Spese notarili per la stipula del mutuo ipotecario: Deposito presso il notaio**

Gli oneri accessori connessi all'operazione di finanziamento per l'acquisto dell'abitazione principale sono detraibili dal reddito nella misura del 19%, per un importo non superiore a 4.000 euro.

Tra gli oneri accessori sono comprese le spese notarili per la stipula del mutuo, le quali, sono detraibili secondo il principio di cassa (cioè quando effettivamente sostenute). E' secondo questo principio che l'eventuale deposito presso il notaio, per l'onorario e per le spese da sostenere in nome e per conto, è detraibile nell'anno di costituzione dello stesso, anche se l'emissione della fattura (per la quale il notaio ha sessanta giorni di tempo) avvenga nell'anno successivo. Ovviamente il contribuente dovrà documentare l'importo e la data dell'avvenuto deposito.

#### **Immobili di interesse storico o artistico concessi in locazione**

A partire dall'anno d'imposta 2012 i canoni di locazione per gli immobili di interesse storico

artistico scontano l'imposta con una riduzione forfetaria dell'imponibile pari al 35%.

Per il calcolo degli acconti dell'Irpef e dell'addizionale comunale per l'anno 2012, i contribuenti dovranno assumere, quale imposta del periodo precedente, quella che sarebbe risultata applicando le nuove regole introdotte.

L'Agenzia delle Entrate si è soffermata in particolare nelle risposte ai quesiti relativi alle detrazioni per le **ristrutturazioni edilizie e sulle spese per la riqualificazione energetica** che si riassumono qui sotto.

### **Soppressione dell'obbligo di comunicazione al centro operativo di Pescara**

A decorrere dal 14 maggio 2011, è stato soppresso l'obbligo di inviare al Centro Operativo di Pescara la comunicazione di inizio lavori per gli interventi di recupero del patrimonio edilizio per usufruire della detrazione del 36%.

La semplificazione interessa l'intero anno 2011, quindi, anche le spese sostenute anteriormente al 14 maggio.

In sostituzione della comunicazione, i contribuenti dovranno indicare nella dichiarazione alcuni dati (tra cui i dati catastali identificativi dell'immobile oggetto di ristrutturazione) e conservare i documenti indicati nel provvedimento direttoriale del 2 novembre 2011.

Per questo motivo, chi ha iniziato i lavori prima del 14 maggio 2011 e ha dimenticato di inviare la comunicazione al Centro operativo di Pescara, non perde il diritto alla detrazione recuperando l'errore con la dichiarazione dei redditi 2012.

### **Soppressione dell'obbligo di indicazione della manodopera in fattura, principio del favor rei**

L'art. 7 del DL 70 del 2011 ha abrogato l'obbligo di indicazione in fattura del costo della manodopera.

Con la circolare dell'1 giugno 2012, l'Agenzia ha chiarito che la suddetta abrogazione ha effetto sia per le spese sostenute nel 2011 sia

per quelle sostenute negli anni precedenti per il c.d. principio del Favor Rei.

La regola vale sia per il recupero del patrimonio edilizio che per la riqualificazione energetica.

### **Spese condominiali**

Il condomino può usufruire della detrazione Irpef del 36%, relativa a lavori effettuati sulle parti comuni del fabbricato, se è in possesso della certificazione dell'amministratore del condominio che attesti l'ammontare della spesa relativa ad ogni singolo condomino, di avere assolto tutti gli obblighi necessari per beneficiare dell'agevolazione e di essere in possesso degli originali della documentazione. I condomini devono indicare il c.f. del condominio senza riportare gli estremi catastali dell'immobile.

### **Dichiarazione sostitutiva di inizio attività**

Nel caso in cui la normativa edilizia non preveda alcun titolo abilitativo per la realizzazione di interventi di ristrutturazione edilizia agevolati dalla normativa fiscale, il Contribuente, per non perdere lo sconto del 36%, dovrà produrre una dichiarazione sostitutiva nella quale sia indicata la data di inizio lavori e sia specificato che gli interventi rientrano tra quelli agevolabili, anche se non necessitano di alcun titolo abilitativo.

### **Vendita dell'immobile**

In caso di vendita dell'immobile oggetto degli interventi di recupero del patrimonio edilizio le detrazioni spettanti "possono essere utilizzate dal venditore oppure possono essere trasferite per i rimanenti periodi d'imposta all'acquirente".

In assenza di specifiche indicazioni nell'atto di trasferimento (atto notarile) le detrazioni residue competono all'acquirente (pertanto "seguono" l'immobile).

La presente regola è valida anche nel caso di trasferimento di proprietà di immobili oggetto di spese per la riqualificazione energetica.

*Piero Cagnin*

# SELEZIONATI PER NOI

Per ogni medico la comunicazione con il paziente è un momento cruciale, specie se si tratta di comunicare brutte notizie: una malattia cronica incurabile, una prognosi infausta, l'impossibilità ad avere figli ecc.

Qui di seguito vengono segnalati un libro e un film che affrontano questo tema delicato.

**ALBERTO BARRERA TYSZKA**

**"LA MALATTIA"**

**EDIZIONI EINAUDI**



Andrea Miranda, il protagonista del libro, è un medico affermato; ha molti anni di esperienza e un'idea precisa di quello che deve essere il rapporto medico-paziente, un rapporto basato sulla trasparenza e la sincerità assoluta.

Quando viene sapere che suo padre ha un cancro e gli restano pochi mesi di vita, si trova ad affrontare una situazione molto angosciata: l'etica professionale gli suggerisce di dire la verità, il sentimento lo

induce a tacerla.

Su questo dualismo si impenna il libro e sulla malattia che si insinua come un tarlo nel rapporto padre e figlio, rendendo assai difficile la comunicazione.

È un libro intenso, che mette in luce la fragilità dell'esistenza e ci parla della difficoltà del medico, che conosce i segreti del corpo, di affrontare il dolore e la malattia dei propri cari.

**"LA MIA VITA SENZA DI ME"**

(My life without me) è un film drammatico **DIRETTO DA ISABEL COIXET**

con Sarah Polley, prodotto nel 2003 e reperibile in DVD.



È la storia di Ann una giovane donna di 23 anni che vive una vita modesta con i suoi due figli e il marito in una roulotte nel giardino di sua madre.

La sua vita prende una svolta drammatica quando scopre di avere il cancro e due soli mesi di vita.

Molto interessante nel film è la parte

Attività  
dell'Ordine

riservata al rapporto tra il medico e la paziente e alla difficoltà del medico di comunicare alla giovane paziente una prognosi così infausta.

Tale comunicazione faticosa, ma chiara e inequivocabile, permette alla giovane donna di compiere un intimo percorso dedicando a se stessa le sue ultime settimane di vita, rivoluzionando il suo concetto dell'esistenza per dare una importanza estrema ad ogni piccolo gesto, ogni parola, ogni sguardo.

Questo piccolo spazio all'interno del Notiziario vuole raccogliere spunti culturali che ci aiutino ad affrontare le tematiche più frequenti a cui come medici siamo chiamati a rispondere.

Potrebbe anche diventare un momento di scambio di segnalazioni su libri, film, eventi che possono aiutarci a vivere meglio la nostra professione.

Chi di voi volesse commentare i libri o film qui recensiti o segnalarne altri inerenti all'argomento, può farlo inviandolo al mio indirizzo email: [ornella.mancin@virgilio.it](mailto:ornella.mancin@virgilio.it)

*Ornella Mancin*

Attività  
dell'Ordine



Pubblichiamo l'ultimo articolo del dott. Giuliano Sassi.

## **FEDER. S.P. E V.**

Federazione Sanitaria Pensionati e Vedove.

### **Sezione Provinciale di Venezia**

**Via Mestrina, 86**

**30172 VENEZIA - MESTRE**

### **ASSEMBLEA ANNUALE**

**DEGLI ISCRITTI DELLA SEZIONE DI VENEZIA**

**18 APRILE 2012**

### **RELAZIONE DEL PRESIDENTE**

Carissimi, eccoci qui riuniti, come ogni anno, quasi a festeggiare il dono della vita.

Grazie alle Signore, agli amici e agli ospiti che sono potuti intervenire.

Un affettuoso, riverente pensiero a chi non c'è più. (in piedi).

Nel corso del 2011 desidero ricordare:

- Il Consiglio Nazionale e la Giornata del

Pensionato

- I Consigli Regionali
- Le convocazioni congiunte del C.D.P. e C.R.C. nella Sala Consiliare dell'Ordine
- L'Assemblea Annuale degli Iscritti in questa stessa Sala Riunioni
- I cortesi inviti di personale partecipazione alle altre Assemblee Provinciali
- Il 48° Congresso Nazionale ad Abano con il nostro concreto contributo
- La gita nella Laguna sud
- La Festa degli Auguri
- La mancata conferma nel C.R.C., di un nostro candidato, nelle recenti elezioni dell'Ordine
- La disponibilità di alcuni colleghi nell'offrirci il loro prezioso aiuto che ringrazio.
- I contributi inviati il 10/01/2012 basati sul numero effettivo dei paganti,

duecento, e non sul numero degli iscritti.

Nell'attuale momento difficile che la Nazione sta attraversando, ci sono imposti dei sacrifici che, in un prossimo futuro, promettono il buon diritto a salvaguardia di una giusta riforma pensionistica.

In una fase di estremo salvataggio, siamo su delle scialuppe.

Comunque i problemi sono aperti, a fronte dei quali dobbiamo metterci l'impegno di sempre, senza perderli di vista: non possiamo rimanere indifferenti, bisogna affrontare l'emergenza in maniera responsabile.

La FEDER.S.P.E V. è consociata a due grandi Federazioni quali Cida e Confedir – Mit.

È nata così, una nuova confederazione "Costituente Manageriale" alla quale fanno parte 700.000 dipendenti in attività e 300.000 pensionati: una grande forza sindacale, valido interlocutore delle Istituzioni.

Si dia dignità ai giovani con l'offerta di possibilità lavorative e si riconoscano ai pensionati i loro sacrifici contributivi che hanno il diritto di essere protetti dall'erosione dovuta all'inflazione e quindi sempre perequati.

I pensionati sono soggetti attivi, il 78% del reddito IRPEF dichiarato, arriva da loro: non esiste paradosso più sconvolgente, quando si pensi che l'incremento per le pensioni nel 2010 è stato calcolato allo 0,7%, quota che scende allo 0,545% per i così reputati "fortunati" che incassano 2.288 euro lordi al mese, a fronte di una inflazione galoppante. Una recente ricerca OCSE ha accertato che l'Italia, il settimo paese più industrializzato del mondo, ha il record del più basso potere d'acquisto per i lavoratori dipendenti e pensionati: sono certo che per risolvere il problema previdenziale, non si sia imboccata la via della diminuzione dell'età media della vita, ma la realizzazione di una più corretta amministrazione del patrimonio pubblico.

Dopo l'emergenza, le richieste di programmazione economica – finanziaria sono così delineate:

- perequazione di tutte le pensioni;
- paniere ISTAT specifico per tutti i pensionati;
- detassazione a quote in rapporto all'età;
- eliminazione dei benefici di pensioni privilegiate;
- necessaria abolizione del comma 41 dell'art. 1 della famigerata legge Dini 334/95, incostituzionale ai sensi degli articoli 329 e 47;
- stop alle demenziali politiche che ci indicano sempre tra i principali contribuenti alla solidarietà nazionale.

Sono nostri quei valori che impongono stima e rispetto, un trattamento che non è difficile pensare destinato alla parte migliore della società: non è demagogia.

La dedizione al lavoro e ai pazienti, per noi non è mai stata gestione di rischio di stress occupazionale con eventuale, piacevole rifugio nell'alcool o nella droga: "la trappola della dipendenza patologica professionale", così oggi si dice.

L'adattamento e la perseveranza, il coraggio e il sacrificio sono stati i fattori dominanti di un solo stile di vita con il quale anche noi abbiamo ricostruito l'Italia del dopoguerra.

Non siamo noi a dover essere invitati a credere nell'Ordine Professionale che ha già compiuto i suoi cento anni, siamo noi che lo abbiamo fatto crescere ed amato perché ci ha consentito la professione più bella del mondo e siamo noi che tendiamo la mano ai giovani nel segno di una continuità e insegnamento che solo dagli anni possono venire.

*FEDER. S.P. E V.  
Sezione Provinciale di Venezia  
Il Presidente  
dott. Giuliano Sassi*

Attività  
dell'Ordine

VENEZIA IN SALUTE

# VIS

**SABATO 20 E DOMENICA 21 OTTOBRE  
PARCO DI SAN GIULIANO A MESTRE.**

