OMCeO

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

02.10

Anno LI - n. 02 del 31 marzo 2010 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

L'ipnotista

Formazione sul campo

30 anni di esperienza nei consultori

Lo stress e la libera professione

Novità fiscali

Dimissione protetta e paziente fragile

periodico
Omologato
Posteitaliane

ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

2

Consiglio Direttivo

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

Collegio dei Revisori dei Conti

Effettivi

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

Supplente

dott. ALBERTO COSSATO

Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

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

Anno LI - n. 02 del 31 marzo 2010
Aut. Tribunale di Ve n. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale
Maurizio Scassola

Direttore Responsabile
Franco Fabbro

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

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

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

Progetto Grafico
Valentina Remigi

Stampa
Grafiche Antiga - Crocetta del Montello (TV)

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

Chiuso in redazione il 31 marzo 2010

04 L'ipnotista

06 Tra Scilla e Cariddi

08 Formazione sul campo

10 Convegno sui consultori

13 La nuova certificazione di invalidità civile

14 Sindrome da trasporto intracorporeo di droga

17 Previdenza: fondo sanità i rendimenti

18 Lo stress e la libera professione, chi paga il conto?

20 Approccio multidisciplinare alla sindrome cefalalgica

21 Il Children's Study

22 Alcune Novità fiscali ed economiche introdotte dalla Legge Finanziaria 2010

24 La dimissione protetta

25 Questionario responsabilità civile professionale medici

28 Paziente fragile: prevenzione e prospettive

30 FEDER.S.P.E.V.

Sommario

L'ipnotista

"Sentirai solo la mia voce e il conto alla rovescia. Tutto è tranquillo è immobile e non c'è motivo di paura" (L'ipnotista" – Lars Kepler)

Nella mitologia greca Hypnos è rappresentato da un ragazzo alato che tiene in mano delle capsule di papaveri. Il suo nome significa sonno. E' il fratello gemello della morte e figlio della notte e delle tenebre.

Viviamo da tempo in uno stato di soporoso stupore. Siamo un Paese incapace di rivisitare la propria storia, privo di autocritica; tutto intorno un orizzonte nebbioso che crea ansia, instabilità, incertezza. Tutto è liquido ed immobile.

Hypnos , il ragazzo alato, ci porge capsule di televisone, di telepromozioni, di para - realtà (oggi si chiama reality) e di pseudo politica.

Ma questo tempo non può rapire la nostra memoria, le nostre speranze, i nostri sogni.

E' tempo di risvegliarsi dal torpore ipnotico e di riprendere a osservare, ricercare, progettare, proporre e governare.

Il politico vuole dimostrare, a tutti i costi, che è capace di decidere : è l'uomo del fare; legifera e norma prendendo spesso le scorciatoie populistiche.

Reparti sotto organico, turni di lavoro che mettono a rischio la salute e la qualità della vita degli operatori e la sicurezza delle cure, sottofinanziamento delle attività territoriali, sistema delle urgenze / emergenze sempre ai limiti della operatività; la salute del medico e la buona relazione con il contesto lavorativo non sono considerati presupposti fondamentali per la sicurezza, per la umanizzazione delle cure. Prevenire le malattie da burn out degli operatori della salute, le vere risorse del Sistema, dovrebbe essere considerato un obiettivo prioritario e strategico.

Tutto invece passa in secondo piano rispetto al grande problema nazional-popolare: l'assenteismo! Oggi l'assenteismo è una delle capsule di papavero più gettonate.

I medici vogliono che le grandi risorse umane presenti nel SSNN siano messe nelle condizioni di poter lavorare serenamente rispondendo ai bisogni di salute; la formazione e la costruzione di un modello organizzativo di vera continuità

delle cure, nella sicurezza e nella qualità, è la pre-condizione che può determinare una svolta nei rapporti di collaborazione tra le professioni sanitarie, la politica e le aziende in un percorso omogeneo, funzionale alla efficienza ed agli outcome. Non possiamo tollerare il paradosso di vivere in ambienti super tecnologici, costati investimenti faraonici, quando quotidianamente le famiglie vivono il dramma delle carenze assistenziali ai pazienti con disabilità, agli anziani, alle persone in fase terminale.

La futura politica regionale dovrà rispondere in termini di concretezza di progetti e di bilanci. Non vogliamo ipnotisti e vogliamo partecipare alle decisioni.

I medici devono cogliere questo tempo come occasione di rivisitazione e di rilancio della propria credibilità ragionando di ambiente, di investimenti possibili, di rapporto pubblico / privato, di nuove strutture e organizzazioni socio-assistenziali. Dobbiamo entrare nel dibattito sulla progettazione del nostro futuro.

La Professione Medica vive in modo particolarmente sofferto questo tempo che impone la

rivisitazione a tutto tondo del proprio ruolo professionale, sociale e politico.
E' evidente a tutti che la crisi del rapporto medico/paziente è anche crisi del tempo, del modo e del luogo della relazione. Non esiste il tempo perché semplicemente non è previsto tra gli obiettivi del SSNN. Il paziente e la sua famiglia spesso non lamentano la carenza delle prestazioni ma la cattiva e frettolosa comunicazione. Al di là di tanto facile populismo, che mina la stessa credibilità del SSNN, basterebbe pubblicare le statistiche delle ore straordinarie di operatori che devono costantemente tappare le falle dell'organico e della organizzazione aziendale, del sacrificio dei medici del territorio che rappresentano il primo livello di incontro tra domanda di salute ed offerta di servizi in un sistema pubblico che troppo spesso li considera estranei.
I medici devono proporre queste riflessioni ma hanno l'obbligo di impegnarsi per un cambiamento che implica la revisione dei percorsi formativi e la piena assunzione di responsabilità; è necessario conquistare quel potere che si sviluppa e che si accresce quando una categoria è capace di responsabilizzare e di coinvolgere. Stiamo parlando di incidere nello sviluppo di una Democrazia moderna che si mette continuamente in gioco e fonda la propria esistenza e la propria evoluzione sui concetti di Responsabilità e di Partecipazione.
Noi diamo significato alla parola democrazia quando la parola politica è impiegata nel suo vero significato: conflitto di opinioni da cui nasce una buona pratica. Non è proprio questo il valore antropologico ed etico della parola politica?
L'Ordine dei Medici di Venezia pone con forza la necessità di ritornare a dialogare e a progettare per una vera politica per la Salute.
La scorciatoia del decisionismo a tutti i costi è un pericolo grave per un Paese ed una Regione che hanno bisogno vitale di coesione, di solidarietà e di scelte partecipate.
La nostra area metropolitana rappresenta l'ecosistema socio-ambientale di riferimento, il territorio dove si sviluppano le nostre esistenze, dove seminiamo i nostri talenti, dove investiamo tutte le nostre risorse, dove respiriamo ciò che produciamo. E' per tutti questi motivi che siamo intervenuti anche sulle scelte della nostra regione per l'inceneritore di Marghera.
Stiamo parlando di una Etica applicata che deve fare i conti con la domanda: quali condizioni rendono possibile l'assunzione di decisioni in presenza di posizioni diverse? Queste sono le riflessioni che oggi, come Ordine dei Medici di Venezia, offriamo alla politica "del fare" e non "dei semi di papavero".

Maurizio Scassola

Tra Scilla e Cariddi

La medicina contemporanea ha raggiunto livelli di conoscenza dei fattori eziologici e di possibilità terapeutiche senza precedenti. La storia dell'evoluzione della medicina che ha portato a questo risultato può e deve essere studiata con metodi oggettivi e scientifici.

La storia della medicina ci dice che la sanità che noi conosciamo nasce grazie al cristianesimo, che sottrae la malattia al giudizio morale (il malato non è un peccatore) e pone l'empatia alla base di ogni attività umana ("ama il prossimo tuo come te stesso").

Questa medicina oggi è oggettivamente in crisi.

La medicina basata sull'empatia viene bollata come paternalistica e rifiutata in nome dell'autodeterminazione del paziente.

È importante capire che la crisi della medicina è oggettivamente e scientificamente connessa con l'evoluzione culturale della società nel suo complesso.

In questo contesto emerge la soddisfazione dell'utente come criterio della qualità della prestazione sanitaria. Un servizio sanitario è di qualità quando il paziente o i suoi familiari sono soddisfatti della qualità percepita del servizio. Poco conta se il paziente ha ricevuto il meglio che le risorse tecnologiche ed economiche potevano offrirgli, conta se è soddisfatto.

Ma se non è soddisfatto cosa fa? Il contenzioso medico-paziente nasce dall'insoddisfazione del paziente ma viene gestito dai periti - di parte o di ufficio - sulla base della qualità tecnico-scientifica. Il collega denunciato si trova tra Scilla e Cariddi: difficile sfuggire a tale fuoco incrociato!

Se il paziente non è soddisfatto incarica un tecnico di dimostrare che la sua insoddisfazione è fondata, come abbiamo illustrato nella indagine sulla malpratice realizzata nei mesi scorsi.

L'autodeterminazione del paziente è chiaramente la cifra della medicina contemporanea e non è in alcun modo eludibile. Una recente informativa del Garante della Privacy (all'attenzione del Consiglio dell'Ordine nel momento in cui scrivo queste righe) afferma che la privacy del paziente va tutelata al punto che può non essere lecito domandargli se è sieropositivo e che comunque il paziente non è obbligato a rispondere!

Noi medici non possiamo capovolgere la storia

ma possiamo interrogarci sulle modalità di esercizio della medicina in questo contesto.

Cosa significa curare un paziente autodeterminato?

Un paziente autodeterminato può chiedere prestazioni impossibili o comunque non essere soddisfatto delle prestazioni ipotizzate o fornite. Quale dei nostri pazienti è soddisfatto alla notizia che una certa cura ha scarse possibilità di successo e alti costi, come abbiamo discusso in occasione del convegno organizzato dal COI-3V sulla terapia del 4° superiore il 27 Febbraio u.s.?

Noi sappiamo cosa è stata la medicina precristiana: il malato era considerato e trattato come un colpevole ed egli stesso era alla ricerca dell'oscura colpa causa del proprio male, male

aggravato poi dall'abbandono e dalla mancanza di solidarietà.

Noi sappiamo cosa è stata la medicina cristiana, i giganti dell'assistenza sanitaria, da Camillo de Lellis a don Gnocchi, di recente beatificazione.

Noi ci interroghiamo su cosa sarà la medicina post-cristiana e su quale fisionomia assumerà la medicina esercitata sulla base di un contratto dove l'utente detta le caratteristiche del servizio anche anticipatamente, come ci è stato raccontato nel corso della recente tavola rotonda promossa dalla Pastorale della salute presso la sede del nostro Ordine sull'Ordine del Giorno respinto nel consiglio comunale di Venezia sulle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, al quale hanno partecipato il vicepresidente dell'Ordine dott. Ramuscello e il tesoriere dott. Roncali, oltre ai consiglieri comunali Casson, Campa, Conte, al presidente dell'AMCI di Venezia dott. Brugiolo e al direttore della Caritas don Pistolato.

Il confronto tra la sanità europea, italiana in particolare, e la sanità USA è ulteriormente stimolante in questo orizzonte.

"Il Paese più ricco e potente del mondo ha il sistema sanitario più inefficiente. Può contare sui professionisti più qualificati e specializzati, sulle tecnologie più avanzate, le infrastrutture di miglior livello eppure la sua efficacia è così modesta da garantire agli Stati Uniti solo il 47° posto fra i Paesi industrializzati per aspettativa di vita e il 22° per sopravvivenza infantile. Inoltre, a fronte di una spesa superiore a quella di qualsiasi altra Nazione (15% del PIL), lascia 45 milioni di cittadini senza copertura sanitaria pagando ogni anno un tributo di ben 22.000 decessi per malattie curabili." (L. Munari, Direttore Generale SAPIO Life Srl, Monza MB).

La medicina americana incarna già da tempo un modello centrato sul contratto e sull'autodeterminazione del paziente. Oltre oceano stanno cercando soluzioni ad un sistema che fa acqua da molte parti; noi non dobbiamo dar per scontato che quella sia la strada che dobbiamo percorrere ad ogni costo.

L'urgenza di questi interrogativi, pur nel confronto con posizioni confessionali, è tutt'altro che confessionale: è universale, cogente, imprescindibile per tutti noi, per tutta la professione.

Cosimo Tomaselli

Formazione sul campo

Metodologia clinica a confronto tra medici ospedalieri e medici di famiglia: comunicare per integrare

In via di definizione, nell'ambito della ASL 13 di Mirano-Dolo, la seconda edizione di **un corso di formazione la cui peculiarità risiede nell'affiancamento, all'interno dei rispettivi setting lavorativi, di medici ospedalieri o dei distretti socio-sanitari e di medici di famiglia,** allo ***scopo di porre a confronto le metodologie cliniche normalmente usate nei due distinti ambiti, nell'intenzione di promuovere una sempre maggiore conoscenza dei rispettivi ambiti di lavoro che sia funzionale alla pratica di una più completa comunicazione, rispettosa delle specificità di ognuno.***

Avete presente la questione (vera, presunta, mai del tutto smentita?) della "lontananza" tra ospedale e territorio? Rammentate l'annosa diatriba circa la mancanza di collaborazione tra medici ospedalieri e medici di medicina generale?

Vorremmo richiamare la vostra **attenzione su quella disagevole sensazione di stare - benché colleghi - su due sponde, talvolta opposte**, con inevitabili ricadute negative sia sul piano dell'immagine della categoria all'esterno, sia, ancor prima, sulla gestione del paziente, a volte perfino "rimpallato" tra l'ospedaliero ed il medico di famiglia; tutto questo non per chissà quale ingiustificabile preconcetto, ma **semplicemente per la mancanza di reciproca conoscenza e inesistente o comunque lacunosa comunicazione.**

Sul superamento di questa inaccettabile contrapposizione di due mondi "geneticamente" affini, perché declinazioni della stessa missione***, l'ASL 13 si appresta a varare,*** **raccogliendo lo spunto lanciato proprio dall'Ordine dei Medici di Venezia con un Convegno sulla Comunicazione tra Medici svoltosi a Mirano nel lontano 4.11.2006, tradottosi poi in un corso di formazione effettuato nel 2008 conclusosi in un convegno riassuntivo il 25 ottobre 2008 a Mirano**, ***un Corso di Formazione sul Campo che ha l'ambizione di istituzionalizzare questa metodologia di affiancamento - nei rispettivi luoghi di lavoro - dei medici delle due***

"sponde": agli ospedalieri verrà offerta la possibilità di andare a frequentare l'ambulatorio del medico di Medicina Generale, che a sua volta frequenterà il reparto ospedaliero del collega ospitato; idem dicasi per i medici operanti nei Distretti Sanitari. Vi saranno anche alcuni medici ospedalieri che effettueranno frequenze in reparti diversi da quelli nei quali normalmente operano.

Un corso sperimentale di questo tipo si svolse già nella medesima ASL 13 nel 2008, coinvolgendo un centinaio di medici che espressero a quel tempo la soddisfazione per avere varcato quel confine tra le due declinazioni della professione e per avere scoperto nel collega un'identità di vedute e una comunanza di intenti che, per quanto scontata, non era mai stata abbastanza percepita e praticata prima.

Ora la Direzione Generale della ASL 13, per mezzo dell'Ufficio Formazione, ha deciso di

istituzionalizzare questa metodologia: la dirigenza dell'ASL 13 crede infatti che **la reciproca frequentazione dei medici possa [1] produrre maggiore conoscenza e maggiore sensibilità per le problematiche che il collega dell'altro ambito si trova ad affrontare quotidianamente, e [2] implementare la comunicazione tra medici quale modalità operativa quotidiana, allo scopo di unificare gli sforzi e accelerare il percorso di diagnosi e di cura del paziente, che è l'unico vero fine.**

In questa scelta strategica la ASL 13 mostra di precorrere quella che si profila come la nuova impostazione dei corsi di aggiornamento dei medici (cfr. Medicinae Doctor, anno XVII, n° 3, pagg. 6,7): infatti, la Commissione Nazionale ECM, nel promulgare le coordinate della riorganizzazione della formazione continua in medicina, auspica attività formative più interessanti e più coinvolgenti, come la formazione sul campo e la ricerca, piuttosto che l'incameramento di carnet di punti acquisiti con l'obsoleta modalità della lezione frontale, ma spesso privi di un riscontro pratico-esperienziale.

Peraltro, al di là degli scopi aziendali, le finalità di questo corso di formazione sul campo toccano nel profondo la nostra identità di medici: in un periodo nel quale la nostra professione registra i più disparati "attacchi" da parte di molteplici altre figure professionali, interessate a frapporsi tra il medico e il paziente, di fatto mirando a sostituirsi al medico, questo corso di formazione sul campo si propone di aiutarci a ritrovare la nostra comune identità di medici per rifondare la nostra unità, sanando quelle divisioni che non sappiamo dire con precisione chi abbia instillato e come siano potute allignare tra di noi al pari di erba parassita, ma che per certo ci hanno indebolito, a nostra sconvenienza e soprattutto a discapito della nostra capacità di servire colui che si trova in stato di bisogno ovvero il paziente.

Il corso coinvolgerà medici ospedalieri di Noale, Mirano e Dolo, medici di Distretti Sanitari e medici di famiglia della ASL 13; si svolgerà nell'ampio arco temporale intercorrente tra giugno e dicembre 2010, all'interno del quale le previste **25 – 30 coppie di colleghi** che hanno manifestato al momento la loro adesione **saranno libere di programmare il loro reciproco scambio di frequenza con tutta l'elasticità utile a permettere a ciascun corsista di trarre il massimo profitto dall'affiancamento del collega, per un numero di 20 ore di frequenza per ciascun medico (40 ore a coppia), a fronte di un credito atteso tra i venti e i trenta punti ECM.**

Ogni coppia, a fine corso, dovrà produrre un elaborato attinente la focalizzazione del tema del corso, ovvero il confronto della metodologia clinica tra ospedale e territorio e compilare una griglia di valutazione dell'esperienza che, confrontata con la medesima compilata prima di iniziare la frequenza, consentirà di "pesare" le ricadute di quanto vissuto concretamente.

Come già detto, nelle ipotesi della Direzione Generale della ASL 13 vi è quella di fare diventare questo corso un percorso formativo abituale (ndr: e forse un giorno obbligatorio?) per tutti i medici della ASL, che si ripeta di anno in anno.

Una scommessa, forse; di certo un tentativo / ausilio utile a nostro avviso per rinsaldare la nostra categoria e di farci riscoprire l'unica radice comune attraverso il miglioramento della comunicazione e la conoscenza di rispettive esigenze, necessità e difficoltà.

Moreno Scevola e Luca Barbacane

CONVEGNO SUI CONSULTORI

Sabato 13 febbraio u.s. si è tenuto presso il Centro culturale Candiani di Mestre il convegno – organizzato dalla Commissione Pari Opportunità dell'Omceo di Venezia – su " Consultori: una conquista di ieri, un impegno per il domani".

Vari relatori, appartenenti a tutte le ULSS della Provincia, alla Regione e al Ministero della Salute, si sono succeduti per ricordare il trentennale della fondazione dei consultori e sottolineare il ruolo che queste strutture territoriali rivestono nella prevenzione, nel supporto medico, psicologico, assistenziale, educazionale ai giovani, alle coppie, alle gravide, nella menopausa.

L'auspicio è che questo trentennale lavoro possa essere continuato con rinnovato slancio e adeguate risorse

Manuela Piai

CONVEGNO PROMOSSO DAL COMITATO PARI OPPORTUNITÁ DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA – CENTRO CULTURALE CANDIANI 13 FEBBRAIO 2010

Consultori Famigliari: una conquista di ieri un'impegno per il domani

30 ANNI DI ESPERIENZA NEI CONSULTORI FAMIGLIARI PUBBLICI DI VENEZIA

Dr.ssa Alessandra Cecchetto, ginecologa

Nel 1978, con la Giunta Rigo-Pellicani, al Comune di Venezia erano Assessore alla condizione femminile Anna Palma Gasparrini e ai Servizi Sociali Lia Finzi, figure storiche della sinistra veneziana. La Legge Regionale sui Consultori Famigliari era appena stata approvata e il Comune di Venezia fu il più tempestivo in Regione ad applicarla, aprendo da subito ben 4 sedi consultoriali (Castello e Giudecca in Centro Storico, Viale S.Marco e Zelarino a Mestre) L'anno successivo, il 1979, vide l'apertura dei Consultori di Campo della Lana, Favaro, Marghera e via A. Costa, sedi cui si aggiunsero fino al 1981 Murano, Burano, Cannaregio, Lido, Ca' Savio, Chirignago, Terraglio, Malcontenta. Le sedi erano in tutto 15 nel territorio comunale. Col passaggio di questi servizi a forte integrazione socio sanitaria all'USL nel 1982, si aggiunsero anche i Consultori di Marcon e Quarto d'Altino: 17 sedi consultoriali. Attualmente sono state purtroppo ridotte, in modo progressivo a 13 sedi, perdendone quindi ben 4. Io, come ginecologa, ho cominciato nel 1979 nel Consultorio di via Costa 8, che era una sede ex ONMI, l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, voluta nel trentennio fascista per seguire le gravidanze e i bambini dei meno abbienti. Venivo dall'Università: ero abituata alle gravidanze a rischio, all'Ospedale, a un contesto di soli Colleghi Medici e mi ritrovai a dover lavorare con un'Assistente Sociale e una Psicologa di consumata esperienza, con un altro Collega più anziano e con una giovane ed efficientissima Assistente Sanitaria a metà tempo col Consultorio Pediatrico. Mi trovavo a lavorare in una èquipe. L'adattamento non fu immediato; pur avendo un notevole interesse per la psicoanalisi e una buona sensibilità sociale, che

mi aveva spinto a scegliere di fare il medico, lavorare in èquipe con non medici era un'esperienza nuova e alle volte difficile. In breve comunque, prevalse la curiosità e l'interesse per un modo più complesso di affrontare i problemi posti dalle donne, vedendoli sotto più sfaccettature, a tutto tondo. Sicuramente uno dei problemi più scottanti era - ed è - quello delle IVG. Si era appena usciti dal referendum che confermava la legge 194 /78 sulla "tutela della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza" che attribuiva ai Consultori specifici compiti di prevenzione dell'IVG, e quindi sollecitava i medici e l'Ospedale a far sì che le procedure necessarie precedenti l'intervento di aborto fossero espletate dai Consultori. Di conseguenza le riunioni periodiche con il Comitato di partecipazione, organismo che doveva assicurare la gestione sociale del Consultorio, erano spesso turbolente. A seconda della zona, infatti, il Comitato poteva essere formato da democristiani preoccupati che il Consultorio fosse una fucina di aborti o da femministe della prima ora, che ci chiedevano di assolutizzare il ruolo delle donne in contrapposizione ai maschi e supportare l'autodeterminazione femminile. La riflessione sulle situazioni e sulle persone con la psicologa, l'Assistente sociale e l'Assistente Sanitaria davano spessore alle richieste di IVG e anche a quelle che riguardavano il tema della contraccezione. Le persone non erano abituate a farsi carico della tutela della propria salute, concetto che nasceva in quegli anni, nè a parlare di procreazione responsabile e non venivano in Consultorio a farlo. Erano temi che avevamo il compito istituzionale di affrontare e così si iniziò ad affrontarli sui luoghi di lavoro, chiedendo uno spazio alle 150 ore, andando nelle Fabbriche a Marghera o a Murano, prendendo contatti, con delicatezza e pazienza con le Scuole. Allora si parlava molto di educazione sessuale, ma si era fortemente divisi su chi dovesse avere quel compito: la famiglia o la scuola. Gli operatori del Consultorio erano spesso visti come quelli che, parlando di sesso, ne potevano incentivare l'esercizio precoce e molti erano i dibattiti sull'età giusta del primo rapporto sessuale. A fronte di questo la realtà era ipocritamente celata. Nel 1981, per preparare la mia tesi di specializzazione, avevo fatto una revisione dei casi di minorenni che si erano presentate a 8 dei 17 Consultori aperti allora in quei primi tre anni e mezzo di esercizio (1978-1981). Si trattava di 701 ragazze di età media sui 16 anni. Il 90% aveva già avuto rapporti sessuali prima dei 18 anni e il 3% erano già sposate. Non erano pochi i casi di gravidanze (40, pari al 18%), 2 ragazzine avevano chiesto al Tribunale l'autorizzazione nubendi, poichè incinte, e il 20% si era presentata per IVG: di queste la metà aveva fatto ricorso al Giudice Tutelare, cioè avevano richiesto l' IVG senza il consenso dei genitori. A fronte quindi di un dibattito culturale che voleva negare la sessualità degli adolescenti, e far finta di non vedere i problemi e le tragedie che a volte ci trovavamo ad affrontare, i Consultori si attrezzavano a dare delle risposte il più qualificate possibili. Così, con largo anticipo su esperienze regionali e nazionali analoghe, nel 1984 per l' iniziativa degli operatori di tre Consultori Marghera, Carpenedo, e il mio consultorio: Andrea Costa, si è avviata la sperimentazione dei Consultori Giovani, riservando una seduta pomeridiana dedicata alle ragazze e ai ragazzi sotto i 21 anni. Gli adolescenti non venivano più accolti con gli adulti, ma si garantiva una giornata diversa, caratterizzata dalla segretezza in uno spazio dedicato, sulla scorta di analoghe esperienze estere e milanesi. Il Consultorio mostrava così una delle sue costanti e peculiari caratteristiche: la duttilità ad adattarsi alle esigenze mutate della popolazione e ad individuare soluzioni rapide ai bisogni di salute della gente. La sperimentazione si stabilizzò in veri e propri dispositivi e si allargò anche a Venezia, al Consultorio della Giudecca. Il costante rapporto coi ragazzi permetteva di calibrare meglio e più attentamente i corsi di educazione sessuale nelle scuole avviati dalle èquipes consultoriali. Si era riusciti, con un paziente lavoro di relazione con Presidi, insegnanti e genitori, a costruire un rapporto di fiducia che permetteva una partnership educativa tra scuola e Consultori. Questi ultimi si erano finalmente smarcati dal sospetto di incentivare l'attività sessuale dei giovani. Si sentiva anche l'esigenza di poter coordinare meglio gli interventi di presa in carico di famiglie, giovani, adulti, sviluppando rapporti di "rete" col Comune di Venezia e con gli altri Servizi socio-sanitari presenti sul territorio. Da qui sono nate varie forme di coordinamento interservizi, che pur tra non poche difficoltà permettono tutt'ora di affrontare meglio situazioni che diventano man mano sempre più complesse. Se appena aperti i Consultori erano usati principalmente come l'ONMI, cioè come semplici ambulatori ostetrici, a distanza di una decina d'anni la

costruzione delle èquipes permetteva di rispondere meglio ai bisogni sanitari, psicologici e sociali della popolazione, in una visione condivisa e "olistica"delle situazioni; quindi in maniera totalmente nuova e originale di integrazione "sul campo" degli aspetti psicosociali con quelli sanitari. Per gli utenti, non c'era più solo il medico-ginecologo cui far riferimento, ma nei momenti di crisi si poteva validamente e con fiducia contattare l'Assistente Sociale, non più identificata con "quella che porta via i bambini" e lo/a psicologo/a, non più visto/a come "strizzacervelli". E proprio rispetto alle "crisi del ciclo vitale", ai momenti di cambiamento personale e relazionale il Consultorio cominciava ad assumere una sua definizione, proponendosi come riferimento alla "persona" nella sua globalità psico-fisica, nei momenti della maternità (già dai primissimi anni si erano avviati i Corsi di preparazione alla nascita), della adolescenza, delle possibili crisi di coppia, della menopausa. Però forse proprio negli anni '80 si inseriva un processo di allontanamento della componente sanitaria da quella psicosociale, anche stimolato dai sempre più numerosi compiti affidati all'Assistente Sociale e allo/a psicologo/a del Consultorio dalla Autorità Giudiziaria. Questo processo, pur vero anche nel nostro territorio, era ed è però mitigato sia dal fatto che la nostra USL non ha la delega per i minori, che resta del Comune di Venezia, e sia anche da tutta una serie di progetti che la Regione Veneto aveva attivato e che, seppure purtroppo non in maniera strutturale, coinvolgevano i Consultori stessi. Con la guerra nei Balcani e la conseguente emergenza profughi, il Comune di Venezia aveva aperto tre Campi nelle zone periferiche della Città di Terraferma, dove vivevano molte giovani donne che necessitavano di assistenza ostetrico-ginecologica. E un gruppo di ostetriche consultoriali, mettendo a frutto il progetto ministeriale Donna Straniera si era adoperato a dare informazioni, accompagnare ai servizi sanitari e a tre Consultori (Zelarino, Viale S. Marco e v. A. Costa) e prestare quindi assistenza a quella gente scampata al genocidio. Non c'erano però solo quegli stranieri: dal 2000 la caduta dell'URSS, l'apertura delle frontiere con gli ex Paesi del Blocco di Varsavia, l'allargamento della Comunità europea aggiungeva ai primi flussi migratori iniziati negli anni '90 anche il fenomeno delle cosiddette "badanti". Va sottolineato come si siano mossi i Consultori dell'USL12 e in particolare quello ex v. Costa, ora via Dante, dove già dal 1995 si lavorava con un progetto Comune di Venezia-USL sulla prostituzione migrante. Occorreva infatti che ci si preparasse a ricevere quest'ondata di donne diverse, provenienti da altre culture, che parlano altre lingue e che vengono da luoghi in cui anche i farmaci e le cure sono diverse dalle nostre. E ancora una volta il servizio ha tenuto e ha saputo rispondere a nuovi bisogni di salute in un'ottica raffinata di "comprensione" delle problematiche sempre più nuove e complesse che si presentano. Al di là della indubbia qualità degli operatori che hanno continuato con costanza a lavorare anche senza particolari incentivi economici e senza alcuna prospettiva - almeno noi medici - di carriera, tre cose hanno aiutato in questi anni il servizio consultoriale a funzionare: Concludo con l'auspicio che l'alta visibilità da sempre attribuita ai Consultori dalla popolazione, dalle Istituzioni Scolastiche e dall'Autorità Giudiziaria si traduca anche in una migliore considerazione del Servizio da parte sia dell'USL 12 che del Comune di Venezia. L'USL, infatti, già da anni non ha più fatto assunzioni, il personale che va in quiescenza raramente e parzialmente viene sostituito, non è previsto un passaggio di consegne, né un ricambio degli operatori, pur se nel giro dei prossimi 5 anni i Consultori resteranno senza personale, perchè noi saremo più o meno tutti andati in pensione per raggiunti limiti d'età. Quanto al Comune, che pure è stato il più tempestivo in Regione ad aprire i Consultori nel 1978 e che tuttora in parte li finanzia come servizi a forte integrazione socio-sanitaria, negli anni 2010, dovrà esercitare con maggior impegno il suo mandato istituzionale, la sua funzione di controllo e indirizzo sulle scelte di politica sanitaria dell'USL e vigilare di più sul numero, la distribuzione, le carenze di personale dei Consultori stessi, che restano dei presidi territoriali essenziali, importantissimi per la prevenzione delle malattie , del disagio psichico e sociale e la tutela della salute psico-fisica "del singolo, della coppia, della famiglia".

La nuova certificazione di invalidità civile

Uno strumento di contrasto alle frodi che vogliamo trasformare in uno strumento di civiltà

Con l'articolo 20 intitolato "**Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile"**della Legge 3 agosto 2009 n.102 il legislatore, andando più veloce della luce, ha lanciato il sasso pensando che da velocità nasca velocità; purtroppo così non è. Visto dagli invalidi che si informano, partecipano e si impegnano mettendosi in marcia verso l'integrazione e l'inclusione nella vita sociale il ragionamento interiore può essere questo: in mezzo a noi, proprio dentro di noi e fra noi, vive un mare semovente di realtà, peculiare e distinto, incompatibile con le semplificazioni.

La manovra legislativa parte, anche nel suo titolo, da una concezione meramente inquisitoria ed economicistica; noi intendiamo ben altro quando parliamo di rapporti tra Stato e Cittadino e non solo in materia di invalidità civile. Sappiamo anche che non c'è colpevole unico, ma di fondo esiste sempre una mentalità alle corde che dà per scontato ed acquisito quello che scontato ed acquisito ancora non è. Bisognerebbe rivalutare la Persona, conoscere i portatori di interesse, gli operatori con i loro mezzi e con la loro cultura; ma si vuole assolutamente "fare" e dare "segnali forti".

Quante volte devono ancora dimostrare quello che sono i singoli, disarmati, depressi, angosciati invalidi?

La disabilità è una forma della vita, della serietà della vita e non ha voglia né tempo per giocare a mosca cieca!

Tanto pressappochismo e tanta banalizzazione dipendono, in parte, da una visione cinica e superficiale che sa cogliere i significati soltanto attraverso lo strumento della verifica fiscale.

Non è buona ragione penalizzare un'intera categoria di cittadini in difficoltà, il diritto viene rovesciato da una logica pigra e sbrigativa: dare per scontata una preconcetta presunzione di colpevolezza del disabile fintantoché non dimostri il contrario.

Un approccio serio e rigoroso necessiterebbe invece prioritariamente, a livello di disegno legislativo, di un confronto con i portatori di interesse.

Ma qualche cosa cambia ed emerge prepotentemente la necessità di fare rete e di mettere in rete tutti quei soggetti che devono favorire i percorsi degli invalidi e delle loro famiglie verso la piena conquista dei pieni diritti.

L'ANMIC e L'Ordine dei medici di Venezia, preso atto del disposto legislativo, hanno proposto la costituzione di un gruppo di lavoro costituito da Associazioni e Patronati (ACLI; ANMIC; ENASCO ENCAL; EPACA COLDIRETTI; EPASA CNA; ITAL; SIAS; INAC COLDIRETTI; FIMMG) che offrono quotidianamente assistenza e consulenza alle persone con problemi di disabilità. Questo gruppo di lavoro ha da subito esaminato la legge, la normativa applicativa, i problemi gestionali del sistema ed ha individuato alcune priorità. Sono stati coinvolti i medici di medicina generale e sono stati messi in contatto con i funzionari della Sede Provinciale dell'INPS che hanno dato da subito la loro disponibilità e la loro competenza; ricordiamo che l'INPS ha il compito di gestire in sistema informatico e le modalità di presentazione delle domande.

I dirigenti dell'INPS dottori Sonya Boncompagni, Alfio Zuccarello e lo stesso Direttore regionale, dott. Antonio Pone, sono stati disponibili ad incontri informativi ed esplicativi sull'accesso al sito INPS, la compilazione della modulistica, il suo invio; è stato aperto un tavolo di confronto che revisionerà il sistema in itinere.

Siamo riusciti, in poche settimane, ad analizzare le procedure ed offrire proposte per la taratura del sistema informatico. Abbiamo verificato che le procedure di trasmissione telematica delle domande d'invalidità civile possono essere utili per diminuire i tempi d'attesa degli utenti, migliorare il servizio e la relazione con gli invalidi e le loro famiglie .

Siamo riusciti a rasserenare i medici certificatori e ad incentivare l'adesione alla metodica: la provincia di Venezia ha il più alto indice di adesione di medici certificatori!

Molti sono i problemi che dobbiamo affrontare

tra questi la necessità di implementare le risorse umane a disposizione della stessa INPS che vede notevolmente aumentato il carico di lavoro dei propri medici all'interno delle Commissioni.
Siamo sicuri che l'impegno di tutti gli attori porterà ad un nuovo modo di affrontare il problema della disabilità e permetterà il confronto tra Associazioni, Patronati ed Ordine dei Medici anche per gestire informazioni e percorsi educativi comuni.

La certificazione deve diventare non solo uno strumento di revisione e di controllo ma una occasione per accompagnare il disabile in un percorso di corretta informazione, acquisizione di diritti e di sostegno ai bisogni.

Maurizio Scassola
Presidente Ordine dei Medici di Venezia
Bruno Vidal
Presidente Provinciale ANMIC

14

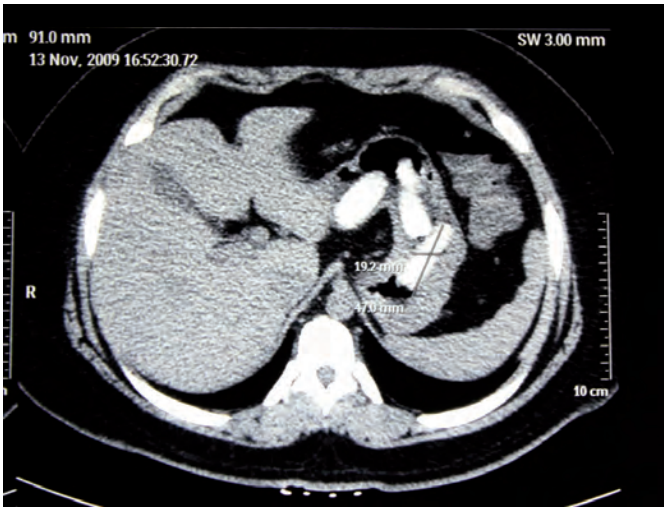
Sindrome da trasporto intracorporeo di droga
The body packer syndrome

La prima utilizzazione del tratto digerente per il trasporto di droga è stata descritta nel 1973 da Deitel e Syded . La tecnica si ispira a pratiche più antiche di contrabbando di diamanti e microfilm durante la guerra fredda, l'intestino retto è la sede naturale più impiegata. La droga, nella maggior parte eroina o cocaina, sigillata in ovuli di lattice, plastica e simili, viene ingerita per bocca o immessa nel retto del corriere. Il problema diventa medico per il rischio di vita causato dalla perdita di impermeabilità dell'involucro all'interno dell'organismo prima della sua eliminazione naturale con conseguente assorbimento massivo di sostante stupefacenti, tossicità a vari livelli e pericolo di morte di norma per arresto cardiaco. Le preparazioni attualmente sono sempre più raffinate e le sostanze sempre più concentrate. I valori economici a seconda della sostanza e quantità trasportata possono arrivare fino a 250.000 euro per un singolo viaggio ma ai disperati che accettano un simile rischio va una ben misera parte ed un incerto destino. Sono spesso soggetti di basso livello socio-culturale e inconsapevoli dei rischi mortali a cui si sottopongono. I medici sono chiamati in causa dalle forze dell'ordine per accertamenti a soggetti in stato di fermo giudiziario, tipicamente a livello di Pronto Soccorso, ma successivamente vengono coinvolti i vari specialisti : laboratorio, radiologia, medicina , rianimazione e talvolta la chirurgia. La successione degli eventi più auspicabile e statisticamente più frequente in

letteratura è l'attesa della eliminazione per via naturale degli involucri. Sono però determinanti la via di assunzione scelta , la qualità del materiale di trasporto e la tecnica di sigillatura e confezionamento impiegata, il tempo intercorso fra l'immissione e l'eliminazione. Le complicanze del trasposto possono essere di tipo tossico o meccanico, tipica l'occlusione intestinale. Sul "Il Gazzettino" dei primi del mese di marzo 2010 è stata riportata la morte di un vicentino di 33 anni a Natal, in Brasile, per lo scoppio di un involucro di cocaina nell'intestino. Il percorso diagnostico più rapido prevede la ricerca di sostanza stupefacenti nelle urine e la radiografia dell'

addome in bianco confidando sulla radio-opacità dei corpi estranei. I falsi negativi però possono essere dovuti alla perfetta tenuta degli involucri a livello di dosaggio urinario, e all'utilizzo di nuove tecniche di concentrazione e trasporto degli stupefacenti a livello radiologico. Si riporta qui il caso del novembre 2009 di una donna di 28 anni proveniente dall'America Latina ricoverata nel reparto di Chirurgia Generale dell'Ospedale Civile di Venezia in stato di fermo da parte della Guardia di Finanza. Il suo compagno era stato trovato portatore di dieci ovuli di cocaina allo stato liquido nel retto, già esplusi . Lei è stata scoperta con un grosso ovulo in vagina e dichiarava di "non ricordare" se ne aveva altri o no. Il tempo di assunzione poteva essere riferito con buona probabilità visti i biglietti aerei a circa 72 ore prima. All'ingresso un rx addome in bianco era risultato negativo e gli esami del sangue ed ecg nella norma, la paziente però all'esplorazione rettale presentava il fondato dubbio di essere portatrice di altri corpi estranei.

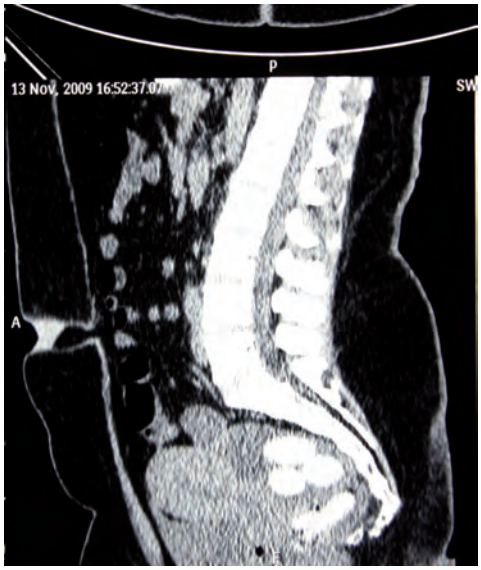
Veniva quindi eseguita una tac addominale (sufficiente senza mezzo di contrasto) che rivelava la presenza di 14 ovuli di circa 5 x 2 cm di cui 5 a livello gastrico, gli altri 9 a livello di colon-retto. La nuova modalità di trasporto di cocaina in formato liquido con involucri di lattice, non era quindi evidenziabile alla radiografia in bianco. Subito dopo la tac la paziente che stava diventando sempre più nervosa e sempre meno collaborante improvvisamente lamenta forti dolori



a livello epigastrico ed ha un collasso cardiocircolatorio.

Viene deciso il trasferimento in terapia intensiva e nel frattempo arrivano i risultati dell'esame urine effettuato in precedenza con dato di presenza in questo liquido biologico di oltre 1000ng/dl di cocaina. La norma è l'assenza ovviamente, la tossicità oltre i 300 ng/dl. Anche un involucro recuperato dal compagno, probabilmente identico a quelli contenuti nella ragazza , viene esaminato e si conclude di trovarsi in presenza di un lattice di bassa qualità complessiva.

Il quadro globale e la presenza ormai certa di 5 ovuli non progrediti come gli altri e rimasti a contatto con i succhi gastrici da più di 72 ore fa decidere per l'intervento chirurgico. La paziente, informata della sua situazione, è adesso spaventata e completamente collaborante. La laparoscopia è controindicata per tali situazioni per il rischio di rottura degli involucri a contatto con pinze ed altri strumenti metallici, viene quindi eseguita una laparotomia classica con conferma al reperto palpatorio di numerosi corpi estranei endoluminali. Si esegue una piccola gastrotomia attraverso la quale si estraggono i cinque ovuli gastrici di cui uno bloccato a livello pilorico e probabile causa degli improvvisi dolori. Gli altri nove a livello colon-retto vengono fatti cautamente progredire con manovre manuali fino alla loro uscita attraverso l'ano senza ulteriori sezioni viscerali. Il decorso postoperatorio è stato regolare, è stata eseguita una tac di controllo il giorno successivo all'intervento risultata negativa per altri ovuli residui, è stata controllata quotidianamente la



progressiva eliminazione della cocaina dalle urine fino alla sua completa scomparsa. La paziente è stata trasferita in quinta giornata all'infermeria del carcere femminile di competenza. L'interesse del caso riportato sta nel dato oggettivo delle nuove modalità di trasporto della droga a livello intracorporeo, segnalando una volta di più a tutti i colleghi che potrebbero essere chiamati come consulenti a vario titolo dall'autorità giudiziaria l' inaffidabilità del semplice rx addome in bianco per la ricerca di corpi estranei. Da considerare quindi l'eventualità di potersi trovare di fronte ad un caso di trasporto di ovuli a contenuto liquido con l'indicazione di sottoporre i sospetti anche ad una tac addominale per adeguate conclusioni diagnostiche. In letteratura infatti una ecografia addominale non viene considerata sicuramente attendibile per diagnosi di presenza, sede e numero di corpi estranei, anche a contenuto liquido.

Giovanni Leoni

PREVIDENZA: FONDO SANITÁ
I rendimenti

Altre volte si è parlato su queste pagine della necessità di sviluppare tra i colleghi medici e odontoiatri una cultura, una conoscenza della previdenza. La necessità di conoscere i bisogni futuri e i mezzi a disposizione per poterli soddisfare. La previdenza complementare è uno strumento a disposizione di tutta la professione per mantenere il proprio standard di vita dopo la cessazione dell'attività medica. Si ricorda che FONDO SANITA' è un fondo chiuso riservato ai lavoratori del settore, un fondo per medici , gestito da medici nell'interesse dei medici. Una domanda che giustamente ci si pone è "ma quanto rende il mio investimento?". Di seguito si riporta l'articolo che il Dott. Luigi Daleffe, presidente di Fondo Sanità e più volte ospite ai nostri convegni previdenziali, ci ha cortesemente inviato col rendiconto dei risultati ottenuti dal Fondo in un anno particolarmente critico per l'economia, non solo italiana, ma mondiale. Ricordiamoci sempre che "la pensione si gode da vecchi, ma si costruisce da giovani".

Moreno Breda

L'anno 2009 si è caratterizzato per un andamento relativamente anomalo dei mercati finanziari, con il comparto finanziario che si è mosso in controtendenza rispetto a quello dell'economia reale.
Infatti, a fronte di performance macroeconomiche molto negative sia in termini di PIL, sia in termini di occupazione, consumi finali e investimenti, i mercati finanziari hanno invertito il trend negativo dei primi tre mesi dell'anno ed hanno messo a segno una delle migliori performance degli ultimi anni.
Le cause del rally borsistico sono numerose e non è questa la sede per ripercorrerle. In modo poco scientifico possiamo dire che hanno sicuramente influito le massicce iniezioni di liquidità da parte delle autorità monetarie e una politica di bassi tassi di interesse. Tali condizioni di favore, accoppiate alla necessità delle banche di controllare meglio la loro base di capitale e la rischiosità sul fronte degli impieghi in prestiti, hanno determinato un massiccio afflusso di capitali sui mercati finanziari e un conseguente rialzo costante dei corsi che è stato generalizzato sui diversi comparti del mercato.
In questo quadro di riferimento, Fondo Sanità ha realizzato nel corso del 2009 risultati molto lusinghieri. Uno sguardo ai dati di performance elaborati dal servizio di controllo interno (quindi al lordo degli oneri fiscali, delle commissioni di gestione e degli oneri amministrativi) indicano un risultato del 4.16% per Scudo (contro il 4.18% del benchmark), del 12.13% per Progressione (benchmark 9.89%) e del 20.52% (benchmark 20.49%) per progressione.
Il CdA di FondoSanità con soddisfazione dà notizia agli aderenti delle performances 2009, e coglie l'occasione per ricordare loro, anche se riceveranno comunicazione ufficiale personalizzata, che dal 2010 sarà possibile investire la propria contribuzione in più di un comparto contemporaneamente.
Voglio ringraziare gli amici di Venezia, in particolare il Presidente ed i Consiglieri dell'Ordine, per l'impegno che dimostrano nell'occuparsi di previdenza: oggi in Italia un problema enorme, un dramma, è che non esiste conoscenza, cultura, pre-

videnziale, e per questo motivo ci avviamo a crescere una generazione di futuri poveri, senza renderci conto che ci passano sotto il naso occasioni che non sfruttiamo. Come la previdenza complementare, per noi medici e odontoiatri FondoSanità

Due piccoli conti per esemplificare il concetto.

Se la nostra aliquota marginale di tassazione è del 40%, se noi mettiamo 5.000,00 € in un investimento previdenziale, è come se dalle nostre tasche ne togliessimo solo 3.000,00. Sembrerebbe quasi di aver a che fare con una di quelle truffe che fanno agli anziani: con 3.000,00 € ne compro 5.000,00.

Oltretutto sono soldi buoni, che non devo nascondere sotto il mattone, ma posso investire alla luce del sole, magari in un comparto azionario, perché sono giovane, e ne avrò bisogno solo fra molti anni.
E può capitarmi di avere anche un buon rendimento, come è successo nel 2009, per cui il rendimento complessivo, fra risparmio fiscale e rendimento finanziario diventa del 60%; e non è una truffa. Può succedere anche che il rendimento finanziario non sia per niente elevato, anzi, sia negativo; ma se non abbiamo fretta e godiamo della calma dei forti, tranquilli, si recupera! Dal 1978 al 2008, considerando che ci sono state più crisi, il rendimento di un investimento azionario globale è stato del 12% all'anno.

Sono numeri derivanti dalla cronaca, non certezze, ma è una possibilità da approfondire, perché gli esperti ci dicono che il tasso di sostituzione (il rapporto fra ultima retribuzione e prima pensione) è in drammatico calo, e dal 2030 sarà inferiore al 50%. Ed allora sarà tardi per fare qualcosa: i soldi si risparmiano quando ci sono!

Certo, abbiamo tante possibilità d'investimento, senza ricorrere alla previdenza: con una piccola differenza, che la deducibilità fiscale non c'é.
Valutate, amici e colleghi, valutate.

Luigi Daleffe

Lo stress e la libera professione, chi paga il conto?

Buonasera a tutti,
buonasera perché anche per oggi ho finito con le mie ore lavorative e posso tirare le somme della giornata; mi sento uno straccio anzi lo sono. La molteplicità di ruoli che continuamente ci vengono imposti dai ritmi lavorativi fanno salire i livelli di tensione. Ogni paziente richiede un approccio clinico, umano e professionale diverso, contemporaneamente devi insegnare all'ultima signorina assunta le basi dell'assistenza in odontoiatria, ti chiamano al telefono perché il figlio della vicina di casa si è spezzato un incisivo cadendo in bici e in sala d'attesa c'è una carrozzina con due gemelli che urlano la loro fame al mondo intero. Persino il tuo cellulare privato squilla con la vecchia zia zitella che almeno un paio di volte la settimana ha inesistenti problemi con la protesi, non ci sono i coni di gutta FM ma possibile che siano come la carta igienica e nessuno si è accorto che finivano? Potremmo andare avanti all'infinito.
Come facciamo a farci scivolare sulle spalle tutto ciò? Qual è il prezzo da pagare? Possiamo rateizzarlo, accendere un mutuo o pagarlo cash ma la

sostanza non cambia. Oppure, con che tipo di moneta intendiamo pagarlo? Quindi, tradotto, ogni momento libero lo usiamo per sfinirci in palestra o in bicicletta, ci imbalsamiamo davanti alla TV con sport o idiozie

varie, per non parlare del monitor con le sue vie di fuga informatiche o nel web. Le alternative di sempre, un buon libro, un sano confronto con il nostro prossimo, magari davanti ad un calice di buon rosso da meditazione ecc, dovrebbero essere sempre dei punti di riferimento costanti ed invece appartengono ormai al secolo scorso. Al contrario, tante di queste tensioni mal sopite finiscono in manifestazioni di disagio che inevitabilmente portiamo dentro le mura di casa.

Quel fornitore mi prende in giro e pensa che io sia solo un pollo da spennare, il commercialista è un esoso, l'assicuratore un approfittatore, il tecnico della manutenzione più avido di Paperon de Paperoni e via dicendo. E' una battaglia persa in partenza. Non c'è giorno in cui non ce la prendiamo con qualcuno, o meglio, non diamo la colpa delle nostra tensione a quel qualcuno che ha la sventura di passare di lì in quel momento. Ripeto, il più delle volte nemmeno ce ne rendiamo conto. E poi, una volta apparentemente sfogati, saliamo in auto per andare a casa e ricomincia il ritornello: "e parti che è verde da ieri!", "possibile che passo carraio sia un concetto astratto?" e via così. Una volta a casa poi le cose si complicano ulteriormente e qui cito testualmente una nostra cara collega psichiatra e collaboratrice all'Ordine che ha cercato di spiegarci un po' come vanno le cose:

"La famiglia è un luogo di affetti, ma poiché la caratteristica dei sentimenti umani è l'ambivalenza, la coesistenza cioè di amore ed odio, nella famiglia può avere origine il lato oscuro delle relazioni affettive: è proprio tra i membri di una stessa famiglia che si può manifestare l'aggressività nelle sue varie forme; il 70% dei maltrattamenti sulle donne, ad esempio, è messa in atto dai conviventi o ex-conviventi."

Suppongo, e spero, che difficilmente un sanitario libero professionista si sfoghi picchiando moglie e figli, me lo vedo di più attaccarsi alla bottiglia oppure passare le serate al casinò ecc, ma non si può mai dire; deve continuamente fare i conti con un pesante "bagaglio emozionale lavorativo" e deve imparare a trovare uno spazio per detossificarsi dagli aspetti inquietanti e pressanti di ciò che quotidianamente lo investe. Non a caso da più parti si sostiene che la libera professione è una "sfida continua". Chi la pratica deve possedere quel "quid" che lo fa preferire, deve essere abile, affabile, affidabile, aggiornato, possedere capacità imprenditoriali in aggiunta alle competenze cliniche ed alle competenze relazionali (Winnicot). Riuscirà quindi il nostro eroe, o la nostra eroina, a non riversare in famiglia le sue ansie e le sue tensioni? Inevitabilmente lo stress invade la vita quotidiana dentro e fuori dal lavoro e l'unico modo per non essere sopraffatti è imparare a gestirlo, sempre la nostra collega ci espone alcuni suggerimenti, ad esempio:

- Ci chiediamo mai se siamo soddisfatti dopo una giornata di lavoro o meglio, siamo realmente consapevoli di come ci rilassiamo dopo le fatidiche otto, e spesso di più, ore?
- Abbiamo relazioni personali serene o tendiamo a riversare sugli altri lamentele, problemi e tensioni irrisolte?
- Siamo davvero capaci di gestire lo stress riconducendolo al livello fondamentale fisiologico di meccanismo salva-vita e non di marchingegno infernale usurante la vita nostra e dei nostri cari?
- Ci prendiamo abbastanza tempo libero? Andiamo spesso in vacanza? Sono degli ingredienti fondamentali del vivere la vita a proprio agio e serenamente (qui generalmente il professionista non ci sente tanto bene).
- Praticare uno sport, giocare con un animale, avere un hobby, sono fonti di rilassamento oltre che di piacere, gratificazione ed appagamento.
- Una delle regole fondamentali del benessere è vivere nel presente, rifuggendo le ansie legate al passato o al futuro (Morelli).
- Riscoprire la dimensione ludica coltivando il gioco, fa secernere endorfine e stimola una sana competizione fisica ed intellettuale.
- Vi ricordate che esiste una cosa chiamata autoironia?
- L'ho già detto e ci tengo a sottolinearlo, i buoni libri esistono ancora …
- Avere buone relazioni affettive, se si è si è innamorati ci si ammala di meno e si è più motivati e motivanti!
- Non condurre una vita ripetitiva e monotona, esiste una cosa chiamata fantasia che non è automatica, va aiutata, sviluppata e coltivata.

Si potrebbe andare avanti ancora ed ancora, infatti non esiste nessuna ricetta, com'è ovvio, ma di sicuro un insieme di modalità comportamentali e di relazione con l'ambiente che tengano l'ago della bilancia delle nostre tensioni nel mezzo. Equilibrio, insomma, praticamente come l'acqua calda o l'uovo di colombo, ma, sotto sotto, lo sapete, non è poi così semplice, fate un po' voi …

Stefano A. Berto

Approccio multidisciplinare alla sindrome cefalalgica

Grazie all'iniziativa del dott.Luciano Agrosi, allo sforzo organizzativo del COI-3V e alla Fondazione Ars Medica che ha svolto il ruolo di provider, sabato 20 Marzo u.s. si è tenuto un partecipato convegno nel quale si è cercato di mettere insieme diversi specialisti che si occupano di cefalea.

Il dott. Mainardi del Centro Cefalee di Venezia, primario dott.Paladin, ha presentato la nosografia più aggiornata delle cefalee con particolare attenzione alle cefalee di origine dentale. Il dott. Prati ha esposto le possibile cause gnatologiche; il dott. Lessanutti, collaboratore del prof.Ronchin dell'Università di Cagliari, ha esposto le possibili relazioni tra cefalea e ortodonzia; il dott.Bressan ha presentato la posturologia e la sua filosofia per le possibili implicazioni di questa con la sintomatologia cefalalgica. Infine il dott. Soldati ha dato un inquadramento psicologico alla cefalea come possibile disturbo psicosomatico.

A mio parere l'affollato convegno, a cui hanno partecipato oltre agli odontoiatri anche molti ospedalieri e medici di base, ha messo bene in evidenza il rischio costante che noi odontoiatri corriamo di autoreferenzialità, come se un qualunque disturbo dentario potesse essere causa di una qualunque indefinita e indefinibile sintomatologia anche a notevole distanza dall'apparato stomatognatico.

In particolare io non ho condiviso un'affermazione di un relatore per il quale la sintomatologia è tanto maggiore quanto minore è l'alterazione funzionale: come a dire che una malocclusione di un decimo di mm provoca una sintomatologia dieci volte superiore a quella di una malocclusione di un mm. Infatti, se prendessimo sul serio questa ipotesi, dovremmo concludere che data una occlusione minima (=x) la quale dia una data sintomatologia (=y) è sempre possibile trovare una malocclusione minore (=x/2) che dia una sintomatologia maggione (=yx2). Ma portando il ragionamento all'infinito, una malocclusione infinitamente più piccola della malocclusione data (=x/?) darà una sintomatologia infinitamente superiore alla sintomatologia data (=Y*?). Per paradosso, quindi, poichè la malocclusione infinitamente piccola corrisponde all'occlusione normale, tutte le persone con una occlusione normale dovrebbero soffrire di una sintomatologia di una gravità infinita!

Ci troviamo di fronte ad un ragionamento ovviamente paradossale.

Tornando ad una logica tradizionale (la sintomatologia è proporzionale alla causa) l'approccio multidisciplinare è molto utile per evitare agli odontoiatri il rischio dell'autoreferenzialità. Se c'è il dubbio che una determinata patologia dentale, correlata ad una alterazione a livello dell'articolazione temporomandibolare o della muscolatura masticatoria, determini una data patologia extra orale, è necessario un iter di almeno tre passaggi:

. Un attento confronto con lo specialista di quella patologia, nel nostro caso il centro cefalee. In particolare, i nostri colleghi medici gradiscono poco la nostra approssimazione nella classificazione del dolore faciale e cranico. Il dolore va inquadrato bene dal punto di vista semeiotico (durata, qualità, intensità, distribuzione...) ed inquadrato in base alla nosografia ufficiale. Inoltre è poco gradito anche un atteggiamento che non mette in chiara luce il nesso eziologico, il meccanismo biochimico e/o neurologico che trasforma una alterazione occlusale in una determinata sintomatologia.

. La dimostrazione che l'eliminazione di quella alterazione dentale provoca la remissione della patologia nell'arco di tre mesi.

. La dimostrazione che l'aumento di quella alterazione provoca un aumento di quella sintomatologia.

I colleghi, che hanno affollato la sala dell'Ordine esaurendo letteralmente le sedie a disposizione, hanno dimostrato il reale interesse per l'approccio al problema cefalea e ci hanno stimolati a pensare ad un nuovo argomento per l'anno venturo.

Cosimo Tomaselli

Il Children's Study:
Un grande progetto di ricerca sui rapporti tra ambiente, genetica e malattie

Negli Stati Uniti il National Institute of Health ha progettato uno studio di vastissime proporzioni per evidenziare i possibili nessi tra genetica, fattori ambientali e salute umana. Questo studio era già stato progettato e approvato nel 2000 durante la presidenza Clinton, ma era stato poi accantonato durante gli otto anni della presidenza repubblicana.

Negli ultimi tre decenni abbiamo assistito nella popolazione infantile ad un aumento progressivo di incidenza di asma, incidenti, obesità, diabete tipo 2, cancro, alterazioni dello sviluppo neurologico come difficoltà di apprendimento, ritardo mentale, autismo; malformazioni neonatali come ipospadia, cardiopatie congenite. A questo fenomeno, si è cercato di dare una serie di spiegazioni che hanno visto il coinvolgimento di volta in volta di fattori legati all'inquinamento, alle mutate condizioni sociali, alla diminuzione delle patologie di tipo infettivo, alle abitudini alimentari, alle vaccinazioni, agli stili di vita. Nessuna interpretazione ha mai soddisfatto pienamente e completamente i criteri per fornire una spiegazione convincente e completa di una evoluzione di fenomeni patologici che hanno assunto caratteristiche diverse per intensità e frequenza nella popolazione infantile delle società del mondo sviluppato. Sinora la comunità scientifica internazionale si è mossa su vari filoni di ricerca: fattori genetici, cause ambientali (inquinamento, clima, tipo di alimentazione) ambiente sociale, sono stati di volta in volta indagati come determinanti dell'insorgere o del mutamento nella diffusione di alcune patologie. Tali studi hanno dato spesso risultati contraddittori e in apparente contrasto l'uno con l'altro senza permettere di giungere a conclusioni definitive sull'argomento.

A cercare di chiarire la qualità e il peso degli influssi reciproci che fattori genetici e ambientali possono avere sulla salute umana mira il cosiddetto "Children's Study" del National Institute of Health. Si tratta di uno studio longitudinale che arruolerà 100.000 bambini seguendoli dalla momento del concepimento sino al compimento del ventunesimo anno di età.

Durante la gravidanza i genitori verranno sottoposti ad analisi periodiche e verranno monitorati il loro ambiente di vita e le loro abitudini alimentari, le eventuali patologie intercorrenti e l'esposizione ad agenti tossici e/o infettivi. Alla nascita sono previsti esami della placenta, del cordone ombelicale e del latte materno, oltre ad analisi dei valori ematochimici del neonato.

Nel corso del primo anno di vita verranno raccolti ogni tre mesi i seguenti dati: composizione dell'aria della casa, della povere domestica, dell'acqua bevuta, del terreno circostante l'abitazione, composizione chimica delle vernici della casa, composizione della dieta, analisi del DNA. Verranno analizzate la tipologia dei materiali con cui la casa è stata costruita e le sue qualità dal punto di vista abitativo: aerazione, rumorosità, presenza di radiazioni. Dopo i 6 anni di età verranno valutate la velocità di apprendimento, la socievolezza, i risultati scolastici, l'attività fisica, la demografia della famiglia, la litigiosità dei genitori, la loro cultura e le loro pratiche religiose. Per tutta la durata del periodo di osservazione verranno controllate la capacità polmonare, la velocità di crescita, la densità ossea, la resistenza all'insulina, il livello degli

ormoni, lo sviluppo puberale, la vista, l'udito, la capacità di concentrazione e attenzione, il livello di intelligenza, la presenza di fumo o alcol. Chi troverà inevitabilmente insufficienti questi miei brevi cenni e desiderasse avere informazioni più dettagliate sullo scopo, il disegno dello studio e le sue modalità applicative, può recarsi sul sito http://nationalchildrensstudy.gov, dove troverà tutte le informazioni sull'argomento.

Appare abbastanza chiaro che ci troviamo di fronte ad un progetto di ricerca di grandissima importanza e che segnerà probabilmente una pietra miliare sulla via delle conoscenze in merito all'influenza delle cause ambientali sulla salute umana e sullo sviluppo delle future generazioni.

La memoria fa riandare al famoso studio di Framingham, il paesino del Massachusetts i cui abitanti furono sottoposti ad una serie di tests allo scopo di valutare la loro funzione cardiaca, e fu da quello studio che si imparò come diabete, fumo, peso eccessivo, elevati livelli di colesterolo potessero determinare danni al sistema cardiovascolare. E' molto probabile che dal "Children's study" impareremo altrettanto e probabilmente molto di più su quali sono i fattori che influiscono negativamente sulla qualità e la durata della vita delle nuove generazioni. A margine di questa breve descrizione mi sia consentita una piccola nota di carattere sociologico: il budget previsto per la realizzazione dello studio è di 6,7 miliardi di dollari, ed è una cifra enorme, ma è meno di un decimo di quello che il cittadino italiano,secondo la Corte dei Conti, versa ogni anno per pagare i costi della corruzione (dati tratti dal Sole 24 Ore del 25 giugno 2009)

Paolo Regini

Alcune Novità fiscali ed economiche introdotte dalla Legge Finanziaria 2010

(L. 23.12.2009 n. 191) e dal decreto legge n. 40 del 26.05.2010

Anche quest'anno ci preme fare una panoramica delle principali novità fiscali ed economiche che saranno in vigore nell'anno 2010.

Con il DL n. 40/2010, denominato "decreto incentivi", il governo ha introdotto alcune norme a sostegno della domanda in particolari settori in difficoltà e importanti disposizioni in materia di lotta alle frodi internazionali e riduzione del contenzioso.

Il decreto legge ha previsto:

- fondi per la detassazione sugli investimenti effettuati quest'anno in attività di ricerca industriale;
- fondi per lo sviluppo precompetitivo per la realizzazione di campionari;
- fondi a sostegno dell'innovazione delle imprese aeronautiche;
- fondi a sostegno all'emittenza televisiva locale e all'agenzia per la sicurezza nucleare;
- fondi a sostegno dei consumi.

È di 300 milioni di euro la dotazione del Fondo istituito presso il ministero dello Sviluppo economico per gli incentivi destinati ai consumi, alle abitazioni, alla mobilità sostenibile, all'efficienza energetica, alla sicurezza sul lavoro e all'innovazione.

Si evidenziano gli incentivi per l'acquisto di motocicli elettrici ad elettrodomestici ad alta efficienza energetica, per l'acquisto di cucine componibili, per l'acquisto degli "eco-immobili" e delle macchine per uso agricolo. Sono stati previsti sconti anche per motori ad alta efficienza e per nautica da diporto.

Sul sito del ministero dello Sviluppo economico è stato pubblicato l'**elenco dettagliato degli incentivi**.

Si evidenzia che il decreto aiuta anche le aziende operanti nel settore tessile e della moda viste le notevoli difficoltà del settore e l'importanza rivestita dallo stesso sulla nostra economia.

E'stata introdotta la detassazione dal reddito

d'impresa degli investimenti in attività di ricerca industriale e di sviluppo per la realizzazione di campionari. L'agevolazione – riservata alle imprese che svolgono le attività di cui alle divisioni 13 e 14 della tabella Ateco 2007 – è valida per gli investimenti realizzati dal periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2009 e fino alla chiusura del periodo d'imposta in corso al 31 dicembre 2010.

Si elencano qui sotto alcune proroghe effettuate dalla Finanziaria 2010.

Proroga della detassazione dei premi produttività ai lavoratori dipendenti

È stata prorogata l'applicazione dell'imposta sostitutiva del 10% alle somme erogate come premi di produttività (cioè somme erogate ai dipendenti in relazione "*a incrementi di produttività, innovazione ed efficienza organizzativa e altri elementi di competitività e redditività legati all'andamento economico dell'impresa*"). Tale norma è applicabile solo ai lavoratori dipendenti e non anche ai collaboratori coordinati continuativi.

Riapertura Termini per rivalutazione terreni e quote di società

E' riaperta la possibilità di rivalutare i terreni o le quote di società possedute al 1° gennaio 2010, da parte di privati, pagando, entro il 31.10.2010, il 4% (2% per le quote di SRL - SPA inferiori al 20% e per le SNC - SAS inferiori al 25%) sul valore di perizia giurata da parte di un tecnico. Si potrà così, se conveniente, risparmiare le imposte ordinarie sulla plusvalenza in caso di vendita.

Proroga della detrazione irpef del 36% per gli interventi di recupero edilizio

Anche quest'anno è stata prorogata la detrazione IRPEF del 36% per le spese relative alla ristrutturazione edilizia sino al limite di 48.000,00 euro di spese sostenute per ogni unità immobiliare.

E' stata prorogata anche la norma relativa alla detrazione delle spese di acquisto di unità immobiliari abitative recuperate da imprese edili, mediante interventi di restauro, risanamento conservativo o ristrutturazione edilizia.

Proroga dell'applicazione dell'iva ridotta nel settore Edile. (IVA 10%)

E' stata prorogata l'applicazione dell'iva al 10% alle le prestazioni di servizi rese nell'ambito d'interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria effettuati su fabbricati a prevalente destinazione abitativa privata.

Proroga del cinque per mille dell'irpef

E' prorogato al 30 aprile 2010 il termine entro cui le associazioni no profit che hanno presentato tempestivamente la domanda di ammissione al riparto del cinque per mille possono consegnare l'integrazione documentale o le autocertificazioni per l'assegnazione dei fondi relativi agli anni 2006, 2007 e 2008.

E' stata prorogata anche la facoltà di destinare il 5 per mille dell'irpef nella dichiarazione dei reddti del 2010 per l'anno 2009.

Piero Cagnin

LA DIMISSIONE PROTETTA

Occupandomi di Territorio in quanto MMG e responsabile della Commissione del Territorio dell'Ordine dei Medici di Venezia, sono stato più volte interpellato su un argomento che mi risulta essere sempre più a cuore ai MMG, LA DIMISSIONE PROTETTA.

La Dimissione Protetta è un momento di grande espressione sanitaria perché permette di dimettere un paziente, dopo che sia stato stabilizzato, anticipatamente ai tempi abituali, liberando il letto per altri pazienti o evitando di andare a occupare un letto in un reparto di lungodegenza. In pratica si mette l'Ospedale nelle condizioni di funzionare al meglio, ottimizzando le risorse con una miglior gestione dei tempi di degenza. Infatti con questo strumento si può assicurare a domicilio i bisogni assistenziali di pazienti dopo un evento cerebrale acuto, una frattura, un bisogno di nutrizione artificiale, una terapia palliativa ed altro senza far permanere inappropriatamente il paziente in Ospedale.

I MMG sono largamente disponibili ad assumersi questo impegno che permetterebbe di decongestionare gli ospedali e anzi auspicano che i reparti ospedalieri comincino sempre più a utilizzare questo strumento.

Naturalmente la Dimissione Protetta necessita di un Territorio che sia preparato a ricevere il paziente. Quindi bisogna che a livello Territoriale siano attivi un Servizio Infermieristico che assicuri una presenza (anche tramite reperibilità) 24 ore su 24 ore e un'attività di Medici Specialisti che possano affiancare il MMG in caso di necessità. Inoltre il paziente deve essere fornito di tutti quegli ausili (letto, carozzina e altro…) che possano permettere una gestione ottimale del paziente. In conseguenza di ciò bisogna preparare la Dimissione Protetta mentre il paziente è ancora degente in Ospedale in modo che tutto sia pronto al momento della dimissione.

Il Responsabile per i Servizi Territoriali dell'AULSS N° 10 ha presentato un progetto articolato per coordinare questo passaggio Ospedale-Domicilio che vorrei illustrarvi.

Quando una UO ricovera un paziente "fragile", segnala entro tre giorni al Distretto di residenza del paziente e al MMG la necessità di una Dimissione Protetta, avverte la famiglia, segnala alla Farmacia Ospedaliera eventuali necessità di farmaci particolari, provvede alla prescrizioni di ausili e/o protesi.

A questo punto la UO Distrettuale riunisce la UVDM (Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale) a cui partecipano il Direttore dell'Unita delle Cure Primarie, il MMG, il Capo Sala degli infermieri del Territorio, l'Assistente Sociale e un Medico della UO Ospedaliera, che verifica tutte le necessita clinico-assistenziali del paziente e invia il verbale della seduta alla UO Ospedaliera per concordare la data di dimissione.

Naturalmente tutto questo percorso è possibile solo se esiste una rete famigliare in grado di sopportare la domiciliarità del paziente. Ma poiché nella maggior parte dei casi questo avviene si è finalmente pronti ad accogliere a casa il paziente.

Come si può vedere è un percorso abbastanza semplice che permette di organizzare una dimissione protetta in un tempo veramente breve con poco spreco di energie. Ma può soprattutto ottimizzare le risorse, visto i costi della degenza ospedaliera, valorizzare professionalità di molti operatori sanitari, migliorare la vita del paziente, che finito il suo percorso di malato acuto preferisce senz'altro l'ambiente familiare rispetto ad un reparto Ospedaliero.

Speriamo quindi che i responsabili delle AULSS si attivino al più presto per incentivare questo modello di organizzazione jn quanto si tratta di un meccanismo virtuoso che è in grado di produrre miglioramenti assistenziali per il paziente e finanziari per le AULSS.

Gelli Giuseppe Fabris

QUESTIONARIO RESPONSABILITÁ CIVILE PROFESSIONALE MEDICI

Da spedire via fax alla segreteria Omceo Venezia Al numero 041989663

NOME: .....

COGNOME: .....

DATA DI NASCITA: .....

COD. FISC./PART. IVA .....

Tel.: ..... **Cell:** .....

Ha conseguito la specializzazione?

☐ sì .....

☐ no

Se SÌ quando?

.....

E che tipo di specializzazione?

.....

Sta conseguendo la specializzazione?

☐ sì .....

☐ no

Se SÌ in quale specializzazione?

.....

Svolge attività di medico dipendente pubblico e/o privato?

☐ sì .....

☐ no

Se SÌ indicare in quale struttura pubblica e/o privata

.....

Ritiene che una copertura di Responsabilità Civile Professionale a tutela del proprio patrimonio sia necessaria e/o indispensabile?

☐ sì .....

☐ no

Se SI' quindi ha in corso una polizza per il rischio di Responsabilità Civile Professionale?

☐ sì .....

☐ no

Se Sì indicare quale compagnia e massimali assicurati

.....

.....

.....

Posto che una qualche responsabilità per colpa può comportare anche fattispecie di carattere penale, è a conoscenza che il risarcimento in sede civile a carico della compagnia assicuratrice può comportare uno sconto di pena in sede Penale?

☐ sì .....

☐ no

È a conoscenza della circostanza che numerose Aziende Ospedaliere hanno ricevuto la disdetta delle polizze di Responsabilità Civile e pertanto verosimilmente e per effetto dell'autoassicurazione, adotteranno criteri particolarmente stringenti verso eventuali responsabilità professionali del proprio personale medico?

☐ sì .....

☐ no

Ritiene pertanto necessarie una copertura limitata alla Responsabilità Civile per colpa grave ed esclusivamente in caso di rivalsa Corte dei Conti?

☐ sì .....

☐ no

Se NO ritiene necessaria una copertura di Responsabilità Civile la più estesa possibile?

☐ sì .....

☐ no

In quale delle seguenti fasce rientra la Sua attività professionale?:

	medico specializzando
	medico che effettua interventi chirurgici
	medico che non effettua interventi chirurgici
	medico di medicina interna
	medico specialista in ostetricia e ginecologia
	medico specialista in ortopedia e traumatologia
	medico specialista in chirurgia plastica ed estetica
	medico specialista in odontoiatria

Ritiene utile e/o necessaria l'assistenza professionale di un Broker quale esclusivo portatore degli interessi degli assicurati presso tutte le compagnie del mercato nazionale e comunitario?

☐ sì UTILE .....

☐ sì NECESSARIA .....

☐ no

data _____

Paziente fragile: prevenzione e prospettive

Sempre più, con il passare degli anni e con l'aumento dell'età media della popolazione, si va incontro a problematiche connesse con la fragilità del Paziente.

Tale fragilità trae origine da problematiche sanitarie (polipatologie), sociali o più spesso socio – sanitarie.

Se da una parte è ovvio che l'approccio multidimensionale diviene sempre più necessario ed esso contempla la figura del Medico, dell'Assistente Sociale, dell'Infermiere, del Riabilitatore…, dall'altra risulta fondamentale prendere atto che la fragilità del Paziente va valutata nell'ambiente domestico dove si possono rilevare con esattezza i riferimenti e i supporti e dove si può quindi valutare con maggiore precisione la consistenza della "rete familiare".

Ne consegue che è scorretto, e determina impegno difficilmente sostenibile e talvolta inutilmente sostenuto, determinare la situazione del Paziente quando è ricoverato, in quanto nell'ambiente ospedaliero mancano, o non sono sufficientemente esaustivi, i riferimenti sulla rete familiare e domestica, sulla situazione logistica, sulla situazione sociale; la situazione diventa ancor più problematica allorchè manchino persone di riferimento con cui relazionarsi: è diverso, in sostanza, se il Paziente sano e cosciente spiega la sua situazione socio – sanitaria o se lo stesso è malato, debilitato, confuso, talvolta incosciente e non è quindi possibilitato a spiegarsi.

Sarebbe allora importante se si potesse attivare una "mappatura" del Territorio.

A tal fine due figure risultano essenziali: il MMG e l'Assistente Sociale.

E' vero che talvolta il MMG e l'Assistente Sociale del Territorio, e non per negligenza, non sono a conoscenza della "fragilità" di un Paziente, sia perché non sono mai venuti a contatto con loro, sia perché il Paziente ha taciuto o minimizzato nel periodo di benessere le vere problematiche che lo affliggono per superficialità, per pudore, per tutela della propria vita privata: accade allora che le problematiche esplodano al momento della perdita del benessere fisico, psichico, mentale o materiale.

È anche vero però che queste due figure separatamente, o anche di concerto, potrebbero diventare punto di ascolto del Territorio, figure capaci di scoprire ed evidenziare la "fragilità" dei Pazienti a rischio di perdita dell'autosufficienza, problematica questa che potrebbe, una volta evidenziata, essere affrontata in modo propositivo:

Creando i presupposti idonei per prevenire le problematiche del "Paziente fragile"

Dando giusta prospettiva allo stesso nel momento di parziale o totale perdita della autosufficienza

Iniziando eventualmente, d'accordo con il Paziente autosufficiente e capace di autodeterminarsi, una valutazione di cosa fare in caso di "stato di fragilità".

Quanto detto riveste un'importanza determinante per definire più facilmente e più rapidamente e nel rispetto del desiderio del Paziente, i percorsi da perseguire a vantaggio dello stesso qualora perdesse l'autosufficienza per malattia, per compromissione o scomparsa della rete familiare di riferimento o per l'associarsi delle problematiche sanitaria e sociale. Da ciò si evince che ne deriverebbe, in sostanza, un beneficio organizzativo ed etico:

Definendo percorsi idonei, nel rispetto delle "desiderata" dell'interessato

Approntando a tal fine, se necessario, le pratiche

in ottemperanza alla legge n° 6 del 9 gennaio 2004, relativa alla nomina dell'Amministratore di Sostegno.

LE CADUTE

Si vuole qui accennare ad un altro problema espressione di fragilità e che può essere causa di perdita dell'autosufficienza: le cadute.

E' noto, infatti, che le cadute sono causa di escoriazioni, di contusioni, ma anche di fratture, soprattutto del femore, con tassi di mortalità ben oltre il 10%; e non dimentichiamo la difficoltà, talvolta l'impossibilità, di riabilitazione di questi Pazienti, difficoltà sempre maggiore quanto maggiore è l'età: può così verificarsi la possibilità che gli stessi non riprendano il livello di autonomia precedente alla caduta.

Nelle cadute giocano un ruolo determinante, in modo prevalente, la motricità e la cognitività, oltre al visus, all'uso incongruo di farmaci, alle malattie metaboliche (es. l'ipoglicemia) e alle malattie della nutrizione (disidratazione, disionia…); esse costituiscono evento che può portare a complicanze anche gravi, finanche alla morte.

È evidente che il Paziente seguito per patologia dal MMG o dallo Specialista o dall'Assistenza Domiciliare Infermieristica sarà sufficientemente inquadrato nella sua problematica e quindi tutelato.

Ben diversa la situazione del Paziente, soprattutto se anziano, che ha sempre vissuto in solitudine la progressiva perdita della capacità motoria e la comparsa di instabilità: è infatti possibile che questo, da solo, non si renda conto della necessità di un ausilio (bastone, tripode, deambulatore…), mentre chi, competente, lo avesse in cura individuerebbe e prescriverebbe immediatamente l'ausilio necessario, segnalerebbe eventuali barriere architettoniche presenti al domicilio del Paziente e valuterebbe l'opportunità di affidarlo ad un fisioterapista per migliorare la capacità motoria, coadiuvando così alla riduzione del rischio di caduta.

Si rivelerebbe allora importante la "mappatura" del Territorio per individuare queste persone fragili ed a rischio di perdita di autonomia: anche in questo caso è rilevante l'apporto che possono dare il MMG, lo Specialista e l'Assistente Sociale del Territorio.

Renato Fameli

FEDER.S.P.E.V.

Assemblea annuale degli iscritti della sezione di Venezia 11 Aprile 2010

RELAZIONE DEL PRESIDENTE

Il mio più caro e cordiale saluto a tutta questa bella Assemblea,
grazie ai Presidenti ospiti, grazie ad ognuno di Voi per la Sua gentile presenza, un pensiero agli assenti (molti dei quali anche impediti fisicamente) grazie, in particolare, al C.D.P. e al C.R.C., con i quali si è instaurato uno stretto rapporto di fiducia e di amicizia, grazie alla Segreteria dell'ordine dei Medici per la preziosa collaborazione.
Nel piacere di questo incontro, si ha quasi l'impressione di vivere sempre, con una intensità di speranze e di intenti che ci fa un po' dimenticare lo scorrere degli anni.
Vogliamo, invece, ricordare i meno fortunati di noi che ci hanno lasciato: recentemente il dott. Cesare Franco Traina., già nostro consigliere e sindacalista che tanto ci ha dato.

(pausa di raccoglimento)

Sta scomparendo un'epoca che lascia un'eredità significativa per il progresso di questo paese; la FEDER.S.P.E V., nel suo continuo rinnovo, resta la nostra casa e la nostra arma di lotta per il rispetto e il diritto.
Durante questi dodici mesi di mandato, è stato osservato il calendario completo di tutti gli obblighi istituzionali e non solo:

- Congresso Nazionale di Chianciano, elettivo
- Consiglio Nazionale di Roma
- Tre Direttivi Regionali
- Assemblea Annuale degli Iscritti, elettiva, con la partecipazione del dott. Paolo Quarto, esperto pensionistico
- Quattro convocazioni del C.D.P. e C.R.C. riuniti
- Partecipazione del Presidente alle Assemblee Annuali di altre province.
- Piacevoli conviviali e possibilità di accedere a programmi culturali e turistici organizzati dalla dott.ssa Maria Luisa Fontanin, preziosa e infaticabile, alla quale siamo lieti di aver dato il nostro contributo a organizzare la. prossima gita regionale a Chioggia e laguna Sud.

Nelle due pagine, a noi concesse, del Notiziario dell'Ordine, grazie al mio inserimento nella redazione, vengono sistematicamente pubblicati contributi di informazione, di proposte, di riflessioni, di stimolo per nuove iscrizioni, di stralci importanti come da Azione Sanitaria e le convocazioni alle Assemblee Annuali con le relazioni in esse svolte.
La riforma fiscale è auspicata dai politici e dai sindacalisti, essendo l'attuale regime vecchio di decine d'anni: dal 1960 un numero incalcolabile di toppe a fronte delle nuove esigenze maturate nel tempo.
È finalizzata, in particolare, per le attività produttive, per realizzare una maggior ricchezza, a disposizione, tassabile, mentre per noi pensionati, il risultato più modesto non incide su meccanismi di ricupero, da parte dell'erario.
Comunque attendiamo il riconoscimento di diritti già sanciti, non abbiamo avuto regali né li vogliamo per il servizio reso a questo Paese, madre di diritto e speriamo non di bordello.
Le attuali contingenze suggeriscono le nostre immediate aspirazioni:

- La detassazione, obbligo morale per una legislazione pensionistica più moderna e umana, che prevede un trattamento differenziato da quello degli attivi, già in atto nei maggiori Paesi dell'U.E.

- Il ricupero totale, inderogabile, delle quote ISTAT già di per se inadeguate ed emblematiche.
- Un freno all'eccessivo innalzamento dell'età pensionistica, usato come ambiguo mezzo di ricupero di risorse e di integrazione di versamenti sulle spalle di chi è costretto a lavorare, già avanti con gli anni, vessato dal cronico ritardo del guadagno stabile e rimunerativo.
- La possibile realizzazione della tredicesima per il Fondo Generale; più articolata per i redditi da professione, oggi superata facilmente dalla divisione per dodici mensilità.

Sono positive le alleanze intersindacali con la partecipazione ad un piano sanitario comune. L'auspicato e necessario aumento degli iscritti, anche se fosse totale, sarebbe una forza che soffrirebbe sempre per la sua autonomia.

Grandi difficoltà incontrano gli approcci governativi e politici a livello istituzionale; sicuramente l'intervento convinto in Parlamento di autorevoli colleghi, può essere immediato e utile per ogni risultato, confortato dalla stampa e dalla televisione.

Si è necessariamente ripetitivi quando si sostiene che la nostra è una battaglia che non vuole disertori.

Serve, in particolare, anche l'attenzione degli Ordini a tutto campo, per risolvere i problemi che oggi sono dei pensionati e che domani saranno degli attuali attivi, costituendo commissioni e sollecitando il complesso politico amministrativo: se a Venezia siamo particolarmente fortunati per una situazione senza confronti, purtroppo, esistono a livello nazionale, delle realtà frenanti, che il predominio del buon senso ha non poche difficoltà a superarle.

Al Presidente dott. Maurizio Scassola rinnoviamo le nostre congratulazioni e i nostri auguri per la recente nomina a Presidente della Federazione Regionale degli Ordini, fiduciosi che fra, i tanti obiettivi che la categoria medica dovrà affrontare ci sia anche quella attenzione particolare per le nostre necessità, non ultima la richiesta di riduzione della quota di iscrizione all'Ordine per i pensionati veri a cui ha fatto seguito una seconda lettera a carattere informativo del 19/12/2009.

Nel novembre u.s. sono riuscito a trovare e contattare l'A.M.M.I. la cui sede è decentrata a S.Donà di Piave, auspicando quella collaborazione che è già in essere in altre province.

È in via di attuazione l'iscrizione del "Socio aggiunto" approvata nell'ultimo Congresso Nazionale, completamente gratuita: la consorte, un domani, potrà entrare automaticamente nella lista degli Iscritti.

A li vello nazionale è stata creata la carica di "Vicepresidente Vicario" a tutela della continuità funzionale della dirigenza.

La quota associativa ammonta a Euro 4,00 mensili così suddivisa: 1,25 per la Sede centrale che mette a disposizione consulenze, il giornale ecc..., 0,25 per lo splendido Fondo di Solidarietà, 1,00 per il Fondo di Garanzia Istituzionale, 1,50 da trasmettere a tutte le Sezioni provinciali.

La quota associativa per i superstiti ammonta a Euro 2,50 mensili.

Dall'ONAOSI nessuna nuova notizia significativa: speriamo di parlarne con entusiasmo, più avanti.

Operante la polizza UNISALUTE -ENPAM, dopo la disdetta delle GENERALI, per la scarsa adesione, arriva nel dicembre u.s. la folgorante offerta di un 2° piano integrativo di quello di base, siglato da PREVIDENZA POPOLARE.

Aldilà di ogni interesse e valutazione, della proposta, vengono esclusi a priori, sic et simpliciter, i pensionati più bisognosi over 79 anni, probabilmente per una spesa difficilmente quantificabile e non gestibile: si resta comunque perplessi, come possono essere ghettizzati i più deboli che, più di ogni altro pensionato, non possono trovare alternative assicurative.

Malgrado tutto, siamo una grande famiglia, con tante inalienabili necessità e con uguali diritti, aperti al dialogo, contro ogni sopruso chiediamo solidarietà per le nostre finalità di vita sociale e sindacale.

Questa realtà di stallo, forse anche di regressione, manipolata nella cronica confusione e incertezza deve essere di stimolo ad essere uniti e numerosi perché la nostra voce non si spenga.

Giuliano Sassi

L'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA ORGANIZZA IL CONVEGNO:

CULTURA GESTIONALE

Le Scelte Previdenziali nella Professione Medica ed Odontoiatrica

DOMENICA 30 MAGGIO 2010 ORE 8.30

Presso la sala convegni dell'Ordine dei Medici di Venezia

PROGRAMMA

8.30 – 8.45	**Registrazione Partecipanti**
8.45 – 9.00	**Saluti delle Autorità**
	Saluti Presidente Federazione Regionale OMCeO, dott. Maurizio Scassola
	Saluti Presidente CAO OMCeO Venezia, dott. Cosimo Tomaselli
9.00 – 9.45	**Introduzione al corso:**
	Perché il tema della previdenza complementare è così attuale
	dott. **Stefano Berto**, Presidente ANDI Venezia
9.45 – 10.30	**il Fondo quota B ENPAM**
	dott. **Moreno Breda,** Consigliere OMCeO Venezia
10.30 – 11.15	Quesiti dei partecipanti
11.15 – 11.30	Coffee Break
11.30 – 12.15	**La previdenza complementare: Fondo Sanità**
	dott. **Luigi Daleffe**, Presidente Fondo Sanità ENPAM
12.15 – 13.00	Quesiti dei partecipanti
13.00 – 13.45	**Conclusioni**
	Moderatore: dott. **Mediati Malek,** Consigliere OMCeO Venezia

L'evento è in fase di accreditamento presso il Centro Regionale ECM Veneto

Segreteria Organizzativa:
OMCeO Venezia
Tel: 041 989479 - Fax: 041 989663
e-mail: info@ordinemedicivenezia.it