

OMCeO

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

05.09

Anno LI - n. 05 del 14 dicembre 2009 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

A proposito del decreto Brunetta

**Convegno Enpam: pensioni,
riscatti e allineamenti**

Le strutture low cost: perchè falliranno

Comunicazioni del segretario

Contraccezione d'emergenza: due pareri



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



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

Anno LI - n. 05 del 14 dicembre 2009
Aut. Tribunale di Ve n. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale
Maurizio Scassola

Direttore Responsabile
Franco Fabbro

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

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

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

Progetto Grafico
Valentina Remigi

Stampa
Silea Grafiche - Silea (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 14 dicembre 2009

04 L'Ordine tra stanchezza
dei riti e voglia di
rinnovamento

05 Problematiche fiscali

07 A proposito del Decreto
Lgs. n° 150/09 o
"Decreto Brunetta"

10 The times
they are a changin

12 Convegno Enpam 2009:
pensioni, riscatti
e allineamenti

15 Posizione ufficiale dell'ASIO
rispetto all'aumento dei
cosiddetti "centri low cost"

16 Low Cost: le riflessioni
della professione

17 Allegato:
LE STRUTTURE LOW COST
PERCHÉ FALLIRANNO

23 Pediatri per
un mondo possibile

24 L'onorario professionale:
implicazioni deontologiche
e relazionali

27 Comunicazioni
del segretario sull'aggiornamento
dei dati degli iscritti

28 Contraccezione d'emergenza
e continuità assistenziale

32 Contraccezione d'emergenza:
un diverso parere

35 FEDER. S. P. E. V.
Sezione provinciale di Venezia

Sommario

3

L'Ordine tra stanchezza dei riti e voglia di rinnovamento

La riforma delle professioni deve guardare al futuro ed il disegno di legge depositato alla Camera dall'on. Maria Grazia Siliquini (Commissione Giustizia) rappresenta un'ulteriore occasione che non può essere elusa o sottovalutata. Il giro di consultazioni si è avviato presso le Commissioni congiunte Giustizia e Attività Produttive della Camera.

Le professioni saranno in grado di indicare e condividere nuove regole che possano ridisegnare e rifondare gli ordinamenti professionali?

Abbiamo assoluto bisogno di disporre di strumenti normativi che permettano ai professionisti di riavvicinarsi sia a un contesto socio-economico così profondamente cambiato che a una pubblica amministrazione che ha sempre più bisogno di partner tecnici affidabili; dobbiamo rimotivare i colleghi che attendono dal loro ordine informazioni, servizi, formazione e rappresentatività.

Come è affrontabile il dualismo, apparentemente inconciliabile, tra chi deve contemporaneamente difendere gli interessi del Cittadino e quelli del Professionista?

Credo sia evidente come questa difficile equilibrio sia una delle cause della difficoltà di comunicazione e di relazione al nostro interno, tra noi e le rappresentanze dei portatori di interesse, tra noi e le istituzioni, tra noi e la politica.

La professione medica vive questo tempo con grande disagio perché nel campo della salute si amplificano in senso logaritmico i problemi della persona e le crisi delle professioni sanitarie.

Possiamo ancora stare al di fuori della progettazione del nostro futuro? Il nostro sapere, le nostre competenze e il nostro ruolo sono utili a questi paesi?

Se queste sono domande che hanno risposte ovvie è altrettanto lapalissiano che dobbiamo non solo rispondere con i fatti alle necessità di cambiamento ma anche chiudere con la retorica istituzionale ingessata nella perenne autocelebrazione del "siamo la rappresentanza della professione" e "le istituzioni devono confrontarsi con noi"! Non è così!

Gli ordini professionali, specie quello dei medici, devono ri-vedere e ri-orientare la loro politica nei confronti della professione, del cittadino e delle istituzioni analizzando quali siano gli obiettivi prioritari



per la salvaguardia del sistema socio-assistenziale e per la sua rivisitazione.

La grande area della sicurezza delle cure vede coinvolti operatori, cittadini e rappresentanti delle istituzioni. Da questa area si può partire per riposizionare l'ordine dei medici come un soggetto credibile ed autorevole che si pone al centro di verifica, revisione, controllo della qualità e della sicurezza. Questi temi uniscono la professione, il cittadino ed il SSNN e rendono credibili i percorsi di cura alla persona e permettono agli amministratori ed alla politica di trovare in noi un interlocutore rappresentativo e competente.

Per operare questo cambiamento gli ordini non hanno più tempo ed occasioni perché la pubblica amministrazione (Brunetta docet et imperat!) continua a voler imporre regole di mercato ad un campo, quello della salute, che meriterebbe delicatezza, competenza e rispetto. D'altra parte dobbiamo opporci a chi, con arroganza e supponenza, invade il campo delle competenze e del ruolo indicando sanzioni penali per presunti abusi nel campo della certificazione di malattia quando si fanno rientrare nel paese capitali illeciti ripulendoli con l'onere di una tassazione

irrisoria o si cancella il falso in bilancio indicando al paese tutto come i comportamenti etici possono non appartenere alla categoria degli imprenditori. Ci chiediamo anche se non sia questo il momento per i sindacati medici di ritrovare unione di intenti ed orgoglio di appartenenza offrendo alla professione dimostrazione di coesione e capacità con azioni che risvegliano i medici dalla apatia e dallo scoramento.

L'OMCeO di Venezia prova ad offrire, in questo momento buio, riflessioni e proposte alla FNOMCeO ed alla Federazione Regionale ed opportunità e servizi agli iscritti.

Dopo la lunga serie di eventi formativi che anche quest'anno hanno dato agli iscritti occasioni per implementare solide basi per una moderna professionalità (responsabilità professionale, etica, previdenza, comunicazione), viene offerta una grande opportunità: la Posta Elettronica Certificata.

Siamo convinti che, pur considerandolo uno strumento ancora da verificare e valutare in itinere, siamo di fronte ad un ulteriore modo per sviluppare ruolo e compiti dei professionisti medici incentivando l'uso dei sistemi informatici come strumenti di garanzia e sicurezza per la professione. Vigileremo, anche con

le Autorità competenti e con i partner tecnici, perché il sistema sia sicuro e affidabile. La posta elettronica certificata rappresenta un sistema di invio documentale, per via telematica, con valenza legale che attesta una consegna certificata e non ripudiabile.

Dal nostro punto di vista, sino a quando non si chiarirà compiutamente tutto il sistema gestionale e di controllo, useremo questa opportunità solo come servizio interno alla professione, le sue potenzialità restano comunque rilevanti.

Credo che, in un periodo di crisi, chi possiede più coraggio abbia le migliori opportunità per ritrovarsi in prima fila nel momento della ripresa sociale ed economica del Paese; credo che il coraggio e l'entusiasmo non manchino a questo Consiglio che sta dimostrando coesione, responsabilità e voglia di rilanciare la professione.

L'iscritto deve cogliere con attenzione e delicatezza queste occasioni che sono il prodotto di un lungo e faticoso lavoro ma rappresentano anche passaggi non più eludibili in un percorso di responsabilizzazione e di crescita della categoria medica.

Maurizio Scassola

Problematiche Fiscali

Il 26 Novembre su iniziativa della Commissione per i Libero Professionisti, di cui è responsabile il dott. Moreno Breda, si è svolta una serata avente come tema gli studi di settore, con il dr. Giuseppe Morino, commercialista e past president del Comitato Unitario Professioni di Venezia, come relatore.

A mio avviso l'inquadramento dato alla problematica dal dr. Morino è estremamente illuminante e merita di essere ripreso, per quanto un non commercialista possa aver trattenuto della serata medesima.

Il dr. Morino ci ha anzitutto spiegato che gli studi di settore, insieme al redditometro e agli accertamenti sui conti correnti bancari, rappresentano uno strumento induttivo di determinazione del reddito, strumento che si differenzia dagli strumenti analitici i quali consistono nella valutazione puntuale della contabilità del contribuente.

L'Amministrazione Finanziaria sente la necessità di tali strumenti induttivi in quanto l'accertamento analitico del reddito dei liberi professionisti e delle partite IVA sarebbe per la stessa troppo onero-



so. Basti pensare che in Italia vi sono 8.800.000 Partite Iva, che corrispondono alle Partite Iva di Gran Bretagna, Germania, Belgio e Francia messe insieme. Questo enorme numero di contribuenti ha spinto il Ministero delle Entrate a cercare metodi più sbrigativi e facili da applicare per accertare l'evasione fiscale, tra i quali, appunto, quelli oggetto della serata organizzata dall'Ordine.

I metodi di accertamento del reddito induttivi sono

Editoriale

5

di fatto forme presuntive che rientrano nelle previsioni degli articoli 2728 e 2729 del Codice Civile. Tali articoli disciplinano le presunzioni di legge, a fronte delle quali è il soggetto che vi ricade a dover produrre prova contraria, dalle presunzioni semplici, le quali devono essere sottoposte al vaglio di un giudice che ne valuta il peso e il significato.

Gli studi di settore hanno subito nel corso degli anni, a partire dalla loro introduzione nel 1993 e alla loro prima applicazione nel 1998, importanti modifiche a seguito delle resistenze e dei ricorsi dei soggetti accertati. Tuttavia, finalmente, con la circolare del 23/01/2008 il Ministero ha accettato il fatto che essi rappresentino esclusivamente presunzioni semplici da utilizzare per l'accertamento, per cui il contribuente che venisse trovato non congruo o non coerente con i parametri dello studio di settore viene invitato ad un contraddittorio nel quale può spiegare le ragioni per cui appunto si discosta da tali parametri.

Questo riconoscimento rappresenta un grande passo in avanti per la serenità del rapporto tra i contribuenti e l'Amministrazione Finanziaria, in particolare per noi odontoiatri. Infatti molti dei parametri utilizzati per la nostra attività hanno un significato difficile da stabilire e che può variare in modo importante per la cultura e l'impostazione personale del singolo professionista. Pensiamo solo al numero di dipendenti: ci sono colleghi misantropi che fanno tutto da soli, e colleghi filantropi che incaricano un collaboratore per qualunque inezia. Pensiamo al monouso: ci sono colleghi che usano solo materiale sterilizzabile e mettono tutto in autoclave e colleghi che gettano tutto. L'invito al contraddittorio consente al singolo professionista di illustrare all'Amministrazione il proprio modus operandi e di instaurare con essa un rapporto basato sulla chiarezza e trasparenza e non sull'imposizione.

Dal punto di vista della necessità di produrre adeguata documentazione, il redditometro e in particolare la recente iniziativa del ministro Tremonti di abbinarlo agli studi di settore, appare molto più incisiva. Il redditometro infatti rappresenta una presunzione legale e non una presunzione semplice, per cui il contribuente è tenuto a giustificare la disponibilità di quegli indicatori di reddito che riportiamo in tabella. La possibilità di utilizzo del redditometro ha avuto un importante stimolo dalla diffusione dell'informatica e dalla costituzione di banche dati centralizzate, dalle quali è facile e veloce estrapolare il possesso di gran parte degli indicatori.

A studi di settore e redditometro si associa la giustificazione dei movimenti di conto corrente. Con la fine del segreto bancario per il professionista l'obbligo di giustificare non solo le entrate ma anche le uscite registrate nel proprio conto corrente diventa maggiormente vincolante. In particolare è necessario che il contribuente sia in grado di giustificare le uscite dal conto, in quanto esse potrebbero essere interpretate come pagamenti non contabilizzati a fornitori, i quali pagamenti, nella logica degli studi di settore, devono trovare un corrispettivo nei ricavi.

In definitiva la serata è stata illuminante per inquadrare il rapporto del contribuente con il fisco, il quale rapporto se è su queste basi, pur tenendo conto che non sempre le intenzioni e le realizzazioni sono della stessa pasta, ci può senz'altro lasciare soddisfatti.

Il compito dell'Ordine, che è quello di conciliare gli interessi degli iscritti e gli interessi dei cittadini, si esplica anche a livello fiscale, per favorire un esercizio della professione più sereno, corretto e utile ai fini della salvaguardia della salute.

Ciascuno di noi ha un compito da svolgere, semplici iscritti, rappresentanti degli Ordini, funzionari dell'Ufficio delle Entrate, Ministri. Ciascuno cerchi di farlo al meglio. Per riprendere D.H.Thoreau, qualunque cosa tu faccia, che si tratti anche solo di piantare un chiodo nel muro, fallo in modo da poterli svegliare la notte soddisfatto del tuo lavoro.

Cosimo Tomaselli

(il presente contributo è stato rivisto dal dr. Giuseppe Morino)

Indicatori di reddito ai fini del REDDITOMETRO
Aereei, elicotteri, alianti
Barche
Automobili, campers, moto e roulotte
Residenze principali e secondarie
Collaboratori familiari
Cavalli da corsa
Assicurazioni vita

A proposito del Decreto Lgs. n° 150/09 o “Decreto Brunetta”

Il 31.10.2009, nella G.U. n° 254, supplemento ordinario n° 197, è stato pubblicato il D. Lgs. 150/09.

È frutto della Legge 15/09 (del 04/03/09) che delegava il Governo ad ottimizzare la produttività del lavoro pubblico e ad emanare norme sul CNEL e sulla Corte dei Conti: documento di 5 titoli, 5 capi, 74 articoli e 65 facciate.

Riportiamo – per brevità – solo alcuni tra gli aspetti che ci paiono alquanto esaustivi del “clima” instauratosi nei riguardi dei Dirigenti Medici del SSN. Ci limiteremo a quelle che riteniamo le maggiori criticità del D. Lgs. 150/09. E sia chiaro che non abbiamo la pretesa di essere infallibili...

Titolo III° : MERITO e PREMI (Art. 17-31)

Il titolo contiene i discussi articoli sulla premialità selettiva, con identificazione (art. 19) delle 3 fasce di merito: alta (25% del personale, con 50% delle risorse destinate al trattamento accessorio collegato alla performance individuale); intermedia (50% del personale, con il 50% delle risorse); bassa (25% del personale, senza risorse). Nel CCNL possono esistere deroghe per il primo 25% (\pm 5%), con conseguente variazione anche della percentuale intermedia.

I “premi” sono riconosciuti a valere sulle risorse disponibili per la contrattazione collettiva integrativa!

L’art. 29 afferma che le 4 norme del Titolo III (merito e premi) hanno “carattere imperativo per il SSN” e sono inserite di diritto nei CCNL a partire dal CCNL 2010 – 2012.

Titolo IV° : NUOVE NORME

SULL’ORDINAMENTO DEL LAVORO nella P.A. (Art. 32-73)

È un titolo “corposo” che modifica numerosi articoli del D. Lgs 165/2001 e non solo. A mò d’esempio:

- art.40: selezione degli incarichi, pubblicizzazione dei posti vacanti, revoca degli incarichi, durata degli incarichi (< a 3 anni, se pensionamento), incarichi di 2° fascia (?), esperienza di almeno un quinquennio;
- art. 41: revoca degli incarichi per mancato rag-



giungimento degli obiettivi, inosservanza delle direttive... fino al recesso - se il dirigente non ha vigilato - il suo risultato può essere decurtato (“sentito il Comitato dei Garanti”) fino all’80%;

- art. 45: “il trattamento accessorio collegato ai risultati deve costituire almeno il 30% della RETRIBUZIONE COMPLESSIVA del DIRIGENTE, al netto della RIA e degli incarichi aggiuntivi soggetti al regime dell’omnicomprensività”(?);(c.1-ter): “i CCNL aumentano progressivamente la componente legata al risultato... entro la tornata contrattuale 2013-2015, destinando comunque al RISULTATO tutti gli incrementi previsti per la parte accessoria della retribuzione”. “Detta regola non si applica al SSN (dirigenza del SSN) e dall’attuazione del comma (1 bis) non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”(!);
- art. 52: “non possono essere conferiti incarichi di strutture deputate alla gestione del personale a soggetti che rivestano od abbiano rivestito negli ultimi 2 anni CARICHE IN PARTITI POLITICI od IN ORGANIZZAZIONI SINDACALI o che ABBIANO AVUTO NEGLI ULTIMI DUE ANNI RAPPORTI CONTINUATIVI di collaborazione o di consulenza con le predette organiz-

Attività
dell’Ordine

zazioni “! E’ lo spoil system al contrario!
Capo IV°: CONTRATTAZIONE COLLETTIVA
(Art. 53-66)

L’obiettivo è quello di ridurre il ruolo delle Organizzazioni Sindacali. Infatti (art. 54) sono escluse dalla contrattazione collettiva le seguenti materie:

- a) quelle attinenti all’ORGANIZZAZIONE degli uffici;
- b) quelle oggetto di partecipazione sindacale;
- c) quelle afferenti alle PREROGATIVE DIRIGENZIALI;
- d) quelle relative agli INCARICHI DIRIGENZIALI;
- e) quelle relative all’Art. 2, c.2 , lettera c, Legge 421 /92.

Le materie relative a:

- f) sanzioni disciplinari
 - g) risultato/prestazioni
 - h) mobilità
 - i) progressione economica
- sono invece oggetto di contrattazione collettiva, nei limiti di legge (?).

Capo V°: SANZIONI DISCIPLINARI (art. 68-73).

Le riassumiamo :

1. RIMPROVERO VERBALE: regole fissate dal CCNL.

2. INFRAZIONI di MINORE GRAVITA’ (superiori al rimprovero verbale ed inferiori ad una sospensione dal servizio per 10 giorni).

Il dirigente responsabile della U.O. deve:

- a) contestare per iscritto l’addebito, entro 20 giorni dalla notizia di un comportamento punibile;
- b) convocare il dipendente per un contraddittorio (in eventuale presenza di un legale o di un delegato sindacale), con preavviso di 10 gg;
- c) il dipendente può evitare il contraddittorio, inviando una memoria scritta;
- d) dopo una eventuale ulteriore fase istruttoria, il dirigente responsabile della UO chiude entro 60 gg. dalla contestazione il procedimento:

- archiviando

- irrogando la sanzione

Qualora il responsabile della struttura non abbia qualifica dirigenziale, costui deve trasmettere gli atti all’UFFICIO COMPETENTE, che effettuerà/completerà la procedura.

e) le comunicazioni al dipendente avvengono con “posta elettronica certificata” o con “conse-

gna a mano” o con “RR” (c. 5).

f) chi non collabora può essere sospeso dal servizio, per un massimo di 15 gg. (c. 7)

g) Aspetti penali (c. 9; Art. 55 ter D. Lgs 165/01):

Se l’infrazione in questione ha provocato anche un procedimento penale, il procedimento disciplinare viene comunque concluso, anche prima dell’esito dell’azione giudiziaria, in caso di “infrazioni di minore gravità” mentre in caso di “infrazioni di maggiore gravità” (ex Art. 55-bis, c.1, D. Lgs 165/01) l’ufficio competente (?) può - nei casi di particolare complessità o di incompleta documentazione - “sospendere il procedimento disciplinare fino al termine di quello penale, salva la possibilità di adottare la sospensione ad altri strumenti cautelari nei confronti del dipendente”.

h) se il procedimento disciplinare non sospeso si conclude con una SANZIONE ma il tizio viene poi assolto in sede penale, lo stesso tizio dovrà/ potrà chiedere all’ Amministrazione (entro 6 mesi!) la riapertura del procedimento disciplinare, per un nuovo giudizio (entro 180 giorni dalla riapertura).

i) se il procedimento disciplinare termina con una ARCHIVIAZIONE ma il processo penale porta ad una condanna, allora l’AMMINISTRAZIONE riapre il procedimento disciplinare (e lo chiude entro 180 gg. dalla riapertura) applicando le disposizioni ex Art. 653, c. 1 ed 1 bis, del codice di procedura penale.

3. Tipologie di LICENZIAMENTO

DISCIPLINARE (ex Art. 55, quater, D. Lgs 165/01, ora modificato) :

- a) per GIUSTA CAUSA
- b) per GIUSTIFICATO MOTIVO
- c) per IPOTESI ULTERIORI previste eventualmente dal CCNL
- d) per FALSA ATTESTAZIONE di PRESENZA IN SERVIZIO
- e) per CERTIFICAZIONE MEDICA FALSA
- f) per ASSENZA INGIUSTIFICATA superiore a 3 gg. nel biennio o superiore a 7 gg/10 anni
- g) per INGIUSTIFICATO RIFIUTO al TRASFERIMENTO, disposto per “motivate esigenze di servizio”
- h) per FALSITA’ DOCUMENTALI per la carriera
- i) per CONDOTTE AGGRESSIVE REITERATE sul lavoro

l) per CONDANNA PENALE DEFINITIVA, nella quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici o la estinzione del rapporto di lavoro

m) per INSUFFICIENTE RENDIMENTO PER 2 ANNI (valutazione dell'amministrazione, "ai sensi delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali").

4. ALTRE PUNIZIONI (ex Art. 55, quinquies, D. Lgs 165/01, ora modificato):

a) RECLUSIONE 1-5 anni e MULTA 400-1600 euro in caso di :

- falsa attestazione di presenza in servizio
- falsa attestazione di malattia

b) RISARCIMENTO del DANNO PATRIMONIALE quando causato dal punto 1

c) RADIAZIONE DALL'ALBO + LICENZIAMENTO per il medico che ha falsamente attestato la malattia del dipendente

d) SOSPENSIONE dal SERVIZIO (30-90 gg.) e dalla RETRIBUZIONE per chi ha violato gli obblighi lavorativi (ex Leggi, CCNL, provvedimenti dell'amministrazione, codici di comportamento)

e) RICOLLOCAMENTO LAVORATIVO, in caso di inefficienza, incompetenza, danno all'ufficio... documentata dal giudizio disciplinare...

f) SANZIONI DISCIPLINARI contro i dirigenti che omettano o ritardano un'azione disciplinare contro i dipendenti. Pene per tali dirigenti? SOSPENSIONE per 3 mesi e non erogazione del risultato per 6 mesi

g) RESPONSABILITA' CIVILE nei casi di dolo e colpa grave

h) ILLECITI DISCIPLINARI "telematici" con licenziamento, in caso di comportamento reiterato (c. 4, Art. 55 septies, modificato)

5. ASSENZE:

a) Nel caso di malattia > 10 giorni o di seconda malattia nell'anno, il certificato di malattia non può essere rilasciato da un LP ma solo da un medico dipendente o convenzionato con il SSN. Detto certificato va inviato, da chi lo compila, direttamente all'INPS, per via telematica (?), senza oneri per lo Stato, il SSN, l'INPS.

b) Ogni malattia (1 o più giorni) va controllata dall'Amministrazione (c. 5-6, Art. 55 septies, modificato) con fasce di reperibilità decise dal Ministero Funzione Pubblica.

~~~~~

Riassumendo, la sostanza del decreto riflette piena-

mente la diffidenza di Brunetta nei confronti di tutta la P.A., a qualunque settore appartenga.

Abbiamo ancora negli occhi e nelle orecchie le dichiarazioni televisive del Ministro: «... bastone e carota ...»; «... controlli e controlli contro gli assenteisti, i fannulloni, i malati ...»; scherno nei confronti dei "medici macellai" e dei "poliziotti panzoni".

Quante volte ha affermato: «Premieremo i meritevoli e puniremo gli sfaccendati!». Ma le registrazioni televisive sono lì, come pietre tombali, a dimostrare la falsità di quelle affermazioni. Infatti il Ministro non ha messo un euro in più, un misero euro in più (rispetto ai valori attuali) per premiare i bravi ma, invece, ha azzerato il risultato per il 25% dei dipendenti, anche se raggiungono il budget.

Per quanto riguarda, poi, le sanzioni, il testo del Decreto Brunetta provocherà una grossa confusione applicativa, aggiungendo incertezza ad incertezza. Quale ruolo ha, oggi, il Comitato dei Garanti? E quale ruolo avrà, domani, quando mancherà la componente sindacale di tutela? Le decisioni del Comitato dei Garanti saranno ancora "vincolanti ed obbligatorie per la P.A." o potranno essere, dalla stessa, disattese? E come si difenderà, il dipendente (dirigente o meno) dalle possibili angherie legate alle nuove sanzioni disciplinari?

L'art. 69 è un florilegio di sanzioni prive di una reale tutela del dipendente, non solo nella fase (locale) di contraddittorio ma anche nella fase successiva (ed, ora, poco chiara) di coinvolgimento del Comitato dei Garanti. Brunetta dettaglia la tipologia dei bastoni da usare ma trascura qualunque scudo di difesa contro provvedimenti amministrativi immotivati. E il mobbing? Evidentemente è un fenomeno trascurabile.

Inoltre, c'è da chiedersi se questo Paese abbia, ancora, una visione democratica dei fenomeni. La politica detta regole, che essa stessa non rispetta. Regole di eticità, di comportamento, di trasparenza. Quelle stesse regole che sono quotidianamente calpestate dai politici, che le scrivono. È facile discettare e normare sulla produttività altrui, senza rispondere mai della propria. È facile parlare di merito e di meritocrazia, senza mai dover rendere conto dei propri meriti, del proprio curriculum, della propria attività.

In Italia ci sono abilissimi burocrati che compilano decreti legislativi, leggi, circolari. Editti poco chiari, poco coordinati, poco applicabili. Ed il D. Lgs. 150/09 non fa eccezione: non riconoscendo le

tipicità dei diversi settori della P.A., spara nel mucchio. Facendo un'unica fascina della produttività, dai tabacchi e quella del SSN., creando un torbido miscuglio tra 82.000.000 (82 milioni) di prestazioni ambulatoriali degli ospedali pubblici veneti (con 7.200 medici presenti ed ove mancano 1.000 medici e 2.000 Infermieri Professionali!) e quelle degli ospedali delle 7 regioni in rosso.

Il Decreto Brunetta non premia ma bastona, peggiorando le regole del lavoro pubblico e creando le premesse per un peggioramento del "clima lavorativo", nelle diverse unità operative.

Brunetta modifica la contrattazione nazionale, individuando 4 comparti, 4 aree ed un numero imprecisato di sezioni, ossia riducendo del 50% l'attuale numero dei comparti. Una ulteriore criticità è legata ad una serie di commi del D. Lgs. 150/09 che delegittimano e riducono, concretamente, il ruolo dei sindacati nella tutela di chi lavora nella P.A. Infatti dalla contrattazione collettiva sono escluse le materie legate all'organizzazione del lavoro, alle prerogative dirigenziali, alla partecipazione sindacale ed agli incarichi. Ancora: il sindacato inciderà poco nei meccanismi potenzialmente sanzionatori, se non nelle infrazioni di minore gravità. L'Amministrazione sarà così favorita ed il dipendente sarà meno protetto od, almeno, meno

garantito sulla correttezza dei percorsi. Poi non ci pare né democratico né corretto che i sindacalisti ed i collaboratori dei sindacati (ivi inclusi i loro legali ed i loro tecnici) vengano trasformati, dal D. Lgs. 150/09, in cittadini di 3ª classe, cui viene impedito di accedere ad organismi importanti per la P.A.: Comitato dei Garanti, strutture deputate alla gestione del personale, ARAN, Commissione Centrale per la valutazione.

Si vuole fare pulizia? Ed allora, che si cominci dalla politica e dalle verifiche sulle qualità necessarie per poter essere parlamentari: titoli, competenze, reddito, moralità, giudizi pendenti ...

Infine, siamo proprio sicuri che il D. Lgs. 150/09 sia realmente rispettoso delle autonomie regionali in tema di sanità e di organizzazione del lavoro, nelle diverse realtà territoriali? L'Art. 74 può affermare che 13 dei 74 articoli del Decreto sono "principi generali dell'ordinamento"?

Noi non crediamo che sia proprio così!

Restiamo in attesa che un qualche Magistrato rinvi a Corte Costituzionale qualche frammento normativo del Decreto, esplicitando così i nostri dubbi.

Staremo a vedere...

**Pierluigi Allibardi**

## The times they are a changin

**I**l progetto del gruppo Rafiky è iniziato tre anni or sono per assistere la popolazione pediatrica di Ol Moran, Kenya, e formare il personale sanitario locale.

Dopo i primi due anni l'obiettivo si è modificato: la presenza di un sanitario, chiunque esso sia, anche in quella zona determina un aumento della richiesta.

Si potrebbe dire che tutto il mondo è paese, ma le





situazioni sono ben diverse dalle nostre.

Di conseguenza i pediatri, scavando nella propria memoria, si sono trasformati sovente in medici dell'adulto.

Il passaparola ha consentito l'adesione di parecchi colleghi, che sono entrati nel gruppo portando le più svariate professionalità. Allo stato attuale il progetto, a regime nel 2011, prevede l'invio periodico di un'equipe formata da un pediatra, un medico dell'adulto e uno specialista.

Il compito dei sanitari sarà quello di assistere una popolazione selezionata dallo screening effettuato dalle infermiere in loco, e di fornire supporto formativo con pacchetti elaborati precedentemente.

Ha iniziato il Dott. Armando Tanturri, con un programma di screening ecografico, utilizzando l'apparecchiatura del Gallmann Memorial Fund, che ha parallelamente condotto un periodo di training per Sr Alice Bantilan, l'ostetrica locale.

A breve la partenza del Dott. Enrico Ravagnan, neurologo pediatra che, in collaborazione con la Saint Martin Organization, supervisionerà l'attività di rieducazione funzionale dei bambini seguiti per handicap psico motorio, e metterà le basi per una assistenza epilettologica a distanza. Contestualmente la Dott.ssa Nicole Pellizza

rimarrà per un quadrimestre in loco, nell'ottica di un coordinamento con un punto di vista più occidentale per l'efficacia e l'efficienza, rispetto a quello attuale.

L'ottimismo potrebbe portare a pensare ad una operatività già nel corso del prossimo anno. In realtà uno dei problemi da affrontare riguarda il modo di porsi di fronte al modo di operare in paesi emergenti. Prima bisogna capire il contesto in cui ci si muove, e poi si può cominciare ad operare nel rispetto della cultura e delle abitudini locali.

Apprendo il libro dei sogni vi si può trovare un gruppo formato, che può essere impiegato in zone diverse che possano avere bisogno di iniziare un progetto di assistenza territoriale.

Per informazioni  
Andrea Passarella  
apassarella@alice.it 348 2414481  
Maria Pellosio  
narpel@tin.it 335 6252882

**Andrea Passarella**

Attività  
dell'Ordine



# 12

## Convegno Enpam 2009: pensioni, riscatti e allineamenti

**P**resso la sala convegni del Golf Club Cà della Nave di Martellago (Ve) si è svolto sabato 21 novembre 2009 alle ore 8.30 il convegno Enpam “Pensioni, riscatti e allineamenti, un’opportunità da non perdere”, organizzato dall’Ordine dei medici di Venezia.

Nel dare il saluto ai numerosi presenti il dott. Filippo Accietto, Direttore Sanitario dell’Usl 13 ha affermato che tra i medici c’è poca passione per i numeri, che il discorso Previdenza viene spesso considerato secondario, “..tanto, il nostro lavoro supererà queste cose. “C”è invece un rischio fragilità anche per i medici; dopo una vita donata agli altri , ha affermato Accietto, ci si potrebbe trovare in difficoltà. Ecco l’importanza di preparare per tempo il proprio futuro post-lavorativo.

Nell’aprire i lavori del Convegno il Presidente Omceo di Venezia Maurizio Scassola ha fatto un cenno alla fuga dalla professione e al desiderio di pensione espresso da molti medici, spia della sofferenza crescente della nostra professione. Proprio partendo da questo malessere e’ necessario invece riprogettare gli anni futuri per riorientare la professione.



Ha poi preso la parola il dott. Moreno Breda, vero artefice di questo convegno, per la preparazione del quale ha speso molte energie e il Presidente Cao di Venezia, Cosimo Tomaselli, nel breve saluto ai presenti, ha voluto sottolineare proprio il gran-

de impegno del dott. Breda, esprimendogli la gratitudine di tutto il Consiglio dell’Ordine.

“Compito dell’ Omceo è anche quello di fare informazione e di accrescere la cultura della Previdenza; ad ogni professionista – secondo Breda – spetta l’onere della valutazione dei propri bisogni post lavorativi. E’ indispensabile pianificare dal primo giorno di lavoro la propria Previdenza”. Ha poi ricordato come vi siano attualmente al lavoro come medici di medicina generale in Italia solo 245 medici al di sotto dei quarant’ anni di età (200 tra i 35 e i 40 anni).

Breda ha concluso affermando che “ ..la pensione si gode da vecchi ma si costruisce da giovani”.

IL GIALLO DELL’ARTICOLO DEL CORRIERE DELLA SERA

Con incredibile coincidenza, due giorni prima del nostro convegno dell’Enpam , il Corriere della Sera, nell’edizione nazionale del 19 novembre, pubblicava un articolo a firma di Enrico Marro dal titolo: “ Commercianti e medici, casse previdenziali in bilico “ , otto Enti in rosso prima del 2036. In estrema sintesi l’articolo ipotizzava che “ ... secondo le elaborazioni del nucleo di valutazione sulla spesa previdenziale del Ministero del Lavoro... l’Enpam sarebbe andata in rosso tra il 2027 e il 2028 e il suo patrimonio si sarebbe annullato tra il 2030 e il 2054 “.

Un articolo dal contenuto così esplosivo non poteva non essere al centro delle repliche dei relatori.

Giovanni Pietro Malagnino, Vice Presidente Enpam ha immediatamente riportato certezze e serenità tra i presenti, ripercorrendo l’iter storico delle numerose riforme previdenziali succedutesi negli ultimi

15 anni. La riforma Dini prevedeva che gli Enti Previdenziali avessero un patrimonio di bilancio stabile per 15 anni, certificati da studi attuariali triennali e 5 anni di pensioni garantite.

Prodi nel 2007 ha portato l'obbligo di stabilità almeno a 30 anni.

Il governo Berlusconi nell'aprile 2009 ha emanato il relativo decreto attuativo. Ora il bilancio attuariale è sicuro a 15 anni, lo porteremo - ha affermato Malagnino, a 30 anni; troveremo le nuove regole, con la giusta cadenza e senza creare eccessivi squilibri o sofferenze.

A oggi, ha affermato il dottor Malagnino - siamo sicuri di garantire le pensioni a tutti i medici per i prossimi 16 anni (rispettando così le regole di oggi), e supereremo indenni la fatidica "gobba" (quella dei cosiddetti baby boomers che andranno in pensione nei prossimi anni, ndr).

Malagnino ha poi svolto la sua relazione dal titolo "Riscatto di laurea e allineamento per i medici iscritti al fondo B". Tra i molti dati portati all'attenzione dell'uditorio, spiccano quelli relativi ai 342.260 medici che a tutt'oggi contribuiscono ai fondi Enpam, che sul fondo dei medici di medicina generale vengono versati 916.56 milioni di euro e che ne vengono spesi 592,03; che il bilancio consultivo 2007 vede un avanzo di 813.749.273 euro; che l'Enpam ha attualmente un patrimonio immobiliare pari al 42,7% e mobiliare (obbligazioni/azioni) pari al 57,3%, che danno un rendimento calcolato di circa il 4%. L'Enpam in totale ha un capitale di 9 miliardi di euro!!

Nonostante queste cifre assolutamente confortanti - ha sostenuto Malagnino - nessun reddito prodotto dai medici deve sfuggire all'Enpam. Poi Malagnino ha spiegato l'equivoco che ha fatto titolare erroneamente il Corriere della Sera; è il fondo dei convenzionati esterni che vede le uscite superare le entrate ma il peso di questo fondo non supera il 3,5% del capitale dell'Enpam.

Malagnino ha poi diffusamente relazionato sulla pensione ordinaria, spiegando come essa venga rivalutata su tutta la vita contributiva (e non solo sugli ultimi 10 o 15 anni) ed ha mostrato un esempio pratico di come si calcola una pensione. Infine ha spiegato dettagliatamente ai presenti come un importante problema per l'Enpam (ma non solo per il nostro Ente) sia quello dell'allungamento della vita media. A tutt'oggi l'aspettativa di vita di un medico che vada in pensione a 65 anni è di 17 anni se maschio e di 21 anni se femmina. Anticipando

una obiezione che spesso viene fatta, ovvero che i riscatti degli anni di laurea sono troppo onerosi, Malagnino ha dimostrato che - in base al rapporto contributivo - il medico recupera in circa 8-11 anni, col godimento della propria pensione, quello che ha versato nella sua vita lavorativa. E gli altri anni che vivrà, chi glieli paga, si è chiesto Malagnino? Questo è uno dei problemi che l'Enpam affronterà con pacatezza e senso di responsabilità. E un problema di sostenibilità che l'Enpam dovrà affrontare visto che - a complicare le cose - l'attuale periodo storico non è di crescita economica bensì di stabilizzazione. Cosa farà allora l'Enpam? Riverificherà le aliquote retributive e lo statuto verrà modificato in tal senso, sentite le Consulte. Un'altra operazione che dovrà essere fatta è quella dell'adeguamento dei calcoli della aspettativa di vita, fermi ai dati ISTAT del 1983, pertanto non rispondenti al reale aumento dell'aspettativa di vita, che - ha ricordato Malagnino - cresce al ritmo di 3 mesi ogni anno.

Malagnino infine ha ricordato come il 5% dei fondi Enpam venga speso in Assistenza ai colleghi in difficoltà per spese sanitarie impreviste, per funerali, per lavori per adeguamento delle abitazioni causa perdita dell'autonomia, ecc.



Dopo l'applaudita relazione del Vicepresidente dell'Enpam è stata la volta del dottor Alberto Oliveti, Consigliere Enpam, che ha trattato l'argomento "Riscatto di laurea e allineamento per i medici in convenzione". Anche Oliveti ha ribadito che l'articolo

del Corriere della Sera è sbagliato "...chiediamo il tempo per rimettere a posto le cose e correttamente ripartire i costi tra generazioni di medici. L'Enpam ha un grosso patrimonio; certo ci sono dei problemi urgenti da affrontare, l'allungamento della vita media e il grosso di chi versa che andrà fra pochi anni in pensione, facendo aumentare le spese per le pensioni. Lo Stato ora ci chiede da un lato nuove regole, ad esempio questa: devi mettere da parte il capitale per 30 anni. Ma sempre lo stesso Stato da un altro lato mi vuole tassare questo capitale. Vogliamo allora - ha detto in un passaggio tra i più apprezzati Oliveti - una Previdenza basata sull'evidenza, dobbiamo poter spiegare allo Stato le nostre problematiche di gestione". Ha poi comunicato una

grande novità da parte dell'Enpam: la cosiddetta BUSTA ARANCIONE. Ad ogni medico verrà inviata una lettera ( in busta arancione, per differenziarla da quelle che abitualmente riceviamo) contenente il calcolo dei contributi versati e su questa base la proiezione di quale sarà la sua pensione.

Oliveti ha poi diffusamente parlato di come “funziona” la pensione col metodo retributivo e contributivo (L'Enpam adotta il sistema retributivo reddituale – io verso tot e so cosa avrò di pensione fra tot anni), di come si può incrementare il valore economico della pensione, dove vanno a finire i soldi pagati dal medico per il riscatto (anni di laurea, specializzazione - limitata ai soli pediatri - , servizio militare...) che vanno sull'aliquota percentuale di rendimento. Ha spiegato molto chiaramente come “funziona” il riscatto di riallineamento (che agisce sulla base pensionabile) e soprattutto ha ricordato la TOTALE deducibilità fiscale del riscatto degli anni di laurea e fino a 5164,57euro per i riscatti di riallineamento. Anche il dottor Oliveti ha poi ricordato come oggi il medico, per ogni euro che versa in quota A , lo recupera in 8 anni e mezzo di pensione, mentre se ha depositato questo euro nel fondo dei medici di medicina generale lo recupera in 10 anni. I riscatti, secondo Oliveti, si basano sul concetto: mi costruisco un po' la pensione come mi conviene, come voglio io, con “flessibilità contributiva”. Oliveti ha poi sostenuto che il riscatto di laurea è estremamente favorevole perché utilizza coefficienti di capitalizzazione molto bassi (le tabelle sono ferme al 1983); il beneficio del riscatto è invece molto elevato poiché che fa aumentare la pensione del 9,3%! Anche il riallineamento , ratealizzabile in 18 mesi per ogni anno riscattato è un versamento che ognuno si ritaglia per sé.



Dopo il coffee break c'è stata la relazione del dottor Claudio Testuzza, medico pubblicitista, su “Riscatto di laurea e allineamento per i medici a rapporto di dipendenza”. Ha ricordato le 7 riforme previdenziali succedutesi in 15 anni, partendo dalla prima riforma

(Amato) , quando era ancora possibile andare in pensione con 19 anni 6 mesi e 1 giorno lavorativi; la riforma Dini del 1995 col suo passaggio epocale ai 35 anni lavorativi per tutti e dell'età nella quale

ora si può andare in pensione ( quota 95 per i dipendenti e quota 96 per gli autonomi che progressivamente si alzerà a quota 97 per i dipendenti e 98 per gli autonomi), dei lavori usuranti – riferiti ai turni di notte - , (norma ancora sospesa), ha parlato delle date di accesso al pensionamento (le cosiddette finestre) . Testuzza ha diffusamente argomentato sui nuovi vantaggi del riscatto del diploma universitario, del diploma di laurea, del diploma di specializzazione e del dottorato di ricerca. Ebbene ci sono state delle modifiche favorevoli dal 2008 : il pagamento rateale non è più soggetto ad interessi e può essere applicato anche a chi studia medicina o laureato , non lavora ancora ( il genitore in questo caso può detrarre il 19% dell'importo versato, se si tratta di figlio a carico ). Il dottor Testuzza ha poi parlato della ricongiunzione, strumento che ha lo scopo di ottenere un'unica pensione calcolata su tutti i contributi versati e della totalizzazione, che consente di poter recuperare spezzoni di contributi accreditati in più gestioni previdenziali (interessa i medici specializzandi). Testuzza ha concluso la sua relazione portando esempi di come si calcola la pensione con il sistema retributivo; ultimo cenno : dal 1° gennaio 2009 è stato abolito il divieto di cumulo, ovvero il medico pensionato può svolgere lavoro dipendente o libero professionale.



L'ultimo contributo è stato quello del dottor Luigi Daleffe che ha parlato di Previdenza Complementare, ovvero di FONDO SANITÀ.

La necessità di “integrare” il reddito pensionistico deriva da alcuni semplici dati storici: negli anni 60

c'era un numero di nati doppio rispetto ad oggi; oggi si sta troppo a lungo in pensione; nell'immediato futuro ci saranno pochi giovani che lavoreranno e con “poco guadagno”. Grazie ad una legge del 2005 – ha affermato Daleffe – che permette la costituzione di nuovi fondi previdenziali integrativi, il Fondo Dentisti si è trasformato in data 16.6.2007 in Fondo Sanità. Ne fanno parte non solo medici o dentisti ma anche farmacisti e infermieri. Fondo Sanità consente una contribuzione definita (con grande libertà, un anno verso, un anno no, se ho problemi...) e soprattutto ha costi minori rispetto alle polizze assicurative. Le polizze assicurative infatti

hanno costi di gestione, il cosiddetto caricamento, più elevati e fruttano interessi decurtati di percentuali significative (aliquota di retrocessione). Fondo Sanità è un fondo multicomparto che permette investimenti differenziati degli aderenti. E' libero, definito in percentuale sul reddito, è deducibile fino a 5164,57 euro; l'iscritto può scegliere la propensione al rischio o meno (comparto obbligazionario). La tassazione del vitalizio è del 15% oppure del 9% se si è iscritti da 15 anni. Ultimo vantaggio: al Fondo Sanità si possono iscrivere familiari e figli a carico.

I relatori alle ore 13:40 hanno infine risposto alle numerose domande poste dai presenti. Ne citiamo solo una. Un giovanissimo collega ha chiesto: chi vigilia sull'Enpam? Chi garantisce i nostri soldi? Il dottor Malagnino ha risposto: "l'Enpam è sotto il controllo del Ministero del Lavoro, della Sanità

e del Tesoro, della Corte dei Conti e infine di una Commissione interministeriale. I soldi che i medici versano all'Enpam sono al sicuro".

**Franco Fabbro**



## Posizione ufficiale dell'ASIO rispetto all'aumento dei cosiddetti "centri low cost"

**C**ari partecipanti e colleghi, un caro saluto ai partecipanti all'incontro di questa serata.

L'ASIO è l'associazione che tutela 800 tra specialisti in ortodonzia ed esclusivisti. La nostra posizione sull'aumento dei cosiddetti centri "low cost" è che l'ingresso delle società di capitali nel nostro mercato è un fenomeno transitorio destinato a fallire. Da sempre il migliore e più vantaggioso rapporto tra specialista e paziente è quello diretto e personale, nell'interesse di entrambe le parti.

Siamo contrari ad ogni forma di intermediazione economica nel rapporto medico paziente come quella che l'ingresso delle società di capitali ha creato nel nostro comparto. Si vuole far credere che economie di scala possano provocare una diminuzione del prezzo finale senza che il livello qualitativo ne risenta.

Come universalmente noto ogni intermediazione tra erogatore di servizio e consumatore è sempre destinata a provocare un aumento del prezzo finale.

Questi centri impiegano spesso personale dall'esperienza professionale limitata che viene retribuito a percentuale.

I nostri associati sono in gran parte liberi professionisti dedicati al perseguimento del miglior risultato possibile per i propri pazienti. I nostri associati posseggono i titoli accademici e l'esperienza professionale che garantisce la salute dei propri pazienti.

Buona serata a tutti

**Ugo d'Aloja**  
segretario nazionale ASIO

Attività  
dell'Ordine

# Low Cost: le riflessioni della professione

**L**il 26 Ottobre presso la sala dell'Ordine si sono incontrati i referenti delle principali associazioni o gruppi dell'odontoiatria veneziana: oltre al sottoscritto in qualità di presidente CAO, era presente il dott. Dott. Christian Bacci, rappresentante Odontoiatri Ospedalieri, il dott. Claudio Boscaro, referente AIO Venezia, il dott. Moreno Breda, rappresentante Doppi Iscritti, il dott. Gabriele Crivellanti, presidente COI3V, il dott. Luca Dal Carlo, presidente ANDI Venezia, il dott. Roberto Oselladore, referente ANSOC, il dott. Dario Simini in rappresentanza del SUMAI, il dott. Giovanni Rossi, Segretario Regionale SUSO e il dott. Weisz Stefano, Direttore Sanitario Dental Venice Service. Il Dott. Ugo D'Aloja, Segretario Nazionale ASIO, ha inviato un messaggio di condivisione dell'iniziativa. (Vedi pag. 15)

In questi tempi il martellamento mediatico sull'odontoiatria low cost e sul turismo odontoiatrico è sempre più pesante, tanto da far pensare che non rappresenti una descrizione del fenomeno ma una pubblicità dello stesso, un modo cioè per crearlo a partire da cifre reali inconsistenti.

L'odontoiatria italiana infatti da sempre è una realtà libero-professionale in un sistema economico sostanzialmente liberista. Il che implica una dinamica economica di libero mercato e concorrenza che spinge a dare il servizio migliore al prezzo inferiore.

Il fatto che in questa realtà stabile da anni, in equilibrio tra le spese e i ricavi, altri soggetti ritengano di potersi inserire ricavando nicchie di mercato, significa che essi ritengono di poter realizzare risparmi gestionali o procedurali che consentano di diminuire le spese, ammettendo che l'eventualità di aumentare i ricavi con sovvenzioni esterne sia al momento una ipotesi impraticabile.

Che realtà lontane geograficamente dal nostro paese possano realizzare risparmi è certamente credibile, ma una analisi delle prestazioni odontoiatriche e delle condizioni di esecuzione e mantenimento rendono difficile, allo stesso tempo,

credere che possa essere conveniente spostarsi anche solo di 200-300 Km per usufruire di tali risparmi.

Al contrario che sia possibile in Italia, e nella nostra provincia in particolare, realizzare risparmi gestionali a parità di qualità, è la leggenda metropolitana su cui la serata si è incentrata. Al dott. Weisz, Direttore Sanitario di una struttura sanitaria che la stampa ha accomunato ai low cost, ma che rifiuta tale apparentamento, abbiamo chiesto esplicitamente come e se ritiene possibile risparmiare aumentando le dimensioni della struttura. Di fronte ad una risposta positiva generica, il dott. Weisz tuttavia non ci ha dato alcun elemento per poter valutare o quantificare le economie di gestione di una struttura medio-grande.

La discussione vivace che ha coinvolto tutti i partecipanti all'incontro, ci ha trovato sostanzialmente concordi nel ritenere che lo studio professionale singolo o associato sia al momento attuale e presumibilmente anche nel prossimo futuro, la realtà che può offrire il miglior servizio possibile non solo come qualità ma anche come rapporto qualità prezzo.

Tutti noi, professionisti, istituzioni, associazioni, siamo responsabili di come riusciremo a mantenere altro il prestigio dell'odontoiatria per la migliore tutela possibile della salute della popolazione.

**Cosimo Tomaselli**

## LE STRUTTURE LOW COST: PERCHÈ FALLIRANNO

*ovvero la leggenda metropolitana del vantaggio competitivo  
delle grandi strutture in odontoiatria*

In questi ultimi tempi sulla stampa sono comparsi con una discreta frequenza articoli sulle strutture Low Cost in Odontoiatria.

Tali articoli ripetono alcuni stereotipi, i quali diventano verità per il solo fatto di essere ripetuti senza che alcuno si prenda la briga di andare a verificarne la fondatezza.

In generale gli stereotipi che vengono ripetuti possono essere riassunti come segue:

- le cure odontoiatriche sono molto costose e i cittadini devono spendere cifre esorbitanti per curarsi (si ripetono spesso cifre dai 15.000 ai 30.000 euro);
- all'estero (soprattutto nei paesi dell'Est) le cure odontoiatriche sono molto più economiche;
- la diffusione delle grandi strutture in Italia può contribuire ad abbattere questi costi.

La presente pubblicazione, sintesi di un ampio confronto tra tutte le sigle sindacali ed associative in ambito odontoiatrico della provincia di Venezia, vuole riprendere e discutere alcuni di questi luoghi comuni.

### **QUANTO SPENDE UN CITTADINO IN CURE ODONTOIATRICHE**

Sulla *Stampa* di Torino del 18/09/2009 si fa il caso di una infermiera che deve spendere 25.000 € per una riabilitazione odontoiatrica in Italia a fronte di 5.000 € per la stessa riabilitazione in Russia.

Se analizziamo l'esempio riportato senza pregiudizi ci convinciamo che si tratta di un

esempio mistificante e deformante la realtà odontoiatrica, sia per quel che riguarda i costi sia per quel che riguarda la reale necessità di cure da parte della popolazione italiana. La spesa media pro-capite in cure odontoiatriche secondo i dati Istat si aggira attorno a 700-800 euro all'anno e non è variata negli ultimi anni, nel senso che gli onorari odontoiatrici non hanno tenuto neppure il passo dell'inflazione. Lo stesso Osservatorio prezzi del Comune di Venezia dichiara che i costi delle cure odontoiatriche negli ultimi anni sono rimasti invariati (+0,22-3,36% dal 2005 al 2007).

Da dati raccolti in provincia di Venezia tuttavia la spesa si aggira piuttosto sui 300 che sui 700-800 € l'anno. I dati locali e i dati Istat presumibilmente sono entrambi veri, ma con modalità di raccolta differenti. Da quel che sembra di capire la spesa media riportata dall'Istat si riferisce agli italiani che vanno dal dentista, ma questo è un dato chiaramente incompleto. I cittadini che non si recano dal dentista possono infatti avere una pluralità di ragioni: economiche, culturali, sanitarie (perfetta salute orale), etc. I dati locali si riferiscono invece ai pazienti attivi ai controlli, cioè coloro che hanno effettuato almeno una visita negli ultimi 2 anni. I dati ISTAT e quelli locali tuttavia sono difficilmente incrociabili, in quanto i pazienti afferenti agli studi veneziani, anche se hanno effettuato solo una visita nell'arco di due anni, sono comunque pazienti in follow up, quindi pazienti che attuano un programma di prevenzione e manutenzione, mentre se si correggessero i dati ISTAT inserendo anche i pazienti che non vanno dal dentista, si includerebbero anche pazienti che

non attuano alcun programma di prevenzione e/o manutenzione.

Ad ogni modo sembra difficile negare che questi siano i limiti della spesa dentale per un cittadino medio veneto, il quale cittadino con

una spesa media di 300-800 € all'anno per accumulare un costo di venticinquemila euro - come dal caso presentato sulla Stampa - dovrebbe stare lontano dal dentista dai 30 agli 80 anni!

| Spesa annua (in euro) | Spesa totale su una vita media di 75 anni (in euro) | Anni necessari per accumulare una spesa di 25.000 € |
|-----------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 300 €                 | 22,500 €                                            | 83 anni                                             |
| 800 €                 | 60,000 €                                            | 31 anni                                             |

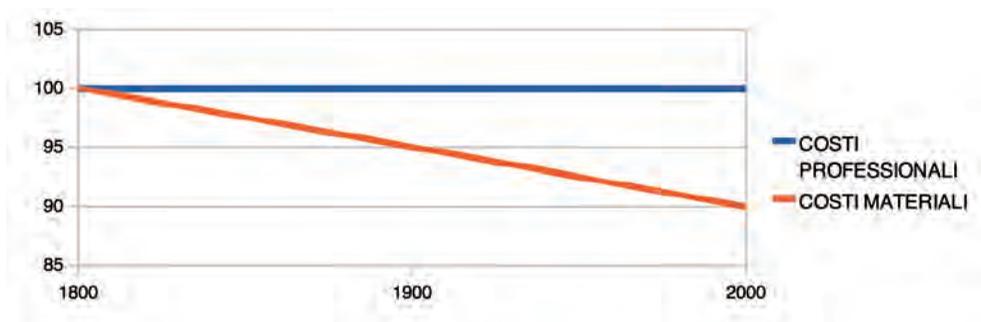
Si tratta oggettivamente di situazioni limite e bisogna chiedersi, di fronte a ipotesi di spesa di tale entità, quale sia la parte della natura o sfortuna e quale quella della trascuratezza personale. Una persona che arriva ad un tale livello di trascuratezza, probabilmente, dopo un intervento riabilitativo impegnativo, avrà bisogno di una costante manutenzione, per cui è proprio la persona meno indicata per andare a farsi curare in Russia!

### I COSTI DEGLI STUDI ODONTOIATRICI

Un secondo luogo comune rilanciato spesso dai mass media è che le grandi strutture possano ridurre i costi aumentando le dimensioni. Questa leggenda metropolitana richiede una analisi più approfondita.

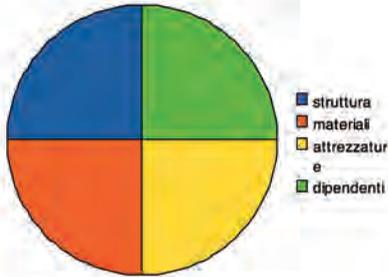
### COSTI PROFESSIONALI E COSTI MATERIALI

La dinamica base dell'economia contemporanea e dei servizi professionali è descritta dal morbo di Baumol (<http://www.econ.nyu.edu/dept/vitae/baumol.htm>), che prende il nome dall'economista americano William J. Baumol che la descrisse nel 1967 prendendo l'esempio del numero di musicisti necessario per suonare un quartetto per archi nell'800 e nel 2000. Mentre in due secoli non è variato il numero di musicisti richiesto per un quartetto, nello stesso tempo il costo di molti prodotti agricoli e industriali è andato progressivamente diminuendo. La tendenza perciò nel tempo del costo delle prestazioni professionali e dei prodotti è divergente.



Nel nostro piccolo abbiamo constatato che per calcolare il costo di una prestazione negli anni 90 si poteva assumere che il 25% dovesse andare alla struttura, il 25% a materiali e spese vive, il 25% alle attrezzature e il 25% ai

dipendenti. Oggi il peso relativo si è spostato a favore del personale, il quale oggi rappresenta un 30-40% del totale delle spese, mentre i costi soprattutto dei materiali di consumo sono andati progressivamente diminuendo.



1990

### COSTO DELLE SINGOLE PRESTAZIONI

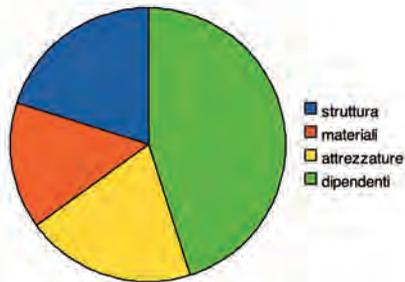
Il costo della prestazione a sua volta deve tenere conto del costo della prestazione professionale in senso stretto e dei materiali.

### COSTI DEL PERSONALE

Il costo del personale comprende sia l'onorario del personale medico, che lo stipendio dell'assistente e il compenso dell'odontotecnico.

Ora questi costi non dipendono in alcun modo dalla dimensione della struttura, in quanto per ogni carie su un determinato paziente ci sarà bisogno di un medico, di uno o più assistenti, eventualmente dell'opera di un odontotecnico. Se nella stessa struttura si vogliono curare più pazienti, si dovrà ovviamente moltiplicare il numero di medici, assistenti e odontotecnici per il numero di pazienti. Si tratta infatti di costi così detti variabili, dipendenti dal volume di lavoro.

Si potrebbe eventualmente ipotizzare che per le prestazioni meno impegnative una grossa struttura possa permettersi di assumere neolaureati e pagarli meno. In realtà una politica del genere in odontoiatria sarebbe suicida: nessuna prestazione dentale può essere trascurata, anzi spesso la maggior spesa riabilitativa trova la propria origine in



2010

piccole prestazioni mal eseguite qualche tempo prima.

Se tuttavia questa fosse una via per diminuire i costi delle prestazioni, *sarebbe opportuno farlo sapere alla cittadinanza*; in base al principio del consenso informato il paziente ha il diritto di conoscere questi particolari centrali per il risultato delle cure.

### COSTI DEI MATERIALI

Per quel che riguarda i materiali, anche ammesso che una grossa struttura possa ottenere sconti per grossi ordinativi, si deve tenere conto del contesto generale:

1. il costo dei materiali è in progressiva diminuzione e se oggi rappresentasse un vantaggio, è un vantaggio destinato a ridursi
2. già oggi poi il costo per i materiali rappresenta una piccola parte del costo della prestazione e per quanto si riesca ad ottenere sconti, questi sul totale rappresenteranno una piccola percentuale
3. si consideri poi che con l'aumentare delle dimensioni di una struttura aumentano anche gli sprechi, materiali ordinati e non utilizzati, materiali scaduti, materiali ordinati per errore, etc Per quanto una buona organizzazione possa ridurre questi sprechi, essi dovranno per definizione essere superiori nella struttura più complessa rispetto a quella più semplice, senza contare che anche l'organizzazione ha un

costo e che questo costo aumenta con l'aumentare della complessità organizzativa.

## COSTI DELLA STRUTTURA

Per quanto riguarda il costo della struttura:

1. costi del personale. È evidente che il personale che può essere ottimizzato in una grande struttura è il personale di segreteria, in quanto il personale clinico è proporzionale al carico di lavoro. Ma il personale di segreteria in una grande struttura svolge mansioni che in una piccola struttura o non sono necessarie o vengono svolte dal titolare. In particolare con l'aumento della complessità della struttura emergono esigenze di coordinamento del personale, dei fornitori e dei clienti, che non ci sono in una piccola struttura, per cui in realtà il personale di segreteria non costituisce un risparmio ma una spesa netta.
2. nuove figure professionali. In una grande struttura poi emergono spese che il piccolo studio non ha, come il responsabile del marketing o delle Pubbliche Relazioni, o la direzione sanitaria o la contabilità.
3. burocrazia. È vero che in una grande struttura alcuni oneri burocratici vengono distribuiti su una maggior mole di lavoro, tuttavia questo è un costo parassita tipico di burocrazie antiche e borboniche e si spera che l'Italia, se non vuole andare rapidamente ad ingrossare le fila dei Paesi in Via di Sviluppo, si liberi al più presto di questi costi
4. pubblicità. Questi centri per sopravvivere hanno bisogno di investimenti costanti in pubblicità, di cui gli studi professionali hanno sempre fatto tranquillamente a meno
5. il costo delle attrezzature.
  - a. Da un punto di vista commerciale il costo delle attrezzature è in progressiva diminuzione, per cui anche ammesso che su una grande struttura si riesca

ad ammortizzare meglio la spesa, tale vantaggio è destinato ad annullarsi nel tempo

- b. Il risparmio in ogni caso riduce alle attrezzature polifunzionali, tipo compressore, aspiratore, autoclave, mentre non vale per i riuniti, i radiografici, etc, i quali devono essere proporzionali ai pazienti da trattare e non consentono alcun risparmio in relazione alla prestazione se si trovano dieci riuniti con dieci pazienti o due riuniti con due pazienti.
  - c. La manutenzione delle attrezzature aumenta esponenzialmente con il numero di utilizzatori. Apparecchiature in genere complesse e delicate, nelle mani di un solo utilizzatore durano dieci volte di più che se utilizzate da più persone.
6. energia elettrica, riscaldamento, etc. in generale le spese di gestione aumentano con le grandi strutture, dove la luce o il compressore restano accesi anche quando non servono e dove se c'è troppo caldo anziché abbassare la caldaia si apre la finestra.
  7. Affitto o proprietà della struttura: i professionisti hanno un atteggiamento conservativo rispetto alla propria attività, nella quale spesso investono tutto sia da un punto di vista emotivo che economico. Perciò spesso gli studi professionali sono di proprietà dei professionisti o comunque hanno rapporti privilegiati con il proprietario, per cui gli affitti vengono calmierati o in ogni caso l'ammortamento dello studio non viene calcolato nel costo della struttura. Questo tra l'altro è il motivo per cui dal punto di vista fiscale dagli anni novanta è stata abolita la possibilità per il professionista di detrarre le spese di acquisto degli immobili (del mutuo si possono scaricare solo gli interessi). Infatti il legislatore ha ritenuto che l'acquisto di un immobile per un professionista non sia una spesa ma un investimento che ne aumenta il patrimonio. Per quanto si possa criticare questa

condotta dal punto di vista dell'investimento economico, è la realtà diffusa, per cui le grosse strutture si trovano in forte svantaggio. Il costo degli ambienti per le grosse strutture è un costo vivo pesante che non consente slittamenti neppure per un mese.

8. Costo degli errori: errare è umano e nessuna attività umana può ritenersene immune. Perciò in sanità c'è una attenzione costante sulle dinamiche degli errori e sulla loro possibile prevenzione, attenzione che è anche un dovere deontologico

(art.13 Codice Deontologico FNOMCeO). Una delle conclusioni di questa attenzione è che la maggior parte degli errori in sanità nasce dalla comunicazione tra gli operatori ed è proporzionale esponenzialmente al numero degli stessi. Con l'aumentare delle dimensioni della struttura gli errori aumentano inevitabilmente. Perciò in ogni struttura la gestione del rischio clinico deve crescere con le dimensioni della stessa struttura, la quale gestione va perciò a rappresentare un costo crescente e oltre certe dimensioni proibitivo.

| Capitolo di spesa                                           | Grossa struttura                                             | Piccola struttura                                               | Vantaggi/Svantaggi per la grossa struttura                                                                |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personale operativo                                         | Dequalificato, demotivato                                    | Responsabile, autonomo                                          | Uguale a parità di prestazione                                                                            |
| Personale di segreteria                                     | Mansioni supplementari                                       | Superfluo                                                       | Possibile risparmio, ma mansioni supplementari                                                            |
| Marketing Manager, direttore sanitario, relazioni esterne   | Indispensabile                                               | Assente                                                         | Costo aggiuntivo                                                                                          |
| Materiali di consumo                                        | Acquisti in grande quantità, possibili sprechi               | Acquisti oculati e calibrati                                    | Possibili risparmi per le grandi quantità, aumento dei costi per gli sprechi e il controllo organizzativo |
| Burocrazia                                                  | Possibile risparmio                                          | Peso sull'unico titolare                                        | Possibile risparmio                                                                                       |
| Pubblicità                                                  | Indispensabile                                               | Superflua o controproducente                                    | Costo vivo                                                                                                |
| Convenzioni                                                 | Prassi comune                                                | Superflue o controproducenti                                    | Costo vivo                                                                                                |
| Attrezzature: polifunzionali (compressore, aspiratore, ...) | Possibile risparmio legato al maggior utilizzo di ogni unità | Possibile risparmio legato alla maggiore oculatezza di utilizzo | Risultato finale dubbio                                                                                   |
| Spese di gestione (energia, telefono, gas)                  | Sprechi inevitabili                                          | Ottimizzazione dell'utilizzo                                    | Costi inevitabili                                                                                         |
| Costo dei locali                                            | Spesa viva                                                   | Capitale immobiliare                                            | Costo ammortizzabile                                                                                      |
| Gestione del rischio clinico                                | Indispensabile                                               | Non indispensabile                                              | Costo vivo e crescente                                                                                    |
| Formazione del personale                                    | Necessaria                                                   | Automatica                                                      | Costo vivo                                                                                                |

## CONCLUSIONI

Come si può ben afferrare a colpo d'occhio dalla tabella riassuntiva, le grosse strutture non hanno alcun vantaggio competitivo che possa consentire alle stesse quel risparmio di gestione necessario per abbassare i prezzi in conformità alla definizione di "low cost". In realtà la grande struttura è fortemente svantaggiata rispetto allo studio singolo e si trova a dover far fronte ad una serie di costi emergenti e spese parassite per cui il costo totale delle prestazioni è inevitabilmente maggiore, a parità di impiego di personale. Tutta l'analisi precedente è stata svolta a prescindere dalla qualità del lavoro professionale in gioco. Tuttavia affermare che la prestazione professionale effettuata in modo autonomo e indipendente da un professionista per proprio conto nel proprio studio è qualitativamente superiore a quella

effettuata da personale dipendente in una struttura di proprietà altrui, è banale. Proprio perchè banale, questa affermazione tuttavia è anche difficilmente discutibile.

Il ragionamento su cui il "low cost" fa forza è evidentemente il costo della maggiore qualità dello studio singolo: vale a dire, il "low cost" propone al paziente una cura di qualità inferiore a prezzo inferiore, e il paziente è libero di scegliere.

Ovviamente per quanto si possa discutere sulla disponibilità della propria salute, sul prezzo della stessa, sull'eticità di questo baratto, iniziare a discuterne è fuorviante se non se ne valuta a priori il fondamento.

Nelle pagine che precedono crediamo di aver dimostrato che tale affermazione è falsa: il "low cost" non realizza risparmi gestionali e non può offrire cure a costi inferiori, neppure cure di qualità inferiore.

**Il Low Cost non offre cure di livello inferiore a costi inferiori**

*ma*

**CURE DI LIVELLO INFERIORE  
A COSTI SUPERIORI**

# Pediatri per un mondo possibile

**D**a alcuni anni il problema dell'influenza dell'inquinamento dell'ambiente in cui viviamo sulla frequenza e la gravità delle patologie che incontriamo nella nostra pratica quotidiana ha assunto sempre maggiore rilievo. Un articolo del nostro Codice Deontologico (il quinto) detta i doveri del medico riguardo alla tutela dell'ambiente e ricorda la sua funzione di promozione di tutte le iniziative tese ad aumentare le conoscenze e le azioni necessarie a questo scopo. La comunità medica, a vari livelli, ha cominciato da tempo a organizzarsi per fronteggiare il problema

A livello internazionale è stata fondata l'ISDE (International Society of Doctors for the Environment) per la precisione il 25 novembre del 1990 con 16 associazioni nazionali affiliate, tra le quali quella italiana. Ne fanno parte clinici, ricercatori, medici di famiglia. Scopo dell'associazione è quello di promuovere un'azione di "advocacy" a prevenzione e tutela da tutti i possibili danni che possono venire arrecati all'ambiente e di conseguenza alla salute dell'uomo.

Ma quella di cui voglio parlarvi oggi è un'associazione molto più piccola e di più recente costituzione, che è nata all'interno dell'Associazione Culturale Pediatri, e che si chiama Pediatri per un Mondo Possibile.

Nel gennaio del 2005, si tenne a Bologna un incontro sull'influenza dei vari tipi di inquinamento (atmosfera, acustico, alimentare etc.) sulla salute dei bambini. In tale circostanza alcuni pediatri presenti all'incontro decisero di costituire un gruppo di lavoro e di studio che si assumesse il compito di favorire e aggiornare la cultura dei pediatri italiani sull'inquinamento.

Si partiva dall'assunto che le conoscenze dei medici sull'argomento, per quanto vaste e approfondite, non avrebbero mai potuto tradursi in un'azione efficace ad indurre nei comportamenti dei bambini e soprattutto dei loro genitori quei mutamenti indispensabili a prevenire i danni ambientali alla salute, se i pediatri stessi a loro volta non avessero avuto una formazione specifica sull'argomento. Una formazione che comprendesse oltre alle basi conoscitive indispensabili anche gli strumenti comunicativi per influire positivamente sui comportamenti delle famiglie.



Il gruppo che si formò e che comprende pediatri di varie parti d'Italia, dal nord alle isole, si mise al lavoro per la realizzazione di un corso di formazione sui danni che l'inquinamento dell'aria, del cibo e dell'acqua può arrecare ai bambini, diretto ai pediatri e a tutti coloro che a qualsiasi titolo si occupano di salute infantile. Ogni sezione del corso veniva strutturata per fornire le basi conoscitive del problema, le evidenze scientifiche sui danni possibili alla salute e le azioni rivelatesi utili per prevenire tali danni. Il lavoro per il completamento del corso richiese circa un anno. Essendo gli autori sparsi un po' in tutte le parti d'Italia si lavorò molto con la posta elettronica (senza di essa l'impresa non sarebbe stata possibile) e si limitò al minimo indispensabile il numero delle riunioni plenarie dislocate in sede raggiungibile con minori disagi dalla maggior parte dei partecipanti (Bologna).

Una volta completato il lavoro, il gruppo decise di organizzarsi per creare un piccola squadra di formatori, disposta a girare per l'Italia rendendosi disponibile a esporre il corso presso le varie sedi locali dell'Associazione Culturale Pediatri o dei vari Ordini che fossero interessati all'argomento.

Da allora sono state tenute numerose edizioni del corso e hanno sempre suscitato un discreto interesse nei colleghi e unanime apprezzamento.

Circa un anno e mezzo fa la casa editrice Il Pensiero Scientifico Editore manifestò il proprio interesse alla realizzazione di un libro che affrontasse l'argomento dei danni alla salute infantile dovuti all'inquinamento, e che affrontasse l'argomento con un approccio molto pratico e propositivo. L'editore chiedeva un'opera che non fosse un'elencazione di tutti i possibili agenti nocivi e di tutti i possibili danni, ma un manuale che attraverso uno stile semplice e colloquiale potesse fornire accanto alla conoscenza dei pericoli che i vari inquinanti potevano procurare, le azioni pratiche e alla portata di noi tutti da attuare nella vita quotidiana per eliminarli o per lo meno per ridurli.

Quando si parla di inquinamento, vista la quantità innumerevole di agenti inquinanti presenti nell'ambiente, e le molteplici vie per cui queste sostanze riescono a venire in contatto col nostro organismo, è facile ingenerare un senso di scoramento e di sfiducia nelle nostre possibilità di porre un argine a difesa di questa minaccia costante alla salute. Rischiare di creare soprattutto nei genitori uno stato di rassegnato fatalismo e di rinuncia a porre in atto le possibili misure di difesa nei con-

fronti dei loro bambini era il rischio che si poteva correre nella stesura di un testo che parlasse del problema in modo descrittivo, senza una parte dedicata in modo specifico ai possibili rimedi.

Il gruppo "Pediatri per un Mondo Possibile" si è assunto questo compito e nell'arco di circa un anno e mezzo ha portato a compimento la stesura di un testo che accanto alle dovute conoscenze sui vari pericoli ambientali contenesse anche tutti i possibili rimedi e le varie strategie utili a chi, genitore e non, volesse tutelare se stesso e i propri figli dal rischio ambientale.

Il libro è ora nella fase di correzione di bozze e dovrebbe essere nelle librerie nel prossimo gennaio.

Ci auguriamo che chi vorrà leggerlo lo possa trovare interessante e utile nella propria pratica di cittadino, di genitore e, perché no? di medico.

Per chi volesse avere maggiori notizie sul Gruppo Pediatri per un Mondo Possibile che svolge anche un'interessante attività di revisione e aggiornamento sulla letteratura medica riguardante le patologie legate all'inquinamento, può collegarsi al sito <http://www.acp.it/> e cliccare su: gruppi di lavoro: ambiente.

**Paolo Regini**

## L'onorario professionale: implicazioni deontologiche e relazionali

**S**i è tenuto il 10 ottobre 2009 a Mestre un importante convegno tra esperti, voluto dall'Ordine dei Medici ed aperto a medici e psicologi, con la collaborazione dell'AMP-Ve (Associazione dei Medici Psicoterapeuti).

L'alto livello degli esperti che hanno portato le loro relazioni ha permesso di approfondire l'argomento, sicuramente originale e nuovo, e di sviscerare diverse implicazioni di questo tema.

Il dott. Giuseppe Collura, in rappresentanza dell'Ordine e del Presidente dell'Ordine dott. Maurizio Scassola, ha presentato e inaugurato il Convegno.

La prima relazione è stata tenuta dal dott. Moreno Breda, odontostomatologo e consigliere dell'OM-CeO di Venezia, con una serie di slides riportanti le norme legali e deontologiche, ha presentato con chiarezza i limiti, gli errori, le opportunità e quale dovrebbe essere il corretto comportamento medico



nel rapporto col paziente, sottolineando anche come, in campo odontoiatrico e in generale, l'opportunità di un preventivo condiviso e firmato. Ha sottolineato come il medico venga considerato dal fisco come un'impresa e come tale viene trattato. Il dott. Breda ha anche evidenziato le difficoltà che negli ultimi tempi sono intervenute circa il significato di collegialità e di mutuo aiuto tra gli iscritti, norma deontologica che trova le sue origini fin dall'inizio dell'arte medica. Il pagamento di un corretto onorario per la prestazione è una norma sociale che coinvolge non il singolo medico ma tutta la comunità.

Il dott. Pier Luigi Rocco, psichiatra e psicoterapeuta in Udine è docente presso la Scuola della Società Italiana di Psicoterapia Psicanalitica di Milano, autore di più di 70 pubblicazioni - Il focus dell'intervento è costituito dalle motivazioni che possono condurre a strutturare una relazione psicoterapeutica gratuitamente e sui suoi effetti. Lavorare gratuitamente in psicoterapia coinvolge il concetto di confine, in tutte le sue declinazioni. Effettuare una terapia gratuitamente o passare da una terapia a pagamento ad una gratuita è un passaggio all'atto discrezionale che va analizzato ed induce una serie di modificazioni interne alla relazione terapeutica. Lavorare gratis porta a dare voce alle proprie istanze riparative e produce numerosi vantaggi secondari, come sentirsi generosi, sentirsi onnipotente, sentire la riconoscenza, nutrirsi di alcuni aspetti dell'altro, coltivare una relazione fantastica, essere sedotto, subire una fascinazione intellettuale. Accanto alla cura del paziente, nella terapia gratuita il terapeuta soddisfa anche i propri bisogni riparativi, narcisistici, depressivi ed abbandonici e proietta sul paziente parti del proprio Sé di cui si prende cura. È commentato un caso clinico in cui le circostanze hanno prodotto un passaggio ad una terapia gratuita. L'apparizione conseguente di una preoccupazione filiale nei confronti di un padre-terapeuta ha consentito alla paziente adolescente di riferirsi al proprio vero padre, in una dialettica che ha visto oscillare ed interscambiarsi le funzioni paterne dal padre al terapeuta, per scoprire che il padre, sentito fino ad allora come non significativo e infantile, era in grado di fornire la stessa qualità di preoccupazione e accudimento emozionale del terapeuta. Si è verificato quindi un recupero della figura paterna, che non era stato possibile altrimenti. Questo spostamento e riattribuzione al padre delle proprie funzioni paterne è stato possibile grazie al setting particolare creato dalla gratuità; quest'ultima ha sviluppato nella mente della paziente la fantasia

inconscia che il terapeuta fosse un genitore, un padre, preoccupato, da cui era indispensabile sottrarsi ed ha consentito di ritrovare, nel proprio padre reale, un interlocutore potenziale.

La dottoressa Loris Zanin, neuropsichiatra infantile e psicoanalista della S.P.I., docente presso la scuola di psicoterapia COIRAG ASVEGRA di Padova, ha fatto il punto sul rapporto costi-benefici di una terapia psicoanalitica, sia come costi in denaro e tempo, sia come costi emotivi. Chi chiede un'analisi lo fa con un bilancio affettivo "in rosso" e ne può ottenere un guadagno psichico come qualità della propria vita. Ha poi parlato del pagamento delle sedute e del significato di una seduta mancata, della eventuale possibilità di prestare una serie di pre-colloqui gratuiti prima di iniziare una terapia psicanalitica e del fatto che in altri paesi Europei c'è un sovvenzionamento dello stato per le psicoterapie, il che permette tariffe accessibili per le fasce socialmente più deboli. Un altro aspetto della relazione è stato il far capire il costo sia per il singolo che per la società ed il servizio sanitario nazionale se non vengono riconosciute le molteplici manifestazioni, anche somatiche, del disagio psichico.

La dottoressa Antonella Debora Turchetto, Ginecologa e Psicoterapeuta, esperta di formazione, con la sua grande esperienza congressuale e con oltre 40 pubblicazioni sull'argomento, lavora come specialista nei consultori dell' ULSS 12 Veneziana. Ha portato subito i congressisti su un piano di realtà esprimendo un aspetto nuovo del problema che deriva dalla sua esperienza continua che si sviluppa con gli adolescenti che afferiscono al servizio pubblico di Consultorio Adolescenti per cui il pagamento del lavoro dello specialista è sostenuto dalle strutture sociali. Tuttavia ha saputo esprimere come il pagamento delle sedute, anche se non come costo economico, va relazionato con l'impegno psicologico e l'aspetto pedagogico e di fatto terapeutico correlato alla responsabilizzazione per la partecipazione dell'adolescente alle sedute (adolescente che per la sua età tenderebbe ad una instabilità comportamentale, specie appunto quello maggiormente bisognoso di supporto psicologico). Ha anche chiarito come queste forme di aiuto dovrebbero essere implementate, mentre trovano spesso difficoltà organizzative per la limitatezza delle risorse che la società nel suo complesso mette a disposizione. L'adolescente seguito in una struttura pubblica per counselling o psicoterapia non paga direttamente, ma riceve un servizio che gli spetta di diritto. Ha comunque il

dovere di rispettare le regole di puntualità e assiduità, consapevole che la sua “prenotazione del campo da tennis”, se non usufruita, sottrae risorse ad altri ragazzi ugualmente “aventi diritto”. E’ una forma di pedagogia civica. E’ importante chiarire correttamente i termini di questo contratto sul piano di realtà, perchè se la gratuità tout court può effettivamente essere controproducente, è però soprattutto dannosa la gratitudine in quanto può generare dipendenza. Il ragazzo che non ha motivo di essere “grato” capisce che è solo e così cresce.

Il dott. Salvatore Capodiecì, docente di Psicopatologia generale e di Sessualità alla Facoltà di Psicologia del SISF di Mestre e docente alla Scuola di specializzazione in Psicologia del ciclo della vita all’Univ. di Padova, vice-presidente AMP-VE, autore di oltre 100 pubblicazioni e 6 libri, ha esaminato la tematica della psicoterapia con soggetti anziani prendendo in esame i seguenti punti: analogie e differenze con le terapie rivolte ad altre fasce di età, la richiesta di aiuto, le caratteristiche del setting, il problema del tempo, il rapporto con i parenti, le problematiche emotive ed affettive, gli aspetti transferali e controtransferali. Il relatore ha presentato, infine, alcune riflessioni sugli aspetti attivanti, riabilitativi e terapeutici che la psicoterapia nella terza età può favorire e alcune condizioni che suggeriscono l’opportunità che gli anziani possano beneficiare gratuitamente di una psicoterapia.

Il dott. Franco Ferri, psicologo e psicoterapeuta di formazione analitica, con specializzazioni in Psicoterapia scolastica e in Psicoterapia degli adolescenti, ha presentato alcuni casi - In una psicoterapia con un paziente adulto, breve o lunga che sia, il regolare pagamento delle sedute, tra le tante importanti valenze che ha, ha anche quella di sottolineare l’alleanza di lavoro e nel contempo di regolare la distanza emotiva. Col paziente adolescente queste funzioni sono mediate da altri fattori e a sua volta il pagamento è “interpretato” da altri fattori che assumono il significato di pagamento. Nelle vignette cliniche presentate, o più semplicemente in ognuno dei casi che possiamo incontrare nella nostra professione, il significato del pagamento non è dato a priori, ma va costruito nella ricerca di una condivisione che dia il senso del lavoro psicoterapeutico. Così il pagamento, assume di volta in volta per esempio la valenza di un segreto che, proprio perchè non condiviso, può avere delle potenzialità distruttive; oppure può diventare la misura di quanto, delle sue grandiosità illusorie, l’adolescente è disposto

a sacrificare pur di imparare a riconoscere le sue vere capacità; o ancora può fungere da fattore di coinvolgimento dei genitori nel proteggere il setting, e magari costringere il paziente a fare un esame di realtà abbozzando un pensiero sul valore di quello che riceve e un pensiero sul suo valore come persona in cerca di accettazione per sé stessa.

La dottoressa Donata Dante Polacco, laureata in filosofia del linguaggio, psicologa e psicoterapeuta, counselor all’Istituto internazionale di psicosintesi educativa, con esperienza di formazione e supervisione, lavora con psicoterapia individuale, di coppia e dei gruppi. Quando si parla di onorario nei gruppi di psicoterapia, emerge con evidenza ancora maggiore rispetto alle terapie individuali quanto il denaro acquisisca non solo un significato simbolico e relazionale ma anche comunicativo e affettivo. La dinamica del gruppo, attraverso un continuo gioco di specchi, rende spesso instabile l’equilibrio del processo di trasformazione che si viene via via integrando, sia attraverso la comprensione del transfert che attraverso la possibilità di sperimentare nuove esperienze di fiducia, correttezza e gratitudine. Lo scambio di denaro per natura instabile e controverso, può sostenere o minare questo processo. La consapevolezza di queste realtà da parte del terapeuta offre l’opportunità di utilizzare anche il pagamento come una risorsa per attivare equilibri migliori. Per meglio comprendere queste osservazioni ha cercato di individuare le regole necessaria a mantenere un certo rigore in una tale complessità, e le variabili più frequenti legate ad esigenze individuali. Quali di queste variabili è utile condividere con il gruppo e quali invece possono o devono essere demandate alla discrezione (oltre che al tipo di formazione) del terapeuta. Ogni gruppo di psicoterapia costituisce una vera e propria identità gruppale, unica e irripetibile nella quale la sicurezza di comuni garanzie e vincoli si struttura anche attraverso lo scambio di denaro. Ha coordinato l’evento il dott. Renzo Giacomini, Presidente dell’AMP-VE.

L’AMP-VE ha intenzione di raccogliere le relazioni in una piccola pubblicazione (a basso costo) e chi fosse interessato ad averne una copia è pregato di prenotarla inviando un’e-mail; sul sito dell’AMP-VE ([www.amp-ve.com](http://www.amp-ve.com)), c’è una casella con “contatti” a cui può essere inviata la richiesta.



# Comunicazioni del segretario sull'aggiornamento dei dati degli iscritti

**N**egli ultimi anni è emersa con sempre maggiore evidenza la necessità di raccogliere dati aggiornati e corretti relativi agli iscritti al nostro Ordine soprattutto per due differenti motivi. Da un lato il progetto comune di raccolta dati avviato dalla FNOMCeO e dall'Enpam, da qualche tempo, che vuole realizzare un'anagrafe informatizzata completa e dettagliata della categoria al fine di poter utilizzare uno strumento efficiente e in continuo aggiornamento, che fotografa la medicina e l'odontoiatria a livello nazionale. E' chiaro che questa attività è molto complessa e richiede l'allineamento di tutti i dati dei vari Ordini Provinciali con la creazione di un sistema in grado di gestire un flusso continuo in tempo reale. Dall'altro vi è l'esigenza più diretta di questo Ordine, di avere per ogni iscritto una serie di notizie il più possibile complete e corrette, che consentano di poter comunicare in maniera efficace ed efficiente. Sappiamo che gli strumenti di comunicazione (Sito, Notiziario, E-mail e fax) attualmente in uso non raggiungono tutti e che a volte le informazioni arrivano in maniera frammentaria e lenta, quindi con le attività poste in essere negli ultimi mesi speriamo di poter attivare nuovi sistemi più efficaci.

Ad ottobre di quest'anno è parito un contratto a progetto con una persona qualificata, che in maniera sistematica e completa sta procedendo alla revisione di ogni posizione. Sicuramente, qualcuno di voi ha ricevuto dall'ordine una telefonata in tal senso, con la richiesta di compilazione di una modulistica. In effetti, si tratta di un lavoro certosino che richiede poi anche l'implementazione a livello informatico di queste acquisizioni. Il progetto ha poi subito una forte accelerazione, a seguito della decisione di questo Ordine di dotare tutti gli iscritti di una Casella di Posta Elettronica Certificata.

Questo obbligo previsto dalla legge, si è tradotto per noi nell'esigenza di dare un servizio agli iscritti, fornendo gratuitamente a tutti questa casella. Se da un lato la scelta rappresenta sicuramente un costo, dall'altro ha una serie indiscutibile di vantaggi, perché consente di raggiungere tutti e 4027 colleghi in maniera efficace e di dare a tutti una pec "istituzionale" e riconoscibile come categoria (il dominio sarà omceove). Non si può inoltre trascurare che nel tempo questa attività produrrà un evidente risparmio



di spesa, eliminando per esempio le spese di convocazione dell'Assemblea elettiva triennale e nel contempo garantendo la massima diffusione della notizia, magari anche con l'uso degli sms e dei fax.

Nel mese di novembre tutti voi avrete certamente ricevuto una lettera a firma del Presidente che dava alcune generiche informazioni sulla Pec e che richiedeva la compilazione di una scheda anagrafica con relativo consenso a fini istituzionali, dei dati in essa contenuti. Questo ulteriore passaggio ha cercato di informare tutti nel modo più efficace, poiché molti non visitano il sito e non leggono il notiziario; con una lettera ad personam abbiamo cercato il modo più sicuro per dare un'informazione capillare e puntuale. Al momento con questo invio abbiamo raccolto 340 schede complete, ricevute nel 90% via fax. E' evidente che questo dato copre l'11% degli iscritti ed è quindi ancora esiguo, riteniamo quindi importante sollecitare tutti i colleghi, affinché si rendano conto dell'importanza di questo strumento e collaborino.

Possiamo considerare la raccolta dei dati la prima fase del progetto, che proseguirà con la loro elaborazione informatica completando un percorso che segnerà un importante traguardo per l'Ordine, a questo punto in grado di interfacciarsi con tutti noi con strumenti flessibili, che garantiscono tempestività ed efficacia nell'informazione.

Lo strumento così implementato dovrà essere gestito in modo da rendere tutti i colleghi partecipi alla vita dell'Ordine e potenzialmente aggiornati su tutte le attività.

Attività  
dell'Ordine

Caterina Boscolo

27

# Contraccezione d'emergenza e continuità assistenziale

**S**ulla contraccezione d'emergenza (CE) sono stati espressi, in particolare negli ultimi tre anni, pareri autorevoli che lasciano però aperti alcuni interrogativi:

può il medico, a fronte di una richiesta di CE, pur non potendo dichiararsi obiettore, rifiutare la prescrizione appellandosi alla libertà di astenersi da prestazioni che contrastino con la propria coscienza o il proprio convincimento clinico... (Codice di deontologia medica 2006 art. 22)?

E' professionalmente corretto, considerando l'importanza del fattore tempo per l'efficacia del farmaco, delegare altri sanitari e avviare le pazienti ad altre strutture (P.S. o Consultori) non immediatamente fruibili?

Ritengo quindi necessario e doveroso fornire ai colleghi della Continuità Assistenziale (C.A.) un quadro il più possibile esauriente, non solo per la frequente richiesta di prescrizioni di CE alla "Guardia Medica", ma soprattutto perché ogni fine settimana, da venerdì notte a lunedì mattina, quindi per più di 48 ore, sono i soli MMG facilmente reperibili, senza considerare le festività più importanti e i numerosi "ponti", quando il servizio si allunga fino a superare le faticose 72 ore in cui il levonorgestrel (LNG) esplica la sua efficacia.

La problematicità della CE mi si è presentata improvvisamente un sabato pomeriggio durante un turno di C.A. nella sede di Venezia-Centro: una voce femminile, in modo concitato, mi chiede se sono disponibile alla prescrizione di CE, precisando di telefonare da Pellestrina; rispondo ovviamente che doveva rivolgersi al collega dell'isola: "ha detto che è obiettore"; perplesso le consiglio la sede del Lido, data la vicinanza, "già fatto ma mi ha detto che mi rivolga al P.S."

In definitiva una donna non minorenne, coniugata e senza importanti patologie pregresse ha dovuto recarsi da Pellestrina a Venezia per la prescrizione di LNG.

A seguito di questo episodio, nell'intento di dare indicazioni chiare e definitive ai colleghi, chiedo ufficialmente al Comitato Aziendale dell'ULSS 12 di esprimersi in merito.

Dopo alcune settimane è arrivata una risposta per me sorprendente: l'Azienda non era in grado di dare

indicazioni certe perché i responsabili non erano arrivati a conclusioni unanimemente condivise.

Dopo due mesi, esattamente in data 11 dicembre 2006, il Presidente della FNOMCeO dott. Amedeo Bianco esprimeva, su richiesta dell'Ordine di Venezia, un parere ufficiale in merito alla prescrizione della "pillola del giorno dopo" con particolare attenzione alla posizione dei medici che prestano il servizio di continuità assistenziale.

In conclusione, e sintetizzando (il testo integrale è disponibile sul sito della FNOMCeO), veniva ribadito il diritto del medico ad appellarsi alla clausola di coscienza nel caso gli fosse richiesta la prescrizione di LNG, come già affermato dalla Commissione Nazionale di Bioetica in data 28/05/2004, poiché *pur essendo tale clausola un concetto più sfumato rispetto alla obiezione di coscienza... sul piano sostanziale costituisce diritto assimilabile... Il diritto del medico all'obiezione di coscienza non può comunque, in alcun modo ledere il diritto del paziente ad una prestazione che l'ordinamento giuridico riconosce come dovuta (art.1, Legge 405/75 Istituzione dei consultori familiari).*

*E' necessario pertanto individuare un punto d'equilibrio che consenta a tutti i soggetti coinvolti di poter esercitare i loro diritti senza che ciò implichi difficoltà rilevanti e restrizioni... che porterebbero a inevitabili contenziosi... Considerando, inoltre, il caso specifico dei medici che forniscono il servizio di continuità assistenziale... tra i più interessati dalla problematica e tra i più esposti ad eventuali denunce per omissioni di atti di ufficio conseguenti alla mancata prescrizione.*

In conclusione le affermazioni del Presidente Amedeo Bianco, con un perfetto "esercizio di stile", mettevano in chiaro tutte le problematiche della CE, pur non fornendo a me e ai miei colleghi della "Guardia" una indicazione dirimente e univoca.

E' evidente che il meccanismo d'azione del LNG costituisce il punto dolente: modifica il muco cervicale e inibisce l'ovulazione, ma se questa fosse già avvenuta, si ritiene che, non permettendo l'impianto del pre-embrione sulla superficie dell'utero, alla pari dei dispositivi intrauterini (IUD) come le spirali, impedisca l'inizio di una gravidanza, quindi

viene considerato un farmaco contraccettivo e non abortivo.

Per l'etica religiosa cattolica, e per i colleghi che a questa fanno riferimento, la vita deve essere rispettata e difesa dal *concepimento all'esito naturale*, intendendo come concepimento l'incontro dello spermatozoo con l'ovulo: il LNG svolge quindi, secondo questa ottica, un'azione *antinidatoria*, di fatto considerata abortiva.

*Anzi per poter dire che un prodotto ad azione antinidatoria non è abortivo è necessaria una duplice manipolazione semantica: la ridefinizione del termine di gravidanza e l'ampliamento del concetto di contraccezione.*

Per altri ricercatori invece è difficile che un *progesterone possa ridurre la ricettività endometriale, considerando che il progesterone è utilizzato per favorire l'impianto nella fecondazione assistita e, d'altro canto, i farmaci che sono utilizzati per provocare l'aborto sono antiprogesterinici (RU486), antiestrogeni (tamoxifene), antifolici (metotrexate) prostaglandine (misoprostolo, gemeprost)... ma non estrogeni e mai progesterinici.*

Appare chiaro che tra queste posizioni antitetiche non vi può essere il *punto d'equilibrio* auspicato dal Presidente FNOMCeO Amedeo Bianco.

Dovranno trovare, invece, questo *punto d'equilibrio* quei colleghi che, a fronte di una richiesta di CE, intenderanno avvalersi della *clausola di coscienza*, ai quali però ricordo che l'articolo 22 del Codice deontologico 2006 dice anche: *il medico... può rifiutare... a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la persona assistita...*

Analogamente chi ritiene di non avere motivazioni per rifiutare la prescrizione di LNG non potrà e non dovrà fornire la ricetta senza aver elencato gli effetti indesiderati (nausea, vomito, cefalea etc), precisato che il farmaco non può interrompere una gravidanza già in atto per cui è necessario un test in caso di ritardo superiore ai 5 gg, che potrà esserci un sanguinamento uterino irregolare, che una precedente gravidanza extrauterina ne sconsiglia l'uso, ma soprattutto, considerando che, particolarmente per le minori, l'utilizzazione della CE è spesso l'inizio di una contraccezione regolare, dovrà dare una corretta informazione sui metodi contraccettivi.

Si tratta in genere di una richiesta che viene da una persona preoccupata e in ansia, ma costituisce spesso un buon punto di partenza per un discorso educativo.

Vi sono indicazioni che *il 50% delle gravidanze non sono pianificate e gran parte di queste avvengono perché non è stato usato nessun metodo contraccettivo.*

*Il 50% delle gravidanze non pianificate finisce con l'interruzione volontaria (IGV), ma questa percentuale aumenta se si tratta di adolescenti.*

E' ragionevole pensare che la CE possa ridurre l'entità delle IGV, ma le percentuali sono difficilmente stimabili e variano, nelle numerose ricerche, tra il 50% e il 90%.

La critica principale alla facile disponibilità della CE è che demotiverebbe le donne alla contraccezione stabile.

Tuttavia questo non è il caso dell'Italia che mantiene l'obbligatorietà della ricetta non ripetibile assieme a Bulgaria, Ungheria, Irlanda e Lituania.

*Il Levonorgestrel è un prodotto da banco in Belgio, Olanda, Danimarca, Finlandia, Francia, Norvegia, Portogallo, Regno Unito, Svezia, Svizzera, Albania, Croazia, Estonia, Grecia, Islanda, Lettonia e Romania.*

*Analogamente lo è in molti paesi extraeuropei come Israele, Tunisia, Turchia, SudAfrica, Stati*



Uniti, Canada, India, Cina, Nuova Zelanda e Australia e persino in Paesi Sudamericani dove l'aborto è vietato come Cile, Argentina, Uruguay, Colombia e Messico.

Per l'OMS i preparati combinati e quelli a base di LNG sono considerati privi di restrizioni d'uso (Classe 1 WHO) e anche in caso di precedenti episodi di malattia cardiovascolare (tromboflebite, ischemia cardiaca, episodio cerebrovascolare) di angina, emicrania, patologia epatica grave, l'uso della CE è considerato vantaggioso rispetto a rischi provati o teorici (Classe 2 WHO)

E' quindi evidente che globalmente esiste un orientamento chiaro verso un' utilità e necessità della prescrizione di CE, la differenza semmai consiste tra i paesi in cui è prodotto da banco anche per le minorenni e quelli che hanno stabilito in questo caso l'obbligo di ricetta medica.

In Italia permangono invece dubbi, prese di posizione connotate ideologicamente e disinformazione, a cominciare dalla dizione *pillola del giorno dopo* che meglio sarebbe definire *pillola dello stesso giorno*, data la caduta di efficacia dopo le prime 12-24 ore.

Nel 2003 in Toscana una Azienda Uls aveva invitato i medici di C.A. a rivedere le eventuali perplessità in ordine alla prescrivibilità del LNG in considerazione del fatto che non è classificata come mezzo abortivo ma come farmaco anticoncezionale.

Immediata è stata la presa di posizione ufficiale della Giunta Regionale della Toscana (Mozione n. 528 del 28/01/03) che arrivava a consigliare una prudenza estrema nell'uso e nella prescrizione del suddetto farmaco...e persino a disporre che i medici non prescrivano il LNG a donne minori di anni 18...senza l'assenso documentabile di chi esercita la patria potestà o la tutela (genitori, giudice tutelare, ecc)... dando così un'interpretazione forzata dell'art 2 della legge 194/78 che recita: *la somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie o nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori.*

Da qui, come si può immaginare, una miriade di "contributi alla discussione" continuati negli anni, ma "mentre a Roma si discute, Sagunto viene espugnata": nel marzo 2008, a seguito di un rifiuto alla prescrizione di LGV, la Procura della Repubblica di Pisa ha aperto un fascicolo, su denuncia della persona interessata, nei confronti di 11 medici del

presidio di CA di Passi.

Il fatto, in breve, è consistito nell'appendere alla porta della "Guardia Medica" un cartello su cui era scritto: "Non si prescrive la CE, rivolgersi al curante etc..."

La prima conseguenza è stato il deferimento di 8 colleghi coinvolti al Collegio Arbitrale Regionale della Medicina Generale che ha salomonicamente inflitto una lieve sanzione (decurtazione del 10% dello stipendio) alla sola collega responsabile della affissione manuale del cartello sulla porta.

Anche se le conseguenze per i colleghi sono state lievi e tali rimarranno (la ragazza che ha sporto denuncia il giorno successivo è stata sottoposta a ecografia, da cui è risultato che non aveva realmente bisogno di contraccezione d'emergenza, e quindi non le è derivato alcun danno) credo di interpretare lo smarrimento e la preoccupazione dei medici che per qualche tempo sono stati inquisiti.

In tempi ancora più recenti, a Marzo 2009, il Direttore della Azienda sanitaria unica regionale delle Marche, dott. Roberto Malucelli, ha spedito una circolare ai direttori delle zone territoriali e ai dirigenti medici di presidio interessati ( ospedali, consultori, guardia medica, 118 e medici di famiglia): *Obbligatorio prescrivere la pillola del giorno dopo.*

Per ragioni di spazio lascio all'immaginazione del lettore le reazioni e i comunicati, ma ritengo importante riportare il commento di Monsignor Luigi Negri, vescovo della diocesi di San Marino e del Montefeltro: *Siamo di fronte all'ennesima prova del disprezzo della legalità e della libertà della persona...Prima è stato consentito l'omicidio forzato di Eluana, ora si obbliga a praticare l'aborto.*

Credo che nella sua perentorietà e icasticità esprima perfettamente il giudizio della gerarchia cattolica su queste problematiche.

Una posizione di esplicita condanna, di cui si è obbligati a tenere conto, qualunque sia la posizione personale rispetto all'etica religiosa cattolica.

Personalmente concordo con il prof. Benciolini, il cui contributo invito a leggere interamente per chiarezza e importanza: *La principale questione che, in ogni caso, si pone riguarda il tema del consenso. Si tratta, come è ben noto, di un preciso dovere per ogni professionista sanitario e per qualunque prestazione (anche se l'espressione del consenso non necessariamente richiede di essere verbalizzata per iscritto né tantomeno esige modalità burocraticamente appesantite). Nei casi in esame, tuttavia, ci*

*sembra importante sottolineare che, di norma, è la donna che, rivolgendosi al medico, avanza una precisa e esplicita richiesta di questo farmaco. Il consueto rapporto medico-paziente (giustamente da molti definito –asimmetrico–, in favore del medico) tende in questa situazione a rovesciarsi fino quasi ad attribuire, in un certo senso, al medico l'onere del consenso. E' invece importante...provvedere ad una adeguata informazione della paziente per consentirle di autodeterminarsi.*

Ancora Benciolini, per quanto riguarda la responsabilità nella prescrizione del farmaco alle minorenni, dopo aver citato l'art 2 della legge 194/78 afferma che *dalla lettura di tale norma risulta una esplicita autorizzazione alla possibilità di accedere alla contraccezione anche per le minori. Questo non solo in assoluta coerenza con la legge 66/1966 sulla violenza sessuale, nella quale è riconosciuta anche ai minori che abbiano compiuto i 14 anni la potestà decisionale di autodeterminarsi in ordine alla propria sessualità... anzi secondo il prof. Benciolini senza nemmeno alcun limite inferiore d'età, essendo la ratio della norma citata fondata sulla necessità di prevenire gravidanze in tutti i giovanissimi... e questa nuova attenzione ai minori e al loro diritto di autodeterminazione trova la sua massima espressione sia nell'art.6 della Convenzione di Oviedo (ratificata dal Parlamento Italiano in data 28/03/2001 con L. n 145, ndr) che nell'art. 38 del codice di Deontologia Medica 2006, che in ogni caso concreto richiede comunque il riconoscimento di un' adeguata maturazione individuale raggiunta e dimostrata dal minore.*

Se nella legge 66/1966 il legislatore riconosce al soggetto minorenne ampia autonomia decisionale in materia di sessualità, ritenendo leciti gli atti sessuali compiuti da soggetti che abbiano compiuto almeno 13 anni (se compiuti con altro minore d'età non superiore di tre anni), non consentirne la capacità di proteggersi, anche con trattamenti medici, anzi stabilendone l'illiceità, risulterebbe un'evidente contraddizione.

Per l'art. 2 della legge 194/78 la somministrazione di farmaci contraccettivi è consentita anche ai soggetti minorenni, come abbiamo già detto, ma questo non significa automaticamente che essa debba avvenire prescindendo dal coinvolgimento dei legali rappresentanti.

Tuttavia una delle principali preoccupazioni dei giovani che afferiscono a strutture per la salute sessuale e riproduttiva è l'assoluta riservatezza.

Il loro maggior timore è vedere trasmesse a terzi informazioni riservate al punto da optare, in questa eventualità, per una rinuncia al trattamento medico.

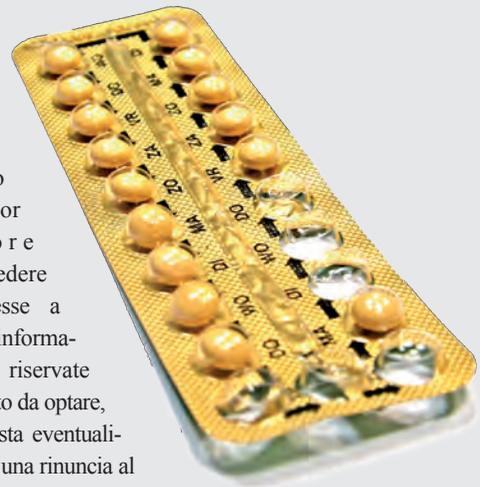
*Se la finalità della comunicazione ai genitori dell'intenzione di una minorenne di assumere una terapia anticoncezionale è quella di garantire la salute della paziente attraverso una migliore discussione con soggetti adulti delle varie opportunità disponibili e dei rischi esistenti, al tempo stesso ci si rende conto che il risultato potrebbe essere proprio quello che si voleva evitare, e cioè un' attività sessuale compiuta in assenza di contraccezione con possibile maggiore danno per la salute, fisica e psichica, della paziente.*

Da quanto detto finora emerge che tutti i sanitari interessati, a fronte di una richiesta di CE, dovranno compiere scelte non facili e non ovvie.

Ai colleghi di Continuità Assistenziale non credo di aver fornito tutte le indicazioni utili e possibili, ma spero di averli stimolati ad approfondire l'argomento.

Desidero infine affermare che il quadro emerso sia di totale carenza di coordinamento unito alla tendenza a rinviare gli interessati ad altra sede o ad altro servizio, e non mi riferisco solo alla "Guardia Medica".

Voglio terminare ancora con una citazione del prof. Benciolini che ringrazio per la chiarezza e la precisione dei suoi contributi: *Riteniamo che la soluzione non possa continuare ad essere affidata alla disponibilità individuale o della singola struttura. I cittadini devono essere posti in condizione di conoscere dove, come e quando è loro possibile accedere alla prescrizione e l'azienda sanitaria deve definire modalità operative condivise con tutte le categorie di operatori interessati.*



# Contracezione d'emergenza: un diverso parere

**H**o letto l'articolo del dott. Cossato, dettagliatissimo e particolarmente attento e puntuale nel trattare i molteplici aspetti della contraccezione d'emergenza (CE) e i problemi legati alla sua prescrivibilità.

Il dibattito è certamente aperto e anch'io, come tutti, posso solo cercare di offrire il mio contributo. Lo farò soffermandomi su alcuni punti specifici:

## 1. Cosa dicono le nostre leggi?

La Legge 405/75 ha fra i suoi scopi la tutela della salute della madre e del prodotto del concepimento: quest'ultimo, per quanto impropria sia di fatto la definizione, altri non può essere che la nostra prima cellula.

La Legge 40/2004, sulla fecondazione assistita, riconosce al concepito gli stessi diritti di tutela che riconosce ai genitori.

La Legge 194/78, infine, proclama la tutela della vita umana dal suo inizio, ma consente di eliminare l'embrione/feto in caso di conflitto fra la sua vita e la salute della madre nel senso più ampio. Sia la vita della madre che quella del figlio sono beni tutelati dalla Costituzione (come affermato

in varie sentenze della Corte Costituzionale), ma in caso di conflitto la Legge 194/78 fa prevalere la salute della madre.

La Legge 194/78 è l'unica che consente di venir meno all'obbligo Costituzionale di tutelare la vita del concepito/embrione/feto; ma questa eccezione viene consentita a condizioni precise:

- a gravidanza diagnosticata ed in evoluzione, e la diagnosi oggi equivale al riscontro ecografico di battito cardiaco fetale;
- seguendo una procedura che prevede l'aiuto alla donna perché possa superare le cause che la indurrebbero all'aborto.

Non vi sono altre possibilità al di fuori di questa norma.

## 2. Quando inizia la vita umana?

A prescindere da qualsiasi considerazione religiosa o etica, la biologia stessa evidenzia una prima cellula dotata del nostro patrimonio genetico che inizia a proliferare non appena viene ad esistere: dall'incontro di uovo e spermatozoo.

Inizia ad inviare messaggi chimici che deprimono le difese immunitarie materne e che aumentano lo sviluppo dei vasi sanguigni nell'endometrio. Ad annidarsi è un embrione vivo che dialoga intensamente, in termini biochimici, con la madre in vista di un di rendez-vous estremamente preciso e delicato da cui dipende la sua possibilità di sopravvivere. E dopo l'impianto questo stesso embrione continuerà a servirsi dell'organismo materno (il corpo luteo nell'ovaio) per assicurarsi le condizioni ottimali di crescita.

Senza soluzione di continuo, dal concepimento alla morte; e la nostra Legge lo tutela, dal concepimento da cui è "prodotto" fino alla morte.

## 3. Come funziona la pillola del giorno dopo (CE), che andrebbe assunta entro tre giorni dal rapporto a rischio?

La FIGO (Federazione Internazionale Ginecologi e Ostetrici), la massima Autorità mondiale in Ginecologia, in uno Statement (posizione ufficiale) del Marzo scorso, ha stabilito che la contraccezione d'emergenza con Levonorgestrel ad alte dosi:

- impedisce l'ovulazione
- non impedisce l'impianto



Sarebbe quindi un perfetto farmaco anti-conceppimento, eticamente accettabile da chiunque in quanto non interferirebbe con la vita di un già concepito.

Il problema è che chi non si accontenti dell'editto e si prenda la briga di leggere la bibliografia dello Statement (per trovarlo basta digitare in qualunque motore di ricerca le parole "FIGO and emergency contraception") si rende conto che quanto sostenuto nello Statement non trova sostegno nemmeno nella bibliografia dallo stesso citata.

Quanto all'effetto anti-ovulatorio, infatti, per affermarlo vengono richiamati sei articoli, per un totale di sole 142 pazienti, con trattamenti diversi nei sei studi, ed ulteriormente divise – in cinque dei sei studi – in sottogruppi.

Quasi un terzo di queste pazienti sono state trattate in un periodo ancora non fertile o al massimo nel primo dei giorni fertili, il quarto giorno prima della ovulazione; è del tutto evidente che il rapporto avvenuto entro i tre giorni precedenti avrebbe avuto luogo in giorni non ancora fertili. Proprio ed esclusivamente in questo gruppo di pazienti, in quattro casi su cinque, l'ovulazione sembra spostata in avanti: ma queste pazienti non sono state esposte al rischio di concepire.

Al contrario, nella maggior parte delle pazienti trattate in pieno periodo fertile (2-3-giorni prima della ovulazione) si osservava una fase luteale inadeguata, che comporta un endometrio non più adeguato all'impianto ed una insufficiente neutralizzazione delle difese immunitarie materne; l'ovulazione avviene, il concepimento può verificarsi, ma il concepito non trova un ambiente ospitale e muore. È la conseguenza della interferenza del Levonorgestrel (progestinico, per definizione anti-estrogeno) ad alte dosi sui fenomeni estrogeno-dipendenti che preparano il follicolo ovarico a trasformarsi in un ottimo corpo luteo (le cellule della granulosa sono inizialmente dotate di soli recettori per l'FSH; nell'imminenza della ovulazione si dotano, grazie agli estrogeni che esse stesse producono, anche dei recettori per LH e potranno così rispondere efficacemente all'LH, che governerà la fase luteale, e, in caso di concepimento, alla gonadotropina corionica – l'hCG - fetale che manterrà attivo il corpo luteo gravidico).

Quanto poi alla presunta neutralità del Levonorgestrel sull'annidamento, vengono citati studi che utilizzano colture di tessuto endo-



metriale prelevato da donne fertili, con cicli normali, che non avevano ricevuto alcun trattamento ormonale: viene usata una coltura di un perfetto endometrio luteale e vi si impiantano 46 embrioni. Il Levonorgestrel, aggiunto in coltura, non interferirebbe con l'impianto. Va da sé che si tratta di endometri normali, non di endometri prelevati da pazienti trattate con Levonorgestrel nel periodo pre-ovulatorio, cioè in quel periodo fertile del ciclo in cui avrebbe senso l'uso del farmaco. Il massimo che questi studi consentono di dire è che il Levonorgestrel, assunto 5 giorni dopo il concepimento, in piena e normale fase luteale, non impedisce l'impianto; ma non sono certo questi i giorni in cui viene raccomandata la contraccezione d'emergenza.

Chi sia interessato, legga con attenzione gli articoli e tragga autonomamente le proprie conclusioni. A lui viene richiesta la prescrizione del farmaco.

#### **4. Esiste un diritto alla prescrizione della contraccezione d'emergenza?**

Credo che esista, come da molti affermato, il diritto del medico a non prescrivere il farmaco. Dubito che possa esistere un diritto della donna ad ottenere un farmaco "non anti-concezionale", visto che, come dicevo al punto 1, l'unica eccezione al rispetto della vita umana dal concepi-

mento è nelle procedure e norme della L.194/78. Voglio però riprendere una frase dall'articolo del dott. Cossato:

*“Il diritto del medico all'obiezione di coscienza non può comunque, in alcun modo ledere il diritto del paziente ad una prestazione che l'ordinamento giuridico riconosce come dovuta (art.1, Legge 405/75 Istituzione dei consultori familiari)”*.

Cosa dice in realtà il citato art.1 della Legge 405/75?

Dice che:

*“il servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità ha come scopi:*

- *l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e paternità responsabile..*
- *la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle condizioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti;*
- *la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;*
- *la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci utili a ciascun caso.”*

L'art.1 parla certamente di libere scelte ma le limita ad un ambito in cui si assicuri la tutela della salute della madre e la tutela del prodotto del concepimento e della sua salute: non potrebbe del resto esservi contraddizione fra i diversi comma di uno stesso articolo. Solo tre anni più tardi la Legge 194/78 consentirà la soppressione del “prodotto del concepimento”, ma solo alle condizioni già riportate sopra.

Esiste dunque veramente, nel nostro ordinamento giuridico, il diritto ad una “contraccezione”, quale quella d'emergenza, che contrasti con il diritto del concepito ad essere tutelato?

### **5. Cosa significa oggi “contraccezione” e cosa significa “aborto”?**

Esiste un problema di terminologia volutamente non risolto e tenuto nel vago e non basta definire un farmaco “contraccettivo” per renderlo accettabile in quanto “non abortivo”.

Per ragioni pratiche di uniformità, per pura convenzione quindi, l'American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG 1997) ha stabilito di definire come “gravidanza” la serie di eventi che segue l'impianto in utero. Del



resto sarebbe obiettivamente difficile definire “in gravidanza” una paziente che abbia embrioni conservati nei congelatori.

Se, quindi, “aborto” è per definizione “interruzione della gravidanza”, tutto ciò che precede e impedisce l'impianto non può essere è sempre e solo per definizione - considerato “abortivo”.

Ma l'esistenza del concepito, come visto, inizia molto prima e la su tutela Costituzionale è per noi medici anche deontologica - inizia dai primi istanti di vita. Come già ribadito, ma del tutto evidente in sé, ad annidarsi è un embrione vivo che immediatamente comunica ed è in relazione biunivoca strettissima con l'organismo materno. Appare quindi pretestuosa, oltre che non fondata scientificamente ed inaccettabile in termini di legge, la pretesa di considerare contraccettivi i metodi che agiscono impedendo l'impianto. Ritengo che sia necessario riprecisare con molta chiarezza il significato e l'ambito di ciò che può essere propriamente definito “contraccezione” ed evitare la confusione voluta che regna in materia, nella quale ognuno, disinformato e magari in buona fede come spesso accade all'utente, ritiene di poter accampare ogni sorta di diritti.

Mi limiterei a queste considerazioni. Aggiungerei soltanto che ho letto con estremo piacere l'articolo del dott. Cossato che ha rappresentato istanze sentite come importanti da tutti i Colleghi ed anche dai Farmacisti, mentre in Paesi anche molto vicini il dibattito non trova spazio e il problema viene pragmaticamente “risolto” attraverso il distributore automatico.

**Bruno Mozzanega**

# FEDER. S. P. E V.

## – SEZIONE PROVINCIALE DI VENEZIA –

*Agli amici più cari e non solo...*

**C**i sono dei momenti in cui vien da domandarsi del perché di tanta preoccupazione per molti diritti rivendicati.

È il lamento perenne dell'italiano a cui non va mai bene niente o dobbiamo dubitare sulle nostre capacità intellettive in una confusione di giudizi segnata dagli anni? No certamente: appare invece una realtà scontata e imposta che tranquillamente e progressivamente viene pianificata anche senza di noi ad onta di ogni etica legislativa, demagogica e punitiva che ci impone un energico programma di difesa.

Il mancato agganciamento delle pensioni alla dinamica salariale, le maledette pensioni d'annata, i tagli a quelle di reversibilità, l'arbitraria attribuzione dell'ISTAT, la riduzione dei rendimenti CIS, l'inclusione forzata della stessa nell'INPDAP per sanare altre Casse, il prelievo del 25% sulla liquidità degli Enti previdenziali, l'applicazione della tassazione come su redditi da professione, l'eliminazione della clausola "non costituisce reddito" sulle somme elargite dal Fondo di Solidarietà, il parametrare i benefici contrattuali sull'inflazione programmata e non su quella reale, il progressivo aumento del costo della vita ed altro ancora, tutto ciò ci pesa come un macigno che comprime ogni diritto.

Quando si parla di riforma, sembra esserci un solo problema, l'innalzamento dell'età pensionabile a tutela delle risorse future: il quotidiano è assolutamente obsoleto in una chiara piattaforma di livellamento e adeguamento totale.

L'ottimismo non è mai stato tanto allettante: allegramente possiamo essere anche soddisfatti, quando ci giunge notizia responsabile che di pensioni si potrà discutere più avanti, che il nostro sistema pensionistico è comunque tra i più perfetti, non solo in Europa e che la riduzione della spesa energetica, nell'attuale crisi, si ripercuote vantaggiosamente soprattutto sulle categorie a reddito fisso, come i pensionati.

Combattiamo forse contro i mulini a vento?

Tutto è essenzialmente illogico, non dobbiamo continuare senza un linguaggio comune più vero per una convergenza utile e serena con la volontà

dei nostri interlocutori.

Purtroppo, contano solo i numeri!

In questa situazione di stallo, manipolata nei diritti e nei doveri, solo un'auspicata, necessaria, convinta, totale adesione alla nostra Federazione che chiede la forza necessaria a tutela dei nostri interessi, può far alzare il tono della nostra voce da udirsi a livello decisionale politico.

Per chi non è ancora iscritto, basta un momento di buona volontà, una semplice telefonata alla Segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, non esclusa la mia personale disponibilità.

Nelle cose bisogna crederci fermamente, allora tutto diventa più facile!

Con il più cordiale saluto, al nostro prossimo incontro.



**Giuliano Sassi**

### **I nostri temi fondamentali:**

- difesa delle pensioni dei titolari e delle vedove.
- aiuto morale e materiale ai pensionati e agli orfani.
- disponibilità di consulenze previdenziali a mezzi di esperti qualificati.
- solidarietà tra gli iscritti in attuazione dello slogan che ci caratterizza "**Non soli ma solidali**".
- attività collaterali, culturali e turistiche.
- informazione costante e tempestiva sui temi della previdenza e dell'assistenza per mezzi del giornale "Azione Sanitaria".
- Premi di studio, premi letterari, premi di pittura, congressi, assemblee, viaggi collettivi, ecc.

FEDERSPeV

35



*L'ordine dei medici  
chirurghi e odontoiatri  
di Venezia augura  
ai colleghi e alle loro famiglie  
Buone Feste*