

OMC eO

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

02.08

Anno XL - n. 02 del 31 marzo 2008 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

**Nuovo ospedale di Mestre e
sicurezza delle cure**

Il Far West prossimo venturo

Novità della finanziaria 2008

Recenti casi di meningite nel Veneto

**Albo Periti e consulenti tecnici
del tribunale**

**Primo simposio nazionale
sulle decisioni di fine vita**



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. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott. MORENO BREDA
dott. GIUSEPPE COLLURA
dott. GELLI GIUSEPPE FABRIS
dott. ALESSANDRA GALLO
dott. GIOVANNI LEONI
dott. MALEK MEDIATI
dott. GIORGIO MENEGHELLI
dott. GIULIANO NICOLIN
dott. ALFREDO SAGGIORO
dott. MORENO SCEVOLA
dott. MAURIZIO SINIGAGLIA

Collegio dei Revisori dei Conti

Effettivi

dott. RENATO FAMELI (Presidente)
dott. PASQUALE PICCIANO
dott. GIULIANO SASSI

Supplente

dott. ALBERTO COSSATO

Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

dott. COSIMO TOMASELLI (Presidente)
dott. FRANCESCO TOME' (Segretario)
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott. MICHELA MORANDO
dott. GIULIANO NICOLIN



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

Anno XL - n. 02 del 31 marzo 2008
Aut. Tribunale di Ve n. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale
Maurizio Scassola

Direttore Responsabile
Franco Fabbro

Comitato di redazione
Maurizio Sinigaglia, Giuliano Sassi,
Giovanni Leoni, Michela Morando,
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
Linea Grafica - Castelfranco Veneto (TV)

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

Chiuso in redazione il 31 marzo 2008

04 Nuovo ospedale di Mestre,
la sicurezza delle cure e
riflessioni sul nostro futuro

06 Il Far West Prossimo
Venturo

08 La "Qualità delle cure"

09 Recenti casi di meningite
nel Veneto: riflessioni e
aggiornamenti

11 Finanziaria 2008
(L. n.244 del 24.12.2007):
queste le novità

13 Albo dei consulenti
tecnici e/o periti del
tribunale

14 Albo periti e Albo
consulenti tecnici
d'ufficio del tribunale

19 Salute del presidente
CAO al congresso della
New York University

20 Primo Simposio
Nazionale

22 La desistenza terapeutica
in un hospice

24 SICURE

25 FEDER S.P.E.V.
Federazione Sanitari
Pensionati e Vedove

26 Commissione Pari
Opportunità

26 FNOMCeO: Medici
Specializzandi: obbligato-
rietà d'iscrizione all'Albo

27 Vicenda GLAXO:
comunicato stampa
OMCEO Vicenza

27 ENPAM: riscatto degli
studi universitari ai fini
previdenziali

28 Convegno
"Incontinenza d'urina"

30 Le decisioni di fine vita:
quale il ruolo della
desistenza terapeutica

Sommario

3

Nuovo ospedale di Mestre, la sicurezza delle cure e riflessioni sul nostro futuro

4



Sono passati 30 anni dalla istituzione del SSNN, 15 anni dal D.L. 502/92 e quasi 10 anni dalla 229/99.

Il Paese cerca, con grandi difficoltà, nuove leadership ed un nuovo assetto istituzionale che possa permettere una maggior efficienza dei poteri previsti dal dettato costituzionale.

La Riforma del Titolo V° della Costituzione ci impone anche riflessioni su obiettivi, ruoli e strategie nel bilanciamento dei poteri tra Stato e Regioni.

Oggi abbiamo la necessità, anche nel campo della salute, di una “rivisitazione” del Sistema e di una sua “rimodulazione” per offrire risposte ai nuovi bisogni della Persona .

In questa cornice, non è eccessivo affermare che il Nuovo Ospedale di Mestre rappresenta un laboratorio formidabile di problemi e di opportunità; in più esso si inserisce in un momento storico che vede il tentativo, da parte di gruppi di interesse, di rivisitare ruolo e responsabilità delle professioni sanitarie.

Il N.O.M. nasce nel vuoto della Politica che non

ha saputo, in 40 anni di “attesa”, inserirlo in una Rete Territoriale “autosufficiente” e in grado di dare risposte ai bisogni comunitari; in più, nella nostra Provincia, la Rete Ospedaliera non è stata “rivisitata” nella prospettiva di un progetto di integrazione provinciale ma “congelata” dagli interessi localistici. Voglio dire che 40 anni avrebbero almeno dovuto suggerire, alle classi politiche che si sono succedute, studi finalizzati ad individuare i bisogni assistenziali, la mediazione con i portatori di interesse e la ri-progettazione mirata di strutture distrettuali e ospedaliere. Vogliamo sottolineare come si sia persa una grande occasione per dimostrare una “visione lungimirante” e “multidimensionale” dei problemi che sola poteva permettere la pianificazione della re-ingegnerizzazione del Sistema.

Siamo consapevoli che è necessario eseguire un vero salto paradigmatico: smettiamo di parlare, in termini di contrapposizione, di Territorio e di Ospedale e incominciamo a parlare solo di Percorsi di Cura in una visione non frammentata della vita delle persone; osserviamo e pianifichiamo le attività assistenziali come un flusso continuo di comunicazione e di interazione costante tra Istituzioni e Operatori.

Tutte queste riflessioni devono però avere una “sintesi operativa”!

Sotto questo angolo visuale, con determinazione e con la consapevolezza del nostro ruolo civile e





istituzionale, abbiamo proposto alla Direzione Generale della AULSS 12 veneziana un protocollo di intesa per far nascere una esperienza comune nell'ambito della Sicurezza delle cure.

Si è così costituito il **COMITATO PARITETICO PER LA SICUREZZA DELLE CURE**.

Ecco che il N.O.M. diviene **"OCCASIONE"** di rivisitazione, di riflessione e di proposta!

Due sono i capisaldi di questo accordo. 1) la ricerca di strumenti che facciano emergere l'"errore" e gli "eventi avversi" 2) la gestione "attiva" del contenzioso con la contemporanea individuazione e definizione di vie alternative a quella giudiziaria.

Deve nascere nella e dalla Professione una vera e nuova alleanza tra medici, cittadini e istituzioni per la sicurezza della cure! Oggi la sicurezza deve essere considerata una priorità non solo nell'ambito delle procedure ma anche come espressione della nostra "responsabilità" individuale, di equipe e di categoria nel continuo confronto con le Comunità di appartenenza.

L'Ordine Professionale deve incentivare e sostenere un cambiamento di atteggiamento e di comportamento: la volontarietà e la confidenzialità delle segnalazioni, sia riguardo l'errore che l'evento avverso, possono rappresentare veri momenti di svolta nello sviluppo professionale, nella sicurezza e nella qualità!

Questa sfida deve essere però sostenuta da Aziende ulss che considerano gli operatori come il "primo valore aziendale" sul quale investire e nel quale ricercare il "disagio".

Deve esserci in questo atteggiamento la prospettiva di offrire risposte, nella organizzazione e nelle procedure, mirate allo sviluppo di un ambiente lavorativo sereno e "protettivo".

E' per questo che il Comitato Paritetico si è posto il problema della ricerca del disagio del medico (spesso vero "burn out") come ricerca delle difficoltà organizzative e relazionali del Sistema.

Leggiamo **l'articolo 14 del Codice di**

Deontologia Medica (Sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico. *Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure. Il medico a tal fine deve utilizzare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari per evitarne la ripetizione, tali strumenti costituiscono esclusiva espressione tecnico professionale, riservata, volta alla identificazione dei rischi, alla correzione delle procedure e alla modifica dei comportamenti) ; vi è il senso della nostra presenza: non solo soggetti competenti ma professionisti interni al Sistema che costantemente interagiscono per la Verifica e Revisione di Qualità delle Cure.*

Questo nostro "laboratorio" potrà essere il modello di riferimento per lo sviluppo di una possibile, futura, azienda metropolitana: solo il coinvolgimento diretto delle Professioni Sanitarie e dei Portatori di Interesse porterà ad una vera "integrazione in rete".

La Partecipazione della Professione è scelta vitale anche per ridurre il rischio di deriva democratica che possa escludere Operatori e Popolazione dalle "scelte" future!

Sono riflessioni che ci introducono verso la prospettiva di un passaggio da un sistema orientato dalla amministrazione della tecnologia e dei fattori produttivi ad un sistema orientato dalla Bioetica che noi intendiamo come analisi e applicazione alla popolazione umana di sistemi socio-assistenziali informati ai principi dell'Etica. Ecco come si inserisce la Qualità nella nostra vita professionale; come dovere etico e non come dovere "produttivo"!

Anche per questo proprio il N.O.M. è una grande occasione ed una grande sfida!

Il Far West Prossimo Venturo

6



Dal 30/01/08 al 04/02/08 è stata condotta, per conto della Fondazione delle Professioni di Venezia (CUP), una indagine su 650 soggetti maggiorenni veneti sulla percezione delle liberalizzazioni delle prestazioni libero-professionali.

Il margine di errore dichiarato è del 3.5%, per cui possiamo ritenere che i risultati di questa indagine siano ben rappresentativi della reputazione di cui godono i libero-professionisti nell'opinione pubblica.

Dobbiamo anzitutto rilevare che i professionisti a cui i cittadini si rivolgono maggiormente sono i medici (83%), seguiti dai farmacisti (76%). Ne consegue che l'immagine di commercialisti, geometri, ingegneri, avvocati, notai e tutti gli altri libero-professionisti dipende in gran parte dal contatto che il cittadino ha con il medico.

Per quanto riguarda i medici, purtroppo, l'indagine non ha differenziato tra le diverse aree. Poiché sappiamo da altre indagini precedenti che circa il 50% della popolazione si rivolge al dentista almeno una volta all'anno, sarebbe interessante sapere quale percentuale di quell'83% afferisce all'odontoiatria.

E sarebbe interessante saperlo soprattutto in rela-

zione alle percentuali di soddisfazione riportate, a dir la verità difficili da comparare con i dati precedenti i quali ci danno tassi di soddisfazione attorno al 50% per la sanità pubblica (ospedali), al 70-80% per i medici di base e superiori al 90% per l'odontoiatria privata. L'indagine in oggetto ci segnala una percentuale del 40% "molto soddisfatta", che sale all'86% quando si valuta complessivamente un "molto o abbastanza soddisfatto". Su questa "soddisfazione" si potrebbero fare molte analisi se fossero state fornite altre variabili oltre a quelle citate, tuttavia ci sono altri aspetti che vengono indagati per la prima volta e che val la pena approfondire.

L'aspetto a mio parere nuovo è il ruolo attribuito agli Ordini Professionali. Nella tabella 1 si vede che dal 2000 al 2008 la percentuale che attribuisce agli Ordini lo scopo di tutelare i professionisti è passata dal 30 al 41%, mentre coloro che ritengono che l'Ordine abbia il compito di "tutelare la clientela che usufruisce del loro lavoro" si sono dimezzati, dal 37 al 19%. In altri termini abbiamo assistito nell'opinione pubblica ad una progressiva "de-istituzionalizzazione" e ad una corrispondente "sindacalizzazione" degli Ordini. Questo è particolarmente grave soprattutto in riferimento alla responsabilità che noi come Istituzione abbiamo avuto in questo arco di tempo.

Chi è il responsabile principale? C'è stato un disegno, un Grande Manovratore? Oppure è una tendenza spontanea se non inevitabile nelle società avanzate?

Qualunque sia la risposta, noi dobbiamo confrontarci anzitutto con la nostra responsabilità e con ciò che potevamo fare o non fare, così come con ciò che possiamo ancora fare o non fare per il futuro.

Anche la popolazione convinta che gli Ordini "garantiscono la qualità del lavoro dei loro iscritti" si è dimezzata (dal 69 al 33%) nell'arco di tempo studiato. Perché? Che cosa abbiamo fatto in questi anni per garantire la qualità del lavoro dei nostri iscritti? Ciò per certificare la qualità della prestazione nei confronti del paziente, il quale viene definito "consumatore imperfetto" proprio perchè non è in grado di dare una valutazione appropriata delle cure che riceve e lo Stato

si assume l'onere, attraverso i suoi organi ausiliari rappresentati dagli Ordini professionali, di vigilare su queste medesime cure.

L'appartenenza ad un Ordine Professionale non potrà mai essere l'equivalente dell'iscrizione ad un sindacato. Il sindacato tutela esclusivamente l'interesse dei propri iscritti e risponde solo a loro.

L'iscrizione ad un Ordine, invece, comporta diritti ma anche doveri e noi possiamo a maggior ragione reclamare i nostri diritti (anche quando alcuni li chiamano interessi o privilegi) quanto più siamo rigorosi nell'esecuzione dei nostri doveri.

Qualcuno può provare un sentimento di antipatia o persino di avversione nei confronti di un Ordine che insiste sui doveri (chiamiamola deontologia) dei propri iscritti. Qualche sindacato può arrivare addirittura a suggerire ai propri iscritti di

opporsi alle azioni intraprese dal proprio Ordine Professionale, in aperto contrasto con l'art. 1 del nostro Codice Deontologico ("Il medico è tenuto a prestare la massima collaborazione e disponibilità nei confronti del proprio Ordine Professionale").

Ma, qualunque cosa facciamo, dobbiamo ricordarci che una stretta osservanza dei propri doveri è l'unica strada per reclamare con forza i propri diritti.

Viceversa, come chiameremo quel luogo cui si giunge passando attraverso la disgregazione del nostro Codice Deontologico e del nostro Ordine Professionale, laddove non esistono più diritti né doveri per nessuno ma solo la giungla degli interessi individuali?

Forse Far West?

Cosimo Tomaselli

	2000	2008
Tutelare la categoria dei professionisti	30	41
Garantire uno standard qualitativo delle prestazioni professionali	32	38
Tutelare la clientela che usufruisce del loro lavoro	37	19
Non sa / Non risponde	1	2

Tabella 1: Quale delle seguenti è, per quanto a sua conoscenza, la funzione principale degli ordini e dei collegi professionali? (risposte riportate in percento sul totale. L'indagine completa può essere scaricata da www.agcom.it)

La "Qualità delle cure"

Nel nostro Paese vengono ricoverate ogni anno circa 8 milioni di persone. E' stata stimata una percentuale di errori in medicina attorno al 4%: pertanto, sebbene non si tratti di dati certi e provati, circa 320.000 persone andrebbero incontro a malattia o danno legato ad errore medico, con conseguente aumento dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie e dalle assicurazioni.

"Qualità delle cure", perciò, non significa solo efficacia ed efficienza delle prestazioni, ma anche sicurezza del servizio offerto.

L'operatore sanitario coinvolto, in realtà, assai spesso è solo l'ultimo della catena nonché l'anello debole degli eventi che hanno favorito l'errore ed il successivo danno.

Il danno da errore medico, poi, comporta sia il fallimento della prestazione sanitaria ma anche del sistema che è stato istituito per offrire la prestazione stessa.

E questo non fa altro che alimentare l'aumento delle denunce e delle richieste di risarcimento alle assicurazioni: si stima che ogni ?100 di premi incassati dalle Compagnie, quest'ultime sborsino, per spese e risarcimenti, circa ?180 per la R.C. dei medici e ? 240 per le strutture sanitarie.

In tempi non troppo lontani, le Aziende sanitarie correvano ai ripari attraverso la stipula di polizze assicurative, cioè affrontavano la questione della gestione del rischio in sanità tramite dei semplici atti amministrativi.

Più recentemente, si stanno indirizzando alla prevenzione degli errori, perché si è fatto strada il convincimento che l'analisi degli errori e dei "quasi errori" rappresenti una fondamentale opportunità

di apprendimento delle dinamiche di quest'ultimi, consentendo, conseguentemente, l'adozione di meccanismi di prevenzione, di revisione critica dei processi comportamentali e l'istituzione di idonei protocolli per la riduzione del rischio.

La ricaduta è senz'altro positiva, in primis, sul paziente, ma anche sugli operatori sanitari e sull'immagine dell'Azienda. E questo anche sui premi assicurativi.

Si dovrà perciò utilizzare un sistema in grado di rilevare tutti gli errori, anche quelli che non hanno comportato un danno, attraverso l'analisi delle cause generatrici, al fine di prevenire le condizioni favorevoli al loro ripetersi e/o limitare il danno quando questo, purtroppo, si sia già verificato.

E' evidente che tutto ciò sarà possibile solo allorché l'errore in sanità non verrà più giudicato negativamente né da Colleghi né dall'Azienda né vi saranno le temutissime ripercussioni medico-legali.

Il Ministro della Salute ha presentato recentemente un ddl, collegato alla finanziaria 2008, ed approvato dal Consiglio dei Ministri in data 16.11.2007, che affronta l'aspetto della sicurezza nelle strutture sanitarie e della gestione del rischio clinico attraverso l'adozione di un idoneo sistema, nonché l'attivazione di un servizio di ingegneria clinica per garantire l'uso sicuro dei dispositivi medici. Viene anche introdotta la responsabilità civile a carico della struttura per "la responsabilità civile per danni a persone causati dal personale medico e non medico". Inoltre è prevista la facilitazione di soluzioni stragiudiziali di vertenze per danni derivanti da prestazioni sanitarie, favorendo ed accelerando il risarcimento al cittadino.

Se, a priori, tutto questo – in materia di sicurezza – appare assai promettente, il vero pericolo è che la gestione delle Unità di Risk Management – cosa assai delicata e tutt'altro che marginale – venga affidata a burocrati, anziché a clinici esperti ed a qualificati specialisti medico-legali.

Infine, a complicare ulteriormente le cose, c'è stata la recente caduta del Governo ed il successivo scioglimento delle Camere da parte del Presidente della Repubblica.

Per la "Qualità delle cure", purtroppo, sembra esserci ancora un bel cammino in salita!



21.02.2008

Per il Gruppo sulla Responsabilità Professionale
Pierluigi Allibardi



Recenti casi di meningite nel Veneto: riflessioni e aggiornamenti

Premessa. Il meningococco è un germe molto diffuso, abitualmente presente nel 10% della popolazione in soggetti qualificabili come “portatori sani” che possono trasmettere il batterio, nella maggior parte dei casi, senza conseguenze per gli altri. Non è del tutto chiaro perché questo agente infettivo, innocuo per quasi tutti, sviluppi in una limitatissima parte degli infettati una malattia grave (meningite/sepsi) potenzialmente mortale. L’ipotesi più probabile è che rischia la meningite/sepsi solo chi, per motivi genetici o acquisiti, al momento del contagio è sprovvisto di adeguate quantità di una macroproteina utile per attivare subito l’immunità pronta in attesa della immunità specifica anticorpale che l’organismo costruisce in un secondo tempo. Questa carenza è tuttavia solo un concausa pur molto importante di una situazione multi-fattoriale più complessa del rapporto ospite/agente infettante necessaria ai germi per lo sviluppo delle infezioni invasive.

In Italia il tasso di incidenza della meningite meningococcica è tra i più bassi d’Europa e riguarda quasi esclusivamente i sierotipi B e C. Per ragioni non note i rapporti di incidenza tra i due sierotipi non sono stabili.

In Inghilterra prevale da tempo nettamente il meningococco C, situazione epidemiologica ideale per portare a casa ottimi risultati con una vaccinazione anti-meningococco C mirata sulle classi a maggior rischio per le sepsi C. Nel primo

anno di vaccinazione la UK ha stimato in 54 decessi le vite risparmiate col suo intervento.

In Italia dopo circa 30 anni di prevalenza del Meningococco B (tra il 1970 e il 2000 circa) si è verificata una ripresa delle meningiti/sepsi da Meningococco C che negli ultimi 7 anni ha comportato nel nostro Paese 447 casi con 63 decessi (14%), 2/3 dei casi sono stati infezioni sporadiche, ma ci sono stati anche 48 clusters (2 o più casi in 30 gg nell’arco di 50 Km) quasi esclusivamente nelle regioni del Nord.

Nel 2007 in Veneto si sono verificati 15 meningiti C e 9 meningiti B. Il conteggio è limitato ai casi ad etiologia accertata con isolamento del germe. In base ai dati epidemiologici casi sporadici o piccoli clusters sono eventi possibili anche in futuro. Da pochi anni per il meningococco C è disponibile un vaccino efficace per attivare una memoria immunologica lunga (probabilmente circa 10 anni) mentre non esistono vaccini di difesa per il meningococco B, entrambi i germi sono sensibili agli antibiotici senza particolari resistenze, ma il loro uso, pur tempestivo, non garantisce il successo contro le forme più invasive chiamate “fulminanti”. Ovviamente questa situazione è totalmente diversa da quella inglese con un più difficile e meno redditizio approccio vaccinale per le meningiti B e C.

L’epidemia del Veneto. Fra il 13 e il 20 Dicembre 2007 nel territorio di Montebelluna e Conegliano si sono verificati 8 casi di

Attività
dell’Ordine



10

Meningite/Sepsi di cui 3 mortali. Un altro caso con guarigione si è verificato a Mestre il 4 Gennaio 2008. L'età media dei colpiti è risultata di 22 anni con range 15-33 anni. In tutti i casi il ceppo responsabile era il meningococco di tipo C variante ST-11/ET-37, sierotipo noto per la particolare aggressività con clusters verificatisi negli anni scorsi nel nord-Europa e in particolare in Finlandia.

Reazione della popolazione. Per la rapidità con cui colpisce e la gravità delle conseguenze la meningite è una malattia infettiva che spaventa la popolazione in modo drammatico con reazioni di paura fobica comprensibili, ma non razionali. Tali atteggiamenti sono alimentati dalla informazione ridondante e approssimativa tesa al scoop traumatico di tutti i media. Purtroppo ci sono state dichiarazioni su canali nazionali (stampa, radio e Tv) di medici di ruolo elevato e personalità politiche del Ministero della Salute che hanno diffuso notizie errate, ai limiti del procurato allarme pubblico, senza alcun fondamento scientifico. Ciò è di grave danno per una seria prevenzione delle malattie infettive, un danno che spesso vanifica in pochi giorni anni di impegno e di corretta informazione, un danno che non finisce con l'epidemia. Il fronte delle vaccinazioni è da sempre un campo delicato dove non c'è posto per la approssimazione e dove gli errori di informazione si pagano in termini di caduta delle coperture e morti evitabili.

Reazione della Sanità veneta. In questi momenti di crisi si misurano le capacità di reazione di un Sistema Sanitario chiamato a governare, limitando al minimo le conseguenze, una epidemia di meningite improvvisa, grave e non evitabile. La Sanità veneta ha optato nella epidemia in oggetto per una reazione ad ampio raggio sia nel campo della chemioprophilassi dei contatti (oltre 1000 persone trattate con antibiotici in pochi giorni) sia nel campo della vaccinazione con l'offerta

gratuita del vaccino anti-meningococco C alla popolazione giovanile (15-29 anni) dei Comuni interessati.

Sono state messe in campo misure superiori a quanto la Letteratura più autorevole consiglia nella specificità di questi casi, ma probabilmente ciò è stato inevitabile in una situazione di allarme esasperato della popolazione difficile da dominare solo con risposte mirate.

I Servizi di Igiene Pubblica delle varie AULSS interessate hanno dimostrato capacità di risposta rapida e, pur sotto la pressione esasperata dell'opinione pubblica e di molte dichiarazioni irresponsabili, hanno saputo tranquillizzare proprio con la loro ottimale operatività.

Per come ha gestito questa emergenza la Sanità veneta ha incassato l'approvazione del Ministero della Salute, del Centro Europeo per il controllo delle malattie (ECDC) e della Task Force Goarn (Global Outbreak Alert and Response Network).

In conclusione quali insegnamenti si possono trarre da questa vicenda?

Mini-epidemie e casi sporadici di meningite batterica non sono al momento evitabili anche nel Veneto.

Ad ogni caso grave, specie se mortale, parte di routine la macchina informativa deformante dei media aiutati da dichiarazioni di presunti esperti che, anche se medici o Autorità del Ministero della Salute, mostrano di non conoscere questo complicato settore della Sanità.

Il Veneto può contare su una valida rete di Servizi di Igiene pubblica, su Microbiologie attrezzate per il riconoscimento dei germi, su una cintura di Medici e Pediatri di Famiglia che possono ben governare nel rapporto coi loro pazienti la paura irrazionale della meningite con la loro risposta operativa.

Concludere non significa chiudere un argomento per altro sempre in evoluzione per il mutare delle epidemiologie infettive e degli interventi di profilassi vaccinale che aumentano e migliorano le difese generali. La Sanità della Regione Veneto sta approvando in questi giorni un nuovo calendario vaccinale regionale migliorativo che amplia ancora la copertura coi vaccini contro quasi tutte le malattie infettive per cui ciò è possibile. E' una delle misure sanitarie più importanti per la salute di tutta la popolazione. Su questo punto ritorneremo nei prossimi numeri.

Giorgio Meneghelli

Componente della Commissione Regionale Veneta per il controllo delle malattie infettive e delle vaccinazioni

Finanziaria 2008

(L. n.244 del 24.12.2007): queste le novità

Contribuenti minimi

Dal 2008 è in vigore il regime fiscale semplificato riservato ai contribuenti minimi, e cioè a professionisti, lavoratori e piccoli imprenditori con ricavi annui inferiori a € 30.000. Esso prevede delle semplificazioni fiscali e riduzioni di imposta.

Per accedere a tale regime agevolato è necessario non avere dipendenti e collaboratori, non aver acquistato nei tre anni precedenti beni strumentali per più di € 15.000, non essere soci di società di persone, e non rientrare in un certo numero di altri casi particolari. Non è necessario richiedere tale regime, in quanto è il regime naturale per i contribuenti con i requisiti indicati.

Il regime dei minimi comporta i seguenti benefici:

- Imposta forfetaria al 20% in sostituzione di IRPEF e addizionali regionali e comunali, e non applicazione dell'IRAP
- Esonero dagli adempimenti IVA (né versamenti, né dichiarazioni)
- Esonero dalla tenuta delle scritture contabili
- Non applicazione degli studi di settore

Per contro, l'IVA sugli acquisti non può essere detratta

Bonus per aggregazioni in studi associati

Tutte le operazioni di aggregazione effettuate nel periodo compreso tra l'1.1.2008 ed il 31.12.2010 potranno ottenere un credito d'imposta relativo ai costi sostenuti a decorrere dalla data in cui l'operazione di aggregazione è effettuata e nei 12 mesi successivi.

L'aggregazione deve risultare composta da un minimo di 4 ad un massimo di 10 professionisti, il professionista deve contestualmente cessare un'attività precedente e esercitare l'attività professionale solamente all'interno della struttura risultante dall'aggregazione.

L'agevolazione interessa tutti i costi relativi all'acquisto della strumentazione necessaria all'attività, pertanto: attrezzature informatiche, mobili ed arredi specifici, impianti ed attrezzature varie, software e brevetti concernenti nuove tecnologie di servizi nonché le spese per l'ammodernamento la ristrutturazione e la manutenzione degli immobili

utilizzati, che per le loro caratteristiche sono imputabili ad incremento del costo dei beni ai quali si riferiscono.

Pertanto nella dichiarazione dei redditi relativa al periodo d'imposta in cui sono stati sostenuti i suddetti costi viene indicato un credito d'imposta pari al 15% del loro totale.

Aggregazioni tra Medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale

Per i medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, un decreto del Ministro della salute dovrà individuare, per i servizi di medicina primaria, le condizioni, in presenza delle quali, l'agevolazione non sarà applicabile a quelle strutture in forma associata che si limitano ad eseguire attività meramente strumentali per l'esercizio dell'attività professionale;

In caso di aggregazioni tra medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, il numero minimo e massimo dei componenti potrà essere elevato con decreto, per le specifiche esigenze di organizzazione dei servizi di medicina primaria. L'efficacia dell'agevolazione in esame è comunque subordinata all'autorizzazione della Commissione europea ed al provvedimento attuativo.

Esenzione redditi fondiari

Non vi è l'obbligo di presentazione della dichiarazione e l'irpef non è dovuta se alla formazione del reddito complessivo concorrono solamente redditi di terreni e fabbricati, per un importo non superiore a 500,00 euro. Novità applicabile retroattivamente ai redditi 2007.

Detrazioni d'imposta per carichi di famiglia

I contribuenti con almeno quattro figli a carico hanno diritto ad un'ulteriore detrazione d'imposta di 1.200,00 euro (da suddividere al 50% tra i genitori non separati). Novità applicabile retroattivamente ai redditi 2007.

Le detrazioni d'imposta per carichi di famiglia (e per redditi di lavoro dipendente e assimilati) sono riconosciute dal sostituto d'imposta se il contribuente dichiara annualmente allo stesso sostituto

Attività
dell'Ordine

di avervi diritto anche in assenza di variazioni rispetto all'anno precedente.

Deducibilità dei Fondi Integrativi

Sono deducibili dal reddito complessivo IRPEF fino a un massimo di 3.615,20 euro (prima fino a 2.065,83 euro) i contributi versati ai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale

Detrazioni d'imposta interventi di recupero edilizio (per il triennio 2008/2010)

Detrazione 36%

E' stata prorogata la detrazione IRPEF del 36% delle spese relative al recupero edilizio.

Il diritto a tale agevolazione è subordinato alla separata indicazione in fattura del costo della manodopera.

Da quest'anno è ancora possibile detrarre il 36% delle spese sostenute per l'acquisto di unità immobiliari abitative site in fabbricati interamente recuperati con interventi di restauro o risanamento conservativo, ovvero di ristrutturazione edilizia.

La detrazione compete a condizione che:

- l'atto notarile di acquisto sia stipulato entro il 30.6.2011;

- l'intervento di recupero sia effettuato completamente nel corso del triennio 2008-2010.

E' sempre necessario che il costo della manodopera sia separatamente indicato in fattura, pena decadenza dell'agevolazione.

Detrazione 55%

E' stata prorogata la possibilità di detrarre il 55% delle spese sostenute per gli interventi relativi alla riqualificazione energetica degli edifici esistenti (es. sostituzione di infissi e caldaie, installazione di pannelli solari). La detrazione può essere suddivisa in quote annuali di pari importo (da un minimo di tre ad un massimo di 10).

Detrazione interessi passivi mutuo

E' stato innalzato da 3.615,20 a 4.000,00 euro il limite massimo relativo agli interessi, sui mutui contratti per l'acquisto dell'abitazione principale, sul quale calcolare la detrazione IRPEF del 19%.

Detrazione canone di locazione

Detrazione irpef a favore dell'affittuario di immobile adibito ad abitazione principale compresa tra 150€ e 300€ (a seconda del reddito dell'affittuario). Se l'affittuario ha un'età compresa tra i 20 ed i 30 anni ed un reddito inferiore a 15.493,71€ la detrazione può arrivare ad un massimo di 991,60€.

Detrazione IRPEF del 19% delle spese per gli asili nido

È stata prorogata anche per il periodo d'imposta 2007 la detrazione IRPEF del 19% delle spese sostenute per la frequenza di asili nido da parte dei figli. L'importo massimo dell'onere su cui calcolare la detrazione è 632,00 euro annui per ogni figlio per una detrazione massima per ogni figlio pari a 120,08 euro.

Detrazione IRPEF del 19% per l'acquisto degli abbonamenti ai servizi di trasporto pubblico

Possibilità di detrarre il 19% delle spese relative all'acquisto degli abbonamenti ai servizi di trasporto (anche per i familiari a carico). Il costo massimo sul quale calcolare la detrazione non potrà superare i 250,00 euro (la detrazione massima è quindi pari a 47,50 euro).

Rivalutazione del costo d'acquisto delle partecipazioni non quotate e dei terreni

E' possibile procedere alla rivalutazione del costo o del valore di acquisto delle partecipazioni non quotate e dei terreni posseduti da soggetti che non operano in regime d'impresa (es. persone fisiche) versando un'imposta sostitutiva (del 4%, per le partecipazioni "qualificate" e per i terreni e oppure del 2%, per le partecipazioni "non qualificate") calcolata su valore peritale (perizia giurata di stima). Innalzando così il valore è possibile ridurre la plusvalenza in caso di vendita successiva.

A tali fini, le partecipazioni o i terreni devono essere posseduti alla data dell'1.1.2008.

IVA agevolata sulle manutenzioni edilizie

Il regime di applicazione dell'IVA con aliquota ridotta (10% anziché 20%) previsto per le prestazioni di servizi rese nell'ambito di interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria effettuati su fabbricati a prevalente destinazione abitativa privata è stato prorogato per il triennio 2008-2010.

Cessioni di fabbricati strumentali a soggetti con prorata di detrazione non superiore al 25%

Dal 01/03/2008, le cessioni di fabbricati strumentali per natura, effettuate nei confronti di cessionari soggetti passivi con pro rata di detrazione non superiore al 25% (tipicamente il medico nell'esercizio della libera professione) saranno soggette al meccanismo del "Reverse Charge"

Novità IVA in materia di autoveicoli

L'IVA relativa ai "veicoli stradali a motore è detraibile, da parte delle imprese e dei professionisti, nella misura del 40%. La detrazione è, invece, integrale (100%) se i veicoli stradali a motore sono utilizzati esclusivamente nell'esercizio dell'impre-

sa (o dell'arte o professione), ma deve essere dimostrabile la totale inerenza. L'IVA sui pedaggi autostradali è detraibile nella stessa misura prevista per i mezzi di trasporto.

Cellulari ed iva

Dall'1.1.2008, l'IVA sui telefonini è detraibile in base all'effettivo utilizzo nell'attività d'impresa (o di arte o professione), ma se si effettua una detrazione in misura superiore al 50% gli uffici possono attivare controlli in merito, il contribuente avrà l'onere di dimostrare l'utilizzo dichiarato (prova difficoltosa).

Responsabilità solidale del cessionario

A partire dall'1.1.2008, per le compravendite immobiliari soggette ad IVA, il cessionario (anche se privato) sarà responsabile solidalmente al cedente dell'imposta evasa e delle sanzioni relative alla differenza tra corrispettivo effettivamente dovuto e quello dichiarato qualora il corrispettivo indicato nell'atto di compravendita immobiliare e in fattura sia diverso da quello effettivo.

Per sgravarsi di tale responsabilità, il cessionario

non soggetto passivo IVA potrà regolarizzare la violazione versando, entro 60 giorni dalla stipula dell'atto, la maggiore imposta dovuta.

ICI abitazione principale

Introduzione di una nuova detrazione (in aggiunta a quella già esistente) per l'abitazione principale pari all'1,33 per mille della base imponibile, con un massimo di 200,00 euro.

Imposta di registro all'1% per il trasferimento di immobili ricadenti in piani particolareggiati

I trasferimenti in esenzione IVA che abbiano come oggetto immobili che rientrano in piani urbanistici diretti all'attuazione di programmi di edilizia residenziale, comunque denominati saranno soggetti ad imposta di registro pari al 1%.

Fonte: banca dati Il Sole 24 Ore

a cura dello studio associato

Cagnin Cavallin Martignon Rovoletto

www.ccmassociati.it

Nuove norme per la revisione/inserimento dei colleghi nell'albo dei consulenti tecnici e/o periti del tribunale

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Venezia, riunito nella seduta del 19 dicembre 2007 alle ore 20.30 CONSIDERATO il ruolo che l'Ordine svolge durante le udienze presso il Tribunale per l'iscrizione all'Albo dei Consulenti Tecnici e dei Periti: determinante nel confermare la professionalità del medico e le specifiche conoscenze, competenze ed abilità necessarie all'espletamento dell'incarico;

VISTO che occorre che l'iscritto depositi anche presso l'Ordine il proprio curriculum affinché il Presidente possa verificare il percorso formativo anche eventualmente approfondendo con un colloquio il profilo del Collega;

POSTO che l'Ordine vuole svolgere attivamente e fino in fondo il proprio ruolo di garante, pianificando anche con il Tribunale un percorso virtuoso;

DELIBERA

Di approvare le linee guida allegate alla presente deliberazione e parte integrante della stessa; di chiedere a coloro che intendono presentare domanda al Tribunale in trasmettere una copia della medesima anche all'Ordine; il Presidente presenterà solo coloro che avranno fornito in tal senso idonea documentazione;

di ribadire e riconfermare quanto già espresso con deliberazione n. 7/2001;

di dare ampio spazio a tale informativa pubblicandola sia sul notiziario che sul sito internet.

F.TO IL SEGRETARIO
(d.ssa Caterina Boscolo)

F.TO IL PRESIDENTE
(dott. Maurizio Scassola)

Attività
dell'Ordine

13

Albo periti e Albo consulenti tecnici d'ufficio del tribunale

Presso ogni Tribunale è istituito un Albo dei Consulenti Tecnici del giudice (in questo albo sono iscritti i professionisti che il Tribunale incarica di effettuare consulenze tecniche nel processo civile), ed un Albo dei Periti (in esso sono iscritti i professionisti che il Tribunale incarica di effettuare perizie nel processo penale).

L'Albo è tenuto dal Presidente del Tribunale e tutte le decisioni relative all'ammissione all'Albo sono prese da un comitato da lui presieduto, composto dal Procuratore della Repubblica e dal Presidente dell'Albo o Collegio Professionale, cui appartiene il professionista che ha richiesto l'iscrizione.

Le categorie comprese in questi albi sono, per il settore civile:

medico-chirurgica, industriale, commerciale, agricola, bancaria, assicurativa;

per il settore penale:

medico legale, psichiatrica, contabile, ingegneria e relativa specialità, infortunistica del traffico e della circolazione stradale, balistica, chimica, analisi e comparazione della grafia.

Per quanto riguarda la provincia di Venezia, il Presidente dell'Ordine in persona partecipa alle udienze in cui vengono discusse le domande presentate dai Colleghi che vogliono svolgere attività come consulente o perito, questo perché si ritiene fondamentale la presentazione dell'Ordine che è l'unico ente in grado di dare un'indicazione che tenga conto della formazione e delle esperienze del medico e quindi possa garantire le specifiche competenze in materia, richieste dalla legge.

In tal senso riteniamo utile informare i Colleghi che abbiano intenzione di presentare la domanda al Tribunale, che occorre inviare contemporaneamente anche all'Ordine copia della documentazione richiesta. Qualora si rendesse necessario il Presidente provvederà inoltre a contattare l'iscritto per un colloquio di approfondimento.

Normativa di riferimento

Disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile

Titolo II Degli esperti e degli ausiliari del giudice

Capo II Dei consulenti tecnici del giudice

Art. 13 (Albo dei consulenti tecnici) Presso ogni tribunale è istituito un albo dei consulenti tecnici. L'albo è diviso in categorie. Debbono essere sempre comprese nell'albo le categorie: 1) medico-chirurgica; 2) industriale; 3) commerciale; 4) agricola; 5) bancaria; 6) assicurativa.

Art. 14 (Formazione dell'albo) L'albo è tenuto dal presidente del tribunale ed è formato da un Comitato da lui presieduto e composto dal procuratore della Repubblica e da un professionista iscritto nell'albo professionale, designato dal Consiglio dell'ordine o dal Collegio della categoria a cui appartiene il richiedente l'iscrizione nell'albo dei consulenti tecnici. Il Consiglio predetto ha facoltà di designare, quando lo ritenga opportuno, un professionista iscritto nell'albo di altro ordine o Collegio, previa comunicazione al Consiglio che tiene l'albo a cui appartiene il professionista stesso. Quando trattasi di domande presentate da periti estimatori, la designazione è fatta dalla Camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura. Le funzioni di segretario del Comitato sono esercitate dal cancelliere del tribunale.

Art. 15 (Iscrizione nell'albo) Possono ottenere l'iscrizione nell'albo coloro che sono forniti di speciale competenza tecnica in una determinata materia, sono di condotta morale specchiata e sono iscritti nelle rispettive associazioni professionali. Nessuno può essere iscritto in più di un albo. Sulle domande di iscrizione decide il Comitato indicato nell'articolo precedente. Contro il provvedimento del Comitato è ammesso reclamo, entro 15 giorni dalla notificazione, al Comitato previsto nell'articolo 5.

Art. 16 (Domande d'iscrizione) Coloro che aspirano all'iscrizione nell'albo debbono farne domanda al presidente del tribunale. La domanda deve essere corredata dai seguenti documenti: 1) estratto dell'atto di nascita; 2) certificato generale del casellario giudiziario di data non anteriore a 3 mesi dalla presentazione; 3) certificato di residenza nella circoscrizione del tribunale; 4) certificato di iscrizione alle associazioni professionali; 5) i titoli e i documenti che l'aspirante crede di esibire per dimostrare la sua speciale capacità tecnica.

Art. 17 (Informazioni) A cura del presidente del tri-

bunale debbono essere assunte presso le Autorità di Polizia specifiche informazioni sulla condotta pubblica e privata dell'aspirante.

Art. 18 (Revisione dell'albo) L'albo è permanente. Ogni 4 anni il Comitato di cui all'art. 14 deve provvedere alla revisione dell'albo per eliminare i consulenti per i quali è venuto meno alcuno dei requisiti previsti nell'art. 15 o è sorto un impedimento a esercitare l'ufficio.

Art. 19 (Disciplina) La vigilanza sui consulenti tecnici è esercitata dal presidente del tribunale, il quale, d'ufficio o su istanza del procuratore della Repubblica o del presidente dell'associazione professionale, può promuovere procedimento disciplinare contro i consulenti che non hanno tenuto una condotta morale specchiata o non hanno ottemperato agli obblighi derivanti dagli incarichi ricevuti. Per il giudizio disciplinare è competente il Comitato indicato nell'art. 14.

Art. 20 (Sanzioni disciplinari) Ai consulenti che non hanno osservato i doveri indicati nell'articolo precedente possono essere inflitte le seguenti sanzioni disciplinari: 1) l'avvertimento; 2) la sospensione dall'albo per un tempo non superiore ad un anno; 3) la cancellazione dall'albo.

Art. 21 (Procedimento disciplinare) Prima di promuovere il procedimento disciplinare, il presidente del tribunale contesta l'addebito al consulente e ne raccoglie la risposta scritta. Il presidente, se dopo la contestazione ritiene di dover continuare il procedimento, fa invitare il consulente, con biglietto di cancelleria, davanti al Comitato disciplinare. Il Comitato decide sentito il consulente. Contro il provvedimento è ammesso reclamo a norma dell'articolo 15, ultimo comma.

Art. 22 (Distribuzione degli incarichi) Tutti i giudici che hanno sede nella circoscrizione del tribunale debbono affidare normalmente le funzioni di consulente tecnico agli iscritti nell'albo del tribunale medesimo. Il giudice istruttore che conferisce un incarico a un consulente iscritto in albo di altro tribunale o a persona non iscritta in alcun albo, deve sentire il presidente e indicare nel provvedimento i motivi della scelta. Le funzioni di consulente presso la Corte d'appello sono normalmente affidate agli iscritti negli albi dei tribunali del distretto. Se l'incarico è conferito ad iscritti in altri albi o a persone non iscritte in alcun albo, deve essere sentito il primo presidente e debbono essere indicati nel provvedimento i motivi della scelta.

Art. 23 (Vigilanza sulla distribuzione degli incarichi) Il presidente del tribunale vigila affinché, senza danno per l'amministrazione della giustizia, gli incarichi siano equamente distribuiti tra gli iscritti nell'albo.

Per l'attuazione di tale vigilanza il presidente fa

tenere dal cancelliere un registro in cui debbono essere annotati tutti gli incarichi che i consulenti iscritti ricevono e i compensi liquidati da ciascun giudice. Questi deve dare notizia degli incarichi dati e dei compensi liquidati al presidente del tribunale presso il quale il consulente è iscritto. Il primo presidente della Corte d'appello esercita la vigilanza prevista nel primo comma per gli incarichi che vengono affidati dalla Corte.

Codice di Procedura civile

Libro I Disposizioni generali

Titolo I Degli organi giudiziari

Capo III Del consulente tecnico, del custode e degli altri ausiliari del giudice

Art. 61 (Consulente tecnico)

Quando e' necessario, il giudice puo' farsi assistere, per il compimento di singoli atti o per tutto il processo, da uno o piu' consulenti di particolare competenza tecnica.

La scelta dei consulenti tecnici deve essere normalmente fatta tra le persone iscritte in albi speciali formati a norma delle disposizioni di attuazione al presente codice.

Articolo cosi' sostituito dalla L. 14 luglio 1950, n. 581.

Art. 62 (Attività del consulente)

Il consulente compie le indagini che gli sono commesse dal giudice e fornisce, in udienza e in camera di consiglio, i chiarimenti che il giudice gli richiede a norma degli articoli 194 e seguenti, e degli articoli 441 e 463.

Art. 63 (Obbligo di assumere l'incarico e ricsuzione del consulente)

Il consulente scelto tra gli iscritti in un albo ha l'obbligo di prestare il suo ufficio, tranne che il giudice riconosca che ricorre un giusto motivo di astensione.

Il consulente puo' essere ricsuato dalle parti per i motivi indicati nell'art. 51.

Della ricsuzione del consulente conosce il giudice che l'ha nominato.

Art. 64 (Responsabilità del consulente)

Si applicano al consulente tecnico le disposizioni del codice penale relative ai periti.

In ogni caso, il consulente tecnico che incorre in colpa grave nell'esecuzione degli atti che gli sono richiesti, e' punito con l'arresto fino a un anno o con l'ammenda fino a lire venti milioni. Si applica l'art. 35 del codice penale. In ogni caso e' dovuto il

risarcimento dei danni causati alle parti.
Articolo così sostituito dalla L. 4 giugno 1985, n. 281.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

ART 62 - Attività medico-legale

L'esercizio dell'attività medico-legale è fondato sulla correttezza morale e sulla consapevolezza delle responsabilità etico-giuridiche e deontologiche che ne derivano e deve rifuggire da indebite suggestioni di ordine extratecnico e da ogni sorta di influenza e condizionamento.

L'accettazione di un incarico deve essere subordinata alla sussistenza di un'adeguata competenza medico-legale e scientifica in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti al caso in esame, nel rispetto dei diritti della persona e delle norme del Codice di Deontologia Medica e preferibilmente supportata dalla relativa iscrizione allo specifico albo professionale.

In casi di particolare complessità clinica ed in ambito di responsabilità professionale, è doveroso che il medico legale richieda l'associazione con un collega di comprovata esperienza e competenza nella disciplina coinvolta.

Fermi restando gli obblighi di legge, il medico curante non può svolgere funzioni medico-legali di ufficio o di controparte nei casi nei quali sia intervenuto personalmente per ragioni di assistenza o di cura e nel caso in cui intrattenga un rapporto di lavoro dipendente con la struttura sanitaria coinvolta nella controversia giudiziaria.

La consulenza di parte deve tendere unicamente a interpretare le evidenze scientifiche disponibili pur nell'ottica dei patrocinati nel rispetto della oggettività e della dialettica scientifica nonché della prudenza nella valutazione relativa alla condotta dei soggetti coinvolti.

L'espletamento di prestazioni medico-legali non conformi alle disposizioni di cui ai commi precedenti costituisce, oltre che illecito sanzionato da norme di legge, una condotta lesiva del decoro professionale.

Delibera del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia

DELIBERA n. 7/2001

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Venezia, riunito nella seduta del 15 ottobre 2001 alle ore 20.30

CONSIDERATO il ruolo dell'Ordine, garante della acquisita professionalità del medico e del

mantenimento nel tempo delle specifiche conoscenze, competenze ed abilità;

VISTO le disposizioni attuative del Codice di Procedura civile – Titolo II – Capo II, art. 15 il quale stabilisce: "Possono ottenere l'iscrizione all'albo coloro che sono forniti di speciale competenza tecnica in una determinata materia";

POSTO che l'Ordine stesso, nell'ambito delle procedure per l'iscrizione all'Albo dei Consulenti Tecnici d'Ufficio e/o Periti del tribunale, è opportuno proceda ad una verifica dei requisiti posseduti dall'iscritto onde vigilare sul reale possesso delle "speciali competenze tecniche" richieste al soggetto per l'iscrizione;

VISTO l'art. 64 del Codice deontologico che dettaglia i doveri del medico nello svolgimento di compiti e funzioni di natura medico-legale;

DELIBERA

a) di approvare le norme predisposte dall'apposita commissione che ha studiato la problematica come di seguito riportate:

Norme per la Revisione/inserimento dei colleghi nell'Albo dei Consulenti Tecnici

Il Collega che intenda essere inserito all'interno dell'Albo CTU e/o Periti deve presentare all'Ordine una domanda almeno 3 mesi prima della discussione del suo caso presso il Tribunale, specificando le aree di consulenza.

Nella domanda si evidenzieranno:

- 1) Titoli, specializzazioni, diplomi posseduti e corsi frequentati;
- 2) Un riassunto analitico dell'attività professionale svolta e dal quale si evincono chiaramente le "speciali competenze tecniche in una materia" (art. 15 disp. att. C.p.c.);
- 3) Pubblicazioni scientifiche ed attività formative;

Il Consiglio esprimerà un giudizio articolato dando parere positivo o negativo. Tale valutazione sarà presentata al giudice al quale spetta in ogni caso la decisione finale in merito all'ammissione.

I colleghi che vengono presentati con tali modalità si impegnano inoltre, al momento della domanda, a partecipare a corsi di aggiornamento organizzati dall'Ordine e tenuti da magistrati e ad elaborare linee guida che possano essere condivise con la magistratura;

b) di fare formale richiesta al tribunale di Venezia di revisione dell'attuale Albo.

TRIBUNALE ORDINARIO DI VENEZIA
Tel. 041/2402201
E-mail:corpireato.tribunale.venezia@giustizia.it
ALBO C.T.U.

Oggetto: Iscrizione all'Albo dei Consulenti Tecnici d'Ufficio.
DOMANDA IN CARTA BOLLATA (Euro 14,62) INDIRIZZATA :

AI SIG. PRESIDENTE DEL TRIBUNALE ORDINARIO DI VENEZIA - SEDE –

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____
via _____
Recapito telefonia fissa/mobile _____
Indirizzo E-mail _____
In possesso del titolo di studio _____
iscritto all'Albo _____ nr. _____ dal _____

CHIEDE

L'iscrizione all'Albo Consulenti Tecnici d'Ufficio presso codesto Tribunale per la Categoria _____
Specializzazione _____

Dichiara sotto le proprie responsabilità e ai sensi e per gli effetti della legge n.127 del 15/05/1997:

di essere nato a _____

di risiedere in _____

di non aver riportato condanne penali (in caso contrario indicare le condanne subite);

di essere iscritto all'Albo professionale di _____ Nr. _____

Data _____ FIRMA _____

Leggi e
circolari

ALLEGARE:

- 1) Documenti comprovanti la competenza nella materia oggetto dell'istanza d'iscrizione e sull'attività professionale svolta;
- 2) L'attestazione del versamento della somma di EURO 168.00 effettuato sul c/c 8003 intestato a TASSA GOVERNATIVA – ROMA, dovrà essere effettuata e depositata presso questa cancelleria, **DOPO** che la Commissione avrà accolta favorevolmente l'istanza di iscrizione all'Albo Consulenti Tecnici d'Ufficio;
- 3) Marca per atti giudiziari di EURO 6.20.
- 4) Curriculum con allegata documentazione comprovante esperienza.
- 5) Certificato dei Carichi Pendenti, rilasciato dalla Procura della Repubblica.

FAC – SIMILE

CHE VA RIPORTATO, CON I DATI MANCANTI, SU FOGLIO DI PROTOCOLLO O SU FOGLIO A4. SI COSIGLIA DI NON APPLICARE LE MARCHE PRIMA DEL DEPOSITO E PREVIA CONTROLLO DA PARTE DEL PERSONALE ADDETTO ALLA CANCELLERIA.

17

TRIBUNALE ORDINARIO DI VENEZIA
Tel. 041/2402201,
E-mail:corpireato.tribunale.venezia@giustizia.it
ALBO PERITI

Oggetto: Iscrizione all'albo dei Periti Art. 67 D.L. 28/07/1989 n.27.
DOMANDA IN CARTA BOLLATA (Euro 14,62) INDIRIZZATA :

AI SIG. PRESIDENTE DEL TRIBUNALE ORDINARIO DI VENEZIA - SEDE -

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____
via _____
Recapito telefonia fissa/mobile _____
Indirizzo E-mail _____
In possesso del titolo di studio _____
iscritto all'Albo _____ nr. _____ dal _____

C H I E D E

L'iscrizione all'Albo Consulenti Tecnici d'Ufficio presso codesto Tribunale per la Categoria _____
Specializzazione _____

Dichiara sotto le proprie responsabilità e ai sensi e per gli effetti della legge n.127 del 15/05/1997:

di essere nato a _____

di risiedere in _____

di non aver riportato condanne penali (in caso contrario indicare le condanne subite);

di essere iscritto all'Albo professionale di _____ Nr. _____

Data _____ FIRMA _____

ALLEGARE:

- 1) Documenti comprovanti la competenza nella materia oggetto dell'istanza d'iscrizione e sull'attività svolta;
- 2) l'attestazione del versamento della somma di EURO 168,00 effettuato sul c/c 8003 intestato a TASSA GOVERNATIVA – ROMA, dovrà essere effettuata e depositata presso questa cancelleria, DOPO che la Commissione avrà accolta favorevolmente l'istanza di iscrizione all'Albo PERITI;
- 3) marca per atti giudiziari di EURO 6.20.
- 4) curriculum con allegata documentazione comprovante esperienza.
- 5) Certificato dei Carichi Pendenti, rilasciato dalla Procura della Repubblica.

FAC – SIMILE

CHE VA RIPIOTATO, CON I DATI MANCANTI, SU FOGLIO DI PROTOCOLLO O SU FOGLIO A4. SI COSIGLIA DI NON APPLICARE LE MARCHE PRIMA DEL DEPOSITO E PREVIO CONTROLLO DA PARTE DEL PERSONALE ADDETTO ALLA CANCELLERIA.

Saluto del presidente CAO al congresso della New York University

Venezia - S. Giuliano, 14 marzo 2008

Cari colleghi, insigni relatori, porto a tutti voi il saluto della Commissione Albo Odontoiatri e di tutto il consiglio dell'Ordine di Venezia.

Ringrazio in particolare il dott. Ravazzolo per aver riportato a Venezia questo importante appuntamento della New York University.

Noi diciamo spesso che ciò che avviene negli USA prima o poi si verificherà anche in Italia. Perciò la vostra associazione di ex allievi italiani del NYU College of Dentistry ha una responsabilità nei confronti del complesso della nostra professione. Voi rappresentate le sentinelle avanzate dell'odontoiatria italiana sulla realtà USA, coloro, cioè, che hanno il compito di discernere ciò che dobbiamo imparare da ciò che dobbiamo evitare nell'odontoiatria d'oltre oceano.

La nostra pratica professionale, infatti, non è impermeabile a ciò che accade nel resto del mondo. Abbiamo letto in questi giorni articoli che mettono a confronto i costi delle cure odontoiatriche nei diversi paesi d'Europa, articoli che si concludono quasi con un invito al turismo odontoiatrico.

D'altra parte, il congresso della International Federation of Dental Education Associations (IFDEA) a Dublino nel settembre scorso ha identificato come obiettivo primario per i prossimi anni quello di "increasing the relationship between the medical and the dental professions" (M Sanz et al, Eur J Dent Educ 2008 12 (Suppl. 1) pag. 102). Questa consapevolezza e la prassi conseguente sono rivoluzioni epocali nel nostro modo di intendere l'odontoiatria e meriterebbero una ben maggiore attenzione. In una situazione nella quale sembra che le richieste più futuriste delle punte avanzate dell'odontoiatria italiana consistano in una completa autonomia dell'odontoiatria dalla medicina, anche dal punto di vista



dell'Ordine Professionale, la riflessione mondiale solleva problematiche di indirizzo completamente opposto.

Nel corso dello stesso congresso sono state approvate anche altre indicazioni, tra cui quella secondo la quale il laureato in odontoiatria dovrebbe essere capace di "running a general dental practice independently, without any supervision" (ib. pag. 103). Un esame di coscienza delle università italiane a questo proposito sarebbe assolutamente necessario, ma la società tutta, ed i nostri amministratori in particolare, dovrebbero domandarsi per quale motivo avviare un'attività odontoiatrica in Italia sia così difficile. Hernando De Soto nel 1989 (The Other Path, 1989) ha mostrato che a Lima erano necessari più di 300 giorni per avviare un'impresa e che questo carico burocratico era un ostacolo per lo sviluppo economico. Da allora tutte le istituzioni internazionali chiedono la riduzione degli oneri burocratici per favorire la crescita economica. L'Italia è forse l'unico paese al mondo nel quale in questo arco di tempo la burocrazia è aumentata anziché diminuire, ogni minimo particolare della nostra attività è sottoposto a controlli e prescrizioni, senza che questo abbia portato ad alcun miglioramento della qualità delle nostre prestazioni, anzi forse al suo contrario, insieme a quell'aumento dei costi che ci ha collocati al secondo posto in

Leggi e circolari



Europa dopo la Gran Bretagna.

Tutta la professione si attende da voi una particolare sensibilità verso questi temi, insieme ad una attenzione a modifiche legislative di cui non è facile comprendere lo scopo. Mi riferisco in particolare alla figura professionale dell'igienista, di cui si attendeva l'istituzione del relativo Ordine Professionale, e al profilo sanitario dell'odontotecnico. Entrambe queste "novità" hanno subito una battuta d'arresto, forse grazie alla caduta del governo oppure all'intervento della FNOMCeO che ha lamentato una sovrapposizione di ruoli. Sta di fatto che entrambe queste problematiche non sono state risolte bensì rinviate e, fintanto che la nostra professione, ma in generale la clas-

se politica italiana, non si sarà chiarita le idee sulla natura ed i limiti delle attività sanitarie protette, tutti noi vivremo una situazione di diritto confusa ed incerta, il che non fa certo bene né alla professione né alla salute dei cittadini.

Voi, ex allievi del NYU College of Dentistry, in quanto particolarmente attenti alla realtà internazionale, avete anzitutto il compito di riflettere e metabolizzare queste provocazioni, riportandole nel dibattito interno all'odontoiatria italiana. Gli Ordini Professionali hanno bisogno del vostro contributo e del vostro punto di vista per cui vi invito a partecipare alla vita dei vostri Ordini provinciali.

Voi non dovete concepire il vostro aggiornamento come un vantaggio competitivo individuale nei confronti dei colleghi presenti nel vostro territorio, voi dovete concepirvi, invece, come leader di un miglioramento complessivo della qualità delle prestazioni odontoiatriche nel nostro Paese.

Cosimo Tomaselli

Primo Simposio Nazionale:

"Le decisioni di fine vita: quale il ruolo della desistenza terapeutica".

Il 24 maggio 2008 si terrà a Mestre presso l'Hotel Michelangelo il Primo Simposio Nazionale su "Le decisioni di fine vita: quale il ruolo della desistenza terapeutica". Quando un medico si interroga sul significato della desistenza terapeutica normalmente ha qualche difficoltà a riconoscerne subito l'importanza e la sussistenza nella propria vita professionale, in quanto le problematiche di fine vita non vengono affrontate da un punto di vista etico o meglio bioetico durante il corso universitario di Medicina e Chirurgia, ma sono delle situazioni che vengono lasciate alla morale ed alla coscienza del professionista che si dovesse trovare in quella situazione. Quando un giorno dell'estate 2007 ho ascoltato per radio la presentazione dei dati dello studio del GiViTI alla Commissione Sanità del Senato da parte del

Sen. Ignazio Marino, mi sono improvvisamente reso conto del fatto che ci fosse bisogno di una maggiore conoscenza dell'argomento e che quei dati stimolavano una riflessione.

Una cosa che risultata chiara fin dall'inizio del percorso verso l'organizzazione del Simposio, è stata la necessità che nel progetto venissero coinvolti anche esperti che non facessero strettamente parte dell'ambito sanitario, questo perché ci si è resi conto che le problematiche di fine vita e la desistenza terapeutica nello specifico devono essere affrontate in un ambito non solo multidisciplinare medico ma anche interreligioso, filosofico, psicologico, giuridico ed etico. Un'ulteriore conferma a questo concetto è data dal fatto che si sono dimostrati sensibili al problema anche artisti di campi diversi ed è stato interessante vedere come il concetto di

desistenza terapeutica possa aver aperto prospettive inusuali anche in un ambito come quello economico-industriale sicuramente ben lontano dal campo etico sanitario.

Insomma ci siamo finalmente accorti che le decisioni di fine vita appartengono a tutti noi e che bisogna affrontarle insieme proprio perchè ognuno potrebbe essere chiamato a prenderle in un qualunque momento della sua vita come familiare o come professionista sanitario.

Un meritato ringraziamento va quindi all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Venezia nella veste del suo Presidente Dott. Maurizio Scassola e del Consiglio dell'Ordine tutto, poichè hanno recepito immediatamente l'importanza del tema sollecitando anzi il proseguimento delle riflessioni sulla desistenza terapeutica che sono state pubblicate nel Bollettino dell'Ordine stesso.

Ci si è poi resi conto che lo scrivere soltanto specifici articoli sulla desistenza terapeutica non avrebbe avuto quell'impatto che l'importanza dell'argomento meritava, per cui si è voluto organizzare anche un evento di portata nazionale.

E tale infatti è diventato il Simposio in oggetto, poichè vede riuniti relatori di sicura risonanza nazionale ed internazionale che andiamo a presentare:

- Prof. Massimo Cacciari, Sindaco di Venezia nonchè Professore Ordinario di Estetica alla Facoltà di Filosofia dell'Università San Raffaele di Milano;
- Dott. Claudio Cricelli, Presidente nazionale della Società di Medicina Generale;
- Sen. Prof. Ignazio Marino, attuale Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato italiano, nonchè stimato chirurgo internazionale che sta portando avanti in Parlamento un progetto di legge per il riconoscimento del testamento biologico;
- Dott. Davide Mazzon, membro della Commissione di Bioetica della Regione Veneto e Direttore del Reparto di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale San Martino di Belluno, nonchè Coordinatore Commissione Interdisciplinare sulla Bioetica della SIAARTI;
- Dott. Maurizio Scassola, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Venezia;
- Card. Angelo Scola, Patriarca di Venezia;
- Prof. Corrado Viafora, Professore di

Bioetica presso la Facoltà di Scienze della Formazione e la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Padova dove è anche direttore del Corso di Perfezionamento in Bioetica.

I relatori hanno il difficile compito di aprire un dibattito sul tema della desistenza terapeutica cercando innanzitutto di individuare i suoi confini all'interno delle decisioni di fine vita, per poi passare a descrivere in quali specifici ambiti può essere applicata. In questo senso sarà importante rapportarsi con la posizione della Chiesa Cattolica ed ascoltare le problematiche filosofiche che si pongono in essere, non da meno sarà interessante capire in quali ambiti deontologici medici si può muovere la desistenza terapeutica ovvero se ve ne siano da individuare di nuovi.

Certamente ci saranno molti momenti di riflessione profonda e di angoscia e sappiamo che è un lavoro impegnativo e gravoso, però crediamo sia giusto affrontarlo per dare a tutta la società quelle risposte che sta aspettando da tempo.

Cristiano Samuelli

Leggi e circolari

La desistenza terapeutica in un hospice

a cura di Cristiano Samuelli

Ringraziamo il Dott. Lorenzo Menegaldo, Direttore dell'unità di Cure di Supporto Oncologico presso la Casa di Cura "Policlinico San Marco" di Mestre per aver cortesemente risposto ad alcune domande postegli nell'ottica delle problematiche di fine vita che sicuramente lo vedono in prima fila, vista la specializzazione del reparto che dirige.

Da quando è attivo il vostro reparto?

Dott. Menegaldo: Con approvazione della Regione, il reparto denominato Cure di Supporto Oncologico (C.S.O.) con le caratteristiche di Hospice Intraospedaliero è stato istituito, in via sperimentale, presso la Casa di Cura "Policlinico San Marco" nel novembre del 1990 con 10 posti letto dedicati esclusivamente a pazienti oncologici in fase avanzata. Nel tempo progressivamente i posti sono stati aumentati e attualmente possiamo disporre di 25 posti letto convenzionati, inoltre la mia struttura mi concede altri 5 posti letto per eventuali urgenze, quindi in totale attualmente sono disponibili 30 posti letto.

Per quanto riguarda l'attività del suo reparto, può riassumere che tipo di interventi fate e quali sono le professionalità chiamate in causa?

Dott. Menegaldo: Gli interventi prevalenti sono rivolti al controllo dei sintomi quali, in prima istanza, il dolore, poi via via tutti gli altri che interessano un malato in fase avanzate come vomito, allettamento, piaghe da decubito, idratazione, nutrizione enterale e parenterale, febbri di origine infettiva o di origine sconosciuta, stati di agitazione psicomotoria, comi di varia eziologia (epatici, renali, cerebrali, dismetabolici). Inoltre su segnalazione dei colleghi del reparto di Oncologia, trattiamo pazienti che presentano stati di tossicità da chemioterapici o da radioterapia che non possano essere seguiti a domicilio. Per quanto riguarda le professionalità siamo tre medici (un responsabile e due collaboratori) a tempo pieno esperti in cure palliative e in oncologia. Inoltre vi è un gruppo di infermieri e operatori socio-sanitari, alcuni dei quali mi seguono dall'inizio dell'attività, che sono preparati professionalmente, psicologicamente e umanamente

a seguire questa tipologia di pazienti. L'équipe comprende due psicologhe che supportano i pazienti e le loro famiglie (nella preparazione al lutto ed al cordoglio) oltre al personale socio-sanitario. Per le situazioni di depressione, ansia o stati di agitazione importanti è sempre presente uno specialista psichiatra. Per quanti lo desiderano è possibile rivolgersi ad un assistente religioso.

Quanti pazienti avete in carico?

Dott. Menegaldo: Posso affermare che di media ogni giorno i posti letto sono occupati per più del 90% e posso quantificare in circa 320-350 i nuovi ingressi all'anno, di cui il 70% muore in reparto.

Nella sua esperienza, la desistenza terapeutica è una problematica che ricorre nelle decisioni di fine vita?

Dott. Menegaldo: Posso affermare che la desistenza terapeutica è forse il primo problema che incontra un palliativista nella gestione di un paziente in fase terminale. In alcuni casi perché qualsiasi trattamento risulta essere sproporzionato alle condizioni del paziente per cui anche la semplice idratazione pur non risultando inutile può essere "sovrabbondante", in altri casi ad esempio anche il semplice reperimento di un accesso venoso diventa doloroso ed intollerabile per il paziente.

Ha modo di dire a quale percentuale dei suoi pazienti può essere stata applicata la desistenza terapeutica?

Dott. Menegaldo: La quantificazione mi risulta difficile ma mi posso sbilanciare dicendo che nelle ultime ore di vita potrebbe essere stata applicata a tutti i pazienti, negli ultimi giorni (massimo una settimana) a circa il 40-50%.



La desistenza terapeutica, secondo lei, si collega alla terapia palliativa?

Dott. Menegaldo: Da quanto ho detto precedentemente la desistenza terapeutica è un momento, anche se drammatico, che normalmente si riscontra nella palliazione.

Come fa il medico a conciliare la propria prestazione professionale con la dignità del morente?

Dott. Menegaldo: Già a suo tempo in un convegno organizzato dall'Ordine dei Medici di Venezia si era sottolineato il fatto che per conciliare la professionalità del medico con la dignità del morente è indispensabile una comunicazione

costante e costruttiva tra i due soggetti in modo che il paziente trovi nel medico un punto di riferimento costante, è importante cioè che le cure siano condivise. Il medico deve sapere ciò che il paziente desidera e questi sa che le terapie applicategli saranno solo quelle indispensabili per un decesso tranquillo e senza sofferenze inutili. In pratica il palliativista deve operare per il bene del paziente utilizzando tutti i presidi necessari per rendere la qualità di vita vivibile fino all'ultimo momento e quando ciò non è più possibile deve rendere meno penoso possibile il decesso.

Infine, secondo lei ci sono delle carenze giuridiche, deontologiche o etiche nel campo della desistenza terapeutica nel momento di fine vita?

Dott. Menegaldo: Direi che nel campo della desistenza terapeutica esistono delle raccomandazioni generali, delle indicazioni di principio ma alla fine tutto è lasciato alla decisione del medico. È ovvio che si tiene conto dei desideri del paziente e anche, pur non giustificato dalla legge, dei desideri dei familiari ma la decisione ultima spetta al professionista sanitario. Non esistono protocolli o linee guida, ed anche le eventuali sentenze giuridiche sono spesso controverse. Sarebbe utile discutere di questo importante problema in convegni e tavole rotonde per arrivare a delle linee guida che facciano evitare eventuali contenziosi giuridici.



SICURE:

corso di formazione (e-learning) sulla sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico. Un'occasione da non perdere

Il Ministero della Salute, in collaborazione con la FNOMCeO e l'IPASVI, ha promosso questo evento di formazione a distanza per gli operatori sanitari (medici e infermieri) sul tema della sicurezza delle cure.

Il Corso di formazione SICURE sulla sicurezza delle cure viene proposto sia in forma editoriale-cartacea che in forma digitale-web, per favorire la partecipazione del maggior numero possibile di operatori sanitari (medici e infermieri).

Il corso SICURE attribuisce 20 crediti agli iscritti che avranno frequentato le otto lezioni sul web e superato con successo i relativi questionari. Il discente ha un mese di tempo (30 giorni) per realizzare il proprio percorso formativo.

Al termine del Corso SICURE, l'operatore sanitario dovrà essere in grado di:

Riconoscere le motivazioni, anche etiche, per l'impegno nei confronti della prevenzione e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana

Applicare una metodologia appropriata nella pratica professionale per a) identificare i rischi clinici ed i relativi determinanti nello specifico contesto professionale b) riconoscere e segnalare gli eventi avversi c) scegliere ed applicare interventi per la prevenzione dei rischi e per la gestione degli eventi avversi e delle relative conseguenze

Identificare le funzioni connesse al rischio per le diverse figure professionali e le relative responsabilità

Identificare le implicazioni in termini di rischio clinico delle tecnologie sanitarie

Comunicare ai pazienti ed ai familiari eventuali eventi avversi, utilizzando metodi e strumenti efficaci.

Per iscriversi al Corso di Formazione SICURE è sufficiente entrare nel sito della FNOMCeO e cliccare su SICURE.



FEDER S.P.E.V.

Federazione Sanitari Pensionati e Vedove

Sezione Provinciale di Venezia

Mestre – Via Mestrina, 86

RIVALUTAZIONI 2008 DELLE PENSIONI INPDAP, INPS, ENPAM, ENPAV, ENPAF

Purtroppo, contrariamente a quanto sembrava non credibile, la perequazione automatica annuale delle pensioni Inpdap e Inps per il 2008 è stata esclusa per intero sulle pensioni superiori a 3.489,12 euro mensili lordi (otto volte il minimo Inps).

Per la precisione, le pensioni di poco inferiori o pari a tale ammontare saranno rivalutate nel massimo fino a 3.539,71 euro mensili lordi che costituisce il limite di pensione perequata.

Si tratta di una misura che, per la prima volta, esclude l'adeguamento automatico sulle pensioni superiori ad un certo ammontare. In passato, (nel 1998), lo stesso Governo Prodi, aveva adottato una misura simile, ma aveva almeno articolato la disposizione in modo da escludere dalla rivalutazione soltanto la parte di pensione eccedente il limite di otto volte il minimo Inps.

La limitazione prevista nel 2008 è contenuta nella Legge 247/2008 con la quale è stata data esecuzione all'accordo Governo - Sindacati del luglio dello scorso anno. Per il resto, la perequa-

zione delle pensioni Inps e Inpdap viene applicata con le modalità di seguito indicate.

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con il consueto decreto emanato nel mese di Novembre ha determinato provvisoriamente, per il 2008, una variazione Istat pari all'1,6% applicata sulle pensioni Inpdap e Inps con i seguenti criteri:

1,6% (il 100% della variazione) di aumento per la quota di pensione fino a cinque volte il minimo Inps (cioè fino a € 2.180,70 mensili)

1,2% (75% della variazione) di aumento per la quota di pensione compresa tra € 2.180,70 ed € 3.489,12 mensili lordi;

le pensioni eccedenti i 3.489,12 euro mensili non saranno rivalutate. L'incremento di perequazione non potrà quindi superare i 50,6 euro mensili lordi.

L'aumento delle pensioni erogate dall'Enpav è stato fissato nella misura del 1,7%.

Per le pensioni dei Farmacisti, il Consiglio di Amministrazione dell'Enpav ha deliberato un aumento dell'1,4%. Per l'Enpam le quote di pensione fino a quattro volte il minimo Inps (1.889,94 mensili lorde) saranno rivalutate dell'1,275%; la quota di pensione eccedente tale importo sarà incrementata dello 0,85%.

Da "Azione Sanitaria" n°2 - Febbraio 2008

Leggi e circolari



Commissione Pari Opportunità

Ecco le componenti del rinnovato gruppo di lavoro sulle Pari Opportunità dell'OMCeO di Venezia.

Angonese Irmanna
Battiston Letizia
Blundetto Emanuela
Boscolo Caterina
Callegaro Maria Teresa
Chinellato Maura
De Stefani Valeria
D'Incà Maria Cristina
Moressa Maria Pia
Piai Manuela
Pitoni Federica
Spolaor Marina
Turchetto Antonella

26

FNOMCeO Medici Specializzandi: obbligatorietà di iscrizione all'Albo Professionale

Facendo seguito alla nota del 1° febbraio 2008 di questa Federazione inerente alla obbligatorietà di iscrizione all'albo professionale dei medici specializzandi, si ritiene opportuno precisare che l'art. 2, comma 433, della Legge 244/07 (Legge finanziaria 2008) prevede che i medici specializzandi potranno essere ammessi alle scuole di specializzazione solo a condizione che conseguano la laurea e la relativa abilitazione entro la data di inizio delle attività didattiche.

Ad ogni modo si ribadisce l'orientamento della FNOMCeO che ritiene l'iscrizione all'Albo per i medici specializzandi requisito ineliminabile.

Il Presidente
Amedeo Bianco

Vicenda GLAXO: comunicato stampa OMCEO Vicenza

Apprendiamo con soddisfazione che l'ultimo gruppo di medici coinvolti nell'inchiesta sul paragone in favore della ditta Glaxo sono stati assolti con formula piena perché i fatti a loro attribuiti non costituiscono "reato".

Come Vice-Presidente della Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri devo sottolineare che mettere in dubbio la professionalità e l'etica di Medici senza una condanna definitiva pone in crisi non solo il singolo professionista ma l'intero sistema sanitario lasciando poi il malato disorientato e confuso.

Non bisogna confondere il diritto di cronaca con atti degni dell'inquisizione che non possono non creare danni nel rapporto medico-paziente.

Vicenza, 25 febbraio 2008

Ezio Cotrozzi

ENPAM: riscatto degli studi universitari ai fini previdenziali

Leggi e
circolari

A seguito dell'ampio risalto dato dagli organi di stampa alle novità introdotte dall'art. 77, lettera a) della Legge n. 247/2007 in tema di riscatto degli studi universitari sono pervenute alla Fondazione numerose richieste di chiarimenti da parte degli iscritti.

In proposito si precisa che le disposizioni recate nella sopracitata norma, concernenti in particolare la possibilità di versare gli oneri da riscatto in forma rateale senza interessi, non sono applicabili agli iscritti ai Fondi gestiti dall'Enpam.

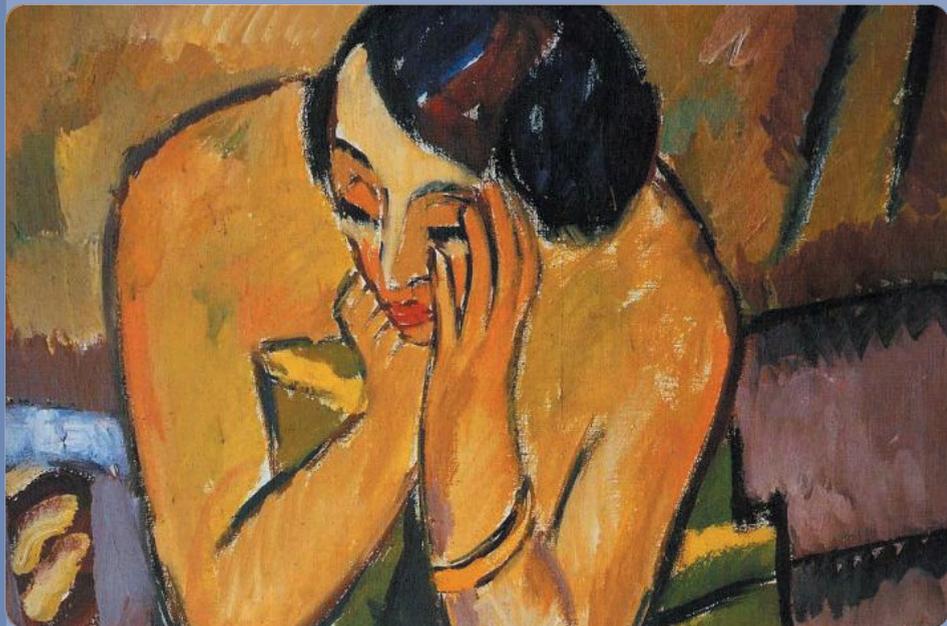
La nuova disciplina, infatti, si inserisce nel contesto normativo tracciato dal D.Lgs. n. 184/1997

che regola le modalità di accesso alla ricongiunzione, al riscatto ed alla prosecuzione volontaria ai fini pensionistici esclusivamente per gli iscritti al Fondo pensioni lavoratori dipendenti ed alle gestioni speciali del fondo stesso (INPS) nonché per gli iscritti ai fondi sostitutivi ed esclusivi dell'assicurazione generale obbligatoria.

L'Enpam, in qualità di ente previdenziale privatizzato, non rientra tra i destinatari della legge e, pertanto, agli iscritti alla Fondazione continuano ad applicarsi le disposizioni dei vigenti regolamenti di previdenza.

24 maggio 2008

28



INCONTINENZA D'URINA

NUOVI ORIENTAMENTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI

Novotel, Mestre Venezia

ORGANIZZATO DA:

*Associazione Italiana Donne Medico
U.O. di Urologia, Mestre Venezia*

RESPONSABILE SCIENTIFICO:

*Dott. Carlo Pianon
Direttore U.O. di Urologia
Mestre Venezia*

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

*De Prato Congressi s.a.s.
Corso del Popolo 86/D
30172 Mestre Venezia
tel. e fax 041 0993580
segreteria@silviadeprato.it
www.silviadeprato.it*

RELATORI :

*Dott.ssa Elena Andretta
Urologia, Dolo (VE)*

*Dott.ssa Angelita Chiarenza
Ostetricia e Ginecologia, Mestre Venezia*

*Dott.ssa Maria Dal Poz
Fisioterapista, Mestre Venezia*

*Dott.ssa Rosangela Genchi
Nefrologia e Dialisi, Mestre Venezia*

*Dott.ssa Chiara Mazzariol
Urologia, Mestre Venezia*

*Dott. Carlo Pianon
Urologia, Mestre Venezia*

*Dott.ssa Diva Simonetto
Dermatologia, Treviso*

*Dott.ssa Sara Tabbone
Psichiatra-Psicoterapeuta, Presidente Associazione
Donne Medico della Provincia di Treviso*

*Dott.ssa Beatrice Vezzù
Clinica Urologica, Università di Padova*

INCONTINENZA D'URINA

NUOVI ORIENTAMENTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI

L'incontinenza d'urina è una grave affezione che colpisce, oltre i Pazienti neurologici, anche molte donne in età matura soprattutto dopo il parto e dopo chirurgia del pavimento pelvico.

Il disturbo può presentarsi dapprima in maniera lieve diventando con il passare del tempo sempre più importante per essere poi accettato e vissuto come inevitabile.

Se pensiamo agli interessi di Aziende che producono e pubblicizzano pannolini venduti come "normali presidi" possiamo ancor meglio capire la rassegnazione di tanti e tante Pazienti costretti a convivere con questa realtà. Scopo di questo Convegno è far conoscere a Medici di Medicina Generale, Fisioterapisti e Infermieri quanto invece oggi si possa fare per risolvere spesso definitivamente questo problema e raggiungere una qualità di vita decisamente migliore.

L'innovazione diagnostica ci consente infatti di poter meglio offrire ad ogni Paziente la soluzione ideale che, quando chirurgica, può oggi essere realmente mininvasiva



8.30 Registrazione dei partecipanti
8.45 Introduzione e finalità? del convegno
Dott. C. Pianon
Dott.ssa S. Tabbone
9.00 L'incontinenza urinaria in età pediatrica.
Fisiopatologia e soluzioni terapeutiche
9.30 La vescica neurologica nell'adulto:
orientamenti diagnostici e terapeutici
Dott.ssa E. Andretta
10.00 Il prolasso uro-genitale:
indirizzo diagnostico e terapeutico
Dott.ssa A. Chiarenza
10.30 Eziopatogenesi e diagnostica della IUS
Dott.ssa C. Mazzariol
11.00 Discussione
11.15 Coffee-break
11.30 Affezioni cutanee ed incontinenza.
La terapia
Dott.ssa D. Simonetto

12.00 La FKT del pavimento pelvico:
Dott.ssa M. Dal Poz
12.30 La terapia antibiotica nelle UTI:
quale, quando e come
Dott.ssa R. Genchi
13.00 Discussione
13.15 I retroscena psichici dell'incontinenza
urinaria femminile
Dott.ssa S. Tabbone
13.30 La correzione chirurgica della IUS
e del cistocele: le nuove frontiere
Dott. C. Pianon
13.45 Discussione
14.00 Test di valutazione dell'apprendimento
14.15 Chiusura dei lavori

cultura

ORDINE dei MEDICI CHIRURGHI ed ODONTOIATRI di VENEZIA

Sono lieti di invitarLa
al 1° Simposio nazionale

“LE DECISIONI DI FINE VITA: QUALE IL RUOLO DELLA DESISTENZA TERAPEUTICA”

Sabato 24 maggio 2008
ore 9.00 –13.30

Sede dell'incontro:
Hotel Michelangelo
Via Forte Marghera, 69
30173 Mestre Venezia (VE)

PRESENTAZIONE

Il Simposio “Le decisioni di fine vita: quale il ruolo della desistenza terapeutica” nasce dalla convinzione che per affrontare il concetto di testamento biologico bisogna aver dato una risposta univoca e concettualmente seria ai grandi temi collegati alla qualità del morire.

Sebbene sia fondamentale affrontare il concetto di desistenza terapeutica dal punto di vista etico, deontologico e giuridico, ci si ripromette innanzitutto di darne una definizione e di definirne i limiti.

Il Simposio si propone di affrontare una serie di situazioni connesse con le problematiche di fine vita, cercando di trovare una soluzione ai molti quesiti che vengono posti sia da tutti coloro che lavorano nel campo sanitario, ma anche dai pazienti e dai loro familiari.

Fra i vari argomenti si discuterà del concetto nuovo della qualità del morire, del testamento biologico, di cosa dice la giurisprudenza sul diritto di morire, di quale deve essere il ruolo della politica e se vi sia una dignità nella fine della vita.

La segreteria scientifica è stata fin dall'inizio dell'idea che questi temi siano così di vasta portata ideologica e tecnologica che non si sarebbe potuto evitare di coinvolgere figure professionali di vari campi, non solo sanitarie. Per questo sono stati chiamati in causa i massimi esperti in settori importanti della vita della nostra Nazione.

PROGRAMMA

h.9.00

Saluto delle autorità

h.9.30

Il concetto di desistenza terapeutica nel nuovo codice di deontologia medica.

Dott. MAURIZIO SCASSOLA

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Venezia.

h.10.00

Accanimento, eutanasia, desistenza terapeutica. Il punto di vista dell'anestesista-rianimatore.

Dott. DAVIDE MAZZON

Componente della Commissione di Bioetica della Regione Veneto, coordinatore della Commissione Interdisciplinare sulla Bioetica della SIAARTI.

h.10.30

La desistenza terapeutica nella cultura filosofica.

Prof. MASSIMO CACCIARI

Sindaco di Venezia, Professore Ordinario di Estetica alla Facoltà di Filosofia dell'Università San Raffaele di Milano.

h.11.00

La posizione della Chiesa Cattolica nei confronti della desistenza terapeutica.

Card. ANGELO SCOLA*

Patriarca di Venezia.

coffee break

h.12.00

La desistenza terapeutica nell'ottica della Medicina Generale.

Dott. CLAUDIO CRICELLI

Presidente nazionale della Società Italiana di Medicina Generale.

h.12.30

Interventi al limite: la desistenza terapeutica in ambito neonatale.

Prof. CORRADO VIAFORA

Professore di Bioetica presso le Facoltà di Scienze della Formazione e di Medicina dell'Università degli Studi di Padova.

h.13.00

L'importante continuità fra assistenza e accanimento

Sen. Prof. IGNAZIO MARINO

Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato italiano.

h.13.30

Chiusura dei lavori

* in attesa di conferma

ORDINE dei MEDICI CHIRURGHI ed ODONTOIATRI di VENEZIA

Sono lieti di invitarLa
al 1° Simposio nazionale

“LE DECISIONI DI FINE VITA: QUALE IL RUOLO DELLA DESISTENZA TERAPEUTICA”

Sabato 24 maggio 2008
ore 9.00 – 13.30

Sede dell'incontro:
Hotel Michelangelo
Via Forte Marghera, 69
30173 Mestre Venezia (VE)

PROGRAMMA

- Ore 9.00 Saluto delle autorità
- Ore 9.30 Il concetto di desistenza terapeutica nel nuovo codice di deontologia medica
Dott. Maurizio Scassola
- Ore 10.00 Accanimento, eutanasia, desistenza terapeutica il punto di vista
dell'anestesista-rianimatore Dott. Davide Mazzon
- Ore 10.30 La desistenza terapeutica nella cultura filosofica Prof. Massimo Cacciari
- Ore 11.00 La posizione della chiesa cattolica nei confronti della desistenza
terapeutica Card Angelo Scola
- Ore 12.00 La desistenza terapeutica nell'ottica della medicina generale Dott. Claudio Cricelli
- Ore 12.30 Interventi al limite la desistenza terapeutica in ambito neonatale. Prof. Corrado Viafiola
- Ore 13.00 L'importante continuità fra assistenza e accanimento. Sen. Prof. Ignazio Marino
- Ore 13.30 Chiusura dei lavori

Per ulteriori informazioni potete visitare il Sito: www.desistenzaterapeutica.it
oppure contattare la segreteria dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoriatisti di Venezia
al numero 041.989479 o scrivere a info@ordinemedicivenezia.it