

OMC eO

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

03.08

Anno XL - n. 03 del 31 maggio 2008 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

La crisi dell'ECM

Diritti e doveri

**Primo Simposio nazionale
"Le decisioni di fine vita:
quale il ruolo della desistenza terapeutica"**

Novità fiscali

La previdenza di medici e odontoiatri

Assemblea annuale iscritti Feder.s.p.ev.



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. 03 del 31 maggio 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 maggio 2008

| | |
|----|--|
| 04 | La crisi dell'E.C.M. |
| 06 | Diritti e Doveri |
| 08 | Primo simposio nazionale "Le decisioni di fine vita: quale il ruolo della desistenza terapeutica" |
| 15 | Working Time e Laurea in Odontoiatria |
| 16 | ANTIRICICLAGGIO: novità su Assegni e Libretti al Portatore |
| 17 | L'Alitosi e il futuro del Medico Odontoiatra |
| 18 | I costi della protesi mobile e il ruolo dei dentisti |
| 19 | La magistratura mette in dubbio la legittimità della 22/2002 |
| 20 | La previdenza di medici ed odontoiatri: conoscerla per pianificarla |
| 22 | Breve commento al Piano Sanitario Vaccinale della Regione Veneto |

| | |
|----|---|
| 24 | Calendario Vaccinale della Regione Veneto |
| 25 | Approvazione del calen- dario vaccinale della Regione Veneto |
| 27 | Giovani e riscatto anni di laurea |
| 28 | La medicina trasfusionale e la malattia emolitica del neonato |
| 29 | FEDER.S.P.EV. |

Sommario

3

La crisi dell'E.C.M. è anche crisi della professione: è l'ora del cambiamento

4

Il medico deve revisionare il proprio ruolo e riorganizzare la propria attività ri-orientandoli verso i nuovi obiettivi di salute, epidemiologici, socio-culturali e valoriali; ma la medicina non deve essere



lasciata sola e deve poter lavorare all'interno di orizzonti certi, attraverso il confronto socio-politico, in un sistema che incentiva e collabora nel finalizzare le attività.

La formazione è uno degli strumenti che sottende questa nuova cultura, questo nuovo new deal.

Il medico è in crisi di adattamento in una cornice di falso sapere, di aspettative illusorie e di una realtà assistenziale sempre più complessa; il paziente, utente, cliente, cittadino, persona è oggi sostanzialmente un Esigente (definizione di Ivan Cavicchi) che, consapevole dei propri diritti e del proprio sempre più sofferto contributo al SSNN (la fiscalità rappresenta un vero contratto che si inserisce in un sistema che fa sempre più fatica nel rispondere ai bisogni), chiede ascolto e pre-tende prestazioni sollecite e di qualità.

La Medicina deve cambiare attraverso una "visione degli insieme" in cui l'Università per prima deve rivedere le proprie basi formative!

Cambiamento ontologico e scientifico che rifonda l'approccio alla persona e quindi al concetto di salute.

E' anche chiaro che la spesa sanitaria è stata a sua volta plasmata dalla variabilità dei fenomeni epidemiologici e dei rapporti sociali, dai cambiamenti nella percezione dello stato di salute individuale, dai cambiamenti ambientali, dalle crisi

economiche; da tutti questi e da altri fattori nasce la domanda che si esplicita spesso in desiderio di "consumo".

Se poi consideriamo che oggi la spesa sanitaria invece di rispondere alla domanda di salute si esprime con l'offerta di prestazioni (le strategie "produttive" delle Aulss) è chiara la profonda, insanabile, asimmetria del Sistema che su questo fonda l'arrogante autoreferenzialità aziendale! L'Azienda si autodelega a regolamentare la domanda di salute!

Se accettiamo queste premesse e desideriamo svolgere un ruolo "competente" e "responsabile" dobbiamo sostenere il SSNN nella ricerca di una nuova logica di Programmazione, di Governance, di Gestione Aziendale e di Formazione.

Vi è innanzitutto il problema della individuazione delle priorità.

Le politiche aziendali esprimono, sempre più chiaramente, la frattura tra sistema ed esigente il quale non può riconoscere nella "offerta" aziendale la risposta ai propri bisogni.

Parliamo quindi di una "offerta" auto-referenziale, finalizzata agli interessi aziendali.

Questa visione aziendalistica non porta solo e sempre a rincorrere il risparmio e l'efficienza ma si esprime anche con grandi investimenti tecnologici che rispondono, prioritariamente, alla esigenza di "visibilità" e di "attrazione" verso la "clientela".

Oggi assistiamo, quasi impotenti (e/o indifferenti?), alla progressiva trasformazione della relazione tra esigente, azienda e operatore della salute; da un lato un esigente sempre più rivendicativo, influenzato da una falsa cultura, da una informazione spesso superficiale e miracolistica, da una mal-educazione; dall'altra la gestione aziendalistica (aziendalistica perché è "pseudo" volendo applicare alla Salute e all'Assistenza modelli puramente aziendali) ed in mezzo gli operatori ai quali non è offerto un adeguato modello organizzativo e che hanno bisogno di una rivisitazione del loro modello culturale, relazionale e formativo.

Il medico si trova a dover mediare tra il modello organizzativo e le finalità della azienda e la necessità di soddisfare l'esigente, in primis nei risultati attesi. Questo rappresenta il vero conflitto tra la società e il medico che si trova ad operare rispetto a tre posizioni inconciliabili: soddisfare i bisogni sociali e sanitari dovuti sul piano del Diritto (art. 32 della Costituzione diritto finanziariamente condizionato); contenere il contenzioso legale espresso dalla insoddisfazione di quando l'atteso e dis-atteso; l'impiego di mezzi condizionati dalle necessità finanziarie.

Ma il medico non deve a sua volta solo rivendicare ma fare un'analisi attenta del perché si sente limitato nella propria autonomia e scaduto nel livello di considerazione sociale!

Siamo sempre stati autonomi e responsabili? Siamo autonomi e responsabili? Abbiamo la possibilità/volontà di essere mediatori tra i bisogni della persona ed il sistema aziendale che al centro del suo interesse ha l'economicità? Siamo in grado di essere *soggetti politici* che sostengono la rivisitazione del Sistema partendo dalla rivisitazione del proprio ruolo, della propria cultura, della propria formazione? Siamo disponibili a discutere sul come e dove si vuole porre il medico all'interno dell'organizzazione sanitaria? Ma prima ancora quale organizzazione vogliamo costruire e con quale grado di responsabilità, di autonomia e con quali contratti?

Le trasformazioni sociali, epidemiologiche, culturali (specie con l'avvento tumultuoso del multiculturalismo multi-etnico) ed economiche non hanno ancora "smosso" il sistema formativo italiano, in specie quello universitario che perpetua i suoi antichi riti finalizzando i propri obiettivi alla pura sopravvivenza di "mercato"; rimane strenuamente legato alla autoreferenzialità formativa e didattica, gelosamente custode di una autonomia che si esprime oggi solo nella offerta di decine di corsi per la formazione di figure professionali eterogenee che parcellizzano e smembrano la persona in tanti pezzi e che si contengono un "mercato della salute" sempre più popolato, squalificato e litigioso! Potremmo fare un parallelismo degli interessi tra autoreferenzialità aziendale e universitaria!

Il vero *vulnus* è rappresentato dalla mancanza di correlazione tra il percorso pre e post-laurea con la realtà assistenziale in vertiginosa mutazione nella evidente asimmetria tra teoria dei saperi e pratica della vita.

La Professione Medica deve riappropriarsi di ruolo e funzioni centrali nell'ambito del sistema formativo: il sistema formativo deve partire dai

luoghi dell'assistenza e condizionare i percorsi formativi pre e post laurea; sono i bisogni socio-assistenziali nella loro concretezza comunitaria (che si esprimono nelle nostre Comunità) a dover suggerire il cambiamento culturale e formativo della Professione. Questa è la prima sfida per il recupero del ruolo sociale della professione e per il recupero del rapporto con *l'esigente/paziente/cittadino/utente/persona*.

Una seconda sfida è rappresentata dal recupero del suo status di *libero professionista*: l'autonomia delle scelte, sottesa dal concetto di responsabilità, garantisce al medico il recupero della *credibilità sociale e professionale* oggi incrinata dal fatto che egli viene visto come colui che cura gli interessi dell'Azienda e non quelli della Persona. Quello che viene definito "ritiro dello status" (sempre Ivan Cavicchi) non è altro che la modifica della allocazione sociale subita dal medico nel momento in cui subisce, partecipandovi (vedi il ruolo delle figure apicali che divengono referenti del direttore generale ma non dei colleghi), alla standardizzazione delle attività, sottoponendo le prestazioni a limitazioni (attraverso ad esempio protocolli non condivisi dagli operatori), permettendo ai manager di condizionarne la carriera e limitarne le capacità/autonomia decisionali.

Si viene affermando sempre più l'idea che il medico è colui che garantisce al direttore il raggiungimento degli obiettivi aziendali non più colui che garantisce la cura della persona!

Ma noi dobbiamo ripartire e riflettere anche sul valore delle esperienze aziendali, riprogettando le funzioni sociali e sanitarie delle Aulss.

Come possiamo impedire che l'attività manageriale condizioni l'autonomia professionale?

Ecco che la Formazione diviene occasione di rivisitazione e di revisione della professione, di ri-orientamento dell'assistenza, di riscoperta antropologica e valoriale!

Abbiamo bisogno di strumenti che esplicitino un vero sviluppo professionale continuo; il medico dovrebbe essere incentivato ad esprimere il proprio progetto professionale: una sintesi tra gli obiettivi individuali, quelli del SSNN, quelli regionali ed aziendali; sarà la coerenza del percorso formativo a determinarne il successo ed il relativo premio di risultato e non la somma di qualche "punto ecm"!

Non dobbiamo avere paura di questo confronto che è il solo a poterci offrire una occasione di recupero di ruolo sociale e politico.

Maurizio Scassola

Diritti e Doveri

Mi resi conto che quando di trattava di farle compiere i propri doveri, non potevo contare sulla collaborazione della comunità, mentre invece ci potevo contare quando si trattava di esigere dei diritti.

M.K.Gandhi The Story of my Experiments with Truth.

Nel mio ultimo editoriale facevo riferimento ai doveri ed ai diritti degli odontoiatri. Per inquadrare bene tale argomento credo si debba partire dalla definizione stessa della professione.

Il medico è colui che cura (cfr. art.3 Codice Deontologico). Da questa funzione derivano i suoi diritti e i suoi doveri.

Il medico "infatti" in forza del proprio compito ha il diritto di curare, e quindi il diritto che ciò non gli venga impedito.

A livello legislativo sono almeno tre i livelli su cui le leggi, oggi e in concreto, ci impediscono di curare.

Anzitutto l'inarrestabile proliferazione legislativa. Da qualche parte ho letto una battuta che circolava sui giornali inglesi: "l'Italia è quel paese nel quale al mattino si leggono i quotidiani per sapere quali leggi si debbano osservare!" È evidente che, se lo sforzo del medico viene assorbito dalle norme, egli non può dedicarsi liberamente alla cura del proprio paziente.

In secondo luogo le norme incerte, confuse o contraddittorie. Se l'obbligazione del medico sia di mezzi o di risultati, se l'atto medico sia solo quello svolto dal medico o anche quello da lui delegato... questi ed altri esempi introducono nella prassi ostacoli che vanno tutti a svantaggio della relazione terapeutica.

Infine le norme francamente inapplicabili. Ad esempio, da un punto di vista particolarmente restrittivo dovremmo ritenere che l'assistente alla poltrona dovrebbe limitarsi a guardare a distanza l'operato del medico. Questo renderebbe francamente impossibile la nostra attività. Credo che anche solo l'applicazione di un punto di sutura sia estremamente difficoltosa senza una assistenza in grado di divaricare i tessuti e di aspirare adeguatamente.

Da queste premesse conseguono anche i nostri doveri.

Abbiamo, ovviamente, doveri formali e doveri sostanziali.

I doveri formali sono quelli cui dobbiamo sottostare *oborto collo*, ai quali non attribuiamo un reale impatto sulla cura del paziente, che rappresentano addirittura un ostacolo ma che dobbiamo



osservare perché, per dirla con le parole di un ex ministro, "finché non ci sono leggi nuove, si rispettano le vecchie". Il rispetto delle norme in vigore è, soprattutto per la libera professione e per le ragioni dette

prima, un grosso ostacolo all'esercizio. Dobbiamo ringraziare i colleghi Stefano A. Berto e Mario Sanna per la serata organizzata con gli organi di controllo (NAS, Gdf, Polizia Municipale) il 19 Giugno. L'interesse a questo argomento dimostra la preoccupazione dei colleghi e la loro volontà, in definitiva, di rispettare gli obblighi di legge. Ed infatti le frequenti infrazioni che vengono rilevate durante i controlli degli organi di vigilanza sono dovute più alla complessità della normativa che alla volontà di trasgredire da parte degli odontoiatri.

I doveri sostanziali, invece, sono quelli connessi con l'esercizio della professione e direttamente con la cura del paziente.

Primo tra tutti: l'appartenenza all'Ordine professionale. Ci si può stupire della priorità data all'appartenenza all'Ordine, ma dobbiamo considerare che neppure la più grande levatura morale e la più approfondita scienza di un singolo possono fondare una professione. Ciascuno di noi può esercitare perché la società gli riconosce un ruolo e questo riconoscimento è possibile grazie all'esistenza di un accordo che ne ha formalizzato le caratteristiche e le modalità di esercizio. Su questo aspetto appare onestamente sorprendente constatare che molti colleghi considerano l'appartenenza e la collaborazione con il proprio Ordine come particolari di secondaria importanza. Ma come è possibile, ad esempio, definire l'abusivismo in assenza di un Ordine? Per capirci: un omicidio è un omicidio anche prima che una legge definisca cos'è la vita, ne consideri reato la soppressione e lo punisca come tale. Ma

un furto non è un furto fintantoché una legge non riconosce la proprietà privata. Ci sono “cioè” reati che vengono riconosciuti e sanzionati dalle leggi, e reati che vengono, per così dire, “creati” dalle leggi stesse.

Perciò un collega che non collabora con il proprio Ordine è più censurabile deontologicamente di un collega prestanome, in quanto è l'appartenenza all'Ordine che definisce i limiti tra l'esercizio della professione e l'abusivismo, e non viceversa. Questa priorità trova conferma anche nell'ordine con il quale è stato stilato il nostro Codice Deontologico: all'art.1 si dice, infatti, quanto sopra (il medico deve osservare le norme scritte nel codice e collaborare con il proprio Ordine), all'art.2 si stabilisce di punire chi trasgredisce e solo all'art.3 si definisce la professione medica (tutela della vita, della salute fisica e psichica e sollievo della sofferenza). Mi augurerei che questa consapevolezza venisse a crescere maggiormente tra i colleghi e che ciascuno mettesse a disposizione della professione quel minimo di tempo che ritiene opportuno e le competenze di cui dispone oltre naturalmente all'entusiasmo e all'orgoglio di appartenenza.

Da questa appartenenza, infatti, discendono tutti

gli altri obblighi sostanziali derivanti dall'esercizio: obblighi che possono essere ricondotti all'imperativo categorico di Kant: “comportati in modo che la massima della tua azione possa valere come norma universale” (D.A.Nash, *On ethics in the profession of dentistry and dental education*, Eur J Dent Educ 2007; 11:67).

Tenendo conto di quanto sopra, mi permetto di dare voce al segretario del nostro Ordine, la dott. Caterina Boscolo, la quale si lamenta che spesso i colleghi delegano i rapporti con l'Ordine per quel che riguarda l'esercizio concreto della professione (ad esempio la pubblicità sanitaria) a segretarie o consulenti. L'esercizio della professione può avvenire solo all'interno di un orizzonte deontologico ed è solo in questo orizzonte che l'Ordine ha ragione di esistere. L'Ordine non dà valutazioni architettoniche o urbanistiche o economiche ma solo ed esclusivamente deontologiche. Perciò gli unici soggetti a rapportarsi con l'Ordine sono gli iscritti. È dunque indice di maturità professionale, oltre che di buon gusto, che i colleghi telefonino direttamente senza intermediari.

Cosimo Tomaselli



Primo simposio nazionale “Le decisioni di fine vita: quale il ruolo della desistenza terapeutica”

8

Sabato 24 maggio si è tenuto a Mestre il primo simposio nazionale “Le decisioni di fine vita: quale il ruolo della desistenza terapeutica” organizzato dall’Omceo di Venezia e reso possibile grazie all’intuizione e al grande lavoro profuso dal collega Cristiano Samuelli.



La sala convegni dell’Hotel Michelangelo, gremita da un uditorio attento e partecipe, ha ascoltato dapprima l’intervento del Presidente Omceo, Maurizio Scassola. Di seguito trovate scritte le

note salienti di ogni intervento.

Affrontando il tema “Il concetto di desistenza terapeutica nel nuovo codice di deontologia medica” il dottor Scassola ha così esordito: “Dobbiamo porci preliminarmente la domanda su che cosa oggi rappresenti, per la classe medica, il Codice di Deontologia. Desidero definire il Codice non tanto da un punto di vista giuridico ma da un punto di vista valoriale: uno strumento di condivisione attraverso il quale una categoria riconosce i propri valori e delinea i propri comportamenti; modello di riferimento per l’autodisciplina etico - comportamentale. Ma il Codice non è e non deve essere solo questo, deve rappresentare anche strumento di confronto con la nostra Comunità; è una occasione di relazione e di garanzia per il Cittadino che lo dovrebbe vedere e interpretare come ambito di confronto con la categoria medica. Il Codice è anche occasione di costante rivisitazione dei nostri valori e dei nostri comportamenti nel confronto con una cornice sociale, etica e politica “fluida” in costante divenire.

Quindi il Codice di deontologia è uno dei CAPI-SALDI DI RIFERIMENTO nella nostra cornice storica ed istituzionale insieme all’art. 32 della





Costituzione "...nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge... la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana" ed alla Convenzione di Oviedo "...nessun intervento in campo sanitario può essere effettuato se non dopo che la persona a cui esso è diretto vi abbia dato un consenso libero ed informato".

Anche il concetto di Desistenza Terapeutica è ben rappresentato nel Nostro Codice e viene individuato tra le attività di cura; un atto dovuto al paziente quando le procedure mediche si rivelano sproporzionate e senza una ragionevole speranza. Identifica un momento di non ritorno e di progressivo cambiamento degli obiettivi assistenziali: dal sostegno vitale all'accompagnamento di fine vita. Se un simile riferimento verrà fatto in maniera esplicita dal legislatore questo permetterà di non equivocare tra trattamenti da attuare come percorso di cura anche in assenza di direttive anticipate chiare, da quelli che invece si configurerebbero soltanto come accanimento terapeutico o peggio eutanasia.

Oggi pazienti, familiari e medici sono sostanzialmente soli nel gestire i momenti terminali della vita. E' drammatico constatare come sia ancora profonda l'asimmetria informativa e relazionale tra il medico (ma anche gli altri operatori della salute), la persona e i suoi familiari! E' proprio questa mancanza di relazione che crea disagio, sofferenza, senso di inadeguatezza, di abbandono; questi "sentimenti" permeano diffusamente l'ambiente assistenziale e coinvolgono non solo il paziente e i suoi cari ma tutti gli operatori i quali, non sono sostenuti da una organizzazione delle cure che crea empatia e condivisione delle scelte. L'organizzazione viene invece vissuta come l'ennesimo ostacolo relazionale – terapeutico;

un contenitore che finalizza i propri interventi alla risoluzione di problemi, non alla elaborazione di strategie e di decisioni per quella persona, per quel nucleo familiare, inserito in quel contesto sociale che ha a disposizione risorse certe. Noi non vogliamo che "...il diritto delle persone all'assistenza nel morire diventi un "problema" per l'organizzazione, per i costi, per la mancanza di accoglienza alla famiglia nei luoghi di cura... per noi tutti non si tratta mai solo di morire ma di poter vivere quell'eccezionale momento del vivere che è il morire..."(tratto da una e-mail inviata dall'amica Leda).

E' da questo cambiamento di prospettiva che dobbiamo porci la domanda se sia realmente necessaria una legge che regolamenti questa relazione e che identifichi i diritti ed i doveri o se invece abbiamo bisogno, almeno prioritariamente, di individuare insieme la riorganizzazione dei percorsi di cura con il coinvolgimento dei "portatori di interesse". Una Legge può creare il "cambiamento" o è prioritario il confronto all'interno delle comunità per individuare percorsi, procedure, strutture di accoglienza, standard organizzativi e formativi interdisciplinari, audit interni alle unità operative ed ai dipartimenti e tra questi soggetti ed i curanti per definire in questo tempo, in quel luogo, in quella cornice sociale e assistenziale quali siano i percorsi e le attività a sostegno della umanizzazione delle cure e della dignità della persona.

Noi crediamo che neanche la Politica debba essere lasciata sola a decidere ma che le nostre comunità debbano confrontarsi stabilmente su questi temi che rappresentano un indicatore della capacità di "accoglienza" e di "accompagnamento" della persona nel suo stato di fragilità più profondo psichico, fisico, sociale, assistenziale, etico e morale che determinano un dolore esistenziale e

non solo fisico, globale. E' nel confronto con questo "dolore" che la comunità esprime il proprio livello di Democrazia che noi intendiamo anche come capacità di costruire un rete di relazioni e di attività integrate intorno alla persona. Noi crediamo che quando questa rete esiste ed è efficace, strategica (cioè finalizzata, pre-definita nel suo percorso e nelle sue attività) siamo sulla strada giusta e forse abbiamo bisogno non tanto di leggi ma di organizzazione, di partecipazione, di responsabilità e di solidarietà.

E' certo che l'agire in modo trasparente, documentabile (non vissuto e sofferto come atto puramente burocratico!) e strategico aiuti il medico a mantenere l'alleanza terapeutica con il paziente soprattutto nel momento del passaggio fra la vita e la morte che rimane, per una comunità, anche un indicatore del proprio livello di identificazione culturale e sociale.

E' così che la desistenza non diviene abbandono ma capacità di scegliere e di decidere insieme. E' proprio in questi momenti che la comunicazione tra Colleghi rappresenta un momento emblematico della capacità relazionale/comunicativa del sistema delle cure; non solo tra medici della stessa Unità Operativa ma, ad esempio, tra medici di strutture di cura e medici di famiglia, tra medici ed altri operatori della salute.

Quindi la desistenza dovrebbe essere un comportamento, un progetto intrapreso alla fine di un percorso relazionale complesso. Questa è la vera difficoltà: trovare il tempo, il modo, il luogo e la giusta relazione. I medici hanno la necessità di confrontarsi sui temi della qualità della vita e del morire anche perché la pluralità delle culture e dei valori ci obbliga a nuovi orizzonti relazionali ed etici; è il senso stesso del vivere comunitario che ci obbliga al confronto con gli altri, nella ricerca delle comuni radici e nella complessità degli obiettivi di cura. In questo senso la Medicina è una grande "opportunità" ed una grande "sfida": ci obbliga a fare sintesi tra Scienza ed Arte; tra principi e regole della ricerca, della cura. Dobbiamo combattere il nichilismo che produce le due grandi "rinunce": agire per sopprimere e chiudere gli occhi; ovvero il nichilismo soppressivo - eutanasi e quello suicida della non responsabilità, di colui che non vuole osservare, che non vuol capire, che non vuole decidere. Desidero ricordare una parte per me importante dell'intervento di André Glucksmann in coda alle polemiche sulle affermazioni di Benedetto XVI a Ratisbona: "...nel 21° secolo il nichilismo prospera non solo proclamando la relatività dei valori ma anche trasformando la "forza del

fare" in capacità "del dis-fare" e incentivando l'individuo ad agire secondo i dettami di un relativismo post-moderno che non ha come obiettivo il costruire..." ma solo il "contraddire". E' quotidiana l'esperienza di assistere a dibattiti in cui il vero obiettivo è solo la pura contrapposizione, l'interferire, l'ostacolare, quasi mai mediare e proporre. E' questa la nostra vera battaglia: attivare un percorso di cura alla persona che veda il rispetto delle sue volontà e della sua dignità; attivare un luogo di confronto permanente sui temi dell'accompagnamento nel fine della vita; combattere gli atteggiamenti ideologici che sono ostacolo insormontabile nella ricerca dei comuni valori. "...Democrazia è quell'ordine che mantiene vivo il conflitto tra i valori, quintessenza di un sistema democratico, il conflitto viene reso produttivo, produttivo di nuove idee, di nuovi ceti politici, di nuovi programmi, di nuove risposte alla domanda sociale...". Dobbiamo osservare, dialogare e decidere con il coraggio e la delicatezza di chi guarda negli occhi il familiare morente.

Il Nichilismo è morte umana, culturale, sociale, morale ed etica ed è negazione dell'atto medico così come dell'atto d'amore.

Alle nostre Comunità ed alla Politica chiediamo di fare insieme questo complesso ma ineludibile cammino".

Nel successivo intervento il dottor Davide Mazzon, primario anestesista di Belluno, ha



esposto il tema "Accanimento, eutanasia, desistenza terapeutica. Il punto di vista dell'anestesista-rianimatore". Ha esordito facendo chiarezza sulla terminologia e ricordando che il codice deontologico pone il divieto sia dell'eutanasia ("uccisione diretta e volontaria di un paziente terminale su richiesta del paziente stesso") che dell'accanimento terapeutico ("persistenza d'uso di procedure diagnostiche inefficaci o inutili sul

piano dell'evoluzione positiva e miglioramento del paziente sia in termini clinici che della qualità della vita"). Sottolineando l'ambiguità del termine accanimento terapeutico ("un ossimoro"), Mazzon propone di adottare il concetto di "provvedimenti diagnostico/terapeutici inappropriati in eccesso". Ha poi affermato che l'attuale dibattito sui media è improntato su toni cupi ("troppe contrapposizioni ideologiche") che non aiutano certamente un sereno svolgersi del dibattito su questioni così importanti.

Il dottor Luciano Orsi, primario anestesista di Crema ha sostenuto che nel fine vita "si continua ad assistere il paziente alleviando le sue sofferenze senza abbandonarlo". Il termine palliativo



deriva da palio, coperta; è l'atto del coprire col mantello chi ha freddo. E' cura attiva e totale dei malati la cui malattia di base non risponde più ai trattamenti. Fondamentale il controllo del dolore ma anche degli altri sintomi, dei problemi psicologici e spirituali. Centro della cura palliativa, secondo Orsi, è la qualità della vita giudicata dal paziente.

Nel suo intervento Don Corrado Cannizzaro, professore di Teologia Morale a Venezia, ha presentato all'uditorio: "La posizione della Chiesa Cattolica nei confronti della desistenza terapeutica".

Punto di partenza è il desistere dal prolungare inutilmente l'agonia di un paziente; ha poi svolto la sua relazione partendo da una prospettiva morale e antropologica in contesto teologico. Facendo riferimento a numerosi documenti della Chiesa, il prof. Cannizzaro ha affermato che è lecito rinunciare al trattamento, "... con la desistenza non si vuole provocare la morte ma si accetta di non poterla impedire". Le decisioni devono essere prese dal paziente (se ne ha la competenza e capacità) e lo si deve curare con mezzi oggettivamente proporzionati rispetto alle prospettive di miglioramento. La desistenza tera-



peutica, secondo don Cannizzaro, trova pertanto il suo contesto nell'imminenza di morte inevitabile, come principio di fondo c'è dapprima l'accoglimento della morte come dimensione dell'uomo e lo sforzo comune di umanizzare la morte, poi come criterio di giudizio morale, il dovere di curarsi e di farsi curare (vincolante ma non assoluto) sempre verificando la volontà del paziente. La Chiesa Cattolica basa i propri insegnamenti su un'antropologia filiale, ovvero sulla naturale predisposizione dell'uomo, credente o meno, all'aprirsi alla relazione con il mondo. Dare la morte è pertanto un attentato alla relazione filiale, un'offesa a Dio e una violenza sull'uomo. La desistenza terapeutica, ha concluso don Cannizzaro, significa riconoscere che la relazione filiale non è in mano all'uomo. La desistenza è lecita purché nell'imminenza di morte inevitabile e quando vi è una sproporzione tra il trattamento e la volontà ragionevole del paziente.

Ha poi preso la parola il prof. Massimo Cacciari, filosofo e sindaco di Venezia. Ha esordito complimentandosi con l'Omceo di Venezia perché l'organizzazione di questo simposio dimostra una maturità etica straordinaria, su questioni di confine così importanti, "problematiche di enorme fascino e di enorme impegno". Riferendosi poi alla relazione del dott. Mazzon, Cacciari ha affermato "...è molto significativo che i giornali confondano desistenza con eutanasia perché in una relazione è difficile intendersi senza fra-intendersi". Entrando nel vivo del problema "...la scienza medica dovrebbe fare un approfondimento storico, di storia della medicina, di storia della morte della medicina, perché la scienza medica non è attrezzata culturalmente ad affrontare il problema di quella cura specifica che rimane cura ma che guarda il malato allorché quel malato deve essere accompagnato a morire. Dove è stato insegnato questo? E' scienza questa? La scienza è: questo è il fegato, funziona così, questo è il



cuore, funziona così. Il processo di specializzazione pur avendo fatto compiere alla medicina moderna progressi straordinari, allontana inevitabilmente da quel tipo di cura che necessariamente deve prendere in considerazione la persona. Ma dov'è la scienza della persona? Dove sta la medicina della persona? Chi è che è competente a quella cura? Chi è stato educato ad essere competente a quella cura?

Su questo primo "colossale problema" Cacciari dice: "è possibile affrontarlo rivedendo i curricula medici? Inseriamo questi insegnamenti?" Secondo la sua esperienza gli studenti sicuramente considereranno questi come esami facoltativi, secondari. Parlando poi delle cure al morente Cacciari ha così espresso il suo pensiero. "Questo tipo di cura che è proprio la cura che cura l'angoscia, la cura della mia cura per eccellenza, per antonomasia che è la mia angoscia fondamentale di trovarmi faccia a faccia con la vita e con la morte. Affrontare questo tema come voi lo avete affrontato presuppone un'educazione al morire che è totalmente assente dalla nostra cultura, dalla nostra società. La nostra società evita il morire, rimuove il morire, allontana il morire, nasconde il morire. Il malato, il paziente, i familiari in quel momento sono assolutamente senza parole di fronte alla morte, non hanno mai pensato alla morte, non sono mai morti. Morire è un verbum, non è un factum. O nella vita pensi al tuo morire e fai del tuo morire elemento della tua vita, allora giungi maturo a quel momento, puoi liberamente, discutendo in relazione affrontare quella cura, ma se tu sei assolutamente analfabeta di fronte a questo passo fondamentale della tua vita, se anche quando sei arrivato a quel momento i familiari te lo nascondono - come avviene nel 90% dei casi - allora sei tu, è il paziente stesso che si sente senza parole, avverte che sta morendo ma non è che non ne vuole parlare, non ne sa parlare e allora chiede lui stesso l'accanimento terapeutico, mettimi gli alberi di natale (le tre, quattro flebo...) sennò cosa dico alla morte,

nulla." Ha continuato Cacciari: "La nostra società evita, impedisce il morire come verbum, il mio morire diviene un passo muto, impersonale, rimosso, nascosto. Ormai non moriamo più, crepiamo, perché si muore assieme, si crepa invece da soli. E' necessario allora imparare a morire leggendo certe cose, fin dal tempo della scuola, imparare la finitezza." Concludendo il suo intervento il prof Cacciari ha auspicato, quanto meno per le cure di fine vita, il superamento dello specialismo a favore della ricompressione di una visione personalistico-olistica basata sul dialogo. Il Presidente Maurizio Scassola, cogliendo l'attimo, ha comunicato ai presenti e al sindaco Cacciari la volontà dell'Ordine dei medici e odontoiatri di Venezia di dare vita, proprio nella nostra città, ad una "Agorà "permanente sulla desistenza terapeutica, su questa "tematica di democrazia". Cacciari ha dato immediatamente il suo assenso.

Ha poi preso la parola Beppino Englaro, padre di Eluana, la ragazza che da 16 anni e 4 mesi si



trova in coma vegetativo, definita dal padre "purosangue della libertà", una persona dotata di una incredibile sensibilità e vivacità ("impossibile da fermare - dice il padre - perché diventava come l'acqua"), che aveva espresso ripetutamente ai familiari il rifiuto all'accanimento terapeutico qualora lei fosse "...invasa da tubi e mani estranee...". Beppino Englaro conduce da anni la sua battaglia per far rispettare la volontà di sua figlia; 16 anni fa è mancato il dialogo con i medici, Beppino Englaro vuole a tutti i costi riprendere oggi questo dialogo.

E' stata poi la volta del dott. Cricelli, medico di famiglia di un piccolo paese vicino Firenze. Non è vero che si muore sempre in Ospedale, ha affermato, l'80% dei processi di fine vita si conclude a casa propria, poiché l'Italia è fatta di piccoli paesi, non solo di grandi città. Il medico di medicina generale è il medico della famiglia e della



comunità, ragiona con la mentalità di quelli di casa, deve trattare con chiunque si presenti perché questo fa parte della vita. E' una consolazione morire a casa, e per i parenti e amici lo è il partecipare al lutto. Il medico di medicina generale è amico, affronta e risolve problemi pratici, trascorre del tempo con la persona sofferente, deve gestire le verità e le angosce, i dubbi, il dolore. La sofferenza non è il morire, ma il sapere di dover morire. Purtroppo il medico di medicina generale è "impreparato" a questo; il 75% dei mmg rifiuta le responsabilità di fine vita e non pratica la desistenza terapeutica mentre il 92% afferma di aver bisogno di formazione sulla gestione delle cure di fine vita.

Il prof. Corrado Viafora, professore di Bioetica all'Università di Padova, ha svolto il tema: "Interventi al limite: la desistenza terapeutica in



ambito neonatale". Ha affermato che grandi sono stati i progressi della medicina nel campo della rianimazione di neonati gravemente prematuri: si è passati dal "lasciar fare alla natura" all'interventismo spinto al limite (23/24 settimane di gestazione), con il rischio di gravi danni neurologici e di disabilità residua. Viafora ha parlato di ambivalenza delle potenzialità tecnologiche, del riconoscimento del bambino come soggetto e del rapporto con la genitorialità, della necessità/difficoltà del coinvolgimento decisionale dei genitori e

infine dell'incertezza prognostica. La riflessione va fatta non solo sulla sospensione delle cure ma anche sull'inizio delle cure, sul decidersi delle cure, se intervenire o meno, su come valutare l'eventuale disabilità residua. Viafora ha poi trattato le diverse problematiche legate all'approccio interventista, a quello statistico (che significa porre dei limiti) e all'approccio individualizzato (clinico) sul neonato che presenta segni di vitalità autonoma. E' necessario prendere la decisione più rispettosa per la dignità umana di questo bambino facendosi guidare dal criterio del bene prezioso della vita (diritto alla vita), istanza etica che si impone con forza all'equipe medica e ai genitori. Alla 25° settimana di gestazione sussistono gravi rischi di complicanze neurologiche in caso di sopravvivenza, si impone pertanto la gestione responsabile dei mezzi che la tecnologia mette a disposizione (non tutto ciò che è possibile fare è lecito fare). C'è il rischio dell'uso della tecnologia sempre più automatico; ma non può essere la tecnica - ha concluso il prof. Viafora - a dettare le leggi.

L'ultimo intervento è stato quello del senatore Ignazio Marino, chirurgo di fama mondiale, specialista nel trapianto di fegato, fautore di un pro-



getto di legge per il riconoscimento del testamento biologico. Marino ha ricordato come negli USA il testamento biologico è legge da circa 20 anni; è cosa necessaria poiché i miglioramenti tecnologici in medicina impongono nuove riflessioni sulla vita e sulla morte. Ha citato il suo grande maestro, Thomas Starzl, che sosteneva che l'esistenza di una tecnologia non costituisce mai l'obbligo al suo utilizzo. Riferendosi al caso di Karen Quinlan (New Jersey), in coma da dieci anni, nel quale la Corte Suprema USA ha sentenziato: le cure, se inutili, possono essere sospese, il senatore Marino, ha trattato il tema del testamento biologico e della nomina di un fiduciario che ci rappresenta quando noi non lo possiamo

più fare. Si tratta di una decisione (quella di desistere dalle cure di fine vita) che va condivisa con i familiari, con i parenti o gli amici, con i religiosi, con quanti sono in relazione importante, significativa con quel malato. L'art. 32 della nostra costituzione parla del consenso alla terapia; lo stesso consenso – sostiene il prof Marino - lo devo esprimere (o lo esprimono gli altri) per la mia fine vita. Perché deve decidere un altro che non mi conosce, per me? Il testamento biologico deve essere tutt'altro che una "burocratizzazione di fine vita". La Chiesa Cattolica, il codice deontologico normano la vita/morte; perché uno stato laico, si chiede Marino, non lo può fare? E' il momento di scrivere questa legge.

Alle relazioni è seguito poi un breve dibattito; il dottor Mazzon ha ribadito la necessità di stimolare la ricerca scientifica sui momenti di fine vita e, riferendosi al testamento biologico, ha sostenuto che il dibattito oggi è troppo ideologizzato, duro. La legge sul testamento biologico deve essere leggera, non burocratica ("guai se si deve passare attraverso il notaio") ed ha sostenuto con forza la non incriminabilità dei medici che soddisfano i desideri dei pazienti giunti alla fine vita. Il prof. Viafora ha affermato la necessità che in questo confronto non tattico, ma onesto, si debba dare ascolto anche alle istanze dei comitati etici, decidendo su basi ben argomentate. Ha infine affermato la necessità di aumentare la formazione bioetica nel corso degli studi medici. L'attuale "militarizzazione" del dibattito sulle questioni di fine vita – ha sostenuto Orsi – verrebbe sicuramente modificato dall'avvicinarsi alla realtà dei malati in ospedale, "bisogna andare in loco", avvicinarsi alla realtà, basta teoria.

E' intervenuto infine il Vice Presidente dell'Omceo di Venezia, Salvatore Ramuscello, che si è dapprima congratulato col collega Cristiano Samuelli, vero artefice di questo primo Simposio nazionale, poi ha fatto questa riflessione. "...di fronte agli eventi di fine vita come

medico ho chiaro quale deve essere il mio comportamento e lo metto in atto secondo scienza e coscienza. Anche dal punto di vista deontologico so che cosa devo fare e mi sento a posto con la coscienza. Ma nelle decisioni di fine vita c'è un problema tuttora irrisolto, ed è quello della Magistratura. E' necessario, prima di qualunque altra cosa, depenalizzare l'atto medico relativo alle decisioni di fine vita".

Rispondendo a questa precisa affermazione del dottor Ramuscello, il senatore Ignazio Marino ha testualmente detto "Al Senato c'è la volontà di arrivare ad affrontare il problema della depenalizzazione dell'atto medico e mi impegno a trovare un accordo con la maggioranza per la depenalizzazione dell'atto medico e a farlo entro questa legislatura. La soluzione alle problematiche di fine vita va trovata all'interno del luogo di cura, non nel tribunale".

Con la consegna ai relatori di un omaggio (opera in vetro dei maestri di Murano) il Simposio si è sciolto attorno alle ore 14.00.

Franco Fabbro



Working Time e Laurea in Odontoiatria

Argomenti per le riunioni del Comem (Federazione degli Ordini dei paesi del bacino del Mediterraneo) e GIPEF (Federazione degli Ordini di Grecia, Italia, Portogallo, Spagna e Francia) a Venezia il 3-4 ottobre 2008



Le problematiche riguardanti l'orario di lavoro dei medici e le iscrizioni al corso di Laurea in Odontoiatria hanno ormai oltrepassato il limite dell'Europa e sono diventate una priorità anche per i paesi del bacino del mediterraneo. Di questi argomenti, fra gli altri, si è discusso nell'ultimo incontro del Comem e GIPEF tenutosi ad Amman l'1 e 2 Maggio. Oltre all'Italia, Spagna e Portogallo hanno partecipato l'Algeria, la Giordania, la Siria, la Libia, l'Albania, il Marocco come paesi membri, come osservatori erano presenti gli Emirati Arabi, il Qatar, lo Yemen, il Bahrein.

Come organo politico, sul problema dell'orario di lavoro, la vecchia Europa sta dimostrando tutta la sua debolezza. La direttiva denominata EDWT del 1993 dopo varie modifiche stabilisce che l'orario di lavoro di qualsiasi lavoratore deve essere inferiore alle 48 ore calcolate su una media di 4 mesi. Contro i principi di questa Direttiva stanno operando da anni i paesi anglofoni visto che la direttiva obbliga tutti paesi a mettersi in regola entro il 2009. Prima hanno tentato di allungare la media di calcolo da 4 a 12 mesi, poi hanno cercato di introdurre l'opt-out, cioè il prin-

cipio che un medico, all'atto della firma del proprio contratto può scegliere se accettare o meno di lavorare per più di 48 ore. Questi sono due tentativi biasimevoli di uniformare i lavoratori europei secondo una visione inglese, dimenticando che il superamento delle 48 ore è un rischio per la sicurezza delle cure e per la salute del lavoratore stesso. Evidentemente dalle parti di Londra in quanto a diritto del lavoro sono ancora fermi al tempo delle colonie. Purtroppo però anche in Italia si è creata qualche falla, con il decreto "milleproroghe" è stato abolito il diritto al riposo di 11 ore dopo 12 ore consecutive di lavoro. Per il momento grazie all'intervento della FNOMCeO e dei sindacati il tutto è stato rinviato al 2009, comunque su questo problema è "saltata" la firma del contratto degli ospedalieri. Questo vuol dire che gli ospedalieri italiani dovranno trattare ancora su un diritto già precedentemente riconosciuto, grazie Europa.

Sul tema il delegato del Bahrein ha evidenziato come nell'ambito dei diritti la salute del lavoratore è l'aspetto più importante indipendentemente dal tipo di contratto che i medici possano firmare, mentre il delegato degli Emirati Arabi ha parlato di un diritto del paziente ad avere di fronte un medico preparato e nel pieno delle proprie energie.

Per quanto riguarda la laurea in Odontoiatria il Dott. Frattima, Presidente della Commissione Odontoiatri dei Reggion Calabria, ha evidenziato come negli ultimi anni alcuni paesi come ad esempio l'Albania hanno stretto rapporti con alcune università italiane aprendo corsi di Laurea in Odontoiatria senza limiti per il numero delle iscrizioni, rischiando di far saltare gli equilibri di paesi come l'Italia dove invece esiste il numero chiuso. Non è possibile che la barriera al numero chiuso di alcuni paesi possa essere aggirata grazie alla deregulation legislativa presente in paesi limitrofi, specialmente in paesi come l'Albania che desiderano entrare nella Comunità Europea. Se si vuole far parte di grandi organizzazioni bisogna accettarne le regole.

Per tutti questi motivi l'evento che si svolgerà a Venezia il prossimo 3-4 Ottobre avrà una grande importanza per il futuro della nostra professione

Salvatore Ramuscello

Attività
dell'Ordine

15

ANTIRICICLAGGIO: novità su Assegni e Libretti al Portatore

Decreto Legislativo 231/2007, Circolare
Ministero Economia 20 marzo 2008

16

Riteniamo di fare cosa gradita nel proporre il punto della nuova normativa che interessa la circolazione degli assegni bancari e circolari. Nel farlo, cerchiamo di semplificare al massimo la casistica, illustrando i comportamenti operativi da tenere dal **giorno 29 aprile 2008**, data di entrata in vigore della nuova disciplina.

Assegni.

Gli assegni, bancari, circolari, postali, emessi **per importi di 5.000 euro o superiori**, dovranno essere del tipo **NON TRASFERIBILE**.

I nuovi assegni porteranno la stampata già impressa, mentre dovranno essere integrati manualmente gli assegni già consegnati, del vecchio tipo, scrivendo di proprio pugno la dicitura “non trasferibile” e depennando il vecchio riferimento all’importo di euro 12.500.

Si potranno chiedere assegni “liberi” (vale a dire TRASFERIBILI), da emettere per importi inferiori a 5mila euro, pagando un imposta di bollo di euro 1,50.

Il bollo non va pagato per assegni consegnati dalle banche o poste prima del 29 aprile (del vecchio tipo) ma emessi e negoziati successivamente.

Le girate (possibili quindi solo su assegni “bollati” e di importo inferiore a 5mila euro) dovranno obbligatoriamente essere accompagnate dal CODICE FISCALE del Girante. La mancanza anche di uno solo dei codici fiscali nella “catena di girate” renderà impossibile l’incasso.

I nuovi assegni porteranno, sul retro, appositi spazi per l’indicazione dei codici fiscali; la mancanza di tali spazi, sui vecchi assegni, non impli-

ca il venire meno dell’obbligo.

Se il girante è una persona giuridica (società, ente, associazione) la firma dovrà essere quella del legale rappresentante, ma il codice fiscale deve essere quello della società, ente, associazione.

Libretti al portatore

Eventuali libretti al portatore esistenti per somme superiori a euro 5.000 (il vecchio limite era di euro 12.500) entro il 29 giugno 2008 dovranno essere, alternativamente:

ridotti a importi inferiori alla soglia limite; estinti;

convertiti in altri strumenti nominativi.

Anche se il termine per la regolarizzazione dei libretti al portatore è fissato al 29 giugno, comunque dal prossimo 30 aprile non potranno essere emessi nuovi libretti al portatore per importi superiori a euro 5.000.

Per il libretti emessi e trasferiti precedentemente al 30 aprile, ma presentati all’incasso dopo il 30 aprile, il possessore dovrà presentare – per ottenere l’incasso – una autocertificazione recante il nome cedente e la data del trasferimento.

Sanzioni.

Le banche e gli altri intermediari finanziari dovranno comunicare al ministero le eventuali infrazioni riscontrate nella procedura di circolazione di assegni e libretti, e le infrazioni saranno punite con sanzioni pecuniarie di importo fino al 40% del valore del titolo.

L'Alitosi e il futuro del Medico Odontoiatra

Sabato 17 Maggio si è svolto il corso di aggiornamento sull'alitosi organizzato dal Cenacolo Odontostomatologico Italiano delle Tre Venezie e dalla Commissione Albo Odontoiatri di Venezia.

Ottime le relazioni del dott. Francesco Bortoluzzi detto Neri, della Gastroenterologia di Mestre, della dott.ssa Federica Zanetti e del dott. Francesco Nicastro, dell'ORL sempre di Mestre, e del dott. Rocco Borrello, del gruppo della prof. Mariuzzi del reparto di Odontoiatria di Padova.

Alitosi come patologia di confine tra l'odontoiatria, l'ORL e la Gastroenterologia, fonte di notevole disagio per l'ampia percentuale della popolazione che ne è affetta, per la cui diagnosi è necessario un approccio spesso multidisciplinare. Come per altre manifestazioni organizzate dal COI-3V, il numero di partecipanti era il massimo consentito dalle procedure ECM, a dimostrazione della sensibilità della professione per questa tematica. Sensibilità in linea con la riflessione internazionale laddove ritiene che "certe caratteristiche della professione odontoiatrica hanno consentito l'identità di una professione separata. Questa chiara distinzione, tuttavia, può non essere applicabile per il futuro, poiché c'è una crescente tendenza dei dentisti a trattare condizioni orali in pazienti con malattie sistemiche concomitanti o che assumono terapie sistemiche rilevanti" (M. Sanz et al. Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies Eur J Dent Educ 2008 12 (suppl.1) 101-110).

In effetti nella letteratura internazionale il dentista del futuro viene descritto sempre più come il coordinatore di un team: "Il dentista ha il ruolo di leader del team per la salute orale, di solito formato dall'igienista dentale, dall'assistente dentale e dal tecnico dentale. In questo ruolo egli è responsabile della diagnosi, del piano di trattamento e del controllo di qualità del trattamento dentale eseguito" (Ib.). In tal modo si viene a superare la definizione del dentista come di colui che ha l'esclusiva di poter mettere le "mani in bocca" (definizione tutto sommato di cattivo gusto ed inadatta a descrivere la realtà professionale del futuro). Queste figure ausiliarie dovranno

no certo avere una forte preparazione culturale e tecnica, ma sarà il medico-odontoiatra l'unico ad avere il dovere "della tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo della sofferenza" (art.3 Cod.Deontologico) e a poter prescrivere e supervisionare i trattamenti effettuati dagli altri componenti del team.

Dal punto di vista giuridico in Italia siamo ancora molto indietro nella definizione delle figure professionali che compongono il team odontoiatrico ma la sensibilità a tematiche interdisciplinari come l'alitosi, le neoplasie orali, le manifestazioni orali di malattie sistemiche, la cefalea, mostra che nell'ambito della professione va maturando sempre più la coscienza che l'odontoiatra è un medico specialista in odontoiatria e non un tecnico odontoiatra.

Cosimo Tomaselli



I costi della protesi mobile e il ruolo dei dentisti

La CAO di Venezia è da molto tempo impegnata in un dialogo con le parti sociali sul costo delle cure odontoiatriche, all'interno di un Tavolo Dentale a cui sono stati invitati i rappresentanti sindacali del Centro per i Diritti del Malato, dei consumatori, degli artigiani, degli odontotecnici. Non v'è dubbio che la rilevanza data a questa problematica dagli organi di informazione non abbia tenuto conto della realtà dei fatti: in un libero mercato caratterizzato da un eccesso di offerta (plethora odontoiatrica) e da una diminuzione

In questo contesto il primo passo da fare è evidentemente quello di migliorare la comunicazione tra dentisti e cittadini, anche incentivando la trasparenza riguardo a costi e guadagni, al fine di recuperare quel rapporto di fiducia che forse è andato perduto. Il 10 Marzo scorso la riunione del Tavolo Dentale è stata aperta a tutti i colleghi interessati ed è stata presentata la giornata di aggiornamento del 12 Aprile successivo, nella quale abbiamo affrontato il tema della protesi mobile in modo collegiale, odontoiatri e odontotecnici insieme.

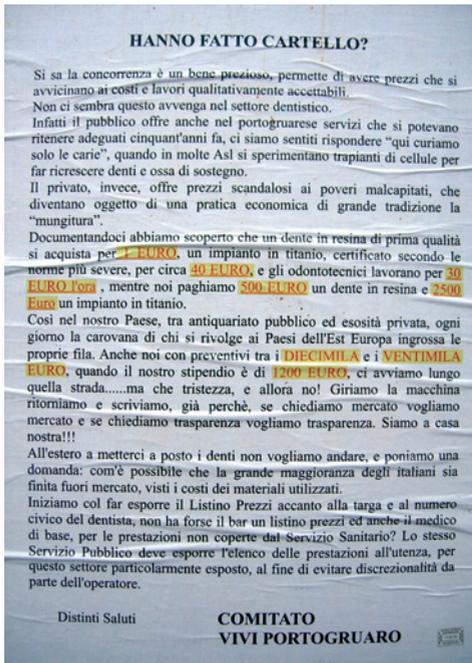
Il dott. Alberto Casarotto ha esposto i passaggi clinici necessari per realizzare una protesi mobile essenziale, l'odontotecnico Rodolfo Colognesi ha invece illustrato i passaggi di laboratorio.

Su questa base io ho cercato di illustrare le procedure per il calcolo di un prezzo onesto per la protesi mobile, tenendo conto di cinque appuntamenti standard, per circa 230 minuti di lavoro alla poltrona, e del costo del laboratorio (che dai nostri calcoli va ad ammontare circa al 60-70% dei costi vivi della protesi).

Il ragionamento fatto in tale occasione necessita di ulteriori due sviluppi.

Da un lato chiediamo alle associazioni dei consumatori e ai sindacati di prendere atto di tale analisi o di proporre delle correzioni se lo ritengono opportuno. Ma se i dati sono quelli che sono emersi dal confronto, è chiaro che un intervento sul costo delle cure può essere fatto solo intervenendo su fattori strutturali, come il costo dei dipendenti, della burocrazia, delle strutture e delle attrezzature. Su questi costi noi come odontoiatri abbiamo ben poco da dire o da fare, ben di più possono dire e fare, appunto, i sindacati e le forze politiche nel complesso.

Dall'altro lato "comunque" gli odontoiatri hanno un ruolo nel contenimento dei costi, ruolo imposto dalla propria deontologia. Se il dovere del medico è di curare, egli stesso non può non sentire come una limitazione del proprio compito gli alti costi delle cure. A parte il costo del laboratorio odontotecnico, su cui abbiamo appunto chiesto all'Associazione Nazionale Titolari Laboratori Odontotecnici di valutare i possibili interventi, noi Odontoiatri possiamo intervenire sul control-



della domanda (diminuzione dell'incidenza della patologia cariosa) i prezzi sono ovviamente al minimo consentito dalle spese indispensabili. Purtroppo talvolta abbiamo a che fare anche con situazioni di franca disinformazione, un esempio tra tutti il manifesto diffuso dal Comitato Vivi Portogruaro, nel quale si afferma che uno studio dentistico acquista una corona in resina a un euro e la rivende a 500!

lo degli imprevisti e sulla condivisione del protocollo. Nell'esecuzione della protesi mobile vi sono infatti molti passaggi che richiedono capacità di diagnosi ed esecuzione che non sono standardizzabili, e solo mediante un protocollo preciso è possibile ridurre al minimo gli imprevisti e i passaggi necessari per la realizzazione. La protesi mobile può essere paragonata ad un dialogo tra l'odontoiatra e l'odontotecnico, in cui ad ogni passaggio dallo studio vanno al laboratorio delle informazioni che vengono utilizzate dal laboratorio per chiedere allo studio ulteriori dati i quali torneranno al laboratorio che solo alla fine di

questo processo potrà confezionare il manufatto richiesto. Come ogni comunicazione efficace, anche quella descritta ha bisogno di alcune condizioni, e queste condizioni le riassumiamo con il termine "protocollo condiviso".

È fondamentale che tutti gli odontoiatri percepiscano l'importanza di questo percorso, se non altro per la sempre crescente importanza che la protesi mobile avrà nel futuro. I dati mostrati dal dott. Casarotto su questo sono inequivocabili.

Cosimo Tomaselli

La magistratura mette in dubbio la legittimità della 22/2002

Nel 1999 il Ministro della Salute (a quel tempo era l'on. Rosy Bindi) scrisse che l'autorizzazione all'esercizio per i libero-professionisti non poteva essere richiesta in quanto avrebbe rappresentato un duplicato dell'abilitazione professionale.

Non tenendo conto del parere del Ministro, nel 2002 la Regione Veneto, nel promulgare la LR 22 che disciplina l'autorizzazione sanitaria, ha previsto che a detta autorizzazione fossero obbligati anche tutti gli odontoiatri, indipendentemente dall'invasività dell'attività da essi svolta e dalla forma nella quale gli stessi esercitano.

Tuttavia la Regione a questo obbligo teorico non ha fatto seguire alcuna sanzione.

Recentemente ad un collega, nel corso di una visita di controllo da parte dei NAS, è stato non solo contestato il mancato possesso di detta autorizzazione, contestazione assolutamente legittima, ma è stata anche imposta la chiusura dello studio in base all'art.193 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie.

Il collega ha fatto ricorso e la procura ha disposto il dissequestro. Nella motivazione il PM ha tra l'altro affermato che la LR 22/2002 è stata promulgata in assenza dell'atto di coordinamento e di indirizzo di cui all'art.8 del 229/99.

La SIAE non è dovuta dagli studi odontoiatrici

Tribunale di Torino

Gratuita la diffusione di musica negli studi medici.

La riproduzione musicale in uno studio medico

(medico-dentistico nel caso specifico) non può ritenersi effettuata a scopo di lucro, neppure indirettamente. Il medico dentista, ha osservato il Tribunale di Torino, ascolta la musica mentre lavora soltanto per diletto mentre il paziente è indifferente al fatto che nello studio venga trasmessa della musica, né è indotto a scegliere un dentista piuttosto che un altro in base al fatto che nello studio si ascolti della musica. Conseguenza che il medico non è tenuto al versamento di compensi in favore del produttore di fonogrammi, nonché gli artisti interpreti e gli artisti esecutori che abbiano compiuto l'interpretazione o l'esecuzione fissata o riprodotta nei fonogrammi.

Leggi e circolari



La previdenza di medici ed odontoiatri: conoscerla per pianificarla

20

Nella cornice del Nuovo Teatro di Mirano lo scorso 5 aprile si è tenuto il convegno organizzato dal nostro Ordine sulla tematica previdenziale per il convezionamento, la dipendenza e la libera professione.

Tutti gli iscritti all'Ordine pagano il fondo A generale dell'ENPAM ed afferiscono ad un altro fondo o cassa previdenziale nel caso della dipendenza, contando di avere un reddito al momento della pensione. Tale reddito verrà calcolato sulla base non solo di quanto versato, ma anche di come saranno stati investiti i versamenti e anche del problema del ricambio generazionale dei colleghi.

I fondi pensione sono un patrimonio comune; il conoscerli è un nostro interesse e fa parte della nostra attività professionale.

Dopo i saluti del Sindaco di Mirano Dr. Fardin, del Direttore Sanitario dell'ULSS 13 Dott. Accietto, del Presidente dell'OMCeO Venezia



dott. Maurizio Scassola e del Presidente CAO Venezia dott. Cosimo Tomaselli, il dott. Moreno Breda, consigliere dell'Ordine, ha illustrato le problematiche oggi sul tavolo previdenziale.

Se da un lato l'allungamento medio della vita è un vanto per la professione, dall'altro ciò ha messo in crisi i sistemi previdenziali. Nel nostro caso, tra 10-12 anni avremo il picco di



richieste di pensionamento senza avere un equivalente numero di nuovi iscritti.

Un altro elemento di crisi è il ritardato accesso a posizioni lavorative stabili per i neo laureati cui vanno ad aggiungersi le variabili socio-economiche del nostro paese ove l'inflazione, il passaggio all'euro e la tassazione portano sempre più verso un impoverimento dei pensionati. Molti sono gli iscritti ai fondi ENPAM che percepiscono una rendita di meno di 1.000 € lordi al mese.

Il dott. Giovanni Pietro Malagnino, vicepresidente dell'ENPAM, ha dapprima fornito rassicurazioni circa la solidità economica dell'Ente e la capacità di avere una proiezione di solidità a 30 anni, come richiesto dalle nuove norme, ed ha poi passato in rassegna i vari fondi, soffermandosi sul rapporto iscritti/pensionati e contributi/pensione di ogni singolo fondo e su quanto ogni fondo incide nel totale dell'ENPAM.

Particolare attenzione è stata prestata al fondo B, essendo la platea in maggioranza composta da Libero-Professionisti, ed è stata fornita ai presenti, mediante esempi pratici, la possibilità di auto-delineare la propria futura pensione con i possibili riscatti di allineamento precontributivo e di laurea e specializzazione. Interessante è stato il riferimento alla deducibilità fiscale di tali opportunità.



Utile, poi, il raffronto tra i vari rendimenti dei fondi ENPAM che vanno comunque interpretati in base alla voce assistenza che i vari fondi forniscono agli iscritti nel periodo lavorativo e che giustificano la parziale differenza tra i singoli fondi.

Un ultimo, ma non meno importante, accenno è stato fatto all'assistenza solidaristica che fornisce l'ENPAM a tutti gli iscritti fin dal primo giorno di appartenenza all'ente.

Il dott. Claudio Testuzza, medico pubblicista di sicura competenza in materia previdenziale, ha illustrato il sistema pensionistico per i colleghi dipendenti del SSN, il passaggio dal sistema retributivo al contributivo, il confronto tra le varie riforme del sistema pensionistico e ciò che esso comporta sull'età pensionabile. Ha quindi illustrato il complesso sistema di calcolo e le aliquote di rendimento con gli eventuali limiti di cumulo.

Amara è apparsa la pagina che riguarda le pensioni delle nuove generazioni di colleghi. Sono stati illustrati gli andamenti delle entrate contributive e le varie casse dei dipendenti pubblici e della Cassa Pensioni Sanitari con un purtroppo amaro riferimento alla storia recente di questa cassa.

In conclusione si è anche auspicato che tutti i medici abbiano una previdenza sotto lo stesso tetto onde poter avere un controllo diretto sull'ente previdenziale ed evitare di essere "depredati" da scelte politiche non certo favorevoli.

Dopo il break il dott. Luigi Daleffe, in qualità di presidente, ha illustrato una novità assoluta in campo medico: la previdenza integrativa, il "FONDO SANITA'". Nel 2007 il "fondo dentisti" è divenuto "fondo sanità", aperto a tutti gli iscritti all'ENPAM.

Le proiezioni dicono che i lavoratori dipendenti in futuro potranno contare su una pensione pari a circa il 50% delle loro retribuzioni medie con casi in cui il vitalizio non andrà oltre il 30% del reddito medio.

Ecco, dunque, la necessità di aderire alla previ-

denza integrativa che si muove su binari diversi dalla previdenza obbligatoria.

Tra le forme di previdenza integrativa si è fatto il raffronto tra polizze assicurative e fondi pensione, propendendo per questi ultimi in quanto soggetti a costi minori. Nel caso di un fondo chiuso i rendimenti paiono essere anche più elevati. Rilevante è il vantaggio fiscale del fondo pensione e vantaggiosa è la tassazione della rendita vitalizia che da questo deriva.

Il fondo della professione è FONDO SANITA', di cui sono stati illustrati caratteristiche e limiti fiscali; oltre alla composizione in comparti dello stesso, si è parlato delle performances e della possibilità di trasferimento ad altro fondo; per ultimo, si sono date delucidazioni sugli organi statutari del fondo in esame.

In conclusione il messaggio è stato che si deve pensare oggi al proprio domani.

Dopo una serie di domande ai relatori, il dott. Luigi Allibardi, consigliere dell'Ordine, ha trattato le conclusioni dell'intera mattinata, mettendo in particolare evidenza le criticità del nostro sistema previdenziale e ricordando l'assoluta necessità della categoria di essere vigile e presente riguardo alle scelte di politica previdenziale.



Breve commento al Piano Sanitario Vaccinale della Regione Veneto

22

Premessa. Negli ultimi 15 anni circa il progresso scientifico ha reso disponibili nuovi vaccini e migliorato le modalità di somministrazione dei vaccini stessi nel rispetto di sicurezza ed efficacia di risultati.

In pratica sono oggi possibili calendari vaccinali più ampi, contro un maggior numero di malattie infettive e ciò si può ottenere con un minor numero di sedute vaccinali (più vaccini nella stessa fiala). Il tutto favorisce il raggiungimento rapido (per i nuovi vaccini) e il mantenimento ottimale (per i vaccini tradizionali) di elevate coperture in grado di limitare al massimo eventuali casi di malattia sporadici in soggetti non immunizzati (problema immigrati, figli di genitori anti-vaccinazioni, etc.)

La pur autorevole Commissione Nazionale Vaccini, sulla base delle vigenti leggi sanitarie, non ha potuto finora elaborare un Calendario Nazionale Vaccini unico per tutto il territorio italiano, ma, fatte salve le vaccinazioni d'obbligo, demanda alle Regioni raccomandazioni non impegnative per i vaccini facoltativi vecchi e nuovi. Il risultato non è ottimale con calendari differenti nelle diverse Regioni: un federalismo regionale immotivato dalla pressoché comune situazione epidemiologica italiana. Siamo lontani da situazioni tipo USA, Paese molto più grande, popoloso e problematico dell'Italia, dove un unico Calendario Vaccinale Nazionale, periodicamente aggiornato, vale dall'Alaska alla Virginia senza eccezioni (tra l'altro chi non si vaccina non va a Scuola).

In Italia si sconta il vecchio errore di classificare i vaccini in obbligatori e facoltativi, quasi i secondi fossero meno importanti dei primi. Ciò ha creato confusione tra gli utenti e gli stessi operatori di settore, ma, alla luce delle moderne conoscenze, non ha più giustificazioni scientifiche, epidemiologiche né sociali. In questo campo gli errori si pagano: abbiamo avuto in Italia per il Morbillo (considerata tuttora vaccinazione facol-



tativa) in anni recenti nel Sud Italia la più grave epidemia europea con oltre 100.000 casi, 8 decessi, molti decorsi con danni permanenti e 1500 ricoveri ospedalieri evitabili. Ciò ha riguardato in prevalenza la Campania con contributi da altre regioni (Lazio e Puglia) dove le scadenti coperture dei bambini avevano portato a numeri di non vaccinati sufficienti per far scattare un'epidemia prevedibile.

Nell'auspicare per il futuro un Calendario Nazionale Vaccini unico, aggiornato ed autorevole, spostiamo la nostra attenzione sui provvedimenti della Regione Veneto.

Piano Sanitario Vaccini vigente nella Regione Veneto. La sola lettura del Calendario Vaccinale in vigore con le note esplicative evidenzia l'allar-

gamento della protezione vaccinale, il perfezionamento dei tempi di intervento, le migliorate modalità di somministrazione.

In primis va sottolineato come la Sanità della Regione Veneto abbia seguito un percorso guidato dalla “*Commissione Regionale Veneta per la profilassi delle malattie infettive e le vaccinazioni*” per estendere la copertura vaccinale ai nuovi vaccini (offerta con chiamata attiva e somministrazione gratuita). Inoltre, utilizzando i progressi tecnici delle co-somministrazioni (più vaccini nella stessa fiala) o, quando possibile, più vaccini nello stesso momento, si sono ridotte al minimo le sedute vaccinali. La comodità e la riduzione degli accessi per l’utenza è fattore decisivo per aumentare le coperture vaccinali. Esempio di recente innovazione: il ProQuad consente di somministrare in una sola fiala 4 vaccini (Morbilli, Parotite, Rosolia, Varicella). La conseguenza prevedibile sarà una rapida salita delle coperture per Varicella (da poco introdotto come vaccino facoltativo) con un probabile consolidamento delle già buone coperture per gli altri 3 vaccini.

Conclusioni. Il Calendario Regionale Vigente conferma l’attenzione costante della Regione Veneto alla buona pratica vaccinale. Più di recente il Calendario è il risultato di un impegno particolare della Commissione Regionale Vaccini negli ultimi 5 anni sotto la guida del suo dirigente dott. Antonio Ferro. Gli aspetti positivi e innovativi sono molti. Il Calendario accoglie tutti i nuovi vaccini (tranne per ora il Rotavirus) è studiato per essere valida profilassi vaccinale non solo per l’Infanzia, ma anche per adolescenti, adulti e anziani. Può definirsi come un Calendario vaccinale ottimizzato per tutta la vita. La Sanità della Regione Veneto ha impiegato con lungimiranza molte risorse economiche nel vitale settore della prevenzione vaccinale. Si pensi ad es. agli elevati costi del vaccino anti-Papilloma virus già nella ns Regione in offerta attiva e gratuita per alcune classi di età significative. La Commissione Vaccini della Regione Veneta ha anticipato (ed è un merito) di qualche anno scelte solo consigliate dalla Commissione Nazionale Vaccini. Come già affermato è auspicabile un unico Piano Sanitario Vaccini per tutta l’Italia, ma per il momento lo impediscono motivazioni, in prevalenza economiche, di alcune Regioni.

Si può essere soddisfatti dei risultati raggiunti nel Veneto per l’ampia offerta vaccinale, per le alte coperture già raggiunte sia per i nuovi vaccini che per quelli tradizionali, da tempo consolidate e stabili.

Il merito va suddiviso tra diverse componenti operative:

Una Commissione Regionale Vaccini che ha lavorato serenamente nelle diverse componenti (Igienisti, Pediatri, Infettivologi etc.) sotto la direzione del dott. Antonio Ferro verso un Calendario a buona ragione oggi tra i più completi del mondo.

Un Governo politico della Sanità Veneta recettivo delle decisioni della Commissione e sensibile nel finanziare la prevenzione vaccinale.

Una Igiene Pubblica preparata e organizzata per attuare i programmi vaccinali sempre più gravosi.

Operatori sanitari del SSN vicini alle famiglie come i Medici di Medicina generale e i Pediatri di libera scelta che hanno sostenuto sul campo le direttive della Commissione Regionale Vaccini.

La protezione vaccinale contro 14 agenti infettivi programmata per il nostro ciclo vitale aggiungerà ulteriori successi a quelli già ottenuti nella lotta per la eliminazione delle più importanti malattie infettive.

Giorgio Meneghelli

membro per la Pediatria di libera scelta della Commissione Regionale del Veneto per la Prevenzione delle Malattie Infettive e delle Vaccinazioni.

Leggi e circolari

Calendario Vaccinale della Regione Veneto

| Vaccino | offerta attiva e gratuita | | | | | | | | | offerta gratuita | |
|---------------------------|---------------------------|----------------------|---------|----------|----------|----------|-------------------|----------|-----------|---------------------|-----------|
| | Nascita | 3° mese ¹ | 5° mese | 13° mese | 14° mese | 15° mese | 6° anno | 12° anno | 15° anno | 65 anni | >65 anni |
| DTP | | DTaP | DTaP | DTaP | | | DTaP | | dTap | | |
| Tetano | | | | | | | | | | Tetano ² | |
| IPV | | IPV | IPV | IPV | | | IPV | | | | |
| Epatite B | HB ³ | HB | HB | HB | | | | | | | |
| Hib | | Hib | Hib | Hib | | | | | | | |
| MPRV | | | | | MPRV | | MPRV ⁴ | | | | |
| Varicella ⁵ | | | | | | | | | varicella | | |
| PCV ⁶ | | PCV | PCV | | | PCV | | | | | |
| Men C ⁷ | | | | Men C | | | Men C | | Men C | | |
| HPV ⁸ | | | | | | | | HPV | | | |
| PV 23valente ⁹ | | | | | | | | | | PV 23valente | |
| Influenza ¹⁰ | | | | | | | | | | Influenza | Influenza |

Legenda

DTaP: vaccino antidiftto-tetnico-pertossoico acellulare;

IPV: vaccino antipolio inattivato;

Hib: vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae b;

PCV: vaccino antipneumococcico coniugato;

Men C: vaccino antimeningococco C coniugato;

HB: vaccino antiepatite B;

MPRV: vaccino tetravalente antimorbillo-parotite-rosolia-varicella;

dTap: vaccino difterite-tetano-pertosse per adulti;

HPV: vaccino antipapillomavirus

PV 23valente: vaccino antipneumococcico 23valente

Note alla tabella

- Per terzo mese di vita si intende il periodo che intercorre dal compimento del 61° giorno di vita fino al 90° giorno di vita, ovvero dal compimento della 8ª settimana di vita fino alla 12ª settimana di vita.
- L'offerta della vaccinazione sarà orientata in via prioritaria ai soggetti con anamnesi negativa per vaccinazione antitetanica (ciclo completo).
- Nei nati da madre HbsAg positiva si somministrano contemporaneamente, entro 12-24 ore dalla nascita ed in siti separati, la prima dose di vaccino (HB) e una dose di immunoglobuline specifiche anti-epatite B (HBIG). Il ciclo vaccinale va completato da una seconda dose a 4 settimane dalla prima, da una terza dose dopo il compimento dell'ottava settimana (può coincidere con la prima somministrazione del ciclo normale) e da una quarta dose all'11 mese (può coincidere con la 3ª dose del ciclo normale).
- La seconda dose della vaccinazione MPRV nel corso del 6° anno di età partirà dall'anno 2011 per la coorte di nascita 2005. Fino al 2010 prosegue come di prassi la somministrazione della seconda dose del vaccino MPR.
- Programmi di ricerca attiva e vaccinazione degli adolescenti con anamnesi negativa per varicella.
- Vaccino pneumococcico coniugato: programmi di ricerca attiva e vaccinazione dei soggetti a rischio elevato; vaccinazione dei nuovi nati come da specifico programma regionale.
- Offerta attiva e gratuita di un'unica dose a tre coorti di età: 13° mese, 6° anno e 15° anno.
- Gruppo target per il 2008: coorte di ragazze nate nel 1996 e nel 1997. La coorte del 1997 potrà essere oggetto di convocazione anche nell'anno successivo. Il ciclo vaccinale prevede 3 dosi (0, 2, 6 mesi).
- Unica somministrazione ai 65enni.
- Offerta gratuita di una dose di vaccino antinfluenzale all'inizio di ogni stagione influenzale secondo le indicazioni specificate annualmente dalla Circolare Ministeriale, con particolare attenzione all'età pediatrica e alle varie categorie a rischio.

Approvazione del Calendario vaccinale della Regione Veneto

(D.G.R. n. 4403 del 30/12/2005 – Modifiche e integrazioni)

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, On. Dott.ssa Francesca Martini, riferisce quanto segue.

Il Piano Nazionale Vaccini (PNV) 2005-07, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni con Atto n. 2240 del 3 marzo 2005, individua gli obiettivi da raggiungere, le aree prioritarie di intervento e le azioni necessarie per migliorare l'offerta delle vaccinazioni sul territorio nazionale.

All'interno di tale Piano Nazionale Vaccini è indicato il calendario delle vaccinazioni per l'età evolutiva e per la Regione Veneto tale calendario è quello approvato con D.G.R. n. 4403 del 30/12/2005, attualmente in vigore.

Con D.G.R. n. 2043/2006 e successiva D.G.R. n. 2603/2007 sono stati destinati dei finanziamenti, rispettivamente per gli anni 2006 e 2007, rivolti alle Aziende Ulss del Veneto per il miglioramento qualitativo e quantitativo dei servizi vaccinali comprendendo la realizzazione di attività di formazione, informazione e sensibilizzazione in prospettiva della volontà della Regione Veneto di passare dall'obbligo vaccinale ad una scelta consapevole, come emerge dalla legge regionale n. 7 del 23 marzo 2007 "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva" che è entrata in vigore dal 1° gennaio 2008.

In data 20/12/2007 l'Intesa sancita tra il Ministero della Salute e i Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano concernente "Strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV In Italia" ha fornito indicazioni per l'offerta attiva e gratuita alla coorte delle dodicenni a partire dal 1° gennaio 2008; offerta prevista anche con D.G.R. n. 2603/2007.

Il Gruppo di lavoro regionale, costituito con decreto del Dirigente Regionale della Direzione Prevenzione n. 261 del 18/05/2005 e composto da medici igienisti e rappresentanti dei Pediatri di libera scelta, ha predisposto il precedente calendario vaccinale regionale dell'età evolutiva.

Alla luce delle nuove evidenze della letteratura scientifica, della situazione epidemiologica di alcune patologie dell'età adulta e nell'ottica di un approccio globale alla popolazione, il Gruppo di lavoro sopraccitato ha predisposto delle modifiche ed integrazioni al precedente calendario vaccinale dell'età evolutiva secondo quanto indicato nei punti seguenti:

Offerta attiva e gratuita del vaccino anti-HPV alle dodicenni a partire dal primo gennaio 2008; Somministrazione del vaccino anti-varicella congiuntamente ai vaccini anti morbillo-parotite-rosolia nella formulazione tetravalente al 14° mese e al 6° anno di età;
offerta attiva e gratuita di una dose di vaccino anti-meningococco C a tre coorti di età : 13° mese, 6° anno e 15° anno;
offerta gratuita del vaccino anti-PV 23valente e della dose di richiamo del vaccino antitetanico ai 65enni;
offerta gratuita del vaccino antiinfluenzale a tutti gli anziani a partire dai 65 anni all'inizio di ogni stagione influenzale.

Leggi e circolari

Il documento, elaborato dal Gruppo regionale, contempla pertanto non solo le vaccinazioni per l'età evolutiva ma tutte le vaccinazioni, affinché vengano date indicazioni chiare in un unico documento di riferimento della profilassi vaccinale denominato: "Il Calendario Vaccinale della Regione Veneto".

Il documento, di cui al paragrafo precedente, è stato sottoposto nella seduta dell'11/02/2008 all'esame della Commissione Regionale per il controllo delle Malattie infettive e Vaccinazioni (costituita con D.G.R. n. 2986 del 04/08/1998 ed integrata con D.G.R. n. 3719 del 20/12/2002) che ha all'unanimità espresso parere favorevole, come da verbale datato 11/02/2008 agli atti.

"Il Calendario Vaccinale della Regione Veneto" contenuto nell'**Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante, troverà applicazione dalla data di adozione della presente delibera.

Si ritiene di demandare a successivo decreto del Dirigente della Direzione Prevenzione l'approvazione di modifiche non sostanziali che il Gruppo di lavoro riterrà opportuno apportare al "Calendario Vaccinale della Regione Veneto".

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento:

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore incaricato dell'istruttoria dell'argomento in questione ai sensi dell'articolo 33, secondo comma dello Statuto il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;
VISTO il DPCM del 29 novembre 2001;
VISTO il Piano Nazionale Prevenzione;
VISTO il Piano Nazionale Vaccini 2005-2007;
VISTE le linee operative predisposte dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie;
VISTO il parere della Commissione Regionale delle Malattie infettive e Vaccinazioni;

D E L I B E R A

di approvare il Calendario Vaccinale della Regione Veneto contenuto nell'**Allegato "A"** al presente provvedimento e di cui costituisce parte integrante;

di disporre l'applicazione immediata del Calendario Vaccinale della Regione Veneto dalla data di adozione della presente delibera;

di stabilire che le vaccinazioni previste in tale calendario rientrano tra i livelli essenziali di assistenza;

di demandare a successivo decreto del Dirigente Regionale della Direzione Prevenzione l'approvazione di modifiche non sostanziali che si dovessero apportare al Calendario Vaccinale della Regione Veneto, sulla base delle indicazioni del Gruppo di lavoro costituito con Decreto n. 261/05 del Dirigente della Direzione Prevenzione.

Sottoposto a votazione il presente provvedimento risulta approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
Dott. Antonio Menetto

IL PRESIDENTE
On. Dott. Giancarlo Galan

Giovani e riscatto anni di laurea

In base alle nuove regole introdotte dalla legge 247/2007, i giovani possono riscattare gli anni di studio anche nel periodo che intercorre tra il conseguimento del titolo e il primo impiego. In questi casi, non essendoci ancora una retribuzione o un reddito di riferimento, la somma da versare per il riscatto, viene determinata sulla base di un parametro uguale per tutti.

Nel 2008 (domande presentate dopo il 1 gennaio 2008) riscattare un anno di università costerà circa 4.500 euro, un importo che moltiplicato per gli anni del corso di laurea dà la somma complessiva da versare all'Inps.

Se il costo del riscatto se lo accolla un genitore, questi potrà fruire di una detrazione di imposta nella misura massima del 19%.

Gli anni di studio saranno considerati validi per qualsiasi forma di pensionamento, come avviene per i lavoratori più anziani che sono nel sistema retributivo o misto. Il vantaggio sarà rilevante soprattutto per coloro che, avendo iniziato l'attività molto presto, matureranno il diritto con 40 anni di contributi, prima cioè di raggiungere la soglia minima (62 anni dal 2013) per la pensione di anzianità con 35 anni di contributi.

Da "Il Sole 24 Ore" del 11.02.08

LA RIFORMA WELFARE INNOVA I RISCATTI

LA POSSIBILITA' DI RISCATTARE PRIMA DI INIZIARE UN LAVORO

(A cura di Paolo Quarto, ENPAM, tratto da *Alessandria medica*, n. 3/2008)

L'importante novità introdotta dalla legge 247/2007 riguarda la possibilità di effettuare il riscatto prima di iniziare una qualsiasi attività lavorativa e quindi prima dell'iscrizione all'INPDAP, all'INPS o ad un Ente di previdenza per i liberi professionisti, quale per la categoria medica è l'ENPAM (presso il quale, per richiedere il riscatto della laurea, è richiesto comunque un requisito di anzianità contributiva al Fondo di almeno 10 anni).

Il riscatto introdotto dalla legge 247/2007 potrà essere richiesto e versato all'INPS, il quale ne determinerà il costo con le regole proprie del sistema contributivo e lo manterrà disponibile in una contabilità separata per il successivo trasferimento, a domanda, nella gestione previdenziale che indicherà l'iscritto.

Il calcolo del contributo da versare all'INPS sarà basato sul livello di reddito minimo previsto dalla legge 233/1990 (reddito minimo commercianti) – valutabile, nel 2008 in circa 13.800,00 euro annui lordi – e con l'applicazione dell'aliquota contributiva prevista per i lavoratori dipendenti (33%). Di conseguenza, il costo di un anno riscattato

potrà raggiungere, nel 2008, circa 4550,00 euro (13.800 x 33%). Sei anni di laurea costerebbero quindi 27.324.00 euro.

Per tale riscatto, la legge 247 conferma inoltre la deducibilità integrale ai fini fiscali e, nel caso in cui il richiedente sia a carico di altro soggetto, la detraibilità a favore di quest'ultimo del contributo versato, nei limiti del 19% del suo ammontare.

Il riscatto così anticipato è trasferibile nella futura gestione previdenziale indicata dall'iscritto, nella misura del montante contributivo formatosi secondo le regole proprie del sistema contributivo, con l'aggiunta, cioè, alle rate di contributo versato, delle rivalutazioni annuali derivanti dall'applicazione dei coefficienti basati sulla media delle variazioni quinquennali del PIL nominale.

Che effetti avrà il trasferimento di tale riscatto? Nelle gestioni previdenziali in cui, per la determinazione della pensione, si applica il sistema contributivo previsto dalla legge 335/1995, esso rappresenterà l'ingresso di una massa contributiva da continuare a rivalutare con lo stesso meccanismo contributivo.

Nelle altre gestioni (quali ad esempio quelle ENPAM) che adottano normative differenti, l'ammontare del contributo rivalutato trasferito potrebbe essere utilizzato per diminuire l'onere di un contributo di ricongiunzione degli anni riscattati (riserva matematica diminuita dal montante contributivo del riscatto INPS trasferito).

Lo decideranno gli Enti interessati o una successiva normativa di applicazione.

La medicina trasfusionale e la malattia emolitica del neonato

28

In data 14 e 15 Maggio 2008 si è svolto un corso di formazione su "La Medicina Trasfusionale e la Malattia emolitica del neonato" con sede a Mestre presso la Sala Riunioni dell'ULSS12 in via don Tosatto 145. Questo evento formativo ha coinvolto medici del dipartimento provinciale di Medicina Trasfusionale (*Dr.G.Marchiori Responsabile del Dipartimento della provincia di Venezia, il Dr.A.Ciappa Responsabile del SIT di Dolo, il Dr.G.Gesson Responsabile del SIT di Chioggia e il Dr.F.Fiorin Responsabile del SIT di S.Donà*), medici dei reparti di Ginecologia e Ostetricia (*Responsabile Dr.T.Maggino*) e di Terapia Intensiva Neonatale dell'ULSS 12 (*Responsabile Dr.G.B.Pozzan*). Questa iniziativa è nata come occasione per condividere su scala provinciale linee guida e raccomandazioni di tre diverse Società Scientifiche: SIMTI (*Società Italiana di Medicina Trasfusionale ed Immunoematologia*), SIGO (*Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia*) e SIN (*Società Italiana di Neonatologia*). In particolare si è discusso sulla gestione della malattia emolitica neonatale da incompatibilità Rh ed ABO, condizione morbosa che negli ultimi decenni si è ridotta grazie all'immunoprofilassi, che però, come hanno spiegato sia i ginecologi intervenuti, il

Dr.A.Tirocinio e il Dr.G.Propersi, che la dr.ssa M.Chirico della terapia Intensiva Neonatale, è ancora di interesse per possibili errori nella tipizzazione della gravida, della puerpera o del neonato e, soprattutto per non adeguati monitoraggi delle sempre più numerose gravidanze extracomunitarie. L'incontro si è concluso con la proposta di istituire un gruppo di lavoro in ambito dipartimentale della provincia di Venezia per avviare un Registro della immunoprofilassi definendo, inoltre, dei criteri per il controllo di efficacia nelle pazienti.

Un secondo obiettivo proposto dal SIT di Mestre (Dr.ssa N.Arreghini, Dr.ssa F.Polese), sarà quello di verificare e uniformare i diversi Laboratori delle aziende sanitarie del territorio provinciale per l'utilizzo di metodiche validate per la tipizzazione del gruppo AB0-Rh e l'identificazione e la titolazione degli anticorpi irregolari (anti-D...) e, inoltre di implementare metodiche citofluorimetriche per la quantificazione della emorragia fetomaterna in gravide Rh negative e metodiche di diagnosi prenatale non invasiva, come la determinazione del genoma fetale nel plasma materno. Il prossimo appuntamento sarà l'8 e il 9 di Ottobre, nella stessa sede, con una seconda edizione del corso.



FEDER.S.P.EV.

Assemblea annuale degli iscritti del 6 aprile 2008 Relazione del Presidente

Saluto e ringrazio tutti con un caro abbraccio, ospiti graditi, amici e colleghi.

Questa Assemblea, oggi, ha il privilegio della partecipazione di figure di prestigio, tra le quali il nostro Presidente Nazionale dott. Eumenio Miscetti, che ci arricchisce non poco, dopo i tristi recenti eventi. Sicuramente sono anche tra noi, tutti quelli che ci hanno preceduto, in particolare il dott. Antonio Sartori Presidente Onorario e il dott. Italo Franzoso Presidente indimenticabile, che restano il punto di riferimento, il simbolo e l'identità di questa Sezione.

Dedichiamo ai nostri colleghi che ci hanno lasciato, un minuto di raccoglimento e di riflessione.

Desidero anche dedicare questa relazione a quanti mi sono stati vicino, in questi anni, nel lavoro e nelle speranze, con la loro esperienza e il loro insegnamento.

Attività della Sezione.

Nel 2007 il C.D.P. si è riunito quattro volte (21 febbraio, 30 maggio, 22 ottobre, 27 novembre).

L'Assemblea Annuale degli Iscritti è stata convocata il 1° aprile 2007.

Il Presidente ha partecipato al Consiglio Nazionale di Roma del 18 febbraio 2007 e relativo Comitato Direttivo Regionale, al 44° Congresso Nazionale di Rimini e Comitato Direttivo Regionale dal 12 al 16 Maggio 2007 e al Comitato Direttivo Regionale del 18 ottobre 2007 all'Hotel Bologna di Mestre (sostituito).

Dalla Tesoreria, con scrupolosa precisione e documentazione, vengono redatti i bilanci (consuntivo e preventivo), la cui congruità e avvallata dal Collegio dei Revisori dei Conti.

La Segreteria, puntualmente e ampiamente redige i verbali che rappresentano la nostra storia.

Mi sia consentito di reputarlo un fiore all'occhiello lo spazio, spesso di due pagine, a noi riservate, sul Notiziario dell'Ordine, ormai da qualche anno, essenziale per l'informazione e la comunicazione:

abbiamo una voce sempre più ascoltata con interesse e condivisa.

Il mio fortunato inserimento, da oltre due anni, nel Comitato di Redazione, dopo la mia nomina nel Collegio dei Revisori dei Conti in seno al Consiglio dell'Ordine, confortato dalla totale autorevole disponibilità del Presidente dott. Maurizio Scassola e degli altri colleghi del Gruppo di Lavoro, ha permesso la gratificante costante pubblicazione di quanto ho scritto e presentato, anche dell'amico Italo, concernente i nostri problemi pensionistici.

A riguardo ricordo alcuni titoli:

"Lo stile di vita del medico in pensione"

"Pensioni di reversibilità"

Equità pensionistica e fiscale,

Ancora una revoca dei nostri diritti nella Finanziaria,

Un giorno speciale

Relazioni del Presidente della Sezione nell'Assemblea Annuale degli Iscritti

e quant'altro riportato da "Azione Sanitaria".

Il 30 ottobre 2007 si è verificato un evento prioritario

Attività
dell'Ordine



Combi, Miscetti, Sassi

rio, di grande soddisfazione per la FEDER.S.P.E V., una promessa; il punto quattro dell'Ordine del Giorno, della Seduta di Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia, così recitava:

problemi pensionistici, attualità e proposte (relatori dottori Sassi -Breda).

La mia relazione si è articolata su tre punti:

Verifica di una realtà scomoda

(pubblicata nel n°6 Notiziario 2007).

La complessità degli aspetti che interessano la nostra categoria.

Considerazioni e proposte

(pubblicati nel n°1 Notiziario 2008).

Grazie carissimo Presidente dott. Maurizio Scassola per quel che abbiamo ricevuto e per portare avanti il dialogo conoscitivo e costruttivo.

Gli interessi degli Attivi devono essere strettamente collegati a quello pensionistico, per difendere e salvare un patrimonio, un diritto adeguato, ben preciso e intoccabile, che si acquisisce sempre più con fatica. Coordinare, informare, stimolare e proporre è il nostro lavoro;

i Sindacati hanno possibilità di confronto e di lotta.

La tutela del pensionato e in particolare dell'anziano è un punto d'onore in uno Stato civile, certamente il più rilevante tra gli obiettivi della sicurezza sociale: ci si chiede il perché di tanti silenzi nel tempo perduto! Gli ordini professionali devono essere, come il nostro, centri di osservazione, per studiare le qualità di pensionati cui fanno capo.

La FNOMCeO ha deciso di convocare in una tavola rotonda i vari Sindacati e la FEDER.S.P.E V. che intende prendere contatti ufficiali con l'ENPAM a titolo conoscitivo delle nostre problematiche.

Purtroppo con l'ENPAM non possiamo risolvere la corresponsione della tredicesima mensilità (ritengo possibile quella della pensione ordinistica uguale per tutti, ma non quella differenziata, frutto di attività professionale).

I nostri Enti previdenziali ENPAM, ENPAV, ENFAF si sono resi disponibili per riscuotere le nostre quote associative.

Resta ancora aperto un altro grosso problema: l'assegnazione, per intero dell'Indennità Integrativa Speciale.

Quest'anno ricorre il 70° della fondazione dell'ENPAM: potrebbero bastare perché avvenisse qualche miracolo!

La Finanziaria 2007, riducendo l'obbligatorietà contributiva all'ONAOSI, esclusivamente per i Sanitari con rapporto di dipendenza pubblica, ha sconvolto impegni e previsioni legati alla sopravvivenza e alla funzionalità dell'Opera.

Si sta elaborando un nuovo statuto in accordo con una vasta platea di Sindacati, e di Ordini, della quale dovrebbe far parte, di diritto, anche la FEDER.S.P.E V.

È difficile pensare come venga così poco capita la contribuzione volontaria, quando molti orfani sono stati allevati e fatti studiare gratuitamente.

L'attuale gestione dell'ONAOSI, che ha ormai un secolo di vita, sembra avere considerevole spesa per il numero e il trattamento del personale; acquisisce un nuovo centro a Torino, mentre termina, con un nebuloso destino, la gestione del Residence di Montebello (PG) ceduto ad una compagnia che ha altre gestioni.

Per l'allargamento delle iscrizioni, la Presidenza Nazionale ha già fatto appello alle Reti Televisive private e nazionali perché la Privacy impedisce agli Enti previdenziali di fornire il fascettario degli indirizzi, per poter stabilire contatti diretti.

Su richiesta di alcune Sezioni, una Commissione sta lavorando per coinvolgere l'Unione Generale dei Lavoratori alla risoluzione delle nostre aspettative.

Una importante ed attuale tematica è "il testamento biologico":

dobbiamo risolverla nel migliore dei modi.

Il 23 settembre si celebra la "Giornata del Pensionato" che raccoglie entusiastiche adesioni in tutta Italia: in futuro dobbiamo far nostro un piacevole coinvolgimento.

Il nostro giornale "Azione Sanitaria" distribuito gratuitamente agli Iscritti, il cui direttore responsabile è il nostro stimato ed infaticabile Presidente dott. Eumenio Miscetti costituisce una fonte preziosa di informazioni previdenziali, di vita sezionale, di cultura, di svago e di turismo: una lettura attenta e interessata è estremamente utile e costituisce inoltre, un valido elemento aggregante.

Encomiabile e gratuita è l'attività di consulenza della massima competenza, svolta dal dott. Quarto con la più completa disponibilità.

Grazie all'impareggiabile e preziosa attività organizzativa del Presidente Regionale dott.ssa Maria Luisa Fontanin, molte e interessanti sono le iniziative socio-culturali-turistiche alle quali tutti noi siamo invitati ad aderire: in Maggio di quest'anno è stata organizzata una gita provinciale a Torino (Museo Egizio e del Cinema) con varie tappe, in Settembre una gita regionale in Friuli - Venezia Giulia.

Il 31 maggio scade la polizza sanitaria ENPAM-GENERALI. È nel nostro interesse rinnovarla e sottoscriverla, il numero delle adesioni è certamente proporzionale ad ulteriori benefici che si possono cogliere.

Il prossimo Congresso Nazionale si terrà a Perugia dal 25 al 27 maggio all'insegna di un gratificante

momento d'incontro e di crescita.

Abbiamo una storia di serietà e d'impegno che può rivelare capacità insperate.

È stato aggiunto allo Statuto un quarto comma il - d- che recita:

"non ha fini di lucro, svolge attività di volontariato e di solidarietà" (al 44° Congresso di Rimini).

Le piaghe restano ancora aperte, lo stesso dolore, la stessa sofferenza, gli stessi problemi.

l'abolizione della dinamica salariale con il mancato agganciamento alle retribuzioni degli attivi.

l'amputazione indiscriminata delle quote ISTAT, già emblematiche

ed inadeguate a far fronte all'infrenabile costo della vita e all'inflazione, la più alta da cinque anni a questa parte.

l'impetosa tassazione sulle pensioni calcolate come redditi da lavoro

le pensioni di reversibilità.

le pensioni d'annata.

Credo che occorra una legislazione speciale per le pensioni. Una riduzione delle tasse, quale auspica la triplice per i salari da lavoro dipendente, porterebbe ad un aumento della capacità d'acquisto delle nostre pensioni, come già avviene in altri Paesi.

Comunque non ci stancheremo mai di essere ripetitivi, ne siamo obbligati, perché l'ascolto è dubbio: chiediamo l'abrogazione intergale di ogni ingiusto trattamento discriminativo, qualunque, punitivo ed offensivo.

Coinvolti, in prima persona, nell'attuale naufragio economico, è legittimo invocare, come anticipo, un aiuto concreto, speciale come è stato già erogato

negli anni settanta.

Come riportato da Azione Sanitaria di Gennaio di quest'anno, è stata espressa una linea da seguire nel tentativo di difesa economica delle nostre pensioni, in occasione di una recente riunione del Comitato Direttivo Nazionale, che collima con quanto ebbi il piacere di scrivere, nel Settembre del 2005 al nostro Presidente, con oggetto: "Una riflessione, forse una svolta di politica sindacale". Si tratta di ripetuti incontri, in tutta Italia, di gente preparata e responsabile con gli altri movimenti sindacali per affrontare i vari temi e decidere le strategie e le modalità di confronto.

Da soli non abbiamo spessore e siamo destinati a soccombere; l'esperienza ce lo insegna.

Il Fondo di Solidarietà, stupenda iniziativa socio-umanitaria, necessita di un robusto ritocco della contribuzione: come reperire i fondi se la situazione non migliora?

La soglia di povertà è in aumento strepitoso, come i costi della Politica!

Anche la quota d'iscrizione, pur modesta, all'Ordine, può diventare insostenibile.

Niente è più umano di vivere una vita dignitosa e serena,

rifiutiamo un vergognoso graduale impoverimento programmato, invitiamo chi più di noi ha responsabilità di decisione e possibilità di scelta a fare presto, molto presto, gli anni incalzano e la vecchiaia non è una realtà vuota: abbiamo il diritto di programmarla come una nuova vita.

Giuliano Sassi



IL NUOVO SITO DELL'ORDINE È "ON LINE"

User Password Login Hai dimenticato la Password? | [Registra](#)

OMCeO Venezia Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Home | L'Ordine | Dove siamo | Area Odontoiatri | Servizi al cittadino | FNDOMCeO |

[Mappa del sito]

L'ordine

- Codice Deontologico
- Struttura e organizzazione
- Giuramento professionale
- Ordine e collegi sanitari
- Amministrazione Sito Web
- Dove siamo

News ed eventi

- Ultimi interventi
- Notizie medici
- Eventi e Congressi
- Dalla rete
- Notiziari scaricabili in PDF
- Rassegna Parlamentare

Modulistica

- Modulistica
- Lettere

ECM

- ECM in provincia
- ECM in Veneto

Ultimi inserimenti

26 Giugno - Medici - Interventi
Parere del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia sull'Amministrazione di Sostegno

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia nella seduta del 12.06.2007 ha esaminato la legge 9 gennaio 2004 n. 6 che riguarda la cd. "amministrazione di sostegno", istituto giuridico che viene ad affiancarsi a quelli tradizionali e più noti dell'interdizione e dell'inabilitazione (artt. 414-415 c.c.) ed ha espresso un proprio parere.

Area odontoiatri

[Home odontoiatri >>](#)

Ultimi Interventi

Parere del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia sull'Amministrazione di Sostegno [27 Hits]

26 Giugno - Segreteria OMCeO-Ve

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia nella seduta del 12.06.2007 ha esaminato la legge 9 gennaio 2004 n. 6 che riguarda la cd. "amministrazione di sostegno", istituto giuridico che viene ad affiancarsi a quelli tradizionali e più noti dell'interdizione e dell'inabilitazione (artt. 414-415 c.c.) ed ha espresso un proprio parere.

[leggi]

Eventi e Congressi

Convegno: "Alleanze per la Salute" - Padova, 18 giugno 2007 [52 Hits]

18 Giugno - Segreteria OMCeO-Ve

L'ESQJ European Society for Quality in Healthcare terrà a Padova - il 18 giugno 2007 in occasione dell'inaugurazione del suo nuovo ufficio - il Convegno "Alleanze per la Salute".

[leggi]

Convegno: "Strategie e strumenti per la gestione del Rischio Clinico nel territorio" - Venezia, 21-22 giugno 2007 [46 Hits]

15 Giugno - Segreteria OMCeO-Ve

L'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto organizza il convegno "Strategie e Strumenti per la Gestione del Rischio Clinico nel Territorio" che si svolgerà il 21 ed il 22 GIUGNO 2007 dalle ore 9.30 alle ore 18.00 c/o l'Isola di S. Servolo - Venezia.

[leggi]

Convegno: "Il Ginocchio Doloroso" - Venezia 23 giugno 2007 [166 Hits]

01 Giugno - Segreteria OMCeO-Ve

La Direzione della Struttura Complessa di Reumatologia dell'Azienda Ulss 12 Veneziana organizza il CONVEGNO "ILGINOCCHIO DOLOROSO" che si svolgerà SABATO 23 GIUGNO 2007 presso Palazzo Cornoldi a Venezia

[leggi]

Convegno :La certificazione medica per l'attività sportiva non agonistica - Mestre, 16 giugno 2007 [478 Hits]

19 Maggio - Segreteria OMCeO-Ve

La Fondazione ARS Medica con il patrocinio dell'Ordine di Venezia organizza il

Caso Welby - Rinvio a giudizio dell'anestesista [49 Hits]

15 Giugno - Amministratore 1

Da "Il Gazzettino" del 9 giugno 2007: La Procura di Roma chiederà il rinvio a giudizio dell'anestesista per il reato di omicidio del consenziente. Le conclusioni della Commissione Disciplinare dell'Ordine di Cremona non sono state sufficienti per il Gip del Tribunale di Roma Renato Laviola.

[leggi]

Dai collegi dell'Ordine di Cremona il Provvedimento di Archiviazione sul caso Welby [48 Hits]

14 Giugno - Amministratore 1

Le motivazioni del Provvedimento di Archiviazione della Commissione Disciplinare dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Cremona pertinente sul caso Welby.

[leggi]

PAX TIBI **EVA NGE**