

OMC eO

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

04.08

Anno XL - n. 04 del 31 luglio 2008 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

**A Venezia un confronto per un'alleanza
euromediterranea**

Contenzioso e revisione tra pari nell'ordine

Pediatri veneziani per l'Africa

**La previdenza complementare:
il fondo sanità**

**La comunicazione tra medici.
Progetto pilota AULSS 13**



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 luglio 2008

04 A Venezia un confronto
per un'alleanza euromedi-
terranea

06 Il contenzioso e la
Revisione tra Pari
nell'Ordine

08 Convocazione assemblea
iscritti albo odontoiatri

08 Responsabilità
professionale:
dove stiamo andando?

10 Rafiki - Pediatri per
l'Africa. Progetto
"Pediatri a Ol Moran"

12 La Previdenza
Complementare:
Fondo Sanità

14 Brevi Notizie Fiscali

16 Il medico di famiglia è
fuori dalla "riscossione
accentrata"

18 I Comitati Etici per la
Pratica Clinica nella
provincia di Venezia

20 Commissione Pari
Opportunità: Documento
di Accoglienza

21 Medico donna e
professione

21 ENPAM - Nuove coordinate
bancarie: passaggio all'utiliz-
zo dell'iban

22 Corso di formazione

23 L'aborto clandestino farmacologi-
co con Cytotec, il nostro Codice
Deontologico e la legge 194/78

25 La vicenda dell'Hospice
pediatrico "Casa del
bambino" di Padova

26 FEDER S.P.EV.: chi siamo,
come agiamo

28 FNOMCEO Il Chiropratico
deve essere un medico
specialista

29 Medici competenti: obbligo di
comunicare il possesso dei tito-
li mediante autocertificazione

30 La comunicazione fra medici,
strumento indispensabile per
un percorso di cura di qualità

Sommario

3

A Venezia un confronto per un'alleanza euromediterranea

4

In un suo libro “Venezia è un pesce” Tiziano Scarpa descriveva Venezia in modo originale; la somiglianza di Venezia a un pesce diviene evidente se osserviamo una cartografia della Laguna: la testa del pesce rivolta verso la Terraferma, la coda rivolta verso le bocche di porto ed il mare aperto. Ma se osserviamo con più attenzione (e con un po' di fantasia!) vediamo che il pesce è attaccato ad una lenza, il ponte della libertà, quasi un tentativo della Terraferma di non farlo scappare, di tenerlo legato a sé! Venezia è anche questo, una suggestione dell'animo umano. Per progettare il nostro futuro non dobbiamo dimenticare il passato, la cornice geopolitica-sociale nella sua dimensione locale, nazionale e internazionale. Non possiamo vivere di sola “rendita storica” ma rivisitare continuamente il nostro ruolo individuale, istituzionale e comunitario. Lo stesso comportamento, ovviamente, ci attende nell'ambito della professione perché non siamo solo professionisti/tecnici ma prima di tutto cittadini competenti che devono osservare e porsi domande con un occhio rivolto alle proprie radici ma con l'altro sempre attento ai cambiamenti ed al “contesto”.

Come si deve porre un ordine professionale nel quadro politico nazionale e internazionale attuale? Possiamo essere una Istituzione autorevole e mediatrice in una fase di profonda rivisitazione del Sistema Socio-Politico? Sino a quale punto possiamo spingerci per suggerire ed affiancare la Politica nelle scelte di indirizzo ma anche in quelle etiche e legislative?

Da sempre abbiamo creduto in un nostro ruolo attivo e partecipe alla rivisitazione del Sistema del Welfare; da sempre ci poniamo come interlocutore, proponendo la Professione come laboratorio di confronto su temi etico - filosofici calati nella concretezza di progetti di assistenza e di cura alla Persona. Non possiamo mai dimenticare il nostro ruolo nella complessa riorganizzazione del SSNN, del Sistema Sanitario Regionale e

delle nostre Aulss provinciali. Ma desideriamo essere cittadini e professionisti a tutto tondo consapevoli e responsabili in un contesto sempre più stretto e denso di rapporti anche internazionali e di continui “flussi”:

informativi, normativi, relazionali e migratori. Credo vi sia, anche in queste riflessioni, una perfetta sintonia con la FNOMCeO che, con la presidenza di Amedeo Bianco, ha dato una svolta nella gestione della Federazione, stimolando sempre la partecipazione di tutti gli OMCeO provinciali alla elaborazione delle strategie nella costante condivisione dei programmi. Vogliamo offrire alla Professione ed alla Politica, anche a livello delle relazioni internazionali, un laboratorio sui grandi temi della Salute e della Organizzazione di Sistema. Interculturalità e multietnia come valore aggiunto, come occasione e non come ostacolo alla ricerca di soluzioni che possano mediare in un quadro internazionale di grande instabilità ed incertezza sia sui programmi politici e organizzativi che sulle scelte etiche. Dall'1 al 4 ottobre si svolgeranno a Venezia, organizzato dalla FNOMCeO in collaborazione con il nostro OMCeO, le riunioni del GIPEF e del COMEM.

Il GIPEF (Grecia, Italia, Portogallo, Spagna, Francia, Belgio, Cipro, Slovenia, Lussemburgo, Albania) è un organismo che coordina le attività di Paesi Euro-Mediterranei; i membri del GIPEF hanno tra l'altro concordato di scambiare informazioni sull'evoluzione normativa in materia



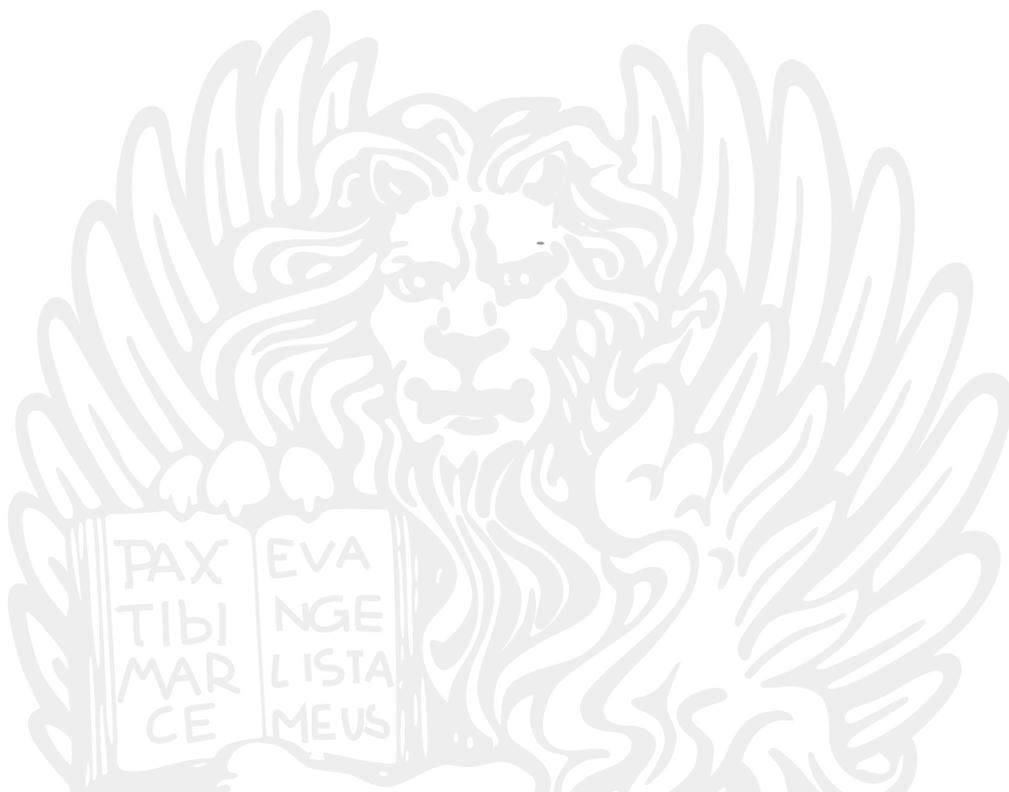
sanitaria e professionale e di coordinare iniziative sui temi di comune interesse.

Il COMEM (Conferenza degli Ordini dei Medici Euro Mediterranei) nasce per attivare e mantenere relazioni stabili tra numerosi Ordini e Associazioni Mediche di paesi che si affacciano sul mediterraneo, paesi del Nord Africa e del Medio Oriente. Il COMEM si caratterizza quindi per rappresentare gli "Ordini" di numerosi paesi anche extra europei e rappresenta un secondo, potente strumento "politico" di valorizzazione delle "differenze" e di possibile mediazione in un periodo storico che vede la crisi delle organizzazioni internazionali ed europee.

E' evidente, nel continente europeo, la grave difficoltà dei paesi membri di uscire dalle secche della approvazione della Costituzione come è chiara la preoccupazione, in qualche caso vissuta come vera emergenza, verso i fenomeni immigratori. Sono temi che riguardano strettamente anche i flussi di personale medico, infermieristico e di assistenza alla persona. Gli europei manifestano posizioni che continuamente fluttuano tra due polarità: la grave carenza assistenziale in alcune aree professionali e la preoccupazione di perdere il controllo della qualità e della quantità dei flussi. Non secondaria è l'esigenza di individuare, in aree geo-politiche così eterogenee, i comuni valori (le comuni radici antropologiche) e le possibili collaborazioni nell'ambito dello Sviluppo Professionale Continuo.

La crisi del sistema assistenziale (caso tipico è quello inglese) pone problemi di concreta, grave emergenza per la professione che vede le scelte politiche spesso più condizionate dalle leggi di mercato che dalla esigenza di garantire prioritariamente la Qualità e la Sicurezza. E' in questo contesto che si inserisce il problema della organizzazione del lavoro e dei suoi tempi; abbiamo la necessità, anche in ambito europeo, di un serio confronto tra le organizzazioni mediche. La discussione sul Working Time rappresenterà un obiettivo prioritario perché è un elemento che condiziona gravemente la professione. Il recente accordo europeo sull'orario di lavoro settimanale (proposta di direttiva "recante modifica delle direttive 93/104/CE e 2003/88/CE.." con la quale si potrebbero eliminare fondamentali garanzie per la tutela del lavoro e della sicurezza delle cure) ci impone di affrontare la questione con determinazione anche attraverso la costituzione di lobby "etico-professionali". Per tutte queste riflessioni crediamo che questo convegno non sia estraneo agli interessi degli Iscritti perché costruisce una forte aggregazione intorno a temi che devono rappresentare argomenti di discussione e di azione ineludibili. A Venezia desideriamo lasciare un laboratorio permanente che permetta ai Colleghi dell'area euro mediterranea di lavorare sui valori e sulle strategie comuni.

Dott. Maurizio Scassola



Il contenzioso e la Revisione tra Pari nell'Ordine

6

Il contenzioso medico-paziente si traduce il più delle volte in una richiesta di risarcimento e in una conseguente causa civile a cui talora si aggiunge una causa penale per il riconoscimento di una responsabilità personale ed un esposto all'Ordine per avviare un procedimento disciplinare. Può accadere che la Commissione dell'Ordine, valutato l'esposto presentato dal cittadino, sottoponga il collega ad un procedimento disciplinare per una violazione dei doveri deontologici esposti nel Titolo II del nostro Codice Deontologico (Doveri Generali del Medico) ma anche nel Titolo III (Rapporti con il Cittadino), che si riassumono nel dovere di "tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo della sofferenza" ma che comprendono anche il dovere di riservatezza, tutela della privacy, appropriatezza ed adeguatezza diagnostica e terapeutica, aggiornamento e via elencando. Può, tuttavia, accadere anche (ed è accaduto) che i membri della Commissione nella lettura dell'esposto presentato dal cittadino non rinvenivano alcuna violazione deontologica. In una condizione di questo genere la Commissione può rispondere semplicemente che non ha trovato motivi per aprire un procedimento disciplinare, ma una risposta di questo genere può generare nel cittadino una sensazione di abbandono e di chiusura corporativa.

La Commissione si può, perciò, trovare (e di fatto è accaduto che si trovasse) nella scomoda alternativa tra, da un lato, una scelta apparentemente alla Ponzio Pilato, in contraddizione con le conclusioni del procedimento civile e penale, e, dall'altro, il trattamento del collega comunque come colpevole. Per sfuggire a questa antipatica alternativa la Commissione Odontoiatri di Venezia, in un caso simile a quello descritto presentatosi recentemente, ha deciso di sentire il collega interessato insieme con il perito che aveva stilato la perizia sulla cui base il collega in questione era stato condannato in sede sia civile che penale.

La Commissione Odontoiatri dell'Ordine è in una situazione molto particolare sia rispetto al tribunale civile e penale da un lato, sia rispetto alla Commissione Medica dall'altro.

Il Tribunale, sia civile che penale, infatti, è presieduto da giudici non medici i quali devono attenersi

a quanto stabilito dai periti. La Commissione dell'Ordine, invece, è costituita tutta da professionisti e, nel caso della Commissione Odontoiatri, da specialisti che esercitano nella stessa branca del collega sottoposto a procedimento, diversamente dalla Commissione Medica, la quale è costituita da Medici Specialisti in diverse branche e all'interno della quale può accadere anche che nessuno abbia la stessa specialità dell'incolpato.

La convocazione del collega e dei periti coinvolti in una indagine per supposta malpratica, da parte della Commissione Odontoiatri, assume, quindi, la dimensione di una "Revisione tra Pari, la quale può permettersi di entrare nello specifico dei fatti contestati, rimettendoli radicalmente in discussione a prescindere da qualsiasi conclusione sia stata raggiunta in procedimenti precedenti.

Nel caso in esame, dopo una approfondita discussione, il perito è giunto a concordare con la Commissione che le sue affermazioni, sulla cui base il collega è stato condannato, non poggiavano su alcuna evidenza scientifica né riferimento bibliografico. A conclusione dell'incontro è stato lasciato a ciascuno dei partecipanti l'impegno, in base all'art.1 del nostro Codice Deontologico ("Il Medico è tenuto a prestare la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con il proprio Ordine Professionale"), di comunicare qualunque voce bibliografica o altra evidenza scientifica che possa smentire la conclusione di cui sopra.

Al cittadino è stato risposto con la lettera riportata nel riquadro, con la quale il Presidente della Commissione si è assunto in prima persona la responsabilità della valutazione delle evidenze disponibili e della smentita dei procedimenti civile e penale conclusi con una valutazione del tutto opposta. Tale vicenda apre nuove e interessanti prospettive per la Commissione Odontoiatri, la quale non può esimersi da un percorso nello specifico come quello descritto, a meno di non essere disposta a tradire il proprio ruolo di tutela della salute del cittadino da un lato o di rispetto della verità medico-scientifica dall'altro.

dott. Cosimo Tomaselli

Gentili Sig.ri,

in data 23/06/08 si è svolto l'incontro di cui Vi avevo dato comunicazione con la mia prot. 2247 del 10.06.2008, per valutare la Vostra richiesta di sottoporre il dott. XY a tutti i provvedimenti disciplinari previsti in relazione al trattamento effettuato alla sig.na XX. In tale occasione con l'aiuto del dott. XY, del dott. XY, del dott. XY e dei componenti della Commissione Odontoiatri di Venezia al completo, ho valutato a fondo l'iter diagnostico e terapeutico in oggetto.

Dopo ampia discussione e dopo aver a lungo ascoltato i punti di vista di tutti i presenti, sono arrivato alla conclusione che non vi siano al momento evidenze scientifiche per le quali ulteriori esami radiografici avrebbero diminuito il rischio di un riassorbimento radicolare degli incisivi. Tali esami avrebbero invero potuto documentare un percorso anomalo di eruzione dei canini, ma le linee guida attualmente condivise dalla maggioranza della comunità scientifica, tenuto conto anche delle recenti indicazioni in termine di radioprotezione, non giustificano la ripetizione di esami radiografici in assenza di indicazioni o dubbi clinici.

I colleghi riuniti hanno anche convenuto che non vi sia al momento evidenza scientifica che una precoce espansione palatale avrebbe diminuito il rischio di riassorbimento radicolare e neppure che si possa ipotizzare una relazione causale tra l'apparecchiatura fissa applicata e il riassorbimento manifestatosi. Tenuto conto di quanto sopra non pare di poter ravvisare nel comportamento del dott. XY violazioni deontologiche che giustifichino l'apertura di un procedimento disciplinare, né sul piano dell'aggiornamento professionale, né su quello dell'attenzione e dello scrupolo dedicati al caso in esame. Dal punto di vista personale mi rendo conto che l'esperienza vissuta dalla signorina XX può essere stata estremamente dolorosa, ma il compito di ogni medico è quello di prevenire e curare le malattie in base alle conoscenze disponibili al momento. Se il medico riesce in tale compito, grazie a tale impegno il paziente guarisce, ma in caso contrario non si può incolpare il medico bensì la natura, talvolta incomprensibilmente "matrigna".

Condizioni estremamente atipiche e anomale come quelle della signorina a dir la verità andrebbero studiate ed approfondite dal punto di vista genetico, biologico, anatomico, istologico, immunologico, affinché si possano elaborare linee guida fondate scientificamente e più appropriate per il futuro. Mi rendo conto che tale eventualità (linee guida più adeguate per il futuro) possa essere di ben poca consolazione per la paziente, ma la inviterei a riflettere sul fatto che lei dal punto di vista medico gode dell'esperienza maturata sui fallimenti del passato, così come c'è da sperare che i casi del futuro potranno beneficiare delle dolorose esperienze presenti.

Confermandole ancora la mia partecipazione dal punto di vista umano, sentendomi comunque chiamato personalmente in causa per i limiti tutt'ora evidenti delle nostre conoscenze scientifiche, saluto cordialmente.

Venezia – Mestre 14.07.2008

**IL PRESIDENTE
DELLA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI**
(dott. Cosimo Tomaselli)

Editoriale



CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ISCRITTI ALBO ODONTOIATRI

Il giorno 30 Settembre 2008
alle ore 20.30
presso la sala dell'Ordine in Via Mestrina 86
è convocata l'assemblea degli iscritti all'Albo Odontoiatri
della provincia di Venezia

con il seguente Ordine del Giorno:

L'accordo del Ministero del Welfare per l'assistenza Odontoiatrica alle categorie svantaggiate.
Valutazione deontologiche e modalità di adesione.

8 Responsabilità professionale: dove stiamo andando?

La PROMED Galileo è una Società medico-scientifica, interdisciplinare, non a scopo di lucro, che ha per fine la promozione della cultura dell'interdisciplinarietà nelle scienze biomediche e lo sviluppo delle attività, di ricerca, di formazione continua e di aggiornamento dei **medici** associati, secondo principi di collaborazione ed integrazione **interdisciplinare**, indipendenza, correttezza deontologica, libertà di pensiero e di azione. L'Associazione organizza incontri scientifici, dibattiti su tematiche etico-professionali, ricerche, partecipa alla stesura di linee-guida e promuove l'interscambio culturale tra le singole aree specialistiche e la medicina del territorio, aderisce e supporta il Codice di Ferrara circa i diritti del medico ed è stata fondata a Cascina (Pisa) il 28/03/00, essendo anche affiliata alla Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM).

Il primo sabato di giugno di quest'anno ho potuto partecipare alla giornata medico-legale che era stata inserita nel contesto del Congresso nazionale della Società all'interno del bel parco di **Uliveto Terme** nei pressi di Pisa e di assistere nell'assolato pomeriggio ad una interessantissima tavola rotonda sulla **responsabilità** medica, presenti purtroppo soltanto poche decine di Colleghi, per lo più medici legali, essendo tutti gli altri "distratti" da altre concomitanti sessioni congressuali.

Fra i relatori anche il nostro conterraneo prof.

Angelo **Fiori**, per tanti anni ordinario di medicina legale alla Cattolica di Roma, che ha intrattenuto l'uditorio da par suo spiegando fra l'altro che i numeri rimbalzati sui giornali riguardanti i presunti morti in corsia non riconoscono invero alcuna base concreta ma hanno soltanto funzione "mediatica" nel tentativo di far colpo sull'immaginario della popolazione che legge o che ascolta né va dimenticato come da problemi attinenti alla responsabilità sono ad oggi in gran parte interessate alcune particolari specialità, più spesso chirurgiche, ed almeno sino ad ora ancora relativamente poco i colleghi del territorio, nonostante che il fenomeno nel complesso risulti senza dubbio "straordinario" rispetto ad altri professionisti quali notai, avvocati, commercialisti.

D'altro canto la medicina attuale paga un tributo sempre più elevato alla sua espansione connotata da limiti incerti, frequenti temerarietà ed errori, correlati non solo ad insufficienze umane e professionali ma anche ad una crescente **rischiosità** dei trattamenti diagnostici ed anche di quelli terapeutici nonché all'enorme numero di prestazioni che moltiplicano i suddetti rischi esponenzialmente, se solo si pensi al fatto che in Italia i ricoveri ospedalieri assommano a circa 12 milioni di persone ogni anno; d'altronde accade che determinate "abitudini" finiscano per rivoltarsi contro i medici stessi, ad esempio quando negli articoli scientifici viene scritto che su 100 interventi si sono avuti 5 casi infausti con morte del paziente.

Vi è altresì il perdurante problema delle **perizie** che non di rado “pilotano” la giurisprudenza che si preoccupa di delinearne il “contorno” del caso, che prima era stato clinico e quindi diviene giudiziario, cosicché anche sentenze famose quali esempio la Franzese nella realtà si sono fondate su di un ragionamento medico-legale che non stava in piedi, ciò che il prof. Fiori aveva avuto modo di scoprire esaminando nel dettaglio la documentazione giudiziaria specifica comprensiva della consulenza del perito incaricato.

Nello stesso mondo nordamericano vi sono problemi rispetto all’attività peritale e la materia della responsabilità professionale è sempre di particolare difficoltà nonostante che si ricerchi la collaborazione con specialisti dei diversi settori professionali e non sempre si riescono ad ottenere i risultati sperati che dovrebbero scaturire dalla corretta e puntuale analisi della condotta professionale dei medici per come si era determinata.

Il rovescio della medaglia è la medicina **difensiva** che dilaga ma anche quella che il Professore aveva di recente definito “dell’obbedienza giurisprudenziale” con insiemi clinici che tendono a conformare il proprio agire a qualche sentenza letta, magari soltanto nella sua massima, tutto ciò in maniera del tutto impropria dimenticando che la sentenza ha un significato soltanto per quel caso “specifico” e non può di certo avere valore generale.

A tutto questo si affianca la tendenza ormai inveterata a vedere citata in giudizio la “struttura” sanitaria quasi che quest’ultima dovesse pagare comunque (!) nel contesto di quella che da qualcuno viene definita quale responsabilità “paraoggettiva”.

Su questi argomenti il relatore ha più oltre auspicato che prenda piede anche in Italia, grazie a modificazioni legislative analogamente all’Austria un sistema di soluzione delle controversie “no fault” mediante un indennizzo e che sull’argomento responsabilità vengano fornite puntuali informazioni agli studenti già durante il corso di laurea inoltre che venga mantenuto lo scambio informativo con il mondo giuridico, ancora che ci si preoccupi di approfondire la formazione dei consulenti su questi temi.

Sul punto proprio in questi giorni la FNOMCEO ha dato alle stampe una proposta normativa messa a punto da tre giuristi di un qualche rilievo, denominata “La responsabilità professionale nell’attività sanitaria: linee guida per una riforma “possibile”.

Il documento comprende anche un vero e proprio disegno di legge che riprende alcuni principi discussi in un recente passato, la responsabilità delle strutture di cui cennavamo più sopra con obbligo di copertura assicurativa e tecnica di composizione stragiudiziale delle liti a carattere obbligatorio.

Nel documento interessante anche il contributo del prof. **Iadecola** che nel dicembre scorso era stato nostro gradito ospite ordinistico il quale ha affrontato l’annosa tematica del **consenso** del paziente al trattamento sanitario formulando una proposta normativa e la disciplina della perizia nei processi per responsabilità medica che andrebbe prevista in collegio fra medico legale e specialisti di settore come d’altro canto già consigliava, fors’anche intendeva imporre, la più recente stesura del nostro Codice Deontologico del dicembre del 2006.

Ritornando al seminario il prof. Fabio **Buzzi**, ordinario a Pavia, ha più oltre richiamato il grave ruolo che viene esercitato dalla stampa e dal sistema dei media e come esempio ha citato una recente copertina del settimanale L’Espresso che così titolava: “Dottore ti denunciò”.

Si è altresì attardato a richiamare le frequenti incomprensioni che sussistono fra due sistemi pur così diversi costretti a parlarsi, quello giurisprudenziale e quello della medicina, ciò che costringe il medico legale molto spesso ad “adattarsi” per mezzo di indispensabili semplificazioni che il più delle volte non vengono ben comprese dai Collegi clinici, invero assai poco avvezzi a confrontarsi con il mondo della giustizia.

Il professore pavese in questo contesto lamentava anche il fatto che i magistrati si siano progressivamente appropriati dell’esegesi della responsabilità professionale quasi riuscendo a prendere il sopravvento sulla competenza medico-biologica.

Davide Roncali

Attività
dell’Ordine

9



A group of African children and a woman smiling outdoors. The woman is in the center, surrounded by several children of various ages. They are in a lush, green environment with trees and a building in the background.

RAFIKI - PEDIATRI PER L'AFRICA

Progetto "Pediatri a Ol Moran"

La situazione medico-sanitaria, attualmente presente in Africa, mostra molti elementi di grave problematicità.

Aspetti legati alla scarsa igiene e alla malnutrizione, e in generale legati alle carenze alimentari, creano una notevole vulnerabilità delle popolazioni, a cui si sovrappongono patologie specifiche (malaria, parassitosi e malattie tropicali) e quadri morbosi più comuni (malattie infettive, in particolare patologie broncopolmonari e gastrointestinali).

Di fronte a tali bisogni di carattere sanitario e sociale è evidente la carenza delle risposte, soprattutto in alcune aree rurali dell'Africa subsahariana, dove le prestazioni sanitarie sono molto ridotte, ostacolate anche da situazioni logistiche difficili (strade disagiuvole o impraticabili, mancanza di elettricità e acqua potabile nella maggior parte dei villaggi).

In particolare precaria e gravemente inadeguata appare la risposta rivolta ai bisogni del mondo infantile, vista l'assoluta assenza di pediatri a fronte della grande necessità di interventi preventivi e curativi di competenza pediatrica.

La Missione di Ol Moran, nella Diocesi di Nyhaururu (Kenya), per far fronte alle esigenze sanitarie della popolazione del territorio, ha attivato da alcuni anni un Dispensario, attualmente gestito con ammirevole abnegazione, competenza e impegno da una infermiera professionale locale e da alcune Suore dell'Ordine delle Ancelle della Visitazione, alcune di queste con

formazione infermieristica. Le risposte erogate, pur a fronte dello sforzo e dell'impegno profuso, appaiono di conseguenza limitate rispetto alla molteplicità e complessità delle esigenze sanitarie espresse dalla popolazione locale.

Per affrontare e fornire risposte qualificate in una tale situazione di carenza si è costituita l'Associazione Rafiki-Pediatri per l'Africa, formata da medici specialisti in Pediatria, che si pone la finalità di attivare programmi di tipo ambulatoriale di diagnosi e cura delle patologie infantili e di promuovere lo sviluppo della salute dell'infanzia nei Paesi Africani.

Questa Associazione ha concordato con la Missione di Ol Moran un progetto di collaborazione che si articola in attività ambulatoriali di tipo pediatrico e ha come obiettivi:

- diagnosi e cura dei quadri morbosi;
- monitoraggio nel tempo delle terapie;
- identificazione di patologie da avviare ad accertamenti e ulteriori trattamenti presso centri di secondo livello;
- potenziamento e modernizzazione delle farmacie con forniture di farmaci di difficile reperimento in loco;

- collaborazione con il personale medico e paramedico locale per formare operatori qualificati in ambito pediatrico, con l'obiettivo finale di renderli capaci della completa gestione delle attività ambulatoriali.

Il progetto si articola in interventi di tipo ambulatoriale erogati presso i Dispensari di Ol Moran,



Kinamba e Sipili, oltre ad ambulatori esterni presso i villaggi (cliniche mobili) .

A partire dal maggio 2007 i Pediatri aderenti all'Associazione hanno fornito prestazioni professionali in regime di volontariato, per periodi di 15 giorni ogni due mesi al fine di assicurare la continuità e rendere possibile la trasmissione dei dati tra colleghi.

Grazie alla generosa collaborazione di professionisti dell'ambito informatico è stata predisposta una cartella clinica inserita in un computer portatile che permette di avere la corretta tenuta delle informazioni sanitarie concernenti i pazienti visitati.

In loco è stata organizzata un'attività di screening preliminare operata dal personale locale per selezionare i casi da sottoporre alla valutazione successiva del Pediatra.

Oltre all'attività pediatrica sono allo studio ipotesi di collaborazione con colleghi Chirurghi-Pediatri che si sono resi disponibili ad organizzare un'equipe per intervenire su casi selezionati dai Pediatri nel corso della loro attività ambulatoriale.

Sempre più pressante, però, si sta facendo la richiesta da parte degli operatori sanitari locali di coinvolgere nel progetto anche medici generalisti che permetterebbero di soddisfare anche le esigenze della popolazione adulta. Anche noi pediatri sentiamo vivissima questa necessità, infatti in occasione dei nostri interventi ogni volta di più il numero delle visite effettuate a bambini è quasi pari a quelle richieste dagli adulti ; riteniamo importante offrire delle risposte adeguate e competenti a tali richieste; il lavoro svolto da un medico generalista e un pediatra contemporaneamente costituiscono la formula ideale per incrementare la nostra attività laggiù.

Fino ad oggi tutti i colleghi che hanno partecipato al progetto hanno dato la loro disponibilità a ripetere l'esperienza che per tutti noi è stata di grande intensità e ci ha permesso di tornare al nostro lavoro quotidiano arricchiti sia dal punto di vista umano che professionale.

Certo le difficoltà che dobbiamo affrontare perché il nostro lavoro continui non sono poche e riguardano sia aspetti logistici che economici; l'onere del progetto finora è stato sostenuto da noi tutti provvedendo alle varie spese necessarie (voli aerei, costi dei colleghi sostituiti che lavorano in Italia durante la nostra assenza ecc.). La costituzione dell'Associazione-Onlus ha il fine di poter ottenere dei sostegni economici che sono indispensabili perché il progetto possa garantire la continuità necessaria; solo così si potrà raggiungere il fine di un miglioramento della qualità della vita socio-sanitaria di quella popolazione.

Dott. Maria Pellosio

Per informazioni e collaborazioni narpel@tin.it
Associazione "Rafiki-Pediatri per l'Africa" ONLUS
Via Grimani 8/B 30174 Mestre – Venezia
c.c.1000/00009517
IBAN Z 063450202010000009517

Attività
dell'Ordine

La Previdenza Complementare: Fondo Sanità



12

Di notizie, dibattiti, spiegazioni, chiarimenti, opinioni sulla crisi previdenziale in Italia abbiamo sicuramente letto, ascoltato, subito, in maniera eccessiva in questi anni. Mi permetto, quindi, di richiamare alcuni concetti in modo estremamente elementare, così da essere assolutamente chiaro, e di non infierire.

Le casse di previdenza obbligatoria, per noi l'ENPAM (ma il concetto vale per tutte le casse), devono indirizzare i propri investimenti in modo da avere il massimo rendimento possibile con i minori rischi per il patrimonio, che deve garantire le pensioni degli aderenti.

Ma una gestione del patrimonio a bassissimo rischio, sicura, non è in grado di offrire rendimenti elevati tali da poter compensare i vuoti sempre maggiori creati dall'aumento dei pensionati e dell'aspettativa di vita della popolazione. Ecco quindi che si interviene alzando l'età pensionabile, diminuendo i coefficienti con cui si calcolano le rendite, ricorrendo alla previdenza complementare.

La **previdenza complementare** si assume, dunque, un compito importante per tutti i lavoratori ma fondamentale per i giovani.

Per tutti i lavoratori si tratta, infatti, di un investimento che permette di accantonare un patrimonio

per il periodo di quiescenza con grandi vantaggi fiscali, gestendolo secondo la propria propensione al rischio ed in relazione al tempo che manca al momento del pensionamento.

Per i più giovani, in più, attraverso la previdenza complementare, è possibile gestire l'investimento in modo più aggressivo: l'orizzonte temporale lunghissimo diluisce il rischio di un investimento azionario attivo, permettendo rendimenti molto più elevati.

Si può obiettare che un maggior rendimento di un investimento azionario non cambia la vita: certamente! Ma facendo alcuni conti si evidenzia che un rendimento superiore del 3% in 36 anni raddoppia il capitale: non cambia la vita, però la può migliorare significativamente, proprio nei momenti in cui possiamo averne più bisogno.

Semplificato al massimo, questo è il motivo per cui, a meno che non siamo sicuri di accantonare un bel gruzzolo che ci permetta di goderci la vecchiaia al riparo da ogni problema, è conveniente valutare la proposta di FondoSanità.

Cosa è FondoSanità cercherò di spiegarlo ricordando un po' anche la sua storia.

Nel 1996 l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani costituiva, sulla base della normativa prevista nel Decreto 124/1993, l'Associazione Fondo Pensione Complementare a Capitalizzazione per i Dentisti; in seguito, nel 1999, ottenute tutte le autorizzazioni, nasceva il vero e proprio Fondo Pensione, chiamato in breve FondoDentisti. Era un fondo pensione complementare chiuso riservato agli esercenti legalmente l'odontoiatria in Italia.

Quando la normativa previdenziale, con il decreto 243/2004, ha concesso alle Casse Previdenziali privatizzate, come l'ENPAM, la possibilità di istituire un fondo pensione complementare, l'Ente ha fatto studiare in modo approfondito l'argomento da alcuni esperti del settore con l'obiettivo di costituire un fondo pensione complementare per i medici. Al termine dello studio, fra i diversi percorsi proposti emergeva che la via più breve e sicura per offrire ai medici la previdenza complementare era costituita dall'allargamento di FondoDentisti a tutti gli iscritti all'ENPAM. A quel punto era naturale la

richiesta al fondo di ampliamento della platea dei possibili aderenti ed il conseguente allargamento della fonte istitutiva che non è più rappresentata dalla sola ANDI, ma anche dall'ENPAM. Esaurita la fase del cambiamento dello Statuto, ed ottenute le necessarie autorizzazioni, dal 26 luglio FondoDentisti si è trasformato in FondoSanità.

FondoSanità è dunque un “**Fondo Pensione Complementare a Capitalizzazione per gli esercenti le professioni Sanitarie**”: un fondo chiuso, per ora limitato a tutti gli iscritti all'ENPAM, ma che in futuro potrà allargarsi, se verrà chiesto, anche ad altre professioni sanitarie (farmacisti, veterinari etc).

Come funziona un fondo pensione complementare chiuso? Innanzitutto occorre precisare che esiste incompatibilità fra i Consigli di Amministrazione delle fonti istitutive e quello del fondo, pertanto i Consiglieri di Amministrazione di ENPAM e di ANDI non possono far parte del Consiglio di Amministrazione di FondoSanità. Quindi una realtà assolutamente indipendente, ma non per questo opererà isolatamente bensì sinergicamente per poter garantire il massimo vantaggio agli aderenti, perché questo è l'obiettivo!

Tornando però all'organizzazione, e cominciando dalla base, gli aderenti eleggono, ogni tre anni, l'Assemblea dei Delegati, la quale poi nominerà i Consiglieri di Amministrazione ed il Collegio dei Sindaci.

I compiti del Consiglio di Amministrazione sono numerosi: su questi non mi dilungo perché è a disposizione lo Statuto completo sul sito di FondoSanità; ricordo solo che da questo organo sono nominati i dirigenti del Fondo, compreso il Direttore Generale, e sono scelti il Service Amministrativo, la Banca Depositaria, ed i Gestori Finanziari. Il Fondo, infatti, non svolge in prima persona i compiti di gestione finanziaria: questa attività è affidata a gestori professionali, i quali operano indirizzando gli investimenti del patrimonio gestito dalla Banca Depositaria e sono controllati, inoltre, da una Società di controllo della gestione finanziaria. A proposito della gestione finanziaria, questa è suddivisa in tre comparti (obbligazionario, bilanciato ed azionario), in modo che l'aderente possa scegliere, in base al suo orizzonte temporale di permanenza nel Fondo ed alla sua propensione al rischio, in quale comparto investire.

Riassumendo il funzionamento, il collega che vuole iscriversi, dopo aver visionato la scheda informativa e lo Statuto (entrambi sono disponibili sul sito internet del Fondo www.fondosanita.com), invia la scheda di adesione alla Segreteria del Fondo con la quota di adesio-

ne “una tantum” (26 euro); dopo di che effettua il versamento contributivo (può farlo in unica soluzione annuale o in due tranches) sul conto corrente dedicato della banca depositaria (Banca Intesa), indicando in quale comparto il suo patrimonio deve essere gestito. È facoltà dell'aderente cambiare comparto, gratuitamente, una volta l'anno. Una volta l'anno riceve anche notizie per posta sull'andamento del suo patrimonio, patrimonio che comunque può controllare personalmente su internet utilizzando il suo codice personale segreto.

Il sistema di controlli è costituito, oltre che dal Consiglio di Amministrazione, dal Service Amministrativo e dalla Banca Depositaria, dalla Società di Controllo della gestione finanziaria, dal Collegio dei Sindaci, dalla Società di Revisione dei bilanci, dalla Società di Controllo interno e dalla Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione.

Il patrimonio accumulato potrà essere utilizzato per una rendita vitalizia, con la possibilità di riscuotere una quota, in ogni modo non superiore al 50%, sotto forma di capitale; per la rendita vitalizia potrà essere indicata una persona titolare dell'eventuale reversibilità. Durante la fase di accumulo l'aderente potrà accedere ad una polizza assicurativa integrativa relativa all'invalidità o premorienza, così come potrà ottenere anticipazioni.

La **deducibilità fiscale** del versamento può raggiungere annualmente 5.164,57 euro, come tutti i fondi, anche quelli aperti e la **rendita vitalizia** sarà tassata con una percentuale variabile dal 9% al 15%, a seconda dell'anzianità di appartenenza al fondo. La quota di gestione amministrativa annuale è di 60 euro, ma quello che differenzia FondoSanità è il valore della commissione annuale di gestione, che varia dallo 0,10 allo 0,15 %. Considerando che difficilmente troviamo fondi aperti che costino meno del 2%, il conto della convenienza è presto fatto: a fronte, ad es, di un patrimonio di 20.000,00 euro, ogni anno con Fondo Sanità si spendono 20-30 euro contro i 400,00 euro di qualunque altro fondo di gestione. E tutto questo con rendimenti che sono quantomeno in media con gli altri fondi.

Non pensando di essere stato esaustivo con questo articolo, per il futuro mi rendo disponibile a fornire ulteriori informazioni oltre a quelle reperibili sul sito internet di Fondo Sanità.

Dott Breda Moreno

Si ringrazia il Dott. Luigi Daleffe per la collaborazione fornita nella stesura dell'articolo.

Attività
dell'Ordine

13

Brevi Notizie Fiscali

A cura dello Studio Associato Cagnin Cavallin Martignon Rovoletto

- Esenzione ICI prima casa

Con l'articolo 1, il Decreto Legge 93 del 27 maggio 2008, ha escluso dall'applicazione dell'ICI gli immobili adibiti ad abitazione principale.

L'esclusione opera a partire dall'anno 2008 e quindi anche per i versamenti di giugno 2008.

L'esclusione si riferisce alle abitazioni principali nonché a "quelle ad esse assimilate dal comune con regolamento vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto"; sono espressamente esclusi dall'agevolazione gli immobili "di pregio" (categorie A1, A8, A9), che continuano a scontare ICI come in precedenza.

Diviene importante quindi verificare il regolamento comunale in vigore, che può definire diversamente e in autonomia su alcuni aspetti, quali a titolo di esempio:

può stabilire il numero e la tipologia delle pertinenze all'abitazione principale che saranno oggetto dell'esenzione

può assimilare all'abitazione principale le unità immobiliari concesse in uso gratuito a parenti in linea retta o collaterale (stabilendo anche il grado di parentela). Ovviamente tale abitazioni devono essere utilizzate come abitazioni principali.

può assimilare ad abitazione principale l'unità immobiliare posseduta a titolo di proprietà o di usufrutto da anziani o disabili che hanno acquisito la residenza in istituti di ricovero o sanitari a seguito di ricovero permanente.

E' esentata dall'imposta anche l'unità abitativa posseduta dal soggetto passivo non assegnatario della casa coniugale, a seguito di provvedimento di separazione legale, annullamento, scioglimento o cessazione degli effetti civili del matrimonio, a condizione che questi non sia titolare del diritto di proprietà o di altro diritto reale su un immobile destinato a sua abitazione situato nello stesso comune ove è ubicata la casa coniugale;

Rimborso

Chi avesse già effettuato il versamento dell'ICI per l'anno 2008 riferita a fabbricati ora esenti, potrà chiedere all'Ufficio Tributi del Comune il rimborso delle somme versate e non dovute, entro 5 anni dalla data di pagamento, presentando istanza di rimborso.

Il Comune deve provvedere ad effettuare il rimborso dell'imposta non dovuta entro 180 giorni dalla data di presentazione dell'istanza, maggiorata dei previsti interessi.

E' opportuno allegare all'istanza di rimborso i documenti giustificativi (es. fotocopia del bollettino postale o del modello F24).

Abolizione degli elenchi clienti e fornitori (DL 25.6.2008 N. 112)

Con il decreto legge 112 è stato abolito l'obbligo di presentazione degli elenchi clienti e fornitori nonché il relativo regime sanzionatorio in riferimento anche alle violazioni commesse in passato.

Abolizione degli obblighi di tracciabilità per i professionisti (DL 25.6.2008 N. 112)

E' stato eliminato il divieto per i professionisti di incassare i compensi in denaro contante per le somme superiori a determinati limiti (1.000,00 euro fino al 30.6.2008).

Pertanto non saranno più obbligati ad incassare i compensi mediante i mezzi bancari (assegni non trasferibili, bonifici etc).

- Professionisti ed Irap

Riteniamo interessante evidenziare il comunicato stampa che l'Agenzia delle Entrate ha pubblicato lo scorso 13 giugno 2008 relativamente al problema dell'imponibilità all'imposta Irap del reddito derivate dall'attività professionale autonoma.

Si riporta il testo del comunicato, evidenziandone i tratti salienti:

L'individuazione dell'attività autonomamente organizzata costituisce condizione indispensabile per assoggettare ad Irap i titolari di reddito di lavoro autonomo. Dunque, in mancanza di questo presupposto, ritenuto necessario, gli esercenti arti e professioni non sono tenuti al versamento del tributo. E' quanto chiarisce la circolare n. 45/E dell'Agenzia delle Entrate che, recependo l'orientamento della Corte di Cassazione, fornisce istruzioni agli uffici per la gestione del contenzioso pendente in materia di Irap e per la determinazione delle strategie difensive da adottare nei giudizi.

Requisiti dell'autonoma organizzazione

In particolare, gli elementi che anche considerati singolarmente sono sufficienti a far rilevare la presenza di una autonoma organizzazione sono i seguenti:

l'impiego, in modo non occasionale, di lavoratori dipendenti o collaboratori. Al riguardo, come spiega la circolare, non rileva l'eventuale prestazione fornita da terzi per attività estranee a quelle profes-

sionali o artistiche e la presenza di tirocinanti;
l'utilizzo di beni strumentali che, per quantità o valore, eccedono le necessità minime per l'esercizio dell'attività.

Come individuare l'autonoma organizzazione

Per individuare gli elementi che connotano l'autonoma organizzazione gli uffici sono invitati a:
esaminare le dichiarazioni, con specifico riguardo al quadro concernente i redditi di lavoro autonomo;
porre particolare attenzione ai modelli per la comunicazione dei dati rilevanti ai fini dell'applicazione degli studi di settore;
valutare i beni strumentali utilizzati dal contribuente;
controllare i contratti registrati; raccogliere ulteriori elementi interrogando l'anagrafe tributaria.

Gestione del contenzioso

Quanto alla gestione del contenzioso la circolare precisa che l'assenza di autonoma organizzazione può essere fatta valere soltanto nel ricorso e non può essere introdotta in giudizio successivamente. Riguardo invece l'onere di provare l'eventuale assenza dell'autonoma organizzazione, questo spetta al contribuente.

Il testo completo della circolare n. 45/E è disponibile sul sito Internet dell'Agenzia delle Entrate, www.agenziaentrate.gov.it

30 giugno 2008

Dr Matteo Martignon

Il medico di famiglia è fuori dalla "riscossione accentrata"

16



Agenzia delle Entrate

DIREZIONE CENTRALE NORMATIVA E CONTENZIOSO

Risoluzione del 21/07/2008 n. 304

Oggetto:

Interpello ai sensi dell'articolo 11 della legge n. 212 del 2000 - Riscossione accentrata dei compensi dovuti per attività di lavoro autonomo medica e paramedica svolta nelle strutture sanitarie private - articolo 1, commi da 38 a 42, della legge n. 296 del 2006

Testo:

Con l'interpello specificato in oggetto, concernente l'interpretazione dell'art. 1 comma 38 della legge n. 296 del 2006, è stato esposto il seguente

Quesito

La società ALFA SRL (di seguito società "istante" o "interpellante") svolge attività immobiliare e presta servizi amministrativi, contabili, organizzativi ed informativi a favore di operatori sanitari. Nell'ambito della sua attività, la società istante ha concesso in sublocazione alcune unità immobiliari - ad uso studio medico - a medici di medicina generale (c.d. medici di base o di famiglia) nei confronti dei quali ha, tra l'altro, messo a disposizione un servizio di segreteria.

Cio' posto, la società interpellante ha chiesto di sapere se è obbligata - ai sensi dell'articolo 1, commi da 38 a 42, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 - alla riscossione dei compensi dovuti ai medici per l'attività di lavoro autonomo svolta nell'ambito del complesso immobiliare sublocato.

Soluzione interpretativa prospettata dall'istante

La società interpellante ritiene di non essere obbligata alla riscossione accentrata prevista dall'articolo 1, commi da 38 a 42 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in quanto non sussistono i presupposti richiesti dalla predetta disciplina.

In particolare, sotto il profilo soggettivo, la società istante, premesso di svolgere - conformemente al proprio statuto sociale - attività immobiliare e prestazioni di servizi amministrativi, contabili, organizzativi e informativi a favore di operatori sanitari, e' dell'avviso che non possa essere considerata "struttura sanitaria privata" in capo alla quale devono intendersi posti gli obblighi di riscossione accentrata.

Inoltre, riguardo alla fattispecie oggetto dell'istanza di interpello, la società interpellante fa presente di sublocare e fornire servizi di segreteria a medici di medicina generale che svolgono attività di lavoro autonomo in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Cio' posto, considerato che la riscossione accentrata concerne - sotto il profilo oggettivo - i compensi correlati alle prestazioni rese dall'esercente attività di lavoro autonomo medica e paramedica in esecuzione di un rapporto contrattuale intrattenuto direttamente con il paziente, la società interpellante ritiene che esulano dall'applicazione della disciplina di cui all'articolo 1, commi da 38 a 42, i compensi spettanti ai medici di famiglia per l'attività svolta in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. In tali casi, infatti, la prestazione sanitaria è resa dal medico in favore del paziente (terzo) in forza di un rapporto contrattuale intrattenuto dal medico direttamente con la Asl competente.

Parere della Direzione

I commi da 38 a 42 dell'articolo unico della legge 27 dicembre 2006, n.

Servizio di documentazione tributaria

296, (finanziaria 2007) hanno introdotto, a decorrere dal 1 marzo 2007, l'obbligo della riscossione accentrata dei compensi dovuti per attivita' di lavoro autonomo mediche e paramediche svolte nell'ambito di strutture sanitarie private. Il predetto obbligo e' posto in capo alle "strutture sanitarie private" che ospitano, mettono a disposizione dei professionisti ovvero concedono loro in affitto i locali della struttura aziendale per l'esercizio di attivita' di lavoro autonomo mediche e paramediche.

Con la circolare n. 13/E del 15 marzo 2007 la scrivente ha precisato che per strutture sanitarie private s'intendono "le societa', gli istituti, le associazioni, i centri medici e diagnostici e ogni altro ente o soggetto privato, in qualsiasi forma organizzati, che operano nel settore dei servizi sanitari e veterinari". In proposito, con risoluzione n. 270 del 27 settembre 2007 e' stato ulteriormente chiarito che la nozione di struttura sanitaria privata "...e' essenzialmente individuata in relazione all'attivita' di concedere in uso, a qualunque titolo, i locali della "struttura aziendale" per l'esercizio di attivita' di lavoro autonomo mediche e paramediche..." e, pertanto, le strutture che "...mettano a disposizione, a qualsiasi titolo, locali ad uso sanitario, forniti delle attrezzature necessarie per l'esercizio della professione medica o paramedica, ovvero organizzino servizi strumentali all'esercizio dell'attivita' stessa, sono obbligate, ai sensi dell'art. 1 della L. n. 296 del 2006 ad effettuare in modo unitario la riscossione dei compensi dovuti per l'attivita' di lavoro autonomo svolta nei locali medesimi".

Tanto premesso, riguardo la fattispecie concreta in esame, si ritiene che la concessione in sublocazione di locali ad uso studio medico professionale e la fornitura di servizi di segreteria funzionali allo svolgimento dell'attivita' medica integra una condotta che va oltre la mera messa a disposizione di locali per l'esercizio dell'attivita' medica altrui e, pertanto, costituisce, secondo la prassi citata, una "struttura sanitaria" ai sensi del citato comma 38, dell'articolo 1, della legge finanziaria per il 2007.

Cio' posto, al fine di stabilire se la societa' interpellante sia obbligata a provvedere alla riscossione dei compensi dovuti per attivita' di lavoro autonomo medica svolta nell'ambito dei locali concessi in sublocazione, occorre verificare la sussistenza del presupposto oggettivo per l'applicazione della disciplina della riscossione accentrata.

In proposito, si osserva che con la citata circolare n. 13/E del 2007 la scrivente ha precisato che "la riscossione accentrata ha per oggetto i compensi spettanti agli esercenti "attivita' di lavoro autonomo medica e paramedica" ossia agli esercenti arti e professioni, la cui attivita' dia luogo a reddito di lavoro autonomo ai sensi dell'art. 53 del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917. In particolare, la norma in esame si riferisce ai compensi correlati alle prestazioni di natura sanitaria rese dal professionista in esecuzione di un rapporto intrattenuto direttamente con il paziente".

Nella fattispecie in esame viene prospettata l'attivita' di lavoro autonomo di medici di medicina generale che operano in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Le prestazioni rese dal medico di famiglia in favore dei cittadini-utenti del Servizio Sanitario Nazionale trovano fondamento nel rapporto c.d. convenzionale esistente tra il professionista ed il Servizio Sanitario Nazionale, che in base alle disposizioni della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale), ha natura privatistica di prestazione d'opera professionale, svolta con caratteristiche di parasubordinazione (Cfr. Cass. civ., Sez. lavoro, 8 aprile 2008, n. 9142; in senso conforme: Cass. civ. Sez. Unite, 21 ottobre 2005, n. 20344).

In base al predetto rapporto, il professionista agisce al fine di soddisfare le finalita' istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale dirette a tutelare la salute pubblica.

Conseguentemente, l'onere economico della prestazione fornita dal medico agli aventi diritto all'assistenza sanitaria pubblica e' a carico del Servizio Sanitario Nazionale, nei confronti del quale viene emessa la fattura.

In tali casi, si e' dell'avviso che non sussista il presupposto oggettivo per l'applicazione della disciplina della riscossione

Risoluzione del 21/07/2008 n. 304

"accentrata", atteso che non si e' in presenza di prestazioni di natura sanitaria rese dal medico nell'ambito di un rapporto contrattuale intrattenuto direttamente con il paziente.

La struttura sanitaria e', invece, obbligata a provvedere alla riscossione dei compensi relativi ad ogni altra attivita' medica e/o paramedica resa dal professionista in esecuzione di un rapporto contrattuale intrattenuto direttamente con il paziente, che esulano, quindi, dall'ambito delle attivita' convenzionali del Servizio Sanitario Nazionale.

La risposta di cui alla presente nota, sollecitata con istanza presentata alla Direzione regionale, viene resa dalla scrivente Direzione ai sensi dell'art. 4, comma 1, ultimo periodo del D.M. 26 aprile 2001, n. 209.

Le Direzioni Regionali vigileranno affinche' i principi enunciati nella presente risoluzione vengano applicati con uniformita'.

I Comitati Etici per la Pratica Clinica nella provincia di Venezia

18

È innegabile che la dimensione etica sia ormai parte costitutiva e strutturale delle situazioni che si creano nella pratica sanitaria. Lo sviluppo della relazione fra medico e paziente da un lato e l'evoluzione della pratica clinica dall'altro, hanno sollevato e continuano a proporre tutta una serie di questioni per cui le persone che praticano la medicina (nel senso ormai ampio che il termine ha assunto) hanno sentito da tempo l'esigenza di utilizzare alcuni strumenti che siano di aiuto nella pratica quotidiana e un sostegno nelle decisioni e nei comportamenti nei confronti dei pazienti. Il compito dell'etica clinica è, in questo senso, quello di far emergere i problemi, i dilemmi ma anche i conflitti e le responsabilità che gravano sulle decisioni connesse alla attività sanitaria ed è proprio questo il campo di lavoro del consulente etico¹. Peraltro va considerato che lo scenario della pratica clinica, oltre che dal vorticoso sviluppo scientifico e tecnico, appare segnato anche dalla pluralità dei sistemi di valori che non di rado (e in modo del tutto particolare nello scenario italiano, in special modo intorno alle questioni cruciali dell'inizio e della fine della vita), animano un confronto e un

dibattito non sempre facilmente e immediatamente componibile². In generale l'attivazione della consulenza etica in ospedale avviene attraverso l'istituzione di un Comitato Etico per la Pratica Clinica e/o di un Servizio di Bioetica e ha un duplice obiettivo: promuovere una migliore qualità della cura e dell'assistenza e alimentare la riflessione etica delle persone e dei professionisti che operano nel mondo sanitario.

Un primo passo per arrivare all'istituzione di un Comitato etico per la Pratica clinica in ospedale è da rintracciarsi nello sviluppo del rapporto terapeutico, in particolare nel passaggio dal *modello paternalistico* (di matrice ippocratica) al *paradigma contrattualistico* (di matrice liberale) e dell'alleanza terapeutica. La relazione medico-paziente è andata incontro negli ultimi decenni ad un profondo cambiamento causato da una parte dall'accelerato sviluppo scientifico e tecnologico e dall'altra parte dalla consapevolezza di nuovi diritti da parte delle persone, con la conseguente diffusione del principio di autodeterminazione³. La medicina paternalistica si concentrava esclusivamente sul *fare il bene del paziente*, e in ogni situazione dominava il principio di beneficenza. Peraltro, appare chiaro che i dilemmi etici del passato (come per esempio quelli inerenti il segreto professionale), sono presenti anche oggi ma con maggiore risonanza. Infatti se un tempo il rapporto medico-paziente era una relazione privata che si risolveva nella fiducia (o attraverso un rapporto di potere) fra le mura domestiche, oggi la consapevolezza del cittadino-paziente di essere titolare di diritti si è diffusa così ampiamente da far risuonare una forte eco anche a livello sociale. La salute stessa è divenuta un valore sociale (e, insieme, quindi anche economico, giuridico, politico, organizzativo, ecc.). Il punto di svolta fondamentale è il *passaggio del paziente da oggetto a soggetto, da organo da curare a malato-persona*. Si inizia a sviluppare (sostanzialmente nella seconda metà del secolo ventesi-



mo, e peraltro con notevole ritardo rispetto ai processi di emancipazione sociale) una “*medicina partecipativa*” dove la relazione, pur restando sempre nella sua essenza asimmetrica, non è più quella tra un adulto (il medico che solo sa e decide) e un bambino (il paziente che obbedisce), bensì tra adulto e adulto. In questa prospettiva il sistema delle cure e dell’assistenza è chiamato a riflettere in termini bioetici, spostando l’attenzione e la consapevolezza su un paziente-persona da coinvolgere nel processo di cura e di assistenza: ogni malato è unico, la sua storia è unica, e così pure unica è la sua stessa condizione di malattia o di sofferenza.

Preso atto, non senza difficoltà e contraddizioni, che ogni situazione clinico-assistenziale è diversa, anche l’etica applicata ai problemi sanitari ha assunto, a partire dagli anni ‘70 del ventesimo secolo, l’analisi di singoli casi come questione problematica. Tanto più che se da un lato erano andati ampliandosi sia gli scopi della medicina che le capacità diagnostiche, dall’altro rimaneva tuttavia un considerevole iato tra queste ultime e l’effettiva capacità terapeutica. Le sempre più sofisticate strumentazioni (in particolare nell’area della medicina intensiva e della rianimazione) avevano generato particolari condizioni di sopravvivenza, sollevando così molti nuovi interrogativi di notevole rilevanza etica: si pensi ai casi di Karen Quinlan e di Nancy Cruzan, casi emblematici, che però continuano a ripresentarsi in numero sempre maggiore (si pensi, a titolo di esempio, alla particolare condizione dello *stato vegetativo persistente* oppure al complesso dibattito sulle dichiarazioni anticipate di trattamento). Si è reso così necessario introdurre qualche strumento di supporto al medico e, più in generale, ai sanitari coinvolti nelle decisioni. E’ in questo contesto che si sono sviluppati i *Comitati Etici per la Pratica Clinica*. Questi comitati di etica clinica (istituiti in massima parte negli ospedali e nelle cliniche) si occupano “*delle questioni etiche particolarmente difficili che insorgono quando è necessario prendere decisioni o formulare direttive nell’ambito della pratica clinica o della ricerca nel contesto ospedaliero*”¹. Istituiti dapprima nell’area nordamericana, si iniziò a parlare di questi in Italia a partire dagli anni novanta del secolo scorso. Essi rispondono alla crescente domanda di etica in campo sanitario e lavorano secondo una prospettiva multidisciplinare.

La Giunta della Regione Veneto nel 2004 ha emanato la Delibera n. 4049 dove, oltre ad indicare le linee guida per l’istituzione dei comitato etici provinciali per la sperimentazione

e riconoscere l’istituzionalizzazione del Comitato regionale per la Bioetica, invita le strutture sanitarie ad istituire un Comitato etico per la Pratica clinica locale e indica anche in questo caso le linee guida per il loro funzionamento.

Attualmente lo stato dell’arte per quanto riguarda la rete dei comitati etici nella Regione Veneto è il seguente: a livello regionale è stato istituito il Comitato Regionale per la Bioetica, i Comitati Etici per la Sperimentazione sono diventati provinciali e a livello locale sono stati istituiti i Comitati Etici per la Pratica Clinica.

Nella provincia di Venezia, attualmente esistono il Comitato Etico per la Pratica Clinica dell’Azienda ULSS 12 Veneziana (istituito a marzo 2008), dell’Azienda ULSS 13 di Mirano (istituito a settembre 2005) ed è stato rivisto secondo le indicazioni regionali il già esistente Comitato dell’ULSS 10 di San Donà di Piave.

Questi Comitati, organismi interdisciplinari permanenti di approfondimento di questioni bioetiche, forniscono consulenze elaborando pareri su casi clinici e su problematiche assistenziali, formulano linee guida e percorsi di orientamento; nel contempo si attivano per sensibilizzare e formare gli operatori socio-sanitari sulla dimensione etica della pratica clinica.

Queste nuove realtà locali, con il loro specifico carattere consultivo e non vincolante, si presentano pertanto come un prezioso strumento di supporto per i professionisti e gli operatori sanitari e, più in generale, per i cittadini chiamati a decidere intorno a questioni o dilemmi etici in ambito socio-sanitario.

dott. Giovanna Zanini

¹ Cfr. L. Galvagni, *Percorsi di etica clinica*, EDB, Bologna, 2003; A. Jonsen – M. Siegler – W. J. Winslade, *Etica clinica. Un approccio pratico alle decisioni etiche in medicina clinica*, McGraw-Hill, Milano, 2003; M. Picozzi – Tafani M. – P. Cattorini, *Verso una professionalizzazione del bioeticista*, Giuffrè, Milano, 2003; E. Colombetti, *Il consiglio difficile. Sulla possibilità della consulenza etica*, in A. Pessina (a cura di), *Scelte di confine in medicina. Sugli orientamenti dei medici rianimatori*, Vita e Pensiero, Milano, 2004.

² Cfr. al riguardo R.Sala, *Bioetica e pluralismo dei valori*, Liguori, NA, 2003; G. Fornero, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, B. Mondatori, MI, 2005.

³ Cfr. P.Borsellino, *Bioetica tra autonomia e diritto*, Zadig, 1999, MI.

⁴ W. Reich, *Perché i comitati di etica? Una valutazione dei diversi modelli*, in S. Spinsanti (a cura di), *I comitati di etica in ospedale*, Paoline, C.Balsamo-Milano, 1988, pag. 19

Commissione Pari Opportunità: Documento di Accoglienza

20

Cari colleghi, ebbene, siamo ancora qui al lavoro, in attesa del tanto sospirato ristoro psico-fisico! Nel frattempo, però, mercoledì 18 giugno una rappresentanza (dr.sse Angonese, Blundetto, Moressa e Piai, oltre alla dr.ssa Boscolo, segretario dell'Ordine stesso) della Commissione Pari Opportunità è stata ricevuta dal consiglio dell'Ordine dei Medici per fare il punto e presentare il Documento di accoglienza che stiamo preparando. Come già anticipato in passato, si tratta di un documento che dovrebbe facilitare l'iscrizione all'ordine dei colleghi neo-laureati, fornendo loro le principali informazioni sugli adempimenti burocratici e sulle principali potenzialità lavorative della nostra professione; tuttavia anche colleghi già "esperti" potranno trarne utili informazioni su temi interessanti quali la tutela della privacy o la previdenza professionale. Particolare attenzione, poi, è stata posta sui temi riguardanti la professione "di genere" in accordo con la nostra particolare *mission* in seno all'Ordine.

La sottoscritta, in qualità di coordinatrice ha presentato le colleghe presenti ed illustrato il progetto, lasciando poi la parola alla dr.ssa Angonese, che si è addentrata nel merito del documento e di

tutte le sue sezioni particolari, essendone stata la curatrice della versione finale. Infine anche le altre colleghe hanno aggiunto le proprie considerazioni sul documento, mettendone in risalto i pregi e le particolari applicazioni pratiche.

La commissione avrebbe già individuato anche la possibile veste grafica del documento, tuttavia pensiamo che possa essere maggiormente pratico consultarlo sul web e quindi sarà pubblicato sul sito dell'Ordine.

Il presidente ed i consiglieri sono sembrati tutti molto favorevolmente impressionati dal lavoro presentato e ne hanno tutti richiesto una copia in visione.

Attendiamo quindi un positivo riscontro dal consiglio dell'Ordine per la pubblicazione cartacea e informatica del documento e, nel frattempo, coltiviamo la collaborazione già posta in essere con la CPO della Provincia di Venezia per un convegno che si terrà nella primavera del 2009 sui danni "di genere" legati all'inquinamento ambientale.

Non vi tedio oltre, vi auguro delle buone ferie e a risentirci a presto!

E. Blundetto (Coordinatrice CPO)



Medico donna e professione

In data 19.03.2008 è stata portata all'attenzione del Consiglio la lettera di una collega che si riporta di seguito:

“Oggetto: richiesta di cambio nuovo turno di reperibilità durante le vacanze scolastiche.

Dopo il turno di reperibilità, effettuato per il dipartimento di prevenzione nella settimana di Natale 2007, sono stata assegnata anche a quella della settimana di Pasqua 2008, con molto sentito disappunto di mio figlio che non vuole più neppure dirmi le date delle sue vacanze da scuola.

Forse perché, dal 2002, cioè da quando ero in Dirigenza Medica, in cui non potevamo turnarci che in tre per le reperibilità, questa Azienda mi ha continuamente in servizio a Natale e/o Pasqua, a Capodanno, Epifania e a Ferragosto, e malgrado questa effettiva disponibilità, non riesco a ottenere uno scambio di turno, nonostante un numero di turnisti ora molto superiore a quello della dirigenza e reiterate richieste.

Si osserva come ciò possa sembrare un comportamento da mobbing aziendale, che ricade addirittura sui famigliari, e si chiede pertanto maggiore attenzione...”.

Il caso è stato esaminato dalla Commissione Pari Opportunità che nella seduta del 04.06.2008 ha predisposto la seguente osservazione:

“La Commissione Pari Opportunità dell’Ordine dei Medici di Venezia ha preso visione della nota inviata da un consigliere dell’Ordine relativa ad una segnalazione da parte di una collega medico che lamenta un eccesso di turni di reperibilità in periodi festivi, che causa importanti disagi familiari.

Si auspica che la Direzione strategica dell’Azienda consideri quanto lamentato dalla collega X. Y., in ottemperanza alla normativa vigente, nel rispetto dei ruoli di professionista e madre.

Ruoli che rappresentano grandi ricchezze sulle quali la nostra società fonda il proprio progresso”.

ENPAM - Nuove coordinate bancarie: passaggio all'utilizzo dell'iban

Com'è noto, a partire dal 1° gennaio 2008 il codice IBAN ha sostituito in tutti i servizi di incasso e pagamento – anche sul territorio nazionale – le tradizionali coordinate bancarie, ABI, CAB, numero di conto, oggi incorporate nel citato codice.

Per un periodo transitorio la cui scadenza è stata fissata al 1° giugno 2008, peraltro, i bonifici disposti senza indicazione del codice IBAN saranno ancora accettati, in via eccezionale, dal sistema bancario.

Tuttavia, per favorire il cambiamento e per evitare disagi, è stata sviluppata una procedura elettronica interbancaria che sostituisce in automatico le vecchie coordinate con l'IBAN, anche negli archivi degli Enti pensionistici quali l'ENPAM.

In tal modo non sarà compromessa la puntuale esecuzione dei pagamenti dei ratei pensionistici né è posto alcun adempimento in capo ai pensionati di questa Fondazione.

Conseguentemente sono tenuti a comunicare tempestivamente il nuovo codice IBAN solo gli iscritti che, nelle more, hanno visto variare le proprie coordinate bancarie a seguito di fusioni tra diversi Istituti di Credito ovvero gli iscritti che chiedono l'accreditamento della pensione su un conto corrente bancario diverso da quello a suo tempo indicato. Esclusivamente in tali casi, perciò, dovrà essere inoltrato all'Ente, a mezzo posta e/o a mezzo fax ai seguenti numeri 06/48294715 – 06/48294717, il nuovo codice IBAN.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

Organizza un
CORSO DI FORMAZIONE

La comunicazione Medico-Paziente: comunicare una cattiva notizia

Sabato 13 settembre 2008

Sala Riunioni Ordine dei Medici di Venezia

PROGRAMMA

8.00- 8.30	Registrazione dei partecipanti
8.30-8.45	Saluti del Presidente Fondazione Ars Medica dott. Giorgio Meneghelli Saluti del Presidente dell'Ordine di Venezia dott. Maurizio Scassola
8.45-9.15	Il concetto di malattia e morte nel tempo. Il ruolo della medicina. (prof. Camillo Barbisan , bioeticista)
	Note di medicina narrata.. dire, non dire, dire troppo.... Quella volta che... Imparare dall'esperienza. I medici raccontano.
10.30 -11.10	Comunicare una cattiva notizia. Le forme e i contenuti. (dr.ssa Nilla Verzolatto , psicologa)
11.10 -12.00	La comunicazione tra codice deontologico e bisogni del paziente. (prof. Camillo Barbisan , bioeticista)
12.00 -13.00	Discussione
13.00- 13.15	Compilazione del test di gradimento e del test di apprendimento
13.30	Conclusione dei lavori

Il Corso è accreditato presso il Centro Regionale ECM Veneto

Segreteria Organizzativa: Segreteria OMCeO Venezia, Via Mestrina 86, Mestre (VE)
Tel: 041 989479 Fax: 041989663 e-mail: info@ordinemedicivenezia.it

Riproponiamo il convegno "la comunicazione Medico-Paziente: comunicare una cattiva notizia", non realizzato nella scorsa primavera per problemi organizzativi. Sarà tenuto in un'unica edizione, ospitato nella sala incontri dell'Ordine dei Medici. È nostro impegno riproporre successivamente questo incontro in periferia convinti che sia utile mettere a confronto le diverse figure mediche su un tema così impegnativo. Il vissuto del medico si interseca con il vissuto del paziente, con le paure e le aspettative, le frustrazioni di ciascuno di noi e dei familiari. Alcuni medici racconteranno episodi realmente accaduti. Ognuno di noi ha un ricco archivio di fatti e storie legate alla comunicazione di notizie infauste. *Ci piacerebbe raccoglierle assieme agli atti del convegno e metterle a disposizione di tutti gli iscritti.* Dall'esempio spesso si impara più che da tante lezioni.

L'aborto clandestino farmacologico con Cytotec, il nostro Codice Deontologico e la legge 194/78

Il nostro codice deontologico ci dice, all'art.3, che "Dovere del medico è la tutela della vita". Una parziale limitazione a questo dovere è regolamentata dalla legge 194/78 sull'interruzione volontaria di gravidanza. Recentemente sono emerse problematiche connesse con l'applicazione di tale legge sulle quali vorrei richiamare l'attenzione.

Vorrei esprimere una iniziale riserva nel considerare la "pillola del giorno dopo" come anticoncezionale, perché esistono dati in base ai quali risulta che essa non inibisce l'ovulazione⁽¹⁻⁴⁾, se non raramente (forse soltanto nel primo dei giorni fertili e nemmeno con certezza), mentre invece determina un forte effetto anti-estrogenico proprio nei giorni in cui il follicolo, proprio grazie agli elevati livelli di estradiolo che produce e contiene, si dovrebbe dotare di quei recettori per l'LH che gli permetteranno di diventare un corpo luteo adeguato a sostenere l'impianto.

E vorrei anche porre degli interrogativi sulla liceità di questo farmaco; la legge infatti consente di eliminare un essere umano già concepito in una sola ed unica circostanza: quella prevista appunto dalla stessa 194, a gravidanza diagnosticata, e non in altri casi quale, ad esempio, a concepimento avvenuto inibendo l'impianto, meccanismo d'azione verosimile della "pillola del giorno dopo".

Fatta questa premessa, vorrei soffermarmi sull'aborto clandestino, in particolare quello farmacologico col Cytotec (misoprostolo).

Il Cytotec è una prostaglandina usata diffusamente per l'aborto clandestino dalle donne immigrate ma verosimilmente anche dalle italiane. La capacità del farmaco di indurre l'aborto è ben nota: per averne conferma basta digitare *misoprostol and first* (ma anche *second trimester abortion* nel sito PubMed, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>).

Gli articoli che trattano il tema sono centinaia.

Io personalmente mi sono trovato ad assistere, in soli 15 mesi, 9 pazienti straniere che avevano utilizzato questo metodo per abortire, a volte anche con conseguenze estremamente gravi: due di loro sono arrivate in ospedale in pericolo di vita. Ciò si verifica perché le donne straniere assumono il farmaco in modo improprio e soprattutto senza essere seguite da un medico di riferimento. Ho attivato personalmente la Direzione Sanitaria e la Regione, l'allora ministro Storace che mi rispose personalmente, ma l'Aifa deliberò in termini minimali limitandosi a modificare la prescrivibilità del farmaco e rendendone non ripetibile la ricetta. Una misura certamente non sufficiente a scongiurare l'impiego di questo farmaco per procurare aborti clandestini. Il fatto che si tratti esclusivamente di pazienti straniere fa ritenere che solo queste pazienti siano lasciate sole durante e dopo la somministrazione clandestina del farmaco. Inoltre, ad ognuna di esse era stato fortemente raccomandato di attendere a domicilio il completo espletamento dell'aborto, preannunciato come evento certo e privo di complicazioni. Queste pazienti, prive di strutture mediche di riferimento o di medici "di fiducia" che siano collegati al SSN, inevitabilmente confluiscono al centro di Pronto Soccorso quando si presentino complicanze importanti e, se richieste, rivelano l'assunzione di farmaci a scopo abortivo. Sarebbe strano, però, se le procedure farmacologiche riguardassero solo pazienti straniere. Qualche dubbio è lecito..

Come avviene l'aborto clandestino delle pazienti italiane?

Come avvengono quei 15-20.000 casi stimati dall'ISTAT? E' possibile che le proprietà abortigene del misoprostolo siano note soltanto ai medici stranieri? E cosa rappresenta quel surplus di aborti spontanei che l'ISTAT quantifica in circa 12.000 all'anno rispetto ai dati di venti anni fa?

La risposta a queste domande è suggerita dai fatti. In Internet sono disponibili a chiunque tutte le informazioni necessarie per praticare l'aborto farmacologico clandestino.

Il sito olandese <http://www.womenonwaves.org/> spiega in dettaglio, in lingua inglese, come comportarsi quando si voglia ottenere un aborto clandestino: innanzitutto, se possibile, è meglio avere un medico di cui potersi fidare e al quale poter fare costante riferimento. In altri termini, un medico che si occupi dell'aborto clandestino; e poi viene spiegato come procurarsi e assumere il Cytotec, e infine quando chiedere l'assistenza del medico nel caso si sia fatto tutto da sole. Le stesse indicazioni, in lingua italiana, sono facilmente reperibili nel sito italiano <http://www.lucacoscioni.it> in un articolo del dott. Viale. La FIAPAC, Federazione Internazionale degli Operatori di Aborto e Contraccezione, ha tenuto un Congresso Internazionale nell'ottobre 2006 a Roma e questi argomenti vi sono stati ampiamente dibattuti. Il sito <http://www.fiapac.org/> ne riporta il programma e il testo completo di alcune relazioni.

È pensabile che un medico italiano che pratici aborti clandestini ricorra ancora a procedure chirurgiche che lo rendono protagonista visibile dell'evento, che richiedono un suo coinvolgimento diretto, che lasciano tracce e lo espongono al rischio di essere incriminato, quando può disporre di metodiche che lo tengono al di fuori di tutto?

Oggi anche la diagnosi di gravidanza è un fatto privato: la si ottiene con test acquistati in farmacia, il cui esito, non refertato, è nella esclusiva disponibilità dell'utente. Trovato un medico disponibile a seguire un aborto clandestino, un esame ecografico che non sarà refertato confermerà o meno la presenza di un embrione vivo in utero.

L'applicazione del misoprostolo potrà avvenire a domicilio. Il farmaco si può ottenere senza grandi difficoltà ed una confezione di 50 compresse da 200 mcg può bastare ad indurre almeno sei aborti. Ogni medico può prescriberlo, o acquistarlo da sé e consegnarlo alla paziente.

Se tutto procederà senza complicanze, il medico referente si manterrà disponibile, anche per eventuali suggerimenti a fini analgesici, e alla fine di tutto, con un controllo ecografico, accerterà l'assenza di materiale in utero.

Di questa gravidanza non resterà traccia. Esce da ogni contabilità. E' quanto succede in oltre il 90% delle gravidanze interrotte con misoprostolo.

Se invece vi saranno complicazioni, la paziente sarà ricoverata per aborto spontaneo e sarà sottoposta a revisione della cavità uterina.

Prima del ricovero, dovrà rimuovere i residui del

farmaco dal fondo della vagina e dovrà negare in ogni modo che il suo aborto non sia spontaneo (da womenonwaves.org).

Gli aborti spontanei oggi sono 70.000, 12.000 in più – come già detto – rispetto a vent'anni fa. Indubbiamente influisce l'aumentata età della donna in gravidanza, ma quanti di questi aborti possono invece rappresentare la punta dell'iceberg dell'aborto farmacologico clandestino... quel 5-10% di aborti non andati a buon fine? Sono cifre non immaginabili e non documentabili, ma si tratta di una realtà che esiste ed è ben nota a noi ginecologi.

La pillola abortiva RU-486, se mai sarà approvata, verrà utilizzata esclusivamente in ospedale sotto stretto controllo medico; il Cytotec, invece, si trova liberamente nelle Farmacie e determina l'aborto con una sicurezza estrema. È vero che esiste senz'altro un mercato nero del farmaco e che il Cytotec si può acquistare anche da siti internet, ma mi sembra incomprensibile che si discuta se autorizzare l'uso della RU-486, il cui utilizzo rimarrà comunque esclusivamente intraospedaliero, e si finga di ignorare che il Cytotec è disponibile in Farmacia da sempre. Questa discussione diventa comprensibile in un solo ed unico caso: che si parli tanto della RU-486 proprio per tacere del Cytotec, e lasciare che il suo utilizzo dilaghi nel silenzio, libero e incontrollabile, coperto da rumori del tutto strumentali.

La legge 194, di cui oggi si parla, ha fra i suoi scopi anche la prevenzione dell'aborto clandestino. Mi parrebbe doveroso, soprattutto da parte dei suoi sostenitori, un atteggiamento mirato a rimuovere sia le occasioni che gli strumenti in grado di facilitare l'aborto clandestino, e in questo senso vanno le presenti considerazioni.

Bruno Mozzanega

Ricercatore Clinica Ginecologica di Padova

Riferimenti bibliografici

- Durand. On the mechanisms of action of short-term LNG administration in emergency contraception. *Contraception* 2001, 64: 227-34
- Hapangama. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001, 63: 123-9
- Kahlenborn. Postfertilization effect of hormonal emergency contraception. *Ann Pharmacother* 2002, 36: 465-70
- Okewole. Effect of single administration of LNG on the menstrual cycle. *Contraception* 2007, 75: 372-377

La vicenda dell'Hospice pediatrico "Casa del bambino" di Padova

In Italia ogni anno oltre diecimila bambini contraggono una malattia che li porterà velocemente verso la fine della vita. Dati ufficiali dicono che meno del 5% di questi riesce a raggiungere un centro di cure palliative e di terapia del dolore. Gli altri spariscono nel mare degli ospedali a volte poco attrezzati per seguire loro ed i genitori, con tutte le conseguenze che ci si può facilmente immaginare.

Proprio per questo nel 1989 è stato ideato dalla Regione Veneto il Progetto "Rete di Cure Palliative e Hospice pediatrico" e nell'anno successivo è cominciata l'attività di volontariato medico-infermieristica di cure palliative pediatriche. Con DGRV 4029 del 19 dicembre 2003 è stato istituito il Centro Regionale di Terapia Antalgica Cure Palliative pediatriche ed in quest'ottica nel 2005 sono stati ultimati i lavori della "Casa del Bambino" di cui con DGRV n. 3242 del 17 ottobre 2006 sono state determinate le tariffe per le attività svolte da questa struttura.

Così il 19 settembre 2007 è stata inaugurata ufficialmente alla presenza dell'Assessore regionale, dei familiari dei bambini, di numerose autorità, medici e Direttori Generali di Ulss venete la "Casa del Bambino" Hospice Pediatrico di Padova.

Fino a luglio 2008 però questa struttura era stata dimenticata da tutti e scandalosamente caduta in disuso, abbandonata a se stessa, in balia degli elementi mentre vi era un estremo bisogno che diventasse operativa per iniziare a far fronte alle necessità sempre più pressanti dei piccoli malati terminali.

L'"Associazione Italiana per le Decisioni di Fine vita" (AIDeF) è aperta a tutti e si propone di aumentare e migliorare la conoscenza delle decisioni di fine vita presso i professionisti e la gente comune, di trovare i migliori mezzi per aiutare i pazienti e le loro famiglie ad affrontare delle scelte drammatiche e di intervenire e dare il proprio completo appoggio a favore di iniziative che mirino ad aiutare i pazienti ed i familiari di colo-



ro che si trovano nel dramma di dover subire le decisioni di fine vita.

Proprio perché l'"Associazione Italiana per le Decisioni di Fine vita" aveva individuato nell'apertura di questo Hospice pediatrico uno degli scopi del suo Statuto, ne ha iniziato a far conoscere la penosa situazione ai mass-media fino a quando è stata recepita dalla Dott. Daniela Boresi che ne ha fatto un ottimo articolo su Il Gazzettino del 12 luglio 2008, in seguito al quale vi è stata la pronta e decisiva risposta del Governatore del Veneto Giancarlo Galan che ha affermato che la struttura sarà operativa dal 4 agosto.

Credo che questo sia un successo per tutta la società civile che ci fa dimenticare l'impegno che abbiamo messo per arrivare alla soluzione di questa vicenda.

È sicuramente doveroso che un ultimo pensiero vada a tutti i nostri colleghi medici, infermieri e varie figure professionali che ogni giorno portano la loro competenza ed il loro impegno a coloro che vivono le ultime ore della vita ed ai loro familiari, lottando a volte contro la burocrazia e l'immobilismo.

Dott. Cristiano Samuelli

FEDER S.P. E V.:

chi siamo come agiamo

26



Giuliano Sassi

ORGANIZZAZIONE

La Federspev ha raggiunto il suo 50° anno di vita e può vantare una organizzazione completa ed efficiente.

Dispone:

di una sua sede di proprietà in Via Ezio, 24 – Roma, acquistata esclusivamente con i contributi degli Associati;

di un giornale di informazione mensile “Azione Sanitaria” distribuito gratuitamente a tutti gli Associati;

di un suo Statuto e di un suo Regolamento completati da regolamenti particolari per le sezioni e per il Fondo di Solidarietà;

di un suo Consiglio Direttivo Nazionale, di un Esecutivo, di Organizzazioni congressuali annuali di capillarizzazione in tutte le province e le Regioni d’Italia;

di una sua bandiera, di un suo motto “non soli ma solidali”, di un suo inno;

di presenza nella sede centrale per tutto l’arco della giornata lavorativa di impiegate, consulenti previden-

ziali, di attrezzature interne per comunicazioni, ecc.; di consulenza legale e fiscale; di un bilancio annuale sempre in linea con tutte le Leggi di contabilità e di gestione oculata e previdente. Con la quota associativa di soli tre euro al mese per i titolari e di due euro per i superstiti si provvede:

al finanziamento delle sezioni periferiche alle quali spetta il 50/60% dei contributi associativi; alla stampa e alla spedizione del giornale mensile “Azione Sanitaria”;

al pagamento degli stipendi dei dipendenti e dei consulenti esterni e dei ricorsi in sede giurisdizionale;

al mantenimento in tutte le sue esigenze della sede centrale (cancelleria, computer, telefoni, fax, pulizie dell’ambiente, oneri di spedizione postale, ecc.);

al rimborso spese per i componenti gli Organi statutari, ecc.

Attua da diversi anni la gestione di un Fondo di Solidarietà alimentato esclusivamente con parte delle quote associative che interviene con meccanismi rapidi alle richieste urgenti dei nostri Associati in stato di necessità; sono stati finora oltre duecento gli Associati fruitori di questa nostra magnifica umanitaria e fraterna iniziativa.

ATTIVITÀ SINDACALE E SOCIALE

Il complesso ed impegnativo quadro delle attività sindacali e sociali impone un lavoro enorme da parte degli Organi statutari. I risultati raggiunti nel corso degli anni sono notevoli soprattutto in rapporto alla esiguità, rispetto al grande mondo governativo e sindacale, della nostra rappresentanza e delle nostre disponibilità finanziarie. Elenchiamo:

Estensione del diritto alla pensione di reversibilità per gli orfani dei Sanitari al periodo degli studi universitari;

Mensilizzazione delle pensioni Enpam (prima bimestrali);

Concessione da parte dell’Onaosi di poter fruire dei centri di vacanze estivi e autunnali e residenziali;

Riconoscimenti giuridici con i nostri ricorsi per alcuni aspetti previdenziali quali ad esempio il diritto alla corresponsione della Indennità Integrativa Speciale ai pensionati pre 1995; Numerose iniziative in campo legale e giurisdizionale molte delle quali fino alla Corte Costituzionale su temi previdenziali e sociali; Numerosi interventi presso il Parlamento per Disegni e proposte di Legge su vari argomenti, quali ad esempio l'abolizione della decurtazione delle pensioni di reversibilità in presenza di redditi e la corresponsione della intera quota Istat per tutti i pensionati indistintamente. Purtroppo queste iniziative anche se concretizzate su espressi Disegni e proposte di Legge non hanno trovato ancora accoglienza da parte del Governo; Adesione al Comitato per la difesa dei diritti previdenziali costituito da oltre quaranta Associazioni sindacali autonome in rappresentanza di molte altre categorie di pensionati; Concessione annuale di premi di studio per gli orfani;

Organizzazione di premi letterari e pittorici ; Attività turistiche e culturali e conviviali anche al fine di mantenere la più elevata coesione di amicizia e di scambi di conoscenze tra noi.

Da "Azione Sanitaria" n°4 - Aprile 2008

A cura della
SEZIONE PROVINCIALE DI VENEZIA



**AVVISO DI CONVOCAZIONE ASSEMBLEE ELETTORALI
ORGANI ISTITUZIONALI
TRIENNIO 2009-2011**

L'Assemblea elettorale degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e l'Assemblea per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri sono convocate, in prima convocazione, ai sensi dell'art. 2 D.LGS.C.P.S. del 13 settembre 1946, n. 233, modificato dall'art. 2, comma 4 sexies, del D.L. del 14 marzo 2005, n. 35, convertito con modificazioni nella L. del 14 maggio 2005, n. 80 e dell'art. 14 del DPR 5 aprile 1950, n. 221, nei giorni:

DOMENICA 16 NOVEMBRE 2008 dalle ore 9.00 alle ore 13.00

LUNEDI' 17 NOVEMBRE 2008 dalle ore 9.00 alle ore 13.00

MARTEDI' 18 NOVEMBRE 2008 dalle ore 9.00 alle ore 13.00

presso la sede dell'Ordine - Mestre, Via Mestrina 86 - per l'elezione dei quindici componenti del Consiglio Direttivo iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi, per l'elezione dei cinque componenti iscritti all'Albo degli Odontoiatri e per l'elezione dei tre componenti effettivi e del componente supplente del Collegio dei Revisori dei Conti.

Seguirà formale convocazione degli iscritti via posta ordinaria.

Leggi e
circolari

FNOMCEO

Il Chiropratico deve essere un medico specialista

In riferimento alla nota del 30 gennaio u.s., concernente il tema dell'esercizio dell'attività di chiropratico, alcune precisazioni sono indispensabili.

Il comma 5 dell'art. 2 della Legge Finanziaria 2008 è frutto di un evidente errore di tecnica legislativa che la Federazione ha cercato di evidenziare e di evitare, ma che è rimasto nel testo della stessa legge finanziaria anche se in conseguenza degli effetti del meccanismo del voto di fiducia. Si ricorda che la XII Commissione Affari Sociali della Camera aveva votato per la sua cancellazione.

E' subito da rilevare che, in sintonia con il Ministero della Salute, si cercherà di correggere tale disposizione, inserendo uno specifico emendamento nel c.d. "decreto mille proroghe".

Per quanto concerne l'attuale normativa dell'esercizio dell'attività di chiropratico è necessario fare riferimento all'allegato parere del Ministero della Salute del 25 settembre 2007. In particolare va sottolineato che sotto il profilo strettamente giuridico non essendo ancora stata emanata la normativa che istituisce la figura professionale del chiropratico, questa attività, anche se svolta in una struttura autorizzata, va ricondotta alla responsabilità della direzione sanitaria, e deve essere affidata ad un medico specialista in fisioterapia o in ortopedia nonché deve essere esercitata con le strutture e il personale previsti dalla circolare del Ministero della Salute n° 66 del 16/09/1984.

Sperando di chiarire definitivamente i termini della "questione chiropratica", riportiamo di seguito il parere del Ministero della Salute.

Il Presidente
Amedeo Bianco

MINISTERO DELLA SALUTE
DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ

Medicine alternative

In via preliminare si osserva che per l'esercizio dell'attività chiropratica e i relativi limiti, il Consiglio Superiore di Sanità, con circolari n.79 del 21.12.1982 e n. 66 del 12.09.1984, ha consentito l'esercizio dell'attività chiropratica presso le strutture sanitarie anche da parte di chiropratici non

medici.

Successivamente lo stesso Consiglio Superiore di Sanità, con parere del 22.01.1997, ha previsto "che le pratiche "innovative e/o alternative" possono eventualmente essere eseguite solo da chi abbia l'abilitazione all'esercizio della medicina in quanto, essendo in possesso di strumenti interpretativi, sarà in grado di valutarne gli effetti assumendosi nel contempo la responsabilità sia penale che civile".

Tale impostazione è stata confermata dall'Ufficio legislativo di questa Amministrazione con nota del 29.07.2002, sulla quale ha confermato che in assenza di ulteriori indicazioni e di adeguata ed obiettiva informazione rispetto a quelle fornite da questo Ministero con le circolari del 1982 e 1983, le medesime, pur avendo limitata forza ed efficacia giuridica, siano da considerarsi come l'unico punto di riferimento per consentire l'esercizio dell'attività chiropratica presso le strutture sanitarie anche da parte di chiropratici non medici nel rispetto, pur sempre delle condizioni previste a garanzia della sicurezza e della tutela della salute dei cittadini.

Sotto il profilo strettamente giuridico, al momento, non essendo ancora stata emanata la normativa che istituisce la figura professionale del chiropratico, questa attività, anche se svolta in una struttura autorizzata, va ricondotta alla responsabilità della Direzione sanitaria e deve essere affidata ad un medico specialista in fisioterapia o in ortopedia, nonché deve essere esercitata con le strutture ed il personale previsto dalla circolare n. 66 del 12 settembre 1984.

Occorre tuttavia evidenziare che la procedura concernente l'istituzione del profilo professionale del chiropratico è al momento all'esame del Consiglio Superiore di Sanità. Ove si pervenisse al riconoscimento della professione sanitaria del chiropratico, tali operatori potrebbero svolgere, in forza dell'abilitazione rilasciata dallo Stato, a pieno titolo le specifiche attività di competenza, superando le non poche difficoltà derivanti dall'attuale situazione caratterizzata da una parte dal mancato riconoscimento giuridico del titolo di chiropratico, e dall'altra dalla diffusione sul territorio di tale disciplina.

Il Direttore Generale
Giovanni Leonardi

Medici competenti: obbligo di comunicare il possesso dei titoli mediante autocertificazione

In riferimento alla nota del 23 maggio prot. n. 968/10/5 concernente la disciplina prevista dal D.Lgs. 81/08 relativa al medico competente si rileva quanto segue.

Nella fattispecie si sottolinea che l'art. 38, comma 4, del citato decreto prevede che "i medici in possesso dei titoli e dei requisiti di cui al presente articolo sono iscritti nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della salute".

Tale comma deve necessariamente essere posto in correlazione con l'articolo 25, comma 1, lett. n), che prevede fra gli obblighi del medico competente quello di **comunicare mediante autocertificazione** il possesso dei titoli e requisiti di cui all'art. 38 al Ministero della salute entro il termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto indicato in oggetto.

Inoltre l'art. 38, comma 2, dispone che i medici in possesso dei titoli di specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale sono tenuti a frequentare appositi percorsi formativi universitari da definire con apposito decreto del Ministero dell'università e della ricerca di concerto con il Ministero della salute.

Tali soggetti, i quali all'entrata in vigore del T.U.

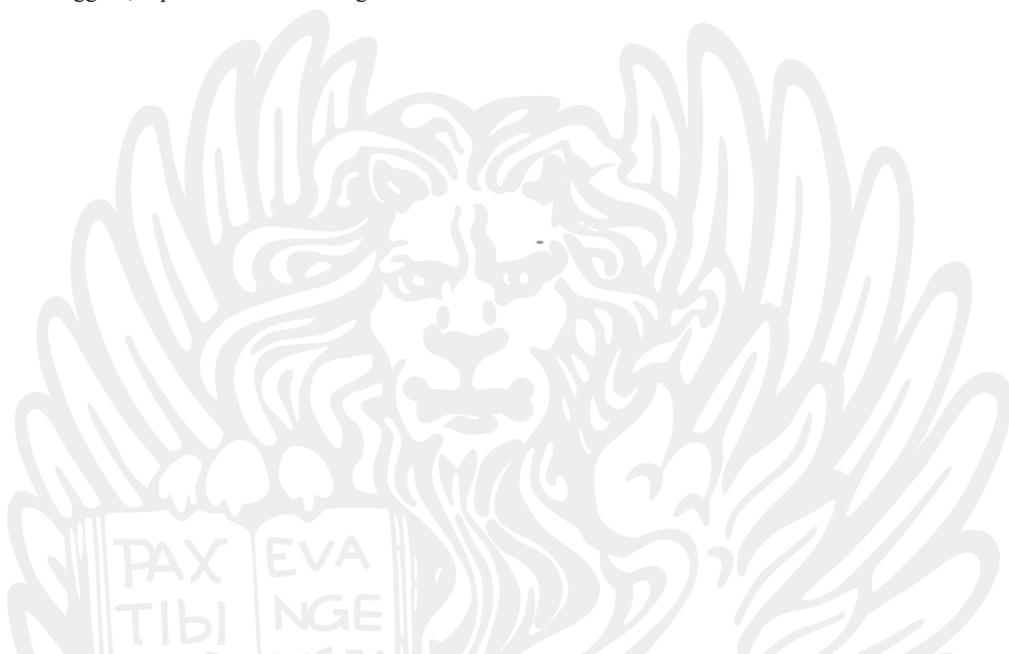
svolgano le attività di medico competente o dimostrino di aver svolto tale attività per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori all'entrata in vigore del T.U., sono abilitati a svolgere le medesime funzioni. **A tale fine sono tenuti a produrre alla Regione attestazione del datore di lavoro comprovante l'espletamento di tale attività.**

Pertanto stante la nuova normativa, che prevede l'istituzione dell'elenco dei medici competenti presso il Ministero della salute, si ritiene opportuno che gli Ordini provinciali sollecitino i medici competenti iscritti ai propri Ordini a presentare la relativa autocertificazione di cui all'art. 25, comma 1, lett. n), al Ministero della salute.

IL PRESIDENTE
Dott. Amedeo Bianco

Ulteriori notizie su questo argomento sono consultabili sul sito www.ordinemedicivenezia.it

Leggi e
circolari



La comunicazione fra medici, strumento indispensabile per un percorso di cura di qualità

Presentazione di un progetto proposto dall'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della provincia di Venezia e fatto proprio come progetto pilota dalla Azienda ULSS 13 Regione Veneto

Destinatari: Rappresentanti altri Ordini dei Medici ed Odontoiatri della Regione Veneto Istituzioni e rappresentanti Politici locali, regionali e Nazionali
Direzione Azienda ULSS 13 ed Aziende Sanitarie Limitrofe
Medici di Medicina Generale, Medici Ospedalieri e dei Distretti Socio Sanitari dell'Azienda ULSS 13 del Veneto

Sede: Mirano, Nuovo Teatro Comunale
Data: 25.10.2008 in orario 8.30- 14.00 circa
Numero partecipanti attesi: 150-200
Accreditamento ECM regionale in corso

Nel **Novembre 2006** durante un primo convegno medico sulla comunicazione fra medici (vedi Notiziario OMCeO 5/06) sempre organizzato dall'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della provincia di Venezia, in Mirano, prendeva corpo una **ipotesi di lavoro interdisciplinare per permettere il miglioramento della comunicazione fra medici operanti in diversi settori della sanità pubblica.**

Si ipotizzava che la conoscenza delle problematiche nei rispettivi luoghi di lavoro, dei rispettivi carichi di lavoro – intendendosi per carichi non solo il rapporto con il paziente con la difficoltà di diagnosi e cura ma anche tutto il 'burocratese' dell'ambulatorio di medicina generale come della attività in corsia o il lavoro nel distretto sanitario, il rapporto con le altre figure professionali – avrebbe permesso un miglioramento del rapporto interpersonale dei colleghi operanti nei diversi settori **con guadagno in primis verso il paziente ma anche in quel terreno, molto importante nell'ambito della professione medica, che è quello del rapporto deontologico.**

Il progetto pilota è stato realizzato ed espletato dopo le difficoltà organizzative iniziali fra il dicembre 2007 e l'aprile 2008 presso la ULSS 13



Regione Veneto ed ha visto la partecipazione di 70 medici a fronte di una ipotesi iniziale di coinvolgimento di 20 colleghi (arruolamento dei colleghi su base volontaria).

Il convegno che si va a preparare riassume l'esperienza pilota realizzata nel periodo dicembre 2007-aprile 2008 da complessivi 70 medici (35 medici di medicina generale e 35 ospedalieri) che hanno frequentato rispettivamente per tre giorni e complessivamente 13,5 ore il reparto ospedaliero scelto, affidati ad un collega Medico Ospedaliero che analogamente ha frequentato per tre giorni e complessive 13,5 ore l'ambulatorio di Medicina Generale sul territorio. **L'esperienza è stata finalizzata al comprendere le rispettive difficoltà operative sul campo e proporre eventuali modalità correttive con l'obiettivo finale di migliorare la comunicazione fra professionisti della salute con competenze professionali diverse, nell'interesse del professionista stesso –maggior stima e rispetto interpersonale-, della professione in toto e soprattutto del paziente.**

La esperienza è stata resa possibile grazie alla collaborazione fra l'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della provincia di Venezia e l'ULSS 13 Regione Veneto; sono stati attribuiti 13 crediti ECM per ogni medico partecipante al progetto stesso; non vi sono stati costi per i colleghi che hanno aderito alla iniziativa, non vi è stata interruzione del servizio presso le rispettive sedi lavorative. Confidando nella vostra attiva partecipazione al convegno, di cui nel bollettino è presentato anche

il programma avanzato ma ancora non definitivo, porgiamo cordiali saluti in attesa di incontrarvi in Mirano.

Segreteria Scientifica:
Dott. Moreno Scevola
(consigliere OMCeO , ospedaliero)
e **dott. Luca Barbacane**
(medico medicina generale)

“LA COMUNICAZIONE FRA MEDICI, STRUMENTO INDISPENSABILE PER UN PERCORSO DI CURA DI QUALITÀ”

Teatro Nuovo, Mirano (Venezia), 25 ottobre 2008

Programma

Registrazione partecipanti

9.00 Saluto autorità

- Pres. Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Venezia (dott. M. Scassola),
- Deputato della Repubblica della attuale legislatura (in itinere),
- Direttore Generale U.L.S.S. 13 Veneto dott. A. Orsini,
- Sindaco di Mirano (dott. R. Cappelletto)

Presentazione del “progetto pilota di formazione ed aggiornamento 2007/2008 rivolto a medici di medicina generale-medici dei distretti medici ospedalieri” collaborazione OMCeO Venezia / U.L.S.S. 13 Regione Veneto (dott. M. Scevola)

9.30 Tavola rotonda: trigger point nella comunicazione (relatori dott. R. Centomo, F. Minniti, dott. G. Angiolelli)

- la comunicazione all'atto del ricovero e della dimissione,
- la comunicazione della diagnosi,
- la comunicazione degli indirizzi terapeutici o delle variazioni terapeutiche (es: il trattamento della polmonite acquisita in comunità).

10.30-10.40: Discussione

10.40-11.00: Lecture: Esiste la comunicazione fra i medici? (dott. M. Sinigaglia, consigliere OMCeO Venezia.)

Lecture: La comunicazione fra specialisti all'interno di un gruppo di lavoro multidisciplinare (prof. F. Rea, Chirurgia Toracica Università Padova)

11.30-12.00 Brunch

- 1° caso clinico – difficoltà di comunicazione (dott. M. Scevola)
- 2° caso clinico – difficoltà di comunicazione (dott. L. Barbacane)

12.40 -13.00 la comunicazione con i direttori di U.O.C, Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa (dott. A. Orsini)

13.00-13.20 Come migliorare la comunicazione alla luce della esperienza maturata con il progetto pilota? (dott. L. Barbacane)

Il progetto da pilota a programma di formazione medica continua sul campo? (dott. A. Pegoraro)

13.40-14.00 Considerazioni conclusive (dott. M. Scevola, dott. M. Scassola, dott. A. Orsini)

14.00-14.30 Compilazione questionario ai fini ECM

IL NUOVO SITO DELL'ORDINE È "ON LINE"

OMCeO Venezia

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

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

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 interventi

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

Eventi e Congressi

Convegno: "Alleanze per la Salute" - Padova, 18 giugno 2007 [52 Hits]
 18 Giugno - Segreteria OMCeO-Ve
 L'ESQH 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]
 21 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 Isola di S. Servolo - Venezia.
[\[leggi\]](#)

Convegno: "Il Ginocchio Doloroso" - Venezia 23 giugno 2007 [166 Hits]
 23 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]
 16 Giugno - Segreteria OMCeO-Ve
 La Fondazione ARS Medica con il patrocinio dell'Ordine di Venezia organizza il

Altri 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.
[\[leggi\]](#)

Caso Welby - Rinvio a giudizio dell'anestesista [49 Hits]
 13 Giugno - Amministrazione S.
 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 colleghi dell'Ordine di Cremona il Provvedimento di Archiviazione sul caso Welby [48 Hits]
 14 Giugno - Amministrazione S.
 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