

# OMC eO

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

01.08

Anno XL - n. 01 del 31 gennaio 2008 - Euro 0,90  
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003  
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

**Quel collega è un incompetente!**

**Assemblea straordinaria iscritti  
Albo Odontoiatri**

**I giovedì dell'Ordine**

**Novità sul fronte ECM**

**Riflessioni di bioetica**



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. 01 del 31 gennaio 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 gennaio 2008*

04	"Quel collega è un incompetente!"
06	Assemblea straordinaria iscritti all'Albo Odontoiatri
08	Alta tensione!!! Finanziaria 2008 e dintorni
09	L'impegno della New York University nella provincia di Venezia
11	Autorizzazioni: si muove la FNOMCeO
12	Relazione gruppo di lavoro comunicazione e informazione - anno 2007
12	Commissione pari opportunità
13	Commissione Pari Opportunità Ordine dei Medici di Venezia
14	Relazione della commissione pubblicità
15	Quesito: prescrizione di psicofarmaci e incidenti stradali

18	La qualità della vita e la qualità della morte secondo la Chiesa Cattolica
21	La nuova ECM
24	La casa di cura policlinico San Marco ha festeggiato 50 anni di vita
25	Autorizzazioni alla cremazione
26	Tracciabilità delle parcelle: questi i soggetti esonerati
27	La comunicazione Medico-Paziente: comunicare una cattiva notizia
28	FEDER.S.P.E.V.
30	È mancato il dott. Italo Franzoso
31	I giovedì dell'Ordine
32	La previdenza di medici ed odontoiatri: conoscerla e pianificarla

Sommario

3

# “Quel collega è un incompetente!”

4



Dal nostro osservatorio di Ordine Professionale ricaviamo dati che indicano come sia sempre più in crescita il contenzioso tra colleghi e come questo dato sia strettamente collegato a molta parte del contenzioso tra medico e paziente.

Il deterioramento del rapporto tra colleghi è anche uno dei fattori che determinano lo scaldamento di ruolo e di autorevolezza della Professione.

Deve essere analizzato in particolare un determinante specifico: la cattiva conoscenza dell'Altro. Oggi l'incapacità di immedesimarsi nell'Altro, di osservare e di comunicare sono probabilmente deficit strutturali nella relazione interumana ma sono tragici aspetti relazionali quando coinvolgono la Professione Medica perché hanno inevitabili ripercussioni sulla qualità della cura. Quando affermiamo, giustamente, che il rapporto medico – paziente deve essere permeato dal concetto di empatia non possiamo dimenticare la solidarietà tra colleghi che significa immedesimarsi nelle

condizioni umane e lavorative del Collega. Conosciamo realmente la cornice normativa, organizzativa in cui lavorano i medici nelle diverse aree della professione? Sappiamo valorizzare il loro quotidiano impegno in condizioni spesso di alto rischio professionale? Riusciamo a mediare con i pazienti sottolineando le difficoltà in cui lavora quel collega, in quel dato posto, in quel dato contesto?

Quante volte invece i pazienti riportano frasi del tipo: quel medico è un incompetente! Il Collega non ha capito niente!

Credo che il rispetto tra colleghi sia una premessa anche per ottenere qualità e sicurezza nelle cure specie in un momento storico che vede una profonda rivisitazione dei modelli organizzativi dell'Assistenza con potenziali, gravi ripercussioni sul livello di responsabilità che gli Operatori della Salute vanno ad assumersi in carenza di risorse umane, finanziarie e organizzative. L'operatore, soggetto più “visibile” delle attività assistenziali, rimane con il cerino in mano!

Qui sorge anche la necessità di creare alleanze tra tutti gli Operatori della Salute; è interesse di tutti creare un costante flusso informativo, comunicativo ed anche formativo che permetta la vera presa in carico della persona. Questo prendersi in carico, si deve esplicitare con l'individuazione preliminare del percorso di cura che permetta a tutti gli operatori di seguire passo – passo lo svolgimento delle attività assistenziali e di individuarne i referenti.

Come possiamo progredire su questa strada se non superiamo il primo, prioritario ostacolo: una visione parcellare del Sistema!

Come possiamo recuperare una visione di insieme se non vogliamo conoscere le ragioni dell'Altro? Le differenze culturali, organizzative e normative possono rappresentare indubbiamente un ostacolo nella collaborazione tra Colleghi. Gli stessi Contratti di Lavoro e gli Accordi Collettivi Nazionali non sono certo strumenti per la condivisione e la collaborazione tra aree della professione che devono trovare nello stesso Ambito del Pubblico Impiego e di SSNN una comune progettualità.

Lo sforzo che oggi dobbiamo fare è proprio quel-

lo di “capirci” e di sfruttare queste differenze e queste difficoltà come “opportunità” nella chiarezza dei rispettivi ruoli e delle rispettive funzioni; è anche in questa ottica che va subito affrontato un sereno confronto anche tra medici ed infermieri professionali; le giuste ambizioni professionali e di sviluppo di carriere non devono far dimenticare la prima vera necessità: la identificazione delle responsabilità nella cura.

Il percorso che la persona svolge all'interno del sistema delle cure deve vedere al centro il problema della corretta comunicazione tra tutti gli operatori. E' sotto questa visione lungimirante che è iniziata la sperimentazione del progetto FAD “SICURE” che vede FNOMCeO e IPASVI unite sotto lo stesso obiettivo: la sicurezza della persona attraverso una formazione trasversale degli operatori che consente una comunicazione strategica ed una identificazione di ruolo.

Dobbiamo anche abbattere la barriera della “settorializzazione” dell'assistenza; è oggi improprio e fuorviante parlare del rapporto tra Ospedale e

Territorio; le definizioni dividono, separano ancora più gli ambiti di attività; dobbiamo invece ragionare nell'ambito di una strategia di percorsi di cura in un fluire continuo di informazioni che devono pre-vedere i criteri di appropriatezza nei ricoveri, tempi e attività certi e pre-definiti per le attività di cura all'interno dell'ospedale, dimissioni protette che permettano alla persona un rientro in comunità anche nella sicurezza dei percorsi assistenziali e riabilitativi.

Un Ordine Professionale deve svolgere tutte le azioni informative e formative che permettano il recupero della qualità delle nostre relazioni interumane.

Il Codice di Deontologia ha tra i suoi pilastri fondanti il rispetto reciproco nel riconoscimento dei valori universali che ci devono unire e che hanno permesso ad una professione così eterogenea di scrivere il Codice.

Su questo dobbiamo fondare la relazione anche con gli altri operatori ed il confronto con le nostre Comunità.



# Assemblea straordinaria iscritti all'Albo Odontoiatri

6

Il 16 Novembre 2007 si è tenuta la prima assemblea straordinaria degli iscritti all'Albo Odontoiatri della provincia di Venezia.

Ed effettivamente di quella assemblea tutto è stato straordinario.

Anzitutto l'assemblea in sé, dal punto di vista formale, era una assemblea straordinaria, in quanto gli iscritti all'Ordine di Venezia avrebbero celebrato la loro Assemblea Ordinaria annuale pochi giorni dopo al Novotel.

Poi è stata straordinaria perché per la prima volta nella storia dell'Ordine di Venezia è stata convocata una assemblea degli iscritti all'Albo Odontoiatri.

Straordinaria, ancora, per la partecipazione degli iscritti stessi in quanto, nonostante abbia avuto luogo all'Hotel Michelangelo, in una sala assai più capiente (di circa il doppio) della sala riunioni dell'Ordine (temporaneamente inagibile per lavori di ristrutturazione), molti colleghi non sono riusciti fisicamente ad entrare.

Poi, straordinaria per i relatori. Infatti, nonostante due defezioni dell'ultimo momento, erano presenti le rappresentanze di praticamente tutte le

aree di esercizio dell'odontoiatria nel nostro territorio. Anzitutto Salvatore Rampulla, collega di Bolzano che appena poche settimane dopo sarebbe stato eletto all'unanimità presidente nazionale dell'AIO. Siamo quindi contenti di essere stati, per così dire, di buon auspicio per il collega di cui abbiamo potuto apprezzare la forza e la chiarezza espositiva. Ma anche tutti gli altri colleghi intervenuti: il dott. Valerio Brucoli, presidente della CAO di Milano e membro della CAO Nazionale, il dott. Luca Dal Carlo, presidente provinciale dell'ANDI, il dott. R Di Fulvio, presidente nazionale dell'ANSOC, il dott. M Rossi, referente provinciale del SUSO, il dott. Moreno Breda, referente provinciale per i doppi iscritti e il dott. Maurizio Bossi, segretario culturale del COI-3V. Siamo spiacenti di non aver avuto con noi il dott. Massimo Ronchin, invitato in rappresentanza della SIDO, e il dott. Christian Bacci, invitato in rappresentanza degli odontoiatri ospedalieri, che non sono potuti intervenire per impegni imprevisti. Con questa ampia partecipazione di relatori il nostro Ordine ha voluto dare voce a tutte le esperienze di Odontoiatria del nostro ter-



ritorio. Se, tuttavia, qualche associazione o gruppo non si sentisse adeguatamente rappresentato, che si faccia sentire e lo coinvolgeremo per il futuro.

I motivi, infine, per cui l'assemblea è stata convocata sono quasi l'ultima ragione per definirla straordinaria.

L'autorizzazione degli studi odontoiatrici in base alla legge 22/2002 è stata oggetto di una breve relazione d'apertura del sottoscritto, poi si è parlato della nuova normativa sull'ECM, degli Studi di Settore e della figura dell'odontoprotesista. Il livello dei relatori ha consentito a chiunque di

fare il punto della situazione e di comprendere la posizione dei diversi sindacati. Ci sono, ovviamente differenze di approccio ai molteplici problemi della nostra categoria e occasioni come questa sono fondamentali per farsi un quadro oggettivo ed imparziale di tali posizioni. Dall'assemblea ad oggi nuove problematiche si sono presentate senza che le vecchie, ahinoi, abbiano trovato soluzione. La Commissione Odontoiatri avverte la necessità di informare in modo continuo e pertinente i colleghi ma si trova spesso nell'imbarazzo di dover rincorrere continue emergenze che si susseguono in modo tumultuoso e caotico.

In questa situazione misuriamo ogni giorno l'esiguità delle nostre energie per tener testa a tutte le novità e ci rendiamo sempre più conto che una professione come la nostra può mantenere un decoro e una dignità solo se TUTTI gli iscritti partecipano attivamente e in prima persona. E questo è, tra tanti, il primo compito della nostra attività.

*Cosimo Tomaselli*

Attività  
dell'Ordine



7

# Alta Tensione!!! Finanziaria 2008 e dintorni

8



Con il voto sulla legge finanziaria come è noto, unicità dell'Italia fra i vari paesi europei, vengono stabilite le entrate e le spese per l'anno successivo, insomma una specie di voto sul bilancio. Da alcuni anni però è invalsa una strana abitudine caratteristica di entrambi gli schieramenti politici che negli anni si sono succeduti: siccome la finanziaria di cui si discute tutto l'anno alla fine viene votata a colpi di fiducia perché non vi è mai il tempo di una discussione in parlamento, si approfitta di inserire a fine anno alcuni provvedimenti mai discussi che vengono raggruppati in faldoni che si chiamano "collegati" che spesso nulla hanno a che fare con il bilancio.

Un tipico esempio è che a sorpresa dall'1 Gennaio del 2008 è stato eliminato il decreto legge del 2003 che aveva recepito la Direttiva Europea 2003 sul Working Time. In questa direttiva veniva stabilito a tutela della salute degli operatori e a tutela della sicurezza delle cure del paziente che il medico dipendente non dovesse superare 12 ore di lavoro consecutivo, che alla

fine di ogni turno lavorativo dovesse seguire un periodo di riposo di almeno 11 ore consecutive e che non si dovesse superare la media di 48 ore settimanali come valore medio calcolato su 3 mesi. Tutto ciò cari colleghi è stato cancellato con la finanziaria 2008 in barba al tanto decantato europeismo dei nostri politici. Ancora una volta si dimostra la mancanza di attenzione della politica alle problematiche della salute e della sua organizzazione. Da un lato il Ministero della Salute stabilisce i criteri per la costituzione di unità di risk management per contrastare gli episodi di "malasanità", dall'altro lato il suo stesso governo stabilisce che un medico, ad esempio un chirurgo possa lavorare per 24 ore consecutive. Ancora una volta dobbiamo sottolineare da queste pagine la scarsa considerazione della politica alle nostre problematiche e a quelle dei pazienti. Invito i colleghi a contattare l'Ordine in caso di applicazione locale di questa norma.

*Salvatore Ramuscello*  
Vice Presidente

# L'impegno della New York University nella provincia di Venezia

Il dott. Saverio Ravazzolo, classe 1957, è figlio d'arte nel nostro Ordine dei Medici di Venezia. Il padre Sinclair e il fratello Giovanni: radiologi; la madre Liana Doardo e la cognata Silvana Benni: pediatre. Tuttavia la passione per l'odontoiatria nasce presto, tanto che nel 1983 si laurea a Bologna in Medicina con una tesi sui tumori misti della ghiandola parotide. Dal 1987 lavora come libero professionista a Portogruaro dove abita.

Tra il 13 ed il 15 Marzo organizzerà al Russott Hotel (ex Ramada) il convegno annuale della New York University. Lo abbiamo incontrato per comprendere come un nostro iscritto sia riuscito a diventare referente per l'Italia per la NYU.

D: Quando hai conosciuto la NYU?

R: Nel 1986, agli inizi della mia professione, sentivo forte la necessità di andare negli U.S.A. per specializzarmi in implantologia. Ho visto che presso il New York University College of Dentistry era possibile seguire dei Corsi di Perfezionamento Postgraduate e ci sono andato. Il mio desiderio era di apprendere le più recenti acquisizioni della clinica odontoiatrica del Nord America, oltre al desiderio di conoscere una realtà diversa da quella che conoscevo già rispetto alla Clinica Odontoiatrica dell'Università di Bologna (dir. prof. Borea), a quella della Clinica Odontoiatrica dell'Università di Modena (dir. prof. Vernole), che avevo frequentato per un anno, ed alla esperienza professionale che mi ero fatto lavorando nell'ambulatorio di Odontoiatria del Policlinico "S. Giorgio" di Pordenone. A New York ho trovato una differenza notevole con la realtà italiana, soprattutto per l'impostazione didattica. In Italia proprio nel 1986 è partito il corso di laurea in Odontoiatria, che ovviamente era assolutamente embrionale, per il resto c'erano solo le Scuole di Specialità, l'accesso alle quali era estremamente complicato.

A New York, invece, l'International Postgraduate Certificate Program era aperto a dentisti stranieri

già dal 1980, e mi sono trovato a frequentare in compagnia di colleghi provenienti da tutto il mondo. Le lezioni erano in inglese ed è stato estremamente

stimolante il confronto con i docenti e gli altri professionisti incontrati, con i quali si sono subito stabiliti legami di amicizia che durano ormai da più di 20 anni.

L'esperienza americana è stata bellissima per le strutture, i docenti e la loro disponibilità. Ho ripetuto l'esperienza per un secondo mese nel 1987, ho presentato il Written Final Report (una tesi) ed ho conseguito il Certificate of Achievement del Postgraduate Course in Implantology & Oral Surgery rilasciato dalla New York University.

L'entusiasmo suscitato in me dalla frequenza americana mi ha portato a pensare che avrei potuto condividere con i colleghi italiani questa esperienza ed ho così suggerito al prof. Beacham, Direttore del Dipartimento di Continuing Dental Education della NYU, di organizzare dei programmi dedicati ai colleghi italiani fornendo un servizio di traduzione, in quanto allora, ma anche oggi, per i nostri colleghi la lingua è un ostacolo discreto.

Nel 1988 assieme ad altri colleghi europei che avevano frequentato la NYU, con l'approvazione dell'allora Dean del College, prof. Kaufman, abbiamo costituito la "New York University College of Dentistry European Postgraduates



Association", che ho presieduto dal 1988 al 1993. Dal 1988 ho iniziato a collaborare personalmente con il prof. Beacham all'organizzazione scientifica dei programmi ed alla traduzione delle lezioni che venivano tenute per i colleghi italiani, e sono stato incaricato Program Director per l'Italia dei programmi del dipartimento di Continual Dental Education. Dal 1996 ricopro l'incarico di Adjunct Associated Professor nel "Department of Prosthodontics" (dir. prof. Panno) e dal 2007 in quello di "Cariology and Comprehensive Care" (dir. prof. Wolff). Nel 1989 abbiamo deciso di offrire direttamente in Italia la possibilità di seguire i programmi della NYU organizzando con notevole successo il primo Annual Meeting "NYU in Italy" all'Hotel Ramada.

D: Quali sono le differenze principali tra l'odontoiatria italiana e quella americana?  
R: Dagli anni '80 l'odontoiatria italiana è andata gradualmente migliorando fino a raggiungere risultati di eccellenza a livello internazionale, grazie a grandi professionisti che hanno fatto scuola, tanto che oggi il gap da me constatato all'inizio della mia carriera si è quasi annullato, tranne che per alcune carenze strutturali che ancora affliggono il sistema didattico Universitario italiano.

La New York University è la più grande scuola di odontoiatria degli Stati Uniti, ha una sede di 12 piani sulla First Avenue a Manhattan e offre agli studenti americani e stranieri una vasta offerta didattica, dai programmi "Short-Term" al DDS (laurea in Odontoiatria) ai programmi di Advanced Studies con frequenza clinica di un anno.

In Italia non c'è una sede stabile del College of Dentistry: abbiamo però fondato, su emanazione di quella Europea, una "Associazione Italiana dei Graduates della NYU", che ho l'onore di presiedere per l'anno in corso. Si tratta di una Società scientifica non a fini di lucro, Provider Accreditato nel programma di Educazione Continua in Medicina presso il Ministero della Salute, che riunisce gli allievi ed ex-allievi italiani del College e permette loro di seguire i corsi che la NYU organizza acquisendo anche il punteggio ECM.

La nostra attività didattica in Italia storicamente si è svolta in modo preminente a Venezia e, in alcuni casi proprio a Portogruaro. Però con la NYU abbiamo avviato negli anni importanti collaborazioni a livello nazionale per esempio con l'Istituto Stomatologico Italiano a Milano (dir. prof. Trentalancia), in seguito con gli Istituti

Ortopedici Rizzoli (dir. prof. Bilotta) a Bologna e con la clinica Maxillo Facciale a Firenze (dir. prof. Panzoni). Dallo scorso anno un importante progetto di "International Certificate Program in Oral Hygiene" ha preso l'avvio in collaborazione con le Università degli Studi di Cagliari (prof. V.Piras) e Milano Bicocca (prof. Baldoni): questo programma, sotto l'egida della A.I.D.I.-Associazione Italiana Igienisti Dentali - è il primo organizzato a livello internazionale da una grande Università americana e dedicato ai laureati in Igiene Orale.

Quest'anno abbiamo deciso di tornare a Venezia perché la nostra città ha una valenza internazionale e ci tenevo a valorizzare le mie origini.  
D: È importante mantenere questi legami con la NYU?

R: Nel corso degli anni credo che i colleghi che hanno frequentato corsi residenziali a New York siano stati più di 500: per tutti loro è stata un'esperienza didattica, professionale ed umana che li ha cambiati. I grandi insegnanti che abbiamo avuto modo di avvicinare, ascoltare e conoscere a New York - e penso a P.D. Miller, L. Linkow, K.Judy, C. Misch, a D. Tarnow, H.Gelb - hanno lasciato in ciascuno di noi un'impronta ed un ricordo che riaffiora quotidianamente nelle nostre attività cliniche. E' il ricordo di questi personaggi che hanno segnato l'odontoiatria contemporanea e la memoria delle loro parole che portiamo con noi e ci guidano poi nella pratica quotidiana. Se vogliamo fare poi una considerazione sul valore di un corso di specializzazione mi spiace constatare come in Europa manchi ancora, in troppe discipline biomediche, una offerta di qualificazione specialistica post laurea, riconosciuta a livello *comunitario*, e probabilmente è questa la direzione in cui dovrà svilupparsi il nostro sistema formativo.

D: Cosa pensi della superspecializzazione?  
R: È sempre rischioso se si perde di vista la specificità del paziente e la nostra capacità di diagnosi. La specializzazione post laurea non deve essere un modo per restringere il proprio orizzonte ma per ampliarlo. Il clinico in fase diagnostica deve avere competenze solide in ambito ortodontico, gnatologico, protesico, conservativo e restaurativo.

D: Quali sono i progetti della NYU in Italia nel futuro?

R: Senz'altro mantenere ed ampliare le relazioni con le Università italiane e prepararsi al 2009 per la celebrazione del ventennale a Venezia!

*Franco Fabbro*

# Autorizzazioni: si muove la FNOMCeO!



principio fondamentale in base al quale l'attività libero-professionale medica o odontoiatrica debba essere assoggettata ad una previa autorizzazione amministrativa regionale? ... non consta alcuna norma nazionale post novella che abbia introdotto il principio della "previa autorizzazione" ...".

Sulla base di questo parere l'Ordine dei Medici di Pescara il 24 Luglio del 2007 ha approvato un Ordine del Giorno nel quale si legge:

"... il Consiglio dell'Ordine ... delibera di esperire tutte le possibili iniziative finalizzate al superamento della Legge Regionale n.32/2007, compreso il ricorso alle vie legali"

A seguito della presa di posizione dell'Ordine di Pescara l'Assemblea Nazionale dei presidenti delle Commissioni Odontoiatri riunita a Roma lo scorso 22 Dicembre 2007 ha deliberato l'istituzione di una commissione ad hoc sulle autorizzazioni, della quale fanno parte, oltre al sottoscritto, i dott. Mele, Vesco, Brucoli, Ciancio e Traverso.

L'istituzione di questa commissione rappresenta per la professione un grande passo in avanti, in quanto significa l'acquisizione della rilevanza, ai fini del decoro, dell'indipendenza e della dignità professionale, di norme autorizzative sul modello della LR 22/2002 del Veneto.

*Cosimo Tomaselli*

La necessità di una autorizzazione per l'esercizio della libera professione medica ed odontoiatrica è stato posto per la prima volta in Italia con il decreto 229/1999 (decreto Bindi) di modifica del DL 502/92. Una lettura imparziale di tale decreto porta a concludere che solo le strutture sanitarie "ove attrezzate per svolgere attività invasive" devono essere in possesso di autorizzazione all'esercizio.

Contrariamente a questa lettura, la Regione Veneto nel 2002 ha approvato una legge (22/2002) con la quale tutti gli studi odontoiatrici venivano sottoposti ad autorizzazione.

L'equivalente della LR 22/2002 del Veneto è per l'Abruzzo la LR 32 del 31/07/2007. Dopo la promulgazione di tale legge, tuttavia, l'Ordine di Pescara ha chiesto un parere ad uno studio legale, lo studio dell'avvocato P.Cacciagrano, nel quale parere si legge, tra l'altro:

"... esiste nel nostro Ordinamento Giuridico un

# Relazione gruppo di lavoro comunicazione e informazione - anno 2007

12



particolare il Dott. Giovanni Leoni e il Dott. Cosimo Tomaselli insieme all'Ing. Pinton.

Grazie al motore di ricerca è possibile dire che il sito è ora visitato da circa cento utenti diversi al giorno con un trend di crescita del 20% mensile; alcuni contatti provengono anche dall'estero.

Grazie alla password è poi possibile accedere ai verbali di Consiglio e questo per rispettare l'impegno preso con i colleghi elettori, di massima trasparenza sugli atti del Consiglio.

Il Notiziario sotto la guida del Dott. Franco Fabbro ha cercato di privilegiare gli avvenimenti e le attività che potessero riguardare il mondo medico e odontoiatrico provinciale, inserendo anche alcune informazioni di carattere nazionale. Un ringraziamento va a tutto il personale dell'Ordine e in particolare alla sig.ra Donatella per aver supportato le funzioni di segretaria di redazione.

Il nostro impegno è stato costante e a volte anche faticoso, consapevoli da un lato di un compito estremamente delicato che ci è stato affidato dal Consiglio, e dall'altro ricordandoci la massima latina, "verba volant, scripta manent".

*Maurizio Sinigaglia*

## Commissione pari opportunità

**Coordinatore:** d.ssa Emanuela Blundetto

**Componenti:** d.ssa Angonese Irmanna, Battiston Letizia, Boscolo Caterina, Callegaro Maria Teresa, Chinellato Maura, D'Inca Maria Cristina, Moressa Maria Pia, Piai Manuela, Pitoni Federica, Spolaor Marina, Turchetto Antonella

Varie commissioni si sono succedute negli anni successivi e tante colleghe hanno svolto passionatamente il loro compito,

cercando di restare sempre fedeli alla loro primitiva "mission" di "empowerment" della condizione della donna medico all'interno della società e

degli Ordini.

La Commissione attualmente in carica per il triennio 2006-2008 risulta formata da 12 membri che si sono volontariamente candidate a svolgere il proprio compito ma la cui nomina è stata comunque ratificata dal Consiglio dell'Ordine. Più in dettaglio la attuale Commissione è composta da:

- 5 MMG
- 1 PLS
- 1 Dirigente Medico 1° livello
- 2 Dirigenti di Distretto Territoriale
- 1 Specialista convenzionata esterna (SUMAI)
- 1 Medico Fiscale
- 1 Libero professionista.

Dopo il proprio insediamento, nel Maggio 2006, la Commissione, su suggerimento del suo presidente, il Segretario dell'Ordine Provinciale dr.ssa Caterina Boscolo (unico membro della commissione facente parte del Consiglio), si è prefisso lo scopo di redigere un "documento di accoglienza" per gli iscritti dell'Ordine che possa semplificare l'accesso alle procedure che spesso accompagnano gli esordi di una professione così difficile e così affascinante come quella del Medico, ponen-

do comunque particolare attenzione alle problematiche in cui può incorrere la Donna Medico, durante tutto l'arco della propria vita professionale e personale.

Tale ambizioso progetto ormai veleggia in dirittura d'arrivo, in quanto stiamo ormai definendo la veste grafica del documento e le modalità della sua diffusione.

Per il futuro, ci sarebbe in cantiere una iniziativa per informare adeguatamente la classe medica sul vaccino per il virus HPV, recentemente messo a disposizione sul mercato: vorremmo organizzare dei corsi d'aggiornamento e/o un Convegno sull'argomento e verificare la sensibilità della classe medica riguardo a questo importante strumento di prevenzione.

Siamo disponibili, già adesso e per il futuro, a collaborare ed a scambiare informazioni con le altre commissioni provinciali delle pari opportunità, al fine di omogeneizzare la nostra mission e di scambiarsi opinioni e progetti.

## Lavori in corso della Commissione Pari Opportunità Ordine dei Medici di Venezia



Cari colleghi e colleghe, eccomi di nuovo qui ad aggiornarvi sui nostri "lavori in corso".

Prosegue, più o meno spedito nonostante l'interruzione del periodo natalizio, l'impegno che ci siamo prese di pubblicare un "documento di accoglienza per gli iscritti all'Ordine" che possa essere d'aiuto ai nuovi iscritti e anche a coloro che svolgono da tempo questa speciale e difficile professione.

Ormai il documento è praticamente pronto: la nostra collega Irmanna Angonese ne sta ultimando la stesura, assemblando armoniosamente i vari contributi che ciascuna di noi ha fornito su ogni specifico argomento (il compito non è dei più semplici) e speriamo di presentarlo al più presto ad una sedu-

13

ta del Consiglio dell'Ordine appositamente convocata.

Nel frattempo una nostra delegazione ha partecipato ad un convegno sulle Pari Opportunità organizzato dall'associazione dei Consulenti del Lavoro, apportando un contributo sulla nostra esperienza professionale, mentre un'altra delegazione ha partecipato ad una seduta della Commissione delle Pari Opportunità della Provincia di Venezia ed ha intrapreso una collaborazione per un gruppo studio sull'impatto di alcune realtà ambientali sul genere

femminile.

Speriamo che i prossimi mesi vedano il "varo" del nostro Documento d'accoglienza e il fiorire di tante nuove collaborazioni fruttuose.

Alle prossime,

La Coordinatrice della Commissione  
*Emanuela Blundetto*

## Relazione della Commissione Pubblicità



La Commissione Pubblicità si è riunita soprattutto nel primo periodo dell'anno, poiché in tale fase era necessario affrontare con una certa urgenza alcune problematiche scottanti.

In particolare la Commissione si è occupata: della predisposizione di linee guida e della relativa nova modulistica per la **pubblicità dell'informazione sanitaria**, in effetti la Legge 4 agosto 2006, n. 248, art. 2, cosiddetta legge Bersani, ha profondamente modificato il ruolo dell'Ordine. Nel vuoto normativo lasciato, la commissione pubblicità si è mossa con un lavoro di approfondimento, confronto con gli altri ordini e discus-

sione, che ha prodotto la documentazione pubblicata sul sito.

In concomitanza con quest'ultimo lavoro è stato predisposto anche un modulo per le **medicines non convenzionali**; l'Ordine si è fatto garante della posizione dei colleghi che si sono formati in tal senso, chiedendo la produzione di idonea documentazione, atta a provare le reali competenze acquisite, della predisposizione di un documento sui **siti internet** dei colleghi che vogliono essere presenti nel web con la loro attività professionale; questo documento è stato fortemente influenzato dalla successiva entrata in vigore della legge Bersani, comunque il suo nucleo rimane ancora attuale soprattutto per aiutare i medici a stabilire paletti deontologici in merito alle informative da fornire e alla correttezza formale delle stesse.

della predisposizione di un documento relativo alla richiesta di **patrocinio** all'Ordine, da parte di soggetti che organizzano eventi; il risultato è stato un testo snello ed omogeneo, predisposto tenendo conto sia delle indicazioni della FNOMCeO, che delle regole che già altri Ordini si erano dati. Lo scopo era di fare chiarezza e raccogliere informazioni uniformi da parte dei soggetti che richiedono il patrocinio dell'Ordine a garanzia delle regole deontologiche e dello spessore che deve avere l'evento in questi casi. Linee guida e modulistica sono pubblicati sul sito.

*Caterina Boscolo*

# Quesito: prescrizione di psicofarmaci e incidenti stradali

Gentile Presidente, desidero porre a Lei ed al Consiglio Direttivo una questione riguardante la prescrizione di farmaci oppiacei e psicofarmaci.

Per la precisione mi pongo il problema della responsabilità del medico prescrittore qualora il paziente che avesse assunto su mia indicazione i summenzionati farmaci, andasse incontro ad incidente stradale. Mi riferisco a farmaci di uso molto comune, quali sono le benzodiazepine ed, ultimamente anche agli analgesici contenenti oppiacei minori, quali codeina o tramadolo per fare un esempio, che sono entrati ormai abitualmente nella "penna" del medico. In particolare il codice della strada non fa alcun riferimento alle dosi massime consentite, ma si esprime solo con un generico riferimento all'eventualità del riscontro di "stupefacenti e psicofarmaci" nel sangue o nelle urine del guidatore, per la cui presenza sono previste multe, ritiro della patente, ma ancor peg-

gio la mancata copertura dei danni da parte dell'Assicurazione.

Questo quesito mi è balzato alla mente, dopo aver letto che un collega medico è stato condannato come responsabile di lesioni colpose per l'incidente avvenuto ad un paziente che aveva assunto delle banali gocce di EN. La sentenza cui mi riferisco è la n° 1025 del febbraio 2007 della IV sezione penale di Gorizia: secondo il giudice il medico doveva non solo informare verbalmente il cliente dei possibili effetti collaterali provocati dal farmaco e della particolare attenzione che avrebbe dovuto porre in caso di guida di automezzo, ma anche farsi sottoscrivere una dichiarazione scritta con le medesime precisazioni.

*Chiedo pertanto:*

1) sarò costretta a farmi firmare una dichiarazione scritta da parte del paziente ogni volta che prescriverò tranquillanti, sedativi, ipnotici, oppiacei minori, ancorchè abbia avvertito verbalmente il paziente sugli effetti collaterali che tali farmaci possono provocare?

Ed infine, anche in assenza di incidenti, l'assunzione di questi farmaci è comunque compatibile con la guida di automezzi?

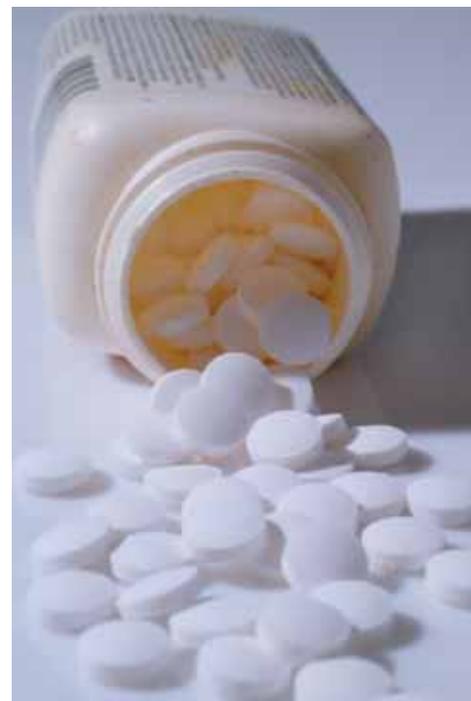
La ringrazio per l'attenzione che vorrà prestarmi. Colgo l'occasione per porgere a Lei ed ai Consiglieri tutti i miei migliori saluti.

F.B.

**Parere del Consiglio dell'Ordine approvato in data 19.12.2007**

La pratica dell'arte medica si fonda su acquisizioni scientifiche e sperimentali che sono in continua evoluzione, la regola di fondo nella suddetta complessa materia è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico il quale, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze delle quali dispone.

Il medico gode infatti di ampia autonomia nelle sue scelte professionali mentre a lui viene fatto obbligo di garantire lo stato delle evidenze scientifiche e sperimentali sotto la propria responsabilità.





A questi principi si ispira innanzitutto il nostro Codice di deontologia riformato di recente nel Dicembre 2006 (art. 13 – Prescrizione e trattamento terapeutico) ed al medico viene riconosciuta “autonomia nella programmazione, nelle scelte e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico [ ... ] “...fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso...” mentre “...le prescrizioni ed i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, tenuto conto dell’uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità...”

L’ordine in questo senso non dovrebbe mai esprimere giudizi “generici” su questioni terapeutiche che sono specifiche di singoli casi che attengono alla pratica clinica.

Auspichiamo peraltro che il medico proceda

sempre tenendo conto innanzitutto dell’individualità del paziente cercando con quest’ultimo di condividere il percorso migliore sia sotto l’aspetto diagnostico che anche terapeutico.

In tal senso la comunicazione medico-paziente assume d’altronde un ruolo preminente e non si può non richiamare l’art. 33 del Codice di Deontologia che impone al medico di “...fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle (...) prevedibili conseguenze delle scelte operate”... “ al fine di promuovere la sua massima partecipazione possibile alle scelte decisionali” (...).

Un rapporto privilegiato ed attento nei confronti dei pazienti si esprime in tutto questo e rappresenta evidenza determinante anche sul versante deontologico che da sola sembra consentire il ridimensionamento del problema segnalato; del pari a parere degli scriventi sembra opportuno consigliare ai Colleghi di lasciare opportuna “traccia” del percorso clinico-terapeutico nella documentazione sanitaria anche ambulatoriale.

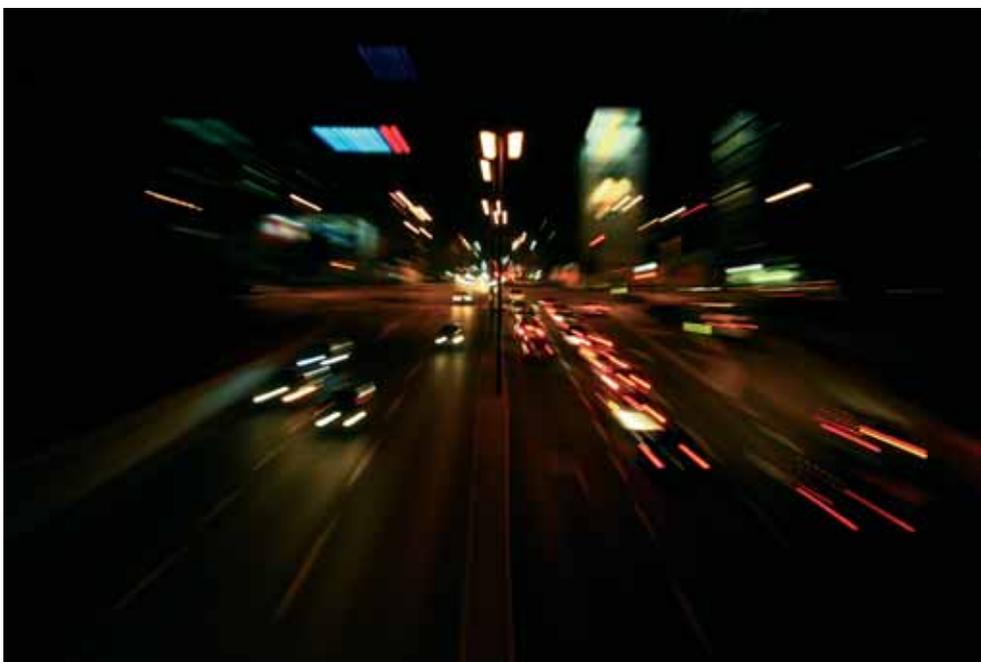
Ci ha ammonito lo stesso Prof. Fiori, insigne Maestro medico-legale di recente ospite assai gradito del nostro Ordine, in un suo recente editoriale sul n. 4-5/07 della Rivista di Medicina Legale a diffidare delle generalizzazioni desunte dalla lettura delle sentenze (“*La medicina delle evidenze e delle scelte sta declinando verso la medicina dell’obbedienza giurisprudenziale?*”).

Non vogliamo trascurare comunque il riferimen-



to giurisprudenziale che veniva richiamato dalla Collega ovvero la sentenza 1025 del 17/02/07 della Cassazione Penale che nel caso esaminato stabiliva come il medico di Pronto Soccorso avesse dimesso il paziente dopo la somministrazione di una fiala di EN da 5 mg e non avrebbe riportato nel foglio di dimissione a lui consegnato quali fossero i possibili effetti collaterali del farmaco.

Nell’occasione però il medico aveva somministrato personalmente il farmaco non limitandosi soltanto a prescriverlo e non vi erano evidenze del fatto che avesse avvisato il paziente sulle controindicazioni del medesimo; inoltre quest’ultimo si era poi subito messo al volante (!), né si deve trascurare che in quel caso la Cassazione aveva cassato le precedenti sentenze di I° e II° grado e di certo da quest’ultima per come l’abbiamo letta ed analizzata nel merito non sembra che possano ragionevolmente ricavarsi principi assoluti da applicarsi *ipso facto* alla pratica clinica.



# La qualità della vita e la qualità della morte secondo la Chiesa Cattolica

18

Ringraziamo sentitamente il prof. Edmondo Lanciarotta, sacerdote, filosofo e teologo, docente di “etica e deontologia” e di “teologia dell’educazione” presso la SISF-ISRE di Venezia, che ha gentilmente risposto ad alcuni quesiti postigli riguardo alle problematiche che pone da un punto di vista religioso la desistenza terapeutica.

Questo articolo ci sottolinea come nel prendere le decisioni di fine vita, c’è anche la necessità di una visione che sia al di sopra dei bisogni o delle esigenze del singolo uomo. Da sottolineare il concetto di dignità che qui viene posto come perno delle valutazioni della Chiesa riguardo al concetto della qualità della morte, perché è fondamentale il fatto che bisogna pensare alla desistenza terapeutica anche nell’ottica della dignità umana. Ci si rende conto della difficoltà che proviene dall’affrontare questi temi, ma vale la pena per cercare di dare delle risposte a tutti coloro che soffrono nello spirito e nel corpo e perché in fin dei conti abbiamo tutti bisogno di affrontare con più serenità questo orizzonte che si chiama morte.

Dott. Cristiano Samuelli

## Il concetto di desistenza terapeutica e di eutanasia secondo la Chiesa Cattolica

1. *Prima di entrare sulla specificità delle domande circa la ‘qualità della vita e la qualità della morte’ secondo la Chiesa Cattolica ed il problema dell’eutanasia vorrei porre tre brevi premesse circa il dolore e la sofferenza.*

La prima premessa. Il dolore e la sofferenza fanno parte di quei problemi contro cui gli uomini di ogni epoca si sono scontrati non solo per il fatto che li hanno sperimentati, ma anche perché sempre di nuovo si sono interrogati sul perché, sul significato e sull’origine. Poveri o ricchi, reli-



giosi o laici, occidentali e orientali: per tutti la realtà della sofferenza ha posto interrogativi, creato risposte, sperimentato prassi. Essa tocca troppo intimamente l’uomo: non esiste sofferenza, ma uomini che soffrono. E la riflessione sorge come domanda che diventa di volta in volta grido, invocazione, pianto, rassegnazione, disperazione, silenzio. Ed è in queste diverse reazioni che si rivela tutta l’ambiguità dell’atteggiamento umano verso la sofferenza: manifestazione di un limite che permette di porsi nella prospettiva corretta per comprendere la condizione umana, ma anche a rischio di negare questa stessa condizione riducendola al puro dato biologico.

La seconda premessa è che se la sofferenza è un problema eterno, la riflessione su di essa deve essere continuamente contestualizzata: azione questa mai definitivamente completata, esaurita. La terza premessa è che occorre tener conto della nostra società che ha preteso di sopprimere il dolore e che, invece, è giunta non solo a creare

nuovi strumenti di sofferenza, ma a cancellare elementi fondamentali dell’umano.

L’eliminazione del dolore è sembrata tanto importante che si è rischiato di annullare l’autonomia dell’uomo. Il dolore è stato trasformato in problema tecnico, spogliando l’uomo e il suo soffrire di ogni significato. E così la società che per mezzo della scienza e della tecnica doveva sconfiggere il dolore, appare oggi in preda a sofferenze e responsabilità pesantissime ed uniche.

2. *La posizione della chiesa cattolica può essere sintetizzata così: “Il rispetto della vita umana dall’inizio al termine naturale della sua esistenza”:*

E’ il principio che dà unità all’ampio documento di GIOVANNI PAOLO II *Evangelium vitae*, *Il valore e l’inviolabilità della vita umana*, (Lettera enciclica 25.3.1995.)

E’ il principio che guida l’analisi realistica della situazione dell’umanità contemporanea a livello mondiale (la vita minacciata per le guerre, la fame, le carestie, dal progresso scientifico e tecnico).

E’ il principio etico che richiama come a suo fondamento il principio ontologico della dignità e del valore di ogni vita umana.

E’ il principio programmatico nel senso che esige di essere realizzato nella storia delle persone, delle culture e dei popoli.

Si nota una continuità ed anche una novità con il documento della CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE *Donum vitae* (22.2.1987): il problema ‘vita’ è posto a livello mondiale.

L’Enciclica, collocata nella storia della teologia morale, presenta la novità in particolare in merito a una triplice problematica: la prima riguarda la contraccezione di cui afferma, da un lato la sostanziale differenza dall’aborto e, dall’altro, un certo nesso tra le due scelte. La seconda questione riguarda la pena di morte, di cui si esige la completa abolizione, visto l’illogico riferimento, nelle società attuali, al principio della legittima difesa. La terza questione riguarda il ruolo dello stato e i valori etici. E’ del tutto infondata l’accusa di fondamentalismo, come se la chiesa cattolica volesse convertire, in leggi dello stato, le esigenze della morale cattolica. Il criterio giustizia/ingiustizia delle leggi civili non è dato da un codice religioso, ma dal codice dei diritti umani.

3. *‘Sacralità e qualità della vita’.*

Se da un lato la sacralità non può essere il crite-

rio assoluto ed esclusivo, dall’altro la qualità non può essere elemento discriminante e soggettivo. Ritengo fondamentale allora mostrare la ragionevolezza di una scelta unitaria non sempre recepita come tale, superando la visione riduttiva dicotomica che attribuisce la prima all’etica cattolica e la seconda a quella laica. Si tratta di lavorare, da una parte, perché i difensori della sacralità abbandonino le costruzioni apologetiche che sfocerebbero in un vitalismo ad oltranza irrispettoso dell’essere umano (il dovere morale è quello di prolungare la vita, non l’agonia); e dall’altra, i difensori della qualità rinuncino ad orgogliosi autonomismi sfocianti in un funzionalismo in cui l’uomo è misura di tutte le cose ed ogni decisione viene sganciata da un obiettivo e forte riferimento valoriale, fino a giungere a codificare un nuovo concetto di normalità sociale fortemente discriminante.

Occorre il confronto, l’incontro, il dialogo perché dalle tante bioetiche oggi esistenti si passi ad un’unica e condivisa bioetica. Qualcuno preferisce parlare di *‘dignità della vita’*. Tale criterio chiarisce il fatto che, al di là dei nostri schemi sull’efficienza, la vita di ogni uomo, a qualsiasi stadio del suo sviluppo, va rispettata come fine e mai usata come mezzo.

In altre parole la prosecuzione della vita umana fisica non è di per sé il principio primo ed assoluto. Sopra di tutto sta la dignità della persona umana. Allora, la vita fisica va rispettata e difesa, ma non è il valore supremo e assoluto. E questo è una posizione costante nel Magistero ecclesiale da Pio XII (cfr. *Problemi religiosi e morali della rianimazione*, 24.11.1957,) a Giovanni Paolo II (*Evangelium Vitae*, 2). Il rispetto per la vita umana non è quindi dovuto a una sacralizzazione della sua dimensione biologica, ma alla relazione d’amore con Dio che la vita testimonia e rende possibile, e alla sua capacità di anticipare simbolicamente la pienezza della vita eterna, che sola vale incondizionatamente.

4. *Circa il problema dell’Eutanasia.*

*Tu non uccidere.*

Fin dalla più remota antichità l’esercizio della medicina è esclusivamente finalizzato alla salute e alla vita del malato. Oggi, tuttavia, si cerca di legittimare possibili ‘eccezioni mediche’ all’assolutezza del divieto di uccidere per motivazioni di priorità valoriale (es nell’aborto volontario...), pietà esistenziale (es, motivazione umanitaria, per il bene dell’altro...), ineluttabilità temporale (es. l’intervento anticiperebbe l’exitus irrimediabile), insussistenza individuale (è la più moder-

na delle motivazioni: si nega l'identità umana dell'embrione).

I principali criteri etici di discernimento sono riconducibili a tre ambiti.

-Primo, riconoscere la vita al di là delle opzioni etiche, e quindi, individuare nell'identità biologica della vita umana le radici del suo significato biografico ("nella biologia della generazione è inscritta la genealogia della persona" dice GIOVANNI PAOLO II, in *Evangelium vitae*, n. 43).  
-Secondo ambito, tutelare il mistero incondizionato della vita: non tutte le vite svelano il loro significato, o in termini più apertamente teologico, il senso della loro chiamata divina, fino all'assoluta incomprendibilità di una vita che soffre, di un embrione malformato. Allora, minacciare, anche se per motivazioni che oggi possono apparire umanitarie, l'assoluta libertà esistenziale dell'uomo reca in sé il germe di ogni possibile sopruso sulla vita stessa.

-Terzo ambito, rispettare la coscienza (che è e rimane 'norma prossima' dell'agire morale) specialmente nelle situazioni conflittuali nelle quali non sempre appare con chiarezza la scelta moralmente retta.

Il Magistero della Chiesa Cattolica, a vari livelli, ripropone la necessità di vivere la propria morte secondo la dimensione personale e, nel contempo, afferma l'illiceità morale di disporre in modo arbitrario della propria vita. Si pensi, per es. alla *Dichiarazione sull'Eutanasia* della Congregazione per la dottrina della fede, nel 1980, quando scrive che nessuno può disporre 'a piacimento' della propria vita), "l'eutanasia è un gesto che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte", oppure, nell'*Evangelium Vitae* di Giovanni Paolo II in cui si afferma che l'atto di eutanasia è illecito perché mira direttamente all'eliminazione di ogni dolore. Si può fare, anche, riferimento al Catechismo della Chiesa Cattolica. Compendio al n. 471, e al Catechismo della Chiesa Cattolica al n. 2278.

La norma del 'Tu non uccidere' ha subito nella cultura attuale una certa incomprensione che è alla base anche di un certo consenso in bioetica. Un compito urgente della riflessione cristiana, mi sembra, è quello di riguadagnare l'evidenza del carattere originario e non derivato di tale norma. Occorre, cioè, mostrare in che senso si possa parlare di 'un'intuizione morale' e in che misura ciò non sia in contrasto con una figura razionale del sapere morale.

L'uomo deve assumere la propria vita e la propria morte non in modo arbitrario, ma con una decisione fatta di responsabilità libera e consapevole.

Questo principio etico, senza perdere il suo valore per ogni uomo, si specifica per il credente come l'accettazione di una volontà di Dio che egli vede non come imposizione arbitraria, ma come garanzia che protegge e promuove anche la sua umanità. Occorre evitare due errori. Da una parte la sostituzione della propria responsabilità con una volontà di Dio conosciuta solo attraverso il fatto della vita fisica che continua, perché continuano le funzioni cardiovascolari e respiratorie. Dall'altra, parimenti sbagliata, la presunzione di sentirsi svincolati da ogni criterio assoluto, per quanto riguarda il proprio vivere e il proprio morire, come se potesse esserci una libertà senza alcuna responsabilità.

5. Circa il problema della limitazione delle terapie e fino a quando curare, o sul concetto di desistenza terapeutica interessante resta l'articolo del Cardinale CARLO MARIA MARTINI: "Io, Welby e la morte" in *Il Sole 24 ore*, Domenica 21 gennaio 2007, proprio un anno fa.

Il testo sembra rinviare alla 'distinzione tra uccidere e lasciar morire', una differenza che non è da tutti riconosciuta come moralmente rilevante. Nella prospettiva dell'utilitarismo si considerano moralmente equivalenti due ordini di causalità, uno che fa capo all'agire umano e l'altro che dipende dal naturale decorso della malattia. La distinzione, invece, è da considerarsi discriminante poiché la sospensione delle cure non provoca la morte, ma smette piuttosto di combattere i fattori che ne sono causa. Il che non significa che l'omissione delle terapie non possa configurarsi in talune situazioni come eutanasia, ma questo si dà precisamente qualora la sospensione riguardasse mezzi appropriati o proporzionati. Inoltre, sul come giudicare la proporzionalità delle terapie, il Cardinale Martini si richiama chiaramente alla posizione della Dichiarazione sull'Eutanasia del 1980, e cioè al ruolo di primo piano che svolge il malato nelle scelte riguardanti le cure. Ed è a proposito del rilievo da attribuirsi alla coscienza e alla volontà del malato, che emerge l'accenno del Cardinale alla legge francese del 22 aprile 2005, (considerata anche da esponenti ecclesiali condivisibile negli obiettivi ed espressione di una sintesi interessante per una società in cui è necessario comporre vedute molto diverse) come esempio da prendere in considerazione.

Allora, come affermavo prima, al di sopra della vita fisica ci sta il principio della dignità umana, che da una parte esprime un'identità personale costitutivamente relazionale ( quindi non riduci-

bile a decisioni individuali ed autoreferenziali) e, dall'altra, afferma il principio di autonomia che è irrinunciabile, ma relativo, anzi relazionale, cioè non assoluto. In altre parole la libertà umana è sempre situata e condizionata. Allora, alla luce di questi riferimenti pare possibile un'intesa sulle pratiche che il diritto sarà chiamato a regolare. Si tratta di aiutare al morente l'incontro e l'accettazione della morte, non di collaborare alla sua realizzazione; si tratta, cioè, di offrire un accompagnamento ed un 'aiuto nel morire, non un aiuto per morire'.

All'interno di questi principi vanno considerati, con precisione concettuale, i termini quali la 'desistenza terapeutica', la rinuncia all'accanimento terapeutico, il prodigarsi nelle cure pallia-

tive. Purtroppo la chiarezza concettuale non è sempre offerta nella stampa; questo genera confusione in un terreno ricco di implicazioni emotive, affettive, morali, religiose, giuridiche. Si può affermare che il Magistero Ecclesiale segue con attenzione critica, passione pastorale, responsabilità professionale il dibattito in corso evidenziando le varie scuole o correnti di pensiero e contribuendo a presentare una sempre più approfondita e completa visione integrale della persona umana, storicamente situata, sempre più responsabile e libera delle proprie scelte di coscienza.

prof. don Edmondo Lanciarotta

## La nuova ECM



La pubblicazione del Progetto Per la Definizione e Implementazione del Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina da parte della Commissione Paritetica Stato-Regioni (CPSR) delimita le linee di sviluppo dell'ECM per i prossimi anni. I punti salienti di tale documento sono: riconoscimento dell'interesse delle Regioni nel progetto ECM (pg 7). Questo interesse si rifletterà a più livelli, sia nell'accreditamento dei provider, sia nella definizione dei contenuti e metodi della formazione rimodulazione del ruolo dei provider, che acquisiranno nuove e più ampie competenze e responsabilità nel sistema e di conseguenza saranno soggetti a più stringenti controlli sui contenuti della formazione, le modalità di erogazione dei crediti, il conflitto di interessi (par.5.1) esplicito coinvolgimento dei libero professionisti. "Il sistema riguarda anche i liberi professionisti, che possono trovare in esso un metodo di formazione continua e uno strumento di attestazione della propria costante riqualificazione professionale" (cap.4, par.3) "Destinatari della Formazione Continua devono essere tutti gli operatori sanitari ... compresi, dunque, i libero-professionisti" (cap.6 par.1) "Anche i liberi professionisti sono impegnati ad assolvere l'obbligo della formazione continua, essendo uguali le loro responsabilità deontologiche e legali nei confronti dei pazienti e della qualità delle prestazioni sanitarie erogate" (cap 9.2.2 par.5) esplicitazione dell'obbligo formativo: "I crediti ECM sono quantificati in termini di impegno temporale ed

un credito corrisponde approssimativamente ad un'ora di lavoro del Professionista della Sanità" (cap.9.1 par 1) "...il medico deve dedicare ogni anno una settimana lavorativa (40 ore) al suo aggiornamento professionale" (cap.9.2) affermazione del principio della gratuità della formazione: "...in via di principio e di fatto, nessun onere deve ricadere sui professionisti destinatari di un obbligo normativo" (cap. 12.1, par.5) In linea con questo principio una considerevole parte del documento è dedicata alla selezione degli sponsor e al conflitto di interesse, nonché al problema del finanziamento pubblico dell'ECM. Viceversa in parziale contraddizione, proprio il paragrafo immediatamente precedente quello citato, auspica la "defiscalizzazione degli oneri sostenuti per la partecipazione ad attività accreditate ed in ragione dell'obbligo da assolvere" da parte dei libero professionisti. Tale contraddizione va risolta in quanto non è possibile che nessun onere possa ricadere sui professionisti e che nello stesso tempo tale onere debba essere defiscalizzato. L'impressione è che ci si trovi di fronte a diverse redazioni succedutesi nel tempo ed indirizzate a soggetti diversi, e che quando si dice che la formazione deve essere gratuita ci si riferisce ai professionisti dipendenti o convenzionati, mentre quando si parla di oneri a carico dei professionisti ci si rivolga esclusivamente ai libero-professionisti. Tale contraddizione va evidentemente risolta e di tale risoluzione devono farsi carico gli Ordini professionali in quanto garanti della pari

dignità e decoro di tutti gli iscritti, al fine di evitare regolamentazioni discriminatorie e penalizzanti all'interno dei propri iscritti. assegnazione di ruoli differenti rispetto al passato agli Ordini (garanti della formazione per i liberi professionisti: "è importante che il processo ECM ... sia ... organizzato e pianificato, contemperando le specificità individuali e professionali con il contesto e gli interessi generali, finalizzati all'assistenza. Queste componenti possono essere integrate ... per i liberi professionisti a livello degli Ordini" pag.14, presenti con tre componenti, due medici e un odontoiatra, nella Commissione Nazionale ECM, cap.15.1) e per i sindacati (rappresentati nella Consulta Nazionale della Formazione Permanente, pg.32) affermazione di principio che il sistema premiante deve prevalere su quello sanzionatorio: "Dunque la netta prevalenza delle motivazioni professionali su quelle economiche o di carriera, di premio o di sanzione (praticamente inesistenti)" (cap.14 par.2). Con questo si afferma l'identità tra la filosofia base dell'ECM e il luogo comune che "non vi sono sanzioni". Non si tratta evidente di una dimenticanza ma di una scelta consapevole e richiede anche a noi libero professionista un cambio di atteggiamento. Al momento non solo non vi sono conseguenze negative per chi non acquisisce i crediti previsti, ma in aggiunta coloro che paventano situazioni negative per il futuro (assicurazioni che non coprono i sinistri, mancata autorizzazione degli ambulatori, etc.) lo fanno in aperto contrasto con l'impostazione dell'ECM nazionale.

Il quadro delineato dalla CPSR stimola alcune riflessioni da parte degli Ordini: anzitutto la formazione continua è un processo che può diventare estremamente controproducente o addirittura pericoloso se pensato in modo autonomo rispetto ai risultati che si vogliono raggiungere. In altri termini noi possiamo pensare (e di fatto la CPSR pensa) un sistema astratto nel quale la FC svolge il compito di trasmettere ai professionisti i risultati del progresso scientifico e tecnologico. Ma questo è un quadro appunto astratto e in quanto tale vuoto di contenuti e risultati, pericoloso se applicato acriticamente alla realtà concreta. Ciò che giustifica la formazione non è una qualsivoglia teoria astratta di un processo formativo, ma i concreti avanzamenti tecnologico-scientifici. A fronte di ogni concreto passo in avanti gli enti responsabili della formazione devono imple-

mentare dei processi formativi adeguati da un lato al sapere da trasmettere (sapere, saper fare, fare), dall'altro ai soggetti concreti della formazione.

Questo significa che l'affermazione generale/generica della necessità di 50 ore annuali di formazione in sé non ha alcuna validità/significato concreto. E' possibile che in un determinato arco temporale non vi siano novità rilevanti sul piano scientifico tecnologico così come che in qualche altro periodo di tempo vi siano tante novità da richiedere ben più di 50 ore di formazione. Così come è possibile che vi siano realtà professionali (caratterizzate dal punto di vista anagrafico, geografico, di ambito lavorativo, etc.) che non abbisognano di formazione e di altre che ne abbisognano in misura superiore allo standard. E' chiaro che in questo contesto gli Ordini Professionali hanno perlomeno tre compiti: vigilare sulla necessità, efficacia ed efficienza della formazione. Noi non possiamo in nessun caso accettare che la formazione sia un obbligo astratto calato sui professionisti come un ulteriore balzello senza alcuna contropartita. Gli OOPP devono vigilare su ogni singola ora di formazione richiesta, di cui dovrà essere documentata cosa si vuole insegnare a chi e come. Sarà anche compito degli OOPP verificare che tali obiettivi vengano raggiunti e che il loro raggiungimento sia significativo, cioè cambi in modo sostanziale l'esercizio professionale. vigilare sull'onerosità del processo formativo evitando situazioni difformi tra professionisti diversi. vigilare sulla formazione dei professionisti. E' evidente che sarebbe veramente degradante ridurre la formazione al numero di crediti acquisiti/ore dedicate. Tutti noi conosciamo asini che hanno passato anni sui libri senza concludere nulla. Gli OOPP devono essere in grado di imporre ulteriori obblighi formativi a coloro che non raggiungono i risultati minimi e nel contempo di esentare dalla formazione coloro che li hanno già raggiunti.

Alla luce di quanto detto la formazione per i professionisti deve essere: Pertinente. Dato per scontato il diritto per chiunque di formarsi su qualunque ramo dello scibile medico e non medico, la formazione nella misura in cui è un processo obbligatorio su cui vigila-

no gli OOPP nell'interesse del cittadino, deve riguardare il ramo specifico di attività del professionista. Importante. La formazione deve riguardare progressi importanti della ricerca tecnologico-scientifica e non argomenti di ordine accademico. Rilevante. La formazione deve portare a cambiamenti misurabili nella prassi dei professionisti.

A chi tocca la verifica del rispetto di questi requisiti della formazione? Possiamo fare due ipotesi: agli Ordini Professionali. Questa sarebbe l'ipotesi più logica e razionale, credo tuttavia che gli OOPP non abbiano le risorse né economiche né umane per una attività. i provider propongono i corsi, gli OOPP verificano il rispetto dei requisiti delle proposte pervenute. Credo che sia una strada più percorribile, a condizione che la griglia valutativa e la filosofia sottostante siano ben chiare.

#### CONCLUSIONI

Quando noi abbiamo terminato di fornire ad un paziente tutte le informazioni necessarie al consenso informato, spesso ci sentiamo domandare: me lei se fosse al posto mio cosa farebbe? (alla faccia della fine della medicina patriarcale). Alla fine della presente analisi della struttura attuale dell'ECM si tratta di fornire delle conclusioni che non possono essere altro che arbitrarie e determinate dal personale background culturale e filosofico di chi scrive. Ovviamente le valutazioni che seguono non pretendono di avere alcun valore documentale, e possono essere tranquillamente dismesse in quanto valutazioni soggettive, che altro non pretendono di essere. A mio parere l'attuale impianto dell'ECM nazionale configura un sistema burocratico e farraginoso, con diversi punti deboli, che non entrerà mai in vigore a pieno regime. I punti deboli sono anzitutto dati dalla diversità dei soggetti da sottoporre a formazione. Il sistema ECM vorrebbe occuparsi di tutti i professionisti della salute, dagli infermieri ai primari, pubblici, convenzionati e libero-professionisti. Ciascuno di questi soggetti parte da un bagaglio proprio e differente da quello degli altri soggetti per il proprio curriculum specifico ma anche per i propri interessi economici, per il contesto lavorativo, la concorrenza, la valutazione, e via elencando. Il punto più debole del sistema tuttavia consiste

nel tentativo di regolamentare fin nei minimi particolari quegli aspetti che più facilmente si prestano ad abusi, che sono l'attribuzione dei crediti e le sponsorizzazioni. Ci troviamo di fronte a quel fenomeno che Kolakovski definisce di iperegolamentazione, e che vediamo anche, per fare un esempio, nella regolamentazione dell'esame di accesso all'università. Per correggere il valore del test d'ingresso si ritiene di attribuire un punteggio anche al voto di maturità. Si scopre tuttavia che alcune classi e alcune scuole hanno voti in media molto più alti di altre classi e altre scuole. Si propone perciò di correggere il punteggio attribuito al voto di maturità confrontandolo con la media dei voti della classe di appartenenza. In questo modo tuttavia si verrebbero a penalizzare le classi di "geni" che realmente meritano tutti voti più alti, contraddicendo uno dei dati assodati della pedagogia che mostra l'importanza dell'esempio e dell'emulazione nell'apprendimento: i geni verrebbero scoraggiati dalla compagnia con altri geni anziché stimolati. Di converso gli "scarsi" verrebbero premiati dall'appartenere ad una classe di scarsi e incoraggiati a rimanervi, sempre in contrasto con il principio precedente. Si tratta perciò di introdurre un correttivo al punteggio del voto di maturità introdotto come un correttivo del test di ammissione... Così nell'ECM ci troviamo di fronte ad una serie di norme che trovano la propria ragion d'essere nel fatto che si ritiene che ogni soggetto coinvolto nel processo sia potenzialmente disonesto e possa attribuire crediti o accettare sponsorizzazioni per interesse personale e che parimenti gli altri soggetti coinvolti non abbiano la forza morale per denunciare tali comportamenti. Si genera così un sistema in cui l'operato di ciascun soggetto viene regolamentato in ogni particolare e il rispetto di tale regolamentazione viene verificato da appositi controllori, la cui attività a propria volta viene puntualmente descritta e controllata... Dopo tale descrizione forse appare ridondante sottolineare che a mio parere questo circolo vizioso può essere interrotto solo dal coinvolgimento degli Ordini Professionali e dal riconoscimento della natura deontologica degli stessi. Non v'è dubbio che alcuni nutrano molti dubbi sulla qualità deontologica degli OOPP, ma affermare che una strada è impervia non significa in alcun modo identificare un percorso alternativo.

*Documento presentato dal Pres. CAO dott. Cosimo Tomaselli e approvato all'unanimità nella seduta del Consiglio del 30.10.07*

# La casa di cura policlinico San Marco ha festeggiato 50 anni di vita

24



L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia ha partecipato ai festeggiamenti del Policlinico San Marco di Mestre, che ha tagliato quest'anno il significativo traguardo.



Le felicitazioni dell'Ordine, ovviamente, oltre che ai responsabili e operatori della casa di cura convenzionata della terraferma veneziana, vanno prima di tutto a quei colleghi che hanno contribuito con la loro professionalità alla crescita del Policlinico, che si è affermato sempre più come punto di riferimento importante per la tutela della salute della popolazione mestrina e non solo. Non è infatti un caso che proprio il Policlinico San Marco stesso abbia voluto riconoscerne l'opera, **premiando**, il giorno dei festeggiamenti pubblici,

**tre colleghi** con un riconoscimento particolare. La scelta, tra i molti che si sono alternati con ottimi risultati nella struttura di via Zanotto, è caduta su tre medici che tuttora vi prestano la propria attività, distinguendosi per alcuni progetti particolari da loro stessi sostenuti.

La dottoressa **Maria Paccagnella**, responsabile dell'area di Medicina Fisica Riabilitativa, ha ricevuto la medaglia d'oro proprio dalle mani della dottoressa Caterina Boscolo (interventuta all'evento in rappresentanza del Presidente dell'Ordine) in quanto, come riportato nella motivazione, *"si è distinta per la competente dedizione all'attività sulle disabilità più complesse, la coerente continuità, l'attenzione al lavoro in team e alla crescita professionale dei suoi collaboratori, la rara capacità di mettersi sempre in discussione per migliorare la professionalità. Tali caratteristiche sottolineano la sua capacità di essere leader indiscusso nel proprio campo professionale"*.

Identico riconoscimento è andato al dottor **Antonio Maestri**, aiuto anziano di Medicina e Vice Direttore Sanitario del Policlinico, in quanto componente del Comitato per il Risk Management, *"per aver dimostrato di saper coniugare preparazione e notevole competenza professionale con eccellenti capacità analitiche, buon senso, grande disponibilità e correttezza nei rapporti interprofessionali, risultando per tutti leader nel campo della cultura per la prevenzione dei rischi."*

*Grazie al suo costante impegno, si sta sviluppando efficacemente negli operatori sanitari della Casa di Cura l'abitudine a segnalare gli eventi sentinella, ad imparare dagli errori e dagli eventi avversi, a programmare le azioni ed i cambiamenti necessari per aumentare la sicurezza dei pazienti e, di conseguenza, la fiducia dei cittadini nella struttura"* - alla motivazione letta dal Direttore Generale del Policlinico San Marco, Alberto Graffitti, è seguita la consegna della medaglia d'oro attraverso le mani del professor Duilio Chiandussi, Consigliere delegato del Policlinico -.



Senza nulla voler togliere agli appena citati colleghi, particolare significato ha infine assunto la premiazione del dottor **Lorenzo Menegaldo**, responsabile dell'Hospice Ospedaliero "Cure Supporto Oncologico", a tutt'oggi l'unico hospice intraospedaliero presente in Veneto, ma il cui mantenimento è stato nei mesi scorsi al centro di una lunga vicenda (ad oggi non ancora risolta), con la ventilata possibilità di chiusura, che ha scatenato una lunga serie di reazioni di segno contrario, sia in campo assistenzialistico che in quello politico.

Il dottor Menegaldo, a cui va ascritto il merito di

aver creato dal nulla l'hospice, è stato premiato con la seguente motivazione: *"perché, individuata parecchi anni fa l'enorme richiesta della popolazione veneziana relativamente alle cure e sostegno dei malati oncologici terminali, ha saputo realizzare una struttura adeguata allo scopo che a tutt'oggi è punto di riferimento di tutta la cittadinanza veneziana. In particolare, il dottor Menegaldo ha saputo formare dei collaboratori estremamente capaci e soprattutto motivati per un compito difficile e impegnativo, sia da un punto di vista professionale che umano, offrendo ai pazienti ed ai loro familiari un appoggio ed un riferimento spesso provvidenziale. Ha saputo inoltre guadagnarsi con duro lavoro la fiducia ed il sostegno degli operatori sanitari del territorio e dell'ospedale, delle istituzioni e della cittadinanza, riuscendo con autorevolezza, libertà di pensiero e disinteressatamente a difendere in ogni avversità l'iniziativa da lui realizzata"*.

Renzo Malatesta - Direttore Sanitario Casa di Cura Policlinico San Marco

## Autorizzazioni alla cremazione

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia ha preso atto delle segnalazioni di diversi Colleghi della Medicina Generale che lamentavano indicazioni non chiare da parte delle Aziende ULSS in merito al certificato che autorizza alla **cremazione** del cadavere di un paziente iscritto nei loro elenchi.

Contestualmente è stata esaminata la legislazione vigente, più precisamente il DPR 10.09.90, n. 285 (Allegato II) che all'art. 79, comma 4 aveva previsto che il certificato in carta libera andasse redatto dal medico curante o ("aut") dal medico necroscopo con firma autenticata dal coordinatore sanitario e che dallo stesso risultasse escluso il sospetto di morte dovuta a reato, la successiva Circolare del Ministero della Sanità 24.06.93 che affidava ai "curanti" la compilazione della scheda ISTAT e la più recente L. 130 del 30.03.01 recante "Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri" che introduceva modifi-

che all'art. 411 del Codice Penale e disposizioni di modifica al Regolamento di Polizia Mortuaria in materia specifica di cremazione, della quale mancano peraltro ancora i relativi decreti attuativi.

Dalla compilazione di un qualunque certificato da parte di un sanitario discendono d'altronde precise responsabilità sia di natura giuridica che deontologica ed è senz'altro **necessario** che il sanitario **sia certo** che l'evento non sia dovuto a reato né che ve ne possa essere anche il semplice sospetto, derivando da ciò la necessità di procedere all'accertamento dei mezzi e delle precise cause del decesso in questione, ciò che in ultima analisi sembra possibile solo per mezzo della conoscenza dei fatti e l'acquisizione di tutti quelli che sono gli elementi clinico-circostanziali collegati al fatto in oggetto o che comunque si abbia avuto la possibilità di accertare il decesso per mezzo di una puntuale e scrupolosa ispezione cadaverica.

La figura del **medico necroscopo** a questo pro-

posito riveste ancora oggi il ruolo di pubblico ufficiale con funzioni autorizzative e certificative che produce un'attestazione tecnica che si configura come "atto d'ufficio" posto a garanzia della procedura nel suo complesso.

Tutto quanto sopra riferito sarà dunque possibile per mezzo di visita accurata sul cadavere al fine di riconoscere i segni che attestano la realtà della morte o se del caso anche di eventuali altri che sostanzino più propriamente l'obbligo del referto o che possano comunque indurre il sanitario a richiedere riscontro diagnostico per quei casi nei quali sussistano dubbi sulla effettiva causa della morte.

D'altro canto non sembra ragionevole che possa certificare alcunché ai fini della cremazione il medico di medicina generale od altro sanitario che non abbia potuto prestare assistenza al malato nei momenti che immediatamente avevano

preceduto il decesso o che comunque non conoscesse alcunché di tutto quanto aveva riguardato più direttamente il fatto.

In questo senso sembra andare anche la disposizione della Regione Lombardia che con proprio atto deliberativo e successiva Circolare n. 7/SAN aveva specificato come il certificato medico per il nulla osta alla cremazione andasse redatto **esclusivamente** dal medico che veniva incaricato dall'ASL con funzioni di medico necroscopo e che dunque a far data dall'1.10.04 non andasse più redatto dal medico di famiglia, ciò che proprio in ragione di tutto quanto più sopra è stato esposto nel dettaglio questo Consiglio dell'Ordine si sente di condividere senza riserve.

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

Venezia 19.XII. 2007

## Tracciabilità delle parcelle: questi i soggetti esonerati

Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 260 dell'8/11/07 del decreto 3/10/07 del ministero dell'Economia e delle finanze si è data attuazione al comma 69, art. 1, della legge Finanziaria 2007 (legge 296/06) che prevede l'esonero di alcune categorie di soggetti dall'obbligo di effettuare i pagamenti delle parcelle professionali attraverso l'utilizzo di strumenti tracciabili.

Il decreto, "considerate le difficoltà che avrebbero alcuni soggetti per ragioni economiche, sociali e legali nell'adempiere all'obbligo di pagare i compensi degli esercenti arti e professioni mediante assegni bancari non trasferibili o bonifici, ovvero con altre modalità di pagamento bancario o postale, nonché mediante sistemi di pagamento elettronico e ritenuta la necessità di esonerare alcune categorie di persone dall'utilizzo di strumenti di pagamento diversi dal denaro contante", stabilisce che a partire dal primo novembre 2007 sono esonerati dall'utilizzo di strumenti tracciabili (assegni non trasferibili, bancomat, carte di credito, bonifici) e possono utilizzare

senza limiti i contanti per il pagamento delle parcelle professionali:

le persone fisiche il cui reddito complessivo non sia superiore all'importo annuo dell'assegno sociale di cui all'art. 3, commi 6 e 7, della legge 8 agosto 1995, n. 335;

le persone fisiche non residenti ai sensi dell'art. 2 del Testo unico delle imposte sui redditi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917;

i diversamente abili che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione ai sensi dell'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

A giustificazione della condizione di esonero il paziente deve sottoscrivere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (ex artt. 2 e 47, DPR n. 445/200) che andrà conservata dal professionista.



LA FONDAZIONE ARS MEDICA DI VENEZIA  
ORGANIZZA L'EVENTO FORMATIVO

## La comunicazione Medico-Paziente: comunicare una cattiva notizia

L'evento avrà quattro edizioni:

1° EDIZ: 9 APRILE 2008 Ore: 16.30 - 21.00 Aula Girardi Ospedale Civile S. Donà di Piave

2° EDIZ: 15 APRILE 2008 Ore: 16.30 - 21.00 Aula Riunioni Distretto Chioggia

3° EDIZ: 7 MAGGIO 2008 Ore: 16.30 - 21.00 Sala Riunioni Ordine dei Medici Mestre

4° EDIZ: 28 MAGGIO 2008 Ore: 16.30 - 21.00 Sala Riunioni Ospedale Civile Noale

### PROGRAMMA

16.30 - 16.45	Registrazione dei partecipanti
16.45 - 17.00	Saluti del Presidente della Fondazione Ars Medica di Venezia (dott. <b>Giorgio Meneghelli</b> )
17.00 - 17.30	Note di medicina narrata: dire, non dire, dire troppo... Quella volta che... Imparare dall'esperienza (dott. <b>Renzo Baccichetto</b> , dott. <b>Daniele Bernardi</b> , 1° edizione) (dott. <b>Angelo Frascati</b> , 2° edizione) (dott. <b>Flavio Scanferla</b> , 3° edizione) (dott. <b>Marco Michieletto</b> , dott. <b>Raffaele Franzolin</b> 4° edizione)
17.30 - 18.00	Il concetto di malattia e morte nel tempo. Il ruolo della medicina. (prof. <b>Camillo Barbisan</b> , bioeticista)
18.00 - 18.40	Comunicare una cattiva notizia. Le forme e i contenuti. (dr.ssa <b>Nilla Verzolatto</b> , psicologa)
18.40 - 19.20	La comunicazione tra codice deontologico e bisogni del paziente. (prof. <b>Camillo Barbisan</b> , bioeticista)
19.20 - 20.40	Discussione
20.40	Compilazione del test di gradimento e del test di apprendimento
21.00	Conclusione dei lavori

Il Corso è in fase di accreditamento 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](mailto:info@ordinemedicivenezia.it)

# FEDER.S.P.E.V.

## CONSIDERAZIONI E PROPOSTE PENSIONISTICHE



Comunque siamo certamente un peso per questa società, considerati come parassiti o, ancor peggio, come quelli che tolgono il pane di bocca ai giovani.

Si parla sempre di pensioni future, mentre ci sono diciassette milioni di anziani che possono pacificamente, se sono fortunati, aspettare, nel disagio e nell'incertezza.

Il Presidente Nazionale della Federspev dott. Eumenio Miscetti svolge un'attività continua,

Gli anni si moltiplicano, ma la vita ha sempre dei valori, molti ancora da scoprire: dobbiamo lottare contro un ostracismo insensato che mina sempre più il futuro di tutti, specie di chi oggi lavora, produce con impegno e fatica.

Nell'età pensionabile, in un paese civile e democratico, non dovrebbe iniziare la lotta per la sopravvivenza, per la negazione di molti diritti e la repressione di ogni speranza.

La nostra strada è lastricata di "no". Un netto "sì" è invece per la contribuzione fiscale: siamo l'unica categoria ad assolvere pienamente, senza discussione, un dovere civico non da tutti sempre rispettato.

Oggi, all'alba della vita come alla fine dei nostri giorni, manca l'interesse della società e, per di più, si rischia quotidianamente l'eliminazione spesso, purtroppo, anche legalizzata: solo i bravi e i potenti, i sani e i belli sono considerati e spesso osannati, fattore dominante è l'utilità.

La forza della Federspev non può essere se non quella del richiamo dignitoso e cortese che non fa arrendere.

La chiusura assoluta e assurda dei sindacati della tripla e del Governo dimostra chiaramente che non esiste, al momento, alcuna possibilità di salvaguardia delle nostre pensioni: siamo immersi totalmente nell'ipocrisia, elemento stabile di giudizio e di aiuto, mentre il degrado aumenta con gli anni, ad alta definizione d'immobilismo.

E' stato forse un atto improprio del periodo lavorativo, l'accantonamento dei contributi versati?

importante e obbligatoriamente ripetitiva, cogliendo ogni occasione, a tutti i livelli, per far conoscere e risolvere i nostri problemi, abituato ad ogni ostacolo ed assenteismo.

Ricordo le lettere aperte comparse su "Azione Sanitaria" indirizzate: al Presidente Nazionale della FNOMCeO Bianco (05/09/06) pubblicata anche sul nostro Notiziario 01/07, al Capo del Governo Prodi (28/12/06) e da ultimo al Presidente della Repubblica Napolitano (26/07/07).

Gli interessi degli attivi devono essere strettamente collegati a quello pensionistico: un serio lavoro, a proposito, può ricavare, per tempo, qualche promozione validamente utile.

I Sindacati medici hanno voce, possibilità di confronto e di lotta, sarebbe sciocco non intervenire per difendere e salvare un patrimonio, un diritto adeguato e ben preciso acquisito con fatica e intoccabile.

Coordinare, informare, stimolare e proporre: la nostra scelta, un lavoro duro e difficile, al quale siamo abituati.

Dobbiamo ritrovare degli amici, il piacere di un aiuto reciproco, perché le nostre convinzioni sono anche le loro.

Sono convinto che questa sia una strada perseguibile, una svolta di politica sindacale che scende in campo con una delle sue migliori rivendicazioni. L'Ordine dei Medici - Chirurghi e degli Odontoiatri della nostra provincia è depositario e promotore delle nostre aspettative, stringendo

con noi una valida intesa, che sicuramente darà i suoi frutti: quale supremo coordinatore, facendo suo il problema pensionistico, oso dire quasi istituzionale, promuoverà incontri e convegni per portare avanti il dialogo conoscitivo e costruttivo, allargherà l'informazione e la comunicazione con i mezzi a disposizione, riferimento sicuro ed autorevole.

La tutela del pensionato ed in particolare dell'anziano è un punto d'onore in uno stato civile, certamente il più rilevante tra gli obiettivi della sicurezza sociale.

La sensibilità e la disponibilità del Presidente dell'Ordine, nell'affrontare questo impegno, ci conforta non poco, una promessa per ogni buon

risultato.

Un risveglio di idee, un'apertura nuova e sincera, una compartecipazione esaltante accompagnano questo nuovo evento.

A volte ci si chiede il perché di tanti silenzi, nel tempo, perduto!

La meta, per i più fortunati, è la stessa, la pensione, scandita dall'età che per tutti avanza.

La giovinezza è una malattia della quale si guarisce presto, la vecchiaia è una realtà non lontana e vuota, che la società ha l'obbligo di lasciarla programmare come una nuova vita.

Giuliano Sassi

## LA COMPLESSITÀ DEGLI ASPETTI CHE INTERESSANO LA NOSTRA CATEGORIA DI PENSIONATI

(da un riassunto del Presidente, già comparso su "Azione Sanitaria")

Diritti per tutti...

Anziani: una realtà che non può essere ignorata.

Il potere d'acquisto delle pensioni.

Quote ISTAT.

"Economie" e stangate.

Il peso del fisco.

La cessione del quinto della pensione.

Il lavoro per gli anziani.

La riforma della previdenza pubblica.

L'aumento delle pensioni minime.

La reversibilità delle pensioni.

Le pensioni d'annata.

Indebiti veri e falsi.

Le prestazioni assistenziali.

Invalidi veri e falsi.

Le protesi.

Gli acquisti reali con trattenute sulle pensioni.

Organizzazione e politica unitaria di tutti i pensionati.

Separazione tra previdenza e assistenza.

Gli Enti privatizzati.

Rappresentanza dei pensionati negli Enti Previdenziali.

L'assistenza ospedaliera.

Le lunghe attese.

La riabilitazione.

L'assistenza domiciliare.

L'incidenza dei ticket.

Le mutue private.

Le abitazioni per gli anziani.

Le case di riposo.

Lo sport per anziani e le attività motorie.

L'aggiornamento culturale.

"Non è mai troppo tardi".

Le barriere architettoniche.

L'anagrafe nazionale delle badanti.

Le vacanze dei pensionati.

La (sconosciuta) educazione civica.

I servizi per le emergenze.

I drammi dell'abbandono.

Il Telesoccorso.

Volontariato vero o falso.

Un nuovo Ministero.

La giornata del pensionato organizzata dalla FEDER.S.P.E.V.

il 23 settembre di ogni anno, manifestazione a livello regionale e sezionale in tutta Italia, a difesa dei nostri diritti.

Giuliano Sassi

# È mancato il dott. Italo Franzoso

12 gennaio 2008  
È mancato il dott. Italo Franzoso



Abbiamo percorso insieme un cammino di impegno morale, sociale e professionale, ci siamo scambiati le nostre idee, i progetti e le speranze. Tu ci hai saputo dare preziosi suggerimenti e insegnamenti con la fermezza dei grandi maestri, ma con la semplicità degli uomini buoni. Caro Italo, hai lasciato la terra, ma non la vita, sei

nei nostri pensieri e nei nostri ricordi, per la tua onestà, la tua generosità, la tua amicizia, veri blasoni di grande nobiltà, sempre presente per tutti quei valori che arricchiscono, ogni giorno, la nostra vita.

Anche nella malattia tollerata come grande incomodo, non hai mai voluto venir meno a quelli che ritenevi essere i doveri inderogabili di un Presidente.

Con tua moglie Vanna e i tuoi figli, siamo immersi nel dolore di oggi, ma benediciamo il tempo che ci è stato donato di averti avuto come uomo, medico, sposo, padre, amico e collega che con l'esempio si è imposto, tutto sacrificando con ardore e fede.

Se le lacrime irrorano il nostro volto, c'è un dialogo che non si è interrotto.

Grazie per tutto quello che abbiamo ricevuto; da tutti noi, dalla tua FEDER.S.P.E.V. l'ultimo accorato saluto!

*Giuliano Sassi*

## I giovedì dell'Ordine

Sede: Sala riunioni dell'Ordine dei Medici di Venezia - Via Mestrina 86 Mestre

**Ciclo di seminari sugli aspetti medico-legali della professione medica ed odontoiatrica.**

**Tutti gli incontri costituiscono un unico corso di aggiornamento in fase di accreditamento presso l' ECM Veneto**

**Codice deontologico e profilo del consenso informato:**

**le novità nel rapporto medico-paziente**

Relazione introduttiva dell'avv. Simone Zancani

**Relatore: prof. Daniele Rodriguez - medico legale**

**GIOVEDÌ 20 MARZO 2008 Ore 20.00**

**Responsabilità delle figure apicali e lavoro in equipe**

Relazione introduttiva dell'avv. Simone Zancani

**Relatore: dott. Gianni Maria Barbuti - medico legale**

**GIOVEDÌ 3 APRILE 2008 Ore 20.00**

**Valutazione e liquidazione del danno a persona**

Relazione introduttiva dell'avv. Simone Zancani

**Relatore: prof. Massimo Montisci - medico legale**

**GIOVEDÌ 15 MAGGIO 2008 Ore 20.00**

**Recupero crediti nell'esercizio della libera professione**

**Relatori: avv. Simone Zancani - consulente legale dell'Ordine**

**dott. Moreno Breda - consigliere dell'Ordine**

**GIOVEDÌ 29 MAGGIO 2008 Ore 20.00**

**Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico**

Relazione introduttiva dell'avv. Simone Zancani

**Relatori: dott. Salvatore Ramuscello - vicepresidente dell'Ordine**

**dott. Davide Roncali - medico legale, tesoriere dell'Ordine**

**GIOVEDÌ 12 GIUGNO 2008 Ore 20.00**

**Il contenzioso in sanità: sviluppo dei sistemi di gestione**

Relazione introduttiva dell'avv. Simone Zancani

**Relatore: dott. Enrico Pedoja - medico legale**

**GIOVEDÌ 3 LUGLIO 2008 Ore 20.00**

Considerata la limitata capienza della sala dell'Ordine, i Colleghi interessati sono pregati di dare la propria adesione alla segreteria (fax: 041989663 e-mail: info@ordinemedici-veneziana.it) ENTRO E NON OLTRE IL 14 MARZO 2008



# La previdenza di medici ed odontoiatri: conoscerla e pianificarla

LUOGO: NUOVO TEATRO MIRANO, Via della Vittoria, 75 Mirano (VE)  
DATA: Sabato 05 Aprile 2008

## PROGRAMMA

8.00 - 8.15	Saluti delle Autorità
8.15 - 8.30	Introduzione al corso (dott. Moreno Breda, Consigliere OMCeO Venezia)
8.30 - 10.30	ENPAM: Fondi Obbligatorii (dott. Giovanni Pietro Malagnino, Vicepresidente ENPAM)
10.30 - 12.30	La previdenza del medico dipendente (dott. Claudio Testuzza, Medico Pubblicista)
12.45 - 14.45	La previdenza integrativa: Fondo Sanità (dott. Luigi Daleffe, Medico Specialista)
14.45 - 15.00	Conclusioni (dott. Pierluigi Allibardi, Consigliere OMCeO Venezia)
15.00 - 15.15	Questionario di apprendimento e Scheda di valutazione

La partecipazione al corso è gratuita.

Segreteria Organizzativa:

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia

Tel. 041 / 989479 Fax 041 / 989663

E-Mail: [info@ordinemedicivenezia.it](mailto:info@ordinemedicivenezia.it)

Le iscrizioni verranno accettate almeno 5 giorni prima presso la sede dell'Ordine e il giorno del convegno fino al raggiungimento del numero previsto.

Evento in valutazione per l'assegnazione dei crediti ECM Nazionali.

