

OMC eO

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

Anno XXXIX - n. 02 del 21 marzo 2007 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

**Il nuovo Codice di
Deontologia medica**

**Il nuovo corso dell'attività
della CAO di Venezia**

**Sicurezza delle cure:
ora il Veneto cambia passo**

**Novità fiscali in vigore
nell'anno 2007**



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

02.07

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 XXXIX - n. 02 del 21 marzo 2007
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

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

Progetto Grafico
Fabio Targa

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 19 marzo 2007

04 Il nuovo codice di deontologia medica: una occasione di riflessione nella professione e nella società

Cronaca di una mattina tra Tribunale e Procura della Repubblica: occasione per rilanciare l'autorevolezza della Professione

05

06 Il nuovo corso dell'attività della CAO di Venezia

08 Manifestazioni Orali della Celiachia

09 Sicurezza della cure: ora il Veneto cambia passo

11 Cercando un senso Il futuro della pediatria

14 Analisi dei flussi migratori e distribuzione secondo aree geografiche di provenienza dei nuovi utenti dei Consultori Pediatrici

17 Lavori in corso... della Commissione Pari Opportunità

18 A chi giova?

19 Novità Fiscali in vigore nell'anno 2007

22 Gruppo di lavoro sulla pubblicità: osservazioni sul decreto Bersani

24 Pillola del giorno dopo Obiezione di coscienza

25 Definizione europea dell'atto medico

25 Crediti ECM 2007

26 Dal giuramento di Ippocrate alla professione

27 ONAOSI novità sul contributo 2007

28 FEDER.S.P.EV. Finanziaria 2007: ancora una revoca dei nostri diritti economici

29 Convegno - La sindrome della stanchezza cronica in Medicina (CFS)

30 Convegno - La formazione professionale continua dei medici

31 Convegno - Comunicazione tra Pediatra e Ortodontista: cosa e perchè

32 Convegno - La certificazione medica per l'attività sportiva non-agonistica

Sommario

3

Il nuovo codice di deontologia medica: una occasione di riflessione nella professione e nella società

La fredda definizione di deontologia recita: “Complesso di disposizioni di cui si dotano, in via autonoma, gli appartenenti ad una determinata categoria professionale al fine di disciplinare l’esercizio della propria attività, sia nei rapporti interni sia rispetto ai destinatari dell’attività medesima”. Credo che mai come oggi le definizioni debbano lasciare il posto alla rivisitazione del concetto di Deontologia e di Codice Deontologico. Il nuovo codice di deontologia medica fa un passo in avanti decisivo fornendo uno strumento di partecipazione alla vita civile nella autorevolezza della Professione e nella salvaguardia della Persona.

In un contesto pluriculturale, plurietnico e plurietico vi è la assoluta esigenza di individuare i valori comuni nella Professione. Questo apre la strada alla normazione deontologica attraverso la quale i medici, con la individuazione dei principi condivisi, con l’adeguamento alla evoluzione etico-sociale e medico-scientifica, diventano protagonisti attivi, indicando le regole comportamentali che ispirano la propria attività ma anche la propria vita!

Questo nuovo Codice è necessariamente un “passaggio”; rappresenta la sintesi delle nostre riflessioni che si stratificano e/o si modificano come si modifica il contesto.

Il Codice indica indirizzi e regole alle quali devono ispirarsi i medici e gli odontoiatri nella loro pratica sia professionale sia come cittadini competenti; è naturale ma anche necessario che i nostri comportamenti siano regolati “deontologicamente”. Noi operiamo in tutti i momenti della vita della Persona: dal momento della procreazione agli ultimi istanti della vita, passando non solo per le buone pratiche cliniche basate sulle prove di efficacia ma soprattutto sul corretto rapporto interumano.



Il Codice parla della nostra vita in relazione alle persone che incontriamo; parla della necessità di essere professionisti attivi nel tessuto sociale di riferimento; parla della necessità di sostenere ogni giorno, nella nostra attività, la tutela della salute in un’ottica non tanto e non solo “giuridica” ma prioritariamente “umana”. L’educazione alla salute rappresenta, in questo senso, compito etico e finalizzazione strategica del nostro essere medici, in un “percorso di cura”.

A tutti Voi Colleghi un forte invito ad appropriarVi, ad introiettare i 75 articoli del nuovo Codice e degli allegati sulla Pubblicità e sul Conflitto di interesse.

Gli allegati rilanciano e non ostacolano il ruolo degli Ordini che si confermano anche come luogo della riflessione e del giudizio disciplinare. La Legge 175/92 viene riassunta dalla FNOMCeO come punto di riferimento non alienato dalla "Legge Bersani". I nostri OMCeO e la Federazione informeranno puntualmente i medici e continueranno a vigilare affinché gli Iscritti sappiano conformare deontologicamente i propri comportamenti alle norme che continuano la loro coerenza, riferimento per tutta la Professione. La legge Bersani offre la possibilità di pubblicizzare le attività svolte dal professionista ma invita fortemente gli Ordini a vigilare sulla trasparenza, la veridicità e l'eticità dei messaggi.

La categoria medica deve interrogarsi sui mezzi

concessi per pubblicizzare la propria attività e sul delicato rapporto tra professione e mondo economico-commerciale; anche gli allegati quindi rappresentano vincoli deontologici e rappresentano a maggior ragione una preziosa lettura.

Con i prossimi notiziari affronteremo altri punti qualificanti del Nuovo Codice di Deontologia Medica e contemporaneamente avvieremo iniziative di informazione e di dibattito.

L'OMCeO di Venezia sarà attento protagonista in questo delicatissimo campo della informazione e non permetterà che la Professione venga svilita dalla corsa frenetica alla commercializzazione della Salute!

Maurizio Scassola

Cronaca di una mattina tra Tribunale e Procura della Repubblica: occasione per rilanciare l'autorevolezza della Professione

Editoriale

Venerdì 16 febbraio "l'occasione" era data dalla presentazione di nuovi nominativi a ruolo di C.T.U. (Consulente Tecnico di Ufficio) presso la Commissione giudicante del Tribunale di Venezia. Avevo fatto in modo che subito dopo il Signor Procuratore Generale della Repubblica di Venezia dr. Ennio Fortuna mi potesse ricevere per un primo saluto istituzionale e per la presentazione del nostro prezioso collaboratore, il dr. Paolo Dusi, già Presidente della Corte di Appello di Trieste.

Il primo incontro, presso il Tribunale di Venezia ha visto la fortunata coincidenza della presenza in Commissione del Presidente del Tribunale dr. Attilio Passanante. Nella premessa, alla presenta-

zione dei nuovi CTU, ho auspicato la collaborazione tra Tribunale di Venezia e OMCeO di Venezia per individuare i criteri che ispirano il giudizio della Commissione e per uniformare la documentazione che delinea il curriculum vitae degli aspiranti CTU.

Una seconda mia riflessione ha sollevato il problema della necessità di indicare specifici profili professionali che siano funzionali alle nuove esigenze della Giustizia. Come nell'ambito della Salute professionisti, strutture e organizzazione devono essere in grado di tararsi in un costante confronto con i nuovi bisogni della popolazione anche la Giustizia deve essere messa nella condizione di avere strumenti conoscitivi sempre più specifici e

competenti. Il Presidente ha convenuto sulla necessità di avviare un confronto tra OMCeO di Venezia e Tribunale di Venezia: invieremo a giorni un documento che formalizzi l'avvio di un tavolo tecnico-istituzionale che affronti i due argomenti.

Subito dopo mi sono recato con il dr. Paolo Dusi presso la Procura della Repubblica presso la Corte di Appello di Venezia dove si è svolto un cordiale colloquio con il dr. Ennio Fortuna. Al Procuratore Generale abbiamo delineato la volontà di procedere verso l'istituzione di una Camera di Conciliazione per dirimere una parte del contenzioso tra medico e paziente; abbiamo sottolineato

come questo strumento, favorendo l'accordo tra le parti in via stragiudiziale, possa anche dare un piccolo contributo a decomprimere le attività presso i Tribunali e crei un modello su cui la Società deve assolutamente confrontarsi. Il Procuratore ha espresso il suo giudizio positivo sull'iniziativa e ci ha sollecitato ad essere costantemente aggiornato sull'evolversi della stessa.

Abbiamo colto in questo incontro una ulteriore opportunità: la disponibilità del Procuratore alla collaborazione, sia in ambito editoriale che in futuri convegni, sui grandi temi della Bioetica e del Rischio Professionale.

Maurizio Scassola

Il nuovo corso dell'attività della CAO di Venezia

La reazione al mio ultimo editoriale (Una professione sotto assedio), nonostante la mia preoccupazione per la tesi "quasi eretica" che vi sostenevo, mi ha stupito per il calore e l'entusiasmo manifestato dai colleghi. Questo entusiasmo mi ha confermato nella direzione presa dalla Commissione che presiedo nel rapporto con le forze sociali.

Tra i momenti significativi di tale linea vi sono due incontri svoltisi nel mese di Febbraio che hanno avuto una ampia eco nella stampa locale e di cui cercherò in questa sede di esporre il contesto. Lo stimolo di questi due incontri è stata la notizia di viaggi sanitari all'estero, di cittadini che vanno a farsi curare oltre confine.

Tale prassi pone delle domande agli Ordini professionali. Da un lato la tutela della salute del cittadino impone all'Ordine una vigilanza che, ovviamente, deve confrontarsi con situazioni sempre nuove e non sempre previste dagli ordinamenti e dalle prassi consolidate. Fino ad oggi, infatti, la tutela della salute del cittadino veniva garantita dagli Ordini tramite la tenuta di albi di professionisti laureati e abilitati e tramite la vigilanza sulla deontologia di tali iscritti. Le gite oltre confine, ovviamente, mettono in campo l'offerta di servizi sanitari da parte di professionisti non soggetti alla giurisdizione degli Ordini italiani e

pone il problema dell'omogeneità della formazione, dell'esercizio e del controllo sulla formazione e sull'esercizio. Recentemente si è svolto un incontro congiunto tra l'Ordine dei Medici di Trieste e la federazione slovena nel quale si è condiviso il rispettivo codice deontologico, condivisione che proprio questo primo incontro dimostra di essere in una fase assolutamente embrionale.

Tale nuova situazione pone però anche la doman-



da su cosa i colleghi italiani abbiano in meno dei colleghi oltre confine. La prima risposta a questa domanda, pone il costo delle cure come unica motivazione, ma, se così è, va senz'altro rigettata. Infatti il costo delle cure non può essere un indicatore monodimensionale. Già dal punto di vista meramente commerciale la scelta di un qualunque prodotto si basa sul rapporto qualità/prezzo. Nel campo dei servizi sanitari, tuttavia, il termine qualità è, se possibile, ancora più sfaccettato e ampio che in altri settori della vita civile, e in ogni caso, ben più pregnante dal punto di vista esistenziale. Quali siano i meccanismi che concorrono a determinare la qualità e il costo dei servizi sanitari è senz'altro il primo campo di lavoro dell'Ordine. Tale lavoro, tuttavia, non può essere un lavoro a priori, astratto, orientato ad un ideale di qualità assoluto, anzitutto perché la qualità in assoluto non esiste, e poi perché, se anche fosse data una concezione e una definizione chiare e univoche della qualità dei servizi sanitari, l'interesse del cittadino verso tale qualità è tutto da discutere. Perciò il secondo passo del nostro lavoro consiste nel confronto con le organizzazioni sociali per la definizione e l'analisi dei bisogni e delle attese della popolazione. Non si discute della libertà della nostra professione, ma dell'attività che l'Ordine può fare per migliorare, come dicevo nell'editoriale del numero scorso, la corrispondenza tra l'offerta e la domanda di servizi sanitari.

Il primo incontro di cui vado a riferire in questa prospettiva si è svolto il 14 Febbraio raccogliendo tutte le figure professionali dell'odontoiatria veneziana. Ovviamente le forme di esercizio della professione sono estremamente variegate e ogni figura professionale tende a guardare con sospet-



Cosimo Tomaselli, Simona Pedretti, Vincenzo D'Aloja e Giuliano Nicolini

to le altre, ritenendole, a torto o a ragione, concorrenti. La necessità di difendere il diritto alla salute ci obbliga, tuttavia, a pensare tali diverse figure in modo complementare e non concorrente. Dobbiamo perciò pensare all'attività dei medici dipendenti della struttura pubblica che valorizzi le loro specificità, ad esempio nei confronti di quelle patologie o condizioni che difficilmente possono essere trattate sul territorio. Sul versante invece degli studi convenzionati va ripensato il processo attualmente bloccato che, partito dalla 502/92 e transitato attraverso la legge sulle autorizzazioni regionali 22/2002, avrebbe dovuto portare a rinnovare il meccanismo delle convenzioni istituendo il percorso autorizzazione-accreditamento-convenzione. Questo percorso, ovviamente, presuppone una grande riflessione sulle risorse a disposizione in rapporto ai servizi da erogare e alla popolazione che ne può usufruire. I libero professionisti dal canto loro nella nuova situazione di competizione internazionale hanno bisogno di meccanismi che garantiscano e pubblicizzino la qualità del loro servizio, combattendo tutti quei costi che tolgono loro competitività senza alcun ritorno in termini di servizio.

Le riflessioni sviluppate in questo primo incontro hanno trovato immediato riscontro in quello successivo del 28 Febbraio, tra i soggetti del primo tavolo da un lato e i sindacati, i consumatori, i dipendenti degli studi odontoiatrici e i laboratori odontotecnici dall'altro. Il confronto con tutti i soggetti riuniti attorno a tale tavolo è stato estremamente interessante, proprio perché convergente sull'unico interesse della salute del cittadino, ed ha aperto nuove prospettive di azione. La diminuzione dei costi parassiti è infatti una richiesta con-



divisa non solo dai professionisti ma anche dalle rappresentanze sociali. Anche la necessità di identificare i livelli reddituali che richiedono un sostegno pubblico e le cure odontoiatriche a cui questo finanziamento va rivolto è stata una considerazione condivisa. Altro aspetto l'analisi dei bisogni e l'identificazione di una carta dei servizi condivisa con le associazioni dei consumatori. Sul loro versante gli odontotecnici hanno esposto le difficoltà della loro categoria sulla quale si riversa la difficoltà del settore nel proprio complesso. Nell'insieme abbiamo vissuto due ore entusiasmanti con la sensazione di aver aperto un nuovo corso per l'esercizio della nostra professione, nel quale potranno essere condivise le regole e le prassi dell'esercizio della professione.

Da questo tavolo siamo usciti con impegni differenti. Alle associazioni dei consumatori e ai sindacati abbiamo chiesto di definire con chiarezza le

iniziative che potrebbero migliorare i rapporti tra i professionisti e la popolazione. Con gli odontotecnici ci siamo impegnati all'analisi dei protocolli di alcune prestazioni che potremmo definire sociali, nei confronti delle quali effettuare uno sforzo per migliorare gli standards del servizio ed una valutazione della qualità finale dello stesso in rapporto al suo costo, al fine di confrontarci con le parti sociali ed ascoltarne eventuali suggerimenti ed osservazioni. Ospedalieri e convenzionati dovranno, invece, definire le richieste che dovremo portare all'attenzione della parte pubblica affinché la loro attività non risulti in contrasto bensì in sinergia con quella degli altri professionisti.

Abbiamo fatto un primo passo nella direzione della tutela della salute del cittadino e della dignità e decoro della professione. Vogliamo percorrerlo tutti insieme.

Cosimo Tomaselli

Manifestazioni Orali della Celiachia

Il 25 Novembre del 2006 presso la sede dell'Ordine si è svolto un corso di aggiornamento sulle manifestazioni orali della celiachia. A livello orale i soggetti celiaci presentano una aumentata incidenza di RAS (Stomatite Aftosa ricorrente), di difetti dello smalto e di scialoadeniti.

La parte stomatologica è stata presentata dal prof. Mario Berengo, la celiachia dal dott. Paolo Pallini, io sono stato "costretto" da Paolo a pre-

sentare una breve relazione sul valore diagnostico della RAS e dei difetti dello smalto nella celiachia.

Al corso hanno partecipato 50 odontoiatri, numero massimo di partecipanti ai fini ECM, ma diversi altri hanno partecipato pur senza essere iscritti ed altri ancora hanno dovuto rinunciare. L'iniziativa ha avuto larga eco nella stampa e nelle radio locali.

Questa partecipazione così come l'eco nell'opinione pubblica suggeriscono una immagine dell'odontoiatra diversa da quella che anche noi stessi abbiamo. L'odontoiatria come specialità chiusa in sé stessa, dedicata esclusivamente alla cura del dente ignorando il paziente attaccato a quel dente, non corrisponde a ciò che gli odontoiatri dimostrano nei fatti di essere, né a ciò che la popolazione si aspetta da noi. Anche l'immagine dell'odontoiatra come professionista attento esclusivamente al ritorno economico viene smentita da eventi come quello del 25 Novembre.

Per quanto riguarda il nostro ruolo nella diagnosi di celiachia io mi sento di dover fare alcune considerazioni.

Anzitutto la celiachia ha una incidenza nella popolazione europea dell'1-1.2%. Ricerche recenti confermano che, anche laddove le diagno-



Paolo Pallini e Cosimo Tomaselli

si sono di molto inferiori, screening a tappeto dimostrano che non si tratta di una minore incidenza ma di diagnosi mancate.

D'altra parte tante diagnosi mancate non possono essere un caso ma devono avere delle ragioni di fondo comuni.

Questa patologia, ivi compresi coloro che al contrario dovrebbero essere maggiormente sensibili (e mi riferisco ai pediatri), e la mia esperienza personale, purtroppo, mi conferma in questa direzione.

Ripeto, si tratta di una esperienza personale e non può in alcun modo essere generalizzata, e purtroppo, proprio perché mi ha toccato personalmente, questa mancata attenzione la sento particolarmente. La nostra iniziativa si è mossa dunque nella direzione di aumentare la sensibilità degli operatori, anche con una iniziativa parallela al corso che è consistita nell'inviare a tutti gli odontoiatri della provincia un plico di depliant informativi che abbiamo invitato a mettere nelle sale d'attesa. Chi ne volesse degli altri non deve fare altro che contattarmi.

Dall'altro vi è tuttavia la presentazione clinica di questa malattia che sembra faccia apposta per nascondersi e camuffarsi. Per restare all'ambito orale, citiamo solo il fatto che la RAS nella nostra popolazione riguarda fino al 20% della popolazione e il 30% dei celiaci, il che comporta che, presumibilmente, l'1,5% delle RAS è dato da celiaci, quindi se si volesse usare la RAS come elemento per lo screening, avremmo un indice predittivo e una specificità estremamente bassi.

Ma questa difficoltà di diagnosi non può essere una scusante. Mentre da un lato è vero che non si può pensare di curare la RAS diagnosticando e curando la celiachia (quindi la sensibilizzazione su questo argomento non ha alcuna rilevanza per il 20% della popolazione che soffre di RAS), dall'altro tuttavia la diagnosi di celiachia per l'1% della popolazione che ne è affetta è fondamentale, non solo e non tanto per le manifestazioni cliniche in atto (le quali sono estremamente variabili e sfumate come abbiamo visto, e pertanto possono anche non essere invalidanti), ma semmai per le conseguenze a lungo termine di una malattia celiaca non diagnosticata. La ricerca recente ha dimostrato che il danno intestinale connesso con l'assunzione di glutine può essere il fattore etiologico scatenante di molte malattie autoimmuni e neoplastiche. Certo che dire che tiroiditi, atassia cerebellare, dermatite di Duhring sono correlati con la celiachia è una cosa, dire che l'interruzione della barriera intestinale né è la causa è tutt'altra. Se dunque la ricerca sta andando in quest'ultima direzione, ecco che la diagnosi anche dei soggetti asintomatici è assolutamente rilevante.

In questo contesto ritengo che l'attività svolta dalla nostra Commissione in collaborazione con il COI-3V abbia avuto una forte valenza sociale ed etica e la generosa risposta degli iscritti veneziani fa onore a tutti noi.

Cosimo Tomaselli

Sicurezza delle cure: ora il Veneto cambia passo

Attività
dell'Ordine

Negli ultimi anni si sta progressivamente affermando un nuovo modo di concepire l'organizzazione dei sistemi sanitari complessi che viene definito con il termine anglosassone "**Clinical Governance**".

Si tratta più precisamente di un "sistema attraverso il quale le organizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale (inglese) sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei propri servizi e riescono a garantire elevati standard

di assistenza grazie alla creazione di un ambiente nel quale l'eccellenza nel sistema di cura possa prosperare".

Implementare strumenti di Clinical Governance significa tradurre in concreto le idee, confrontando le diverse esperienze, cercando di dare giusta visibilità a quanto di positivo sta emergendo a livello internazionale ed in varie aree del Paese. Fra gli obiettivi del sistema, accanto alla valorizzazione della cultura, della leadership ed all'ag-

giornamento continuo, nonché alle decisioni basate su prove di efficacia (EBM), si colloca anche la gestione e la prevenzione del **rischio clinico**.

Dapprima il contratto della Dirigenza Medica del SSN (art. 21 CCNL 2001-2005) e quindi di recente ancora il nuovo Codice Deontologico hanno sottolineato l'importanza della tematica.

Infatti così recita il nuovo **articolo 14**, sottotitolato "Sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico": "Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di **sicurezza** del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e **gestione** del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della **qualità** delle cure.

Il medico a tal fine deve utilizzare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari per evitarne la ripetizione; tali strumenti costituiscono esclusiva riflessione tecnico-professionale, riservata, volta alla identificazione dei rischi, alla correzione delle procedure e alla modifica dei comportamenti".

Rimandiamo ad altro momento un necessario approfondimento del nuovo dettato deontologico non senza prima aver salutato con soddisfazione il fatto che finalmente si sia voluto riconoscere anche in questa "nobile" sede la delicatezza della tematica in questione ed anche che la competenza a questo proposito sia stato riaffermato come appartenga innanzitutto alla Professione, in un'ottica di tutela che dovrà essere certamente quella della sicurezza dei pazienti che si sottopongono alle cure ma che dovrà anche e non di meno dimostrarsi tutela degli operatori tutti i quali, spesso in disagiate condizioni organizzative, si prodigano per impartire le cure agli infermi.

Desideriamo più nello specifico dare conto di quanto è stato proposto dalla Giunta Regionale del Veneto con la delibera n. **4445** del 28/12/06 nella quale sono state adottate iniziative sulla falsariga di quanto già da tempo avviene in altre regioni.

La delibera in oggetto istituisce il "**Coordinamento** regionale per la sicurezza del paziente" (anche il Ministero della Salute sempre in dicembre aveva annunciato la nascita del "Centro di riferimento nazionale sulla sicurezza dei pazienti").

Nel testo della delibera troviamo riportato fra l'altro come l'applicazione di questo nuovo siste-



Davide Roncali

ma di approccio alle cure: "...richiede un fondamentale cambio di paradigma: considerare l'evento avverso come fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato al suo accadimento. Promuovere la cultura dell'imparare dall'evento avverso e non nascondere, piuttosto che focalizzarsi sulla gestione delle conseguenze, è una strategia di apprendimento per i processi di miglioramento, come dimostrano esperienze già maturate in altri contesti culturali e professionali...".

I colleghi forse ricorderanno come la neonata Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto (ARSS) già dal 2003 avesse istituito un gruppo di lavoro che si era occupato di adottare iniziative nel campo della prevenzione del "rischio clinico" sviluppando attività formative in merito e nel 2005 aveva sperimentato in sette aziende socio-sanitarie ed in una struttura privata accreditata un sistema di **segnalazione** degli eventi avversi che si avvaleva di una procedura informatica dedicata di inserimento/elaborazione dei dati provenienti dalle segnalazioni.

D'altronde la stessa Regione aveva attivato un sistema di rilevazione della sinistrosità delle aziende per meglio riuscire ad affrontare le importanti tematiche assicurative che sono connesse all'attività sanitaria ed è altresì partner nel Progetto di Ricerca Finalizzata presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali di Roma (ASSR), infine il Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale già da tempo ha avviato un progetto di rilevazione della frequenza degli eventi avversi a partire dalle informazioni sanitarie che sono contenute nei flussi di dati amministrativi correnti, ciò grazie alla definizione dei cd. Patient Safety Indicators (PSIs).

La necessità peraltro di un coordinamento di tutte le suddette iniziative era fortemente avvertita fra gli operatori che si dedicano a queste tematiche nell'ottica di riuscire finalmente a sviluppare una gestione della **sicurezza** del paziente che sia effettivamente caratterizzata da una forte integrazione delle diverse strutture che costituiscono l'Azienda sanitaria arrivando ad includere anche i servizi medici convenzionati (medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta nonché Specialisti ambulatoriali).

Il novello Coordinamento regionale sarà costituito dal Segretario della Sanità e Sociale, dal Direttore dell'ARSS, dal Responsabile del Centro di Riferimento per il Sistema Epidemiologico Regionale, da Dirigenti delle diverse Direzioni della Segreteria Regionale e da un rappresentante dei Direttori Generali delle Aulss e si riunirà almeno due volte all'anno per stabilire il **piano** delle azioni da porre in essere. Sarà quindi il Gruppo di lavoro dell'ARSS il braccio "operativo", ovvero quello che definirà il **progetto** di attuazione delle singole azioni provvedendo all'individuazione delle strutture e degli eventuali esperti che saranno poi necessari per l'implementazione pratica di tutto quanto sarà stato deciso.

Per il biennio 2007-2008 gli obiettivi ritenuti prioritari sono i seguenti: razionalizzazione e gestione unitaria dei **flussi** informativi (innanzi-

tutto su incident reporting, sinistrosità e reclami degli utenti), attuazione e monitoraggio delle azioni per la gestione unitaria della sicurezza, definizione, approvazione e diffusione di **linee guida** e raccomandazioni per la sicurezza del paziente nel SSR, raccordo con i portatori di interesse (**stakeholders**) e convocazione annuale di un'apposita Consulta, ancora definizione dei rapporti con le istituzioni regionali, nazionali ed internazionali con elaborazione infine di un programma biennale dell'attività formativa.

Una prima iniziativa approvata di recente nel contesto dei Progetti di ricerca finalizzata regionali è stata quella della sperimentazione di un sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi nelle strutture del territorio, analogamente a quanto era stato fatto con la sperimentazione nelle strutture ospedaliere di ricovero.

Il progetto sarà coordinato dall'Aulss di Feltre e ben 17 Aziende vi hanno già aderito.

L'indagine si svolgerà in quella che è la complessa realtà del territorio con l'obiettivo di riuscire in concreto ad operare l'opportuna "integrazione" del complesso percorso di cura che vede coinvolto il cittadino malato ed in tale prospettiva già entro la prima metà di febbraio presso l'ARSS verrà insediato il Comitato Scientifico che predisporrà poi le successive fasi operative che si svolgeranno nel corso dell'anno.

Davide Roncali

Tabiano 16/24 febbraio 2007

Cercando un senso Il futuro della pediatria

Attività
dell'Ordine

In Pediatria negli ultimi 4 decenni tre parametri fondamentali hanno subito radicali modifiche:

- Netto calo delle nascite (-50% vs anni Sessanta) e diminuzione dei bambini (b.)
- Crollo della morbilità medio-grave.
- Aumento parossistico della domanda di salute dei genitori per gestire la crescita dei figli.

CULLE VUOTE. Nel 1964 i nati erano più di 1 mln/anno, da circa 15 anni si sono ridotti del 50%; altri dati inerenti le nascite: indice di natalità (da 18,4 a 9,2 per mille) e indice di fertilità

(da 2,41 a 1,22 figli per donna). Ultimo dato nuovi nati 2005 pari a 554.222.

Dal 1981 al 1991 gli under 15 a. hanno perso 3 milioni (mln) di unità pari al 26%, da 12 a 9 mln. Nel 2005 i b. 0-14 a. sono 8.190.000 mln.

L'ISTAT prevede 7 mln di b. (7,6 sec. altri) nel 2025, -1,2 mln pari a -15% rispetto ad oggi con cali concentrati sui 0-6 a. (-822.000 unità pari a -21%). Previsti 5,2 mln nel 2038 e 4,6 mln di b. nel 2050.

La rarefazione della presenza infantile (dal 26 al

14% sulla popolazione generale) mentre nello stesso periodo triplicava l'indice d'invecchiamento ha modificato gli stili di vita dei b. che crescono senza coetanei, quasi "prigionieri" di un mondo di adulti-anziani

MALATTIE SCOMPARSE. La morbilità grave è crollata per varie convergenze. Il benessere, i vaccini più numerosi con coperture più alte, la migliorata prevenzione perinatale, gli antibiotici, hanno eliminato/contenuto le epidemie infettive e loro complicanze. Nuovi vaccini sono già in uso, altri arriveranno. Il Veneto, come altre Regioni, dal 1/1/2006 dispone di un Calendario vaccinale con 12 vaccini in offerta attiva e gratuita. L'offerta vaccinale è in ulteriore espansione.

AUMENTO DELLA DOMANDA. A fronte di b. sempre più sani le famiglie, in gran parte strutturate con "figli unici, rari e tardivi", hanno sviluppato una domanda di salute "incontrollata e incontrollabile", tipica delle Società con pochi figli. L'insicurezza nella gestione dei disturbi banali li trasforma per i genitori in "urgenze soggettive". Circa il 98% sono Cure Primarie, risolvibili sul Territorio. La fuga verso PS e Ospedali, 1 visita/die per PDF, dipende da deficit organizzativi.

PARADOSSO DI SALUTE. La mortalità infantile (4.1%° in Italia) si è ridotta di 7 volte in 30 a. (-50% nell'ultimo decennio); tra i 12 mesi e i 14 a. la mortalità è rara (1-3 per 10.000 b.) nel 75% collegata ad incidenti e neoplasie. Le infezioni sono quasi scomparse come causa di decesso.

Ma... giungono al P.S. 5 milioni di b./a. per codici bianchi (60%) e verdi (30%) con accessi aumentati del 400% tra il 1990 e il 2000. Le visite dei PDF, nello stesso periodo sono lievitato del 300%. Dal 2000 sono aumentati ai PS anche i codici bianchi notturni (fatto nuovo e indicativo). La famiglia non gestisce la crescita dei figli, si comporta da "agenzia di servizi" (come per la Scuola) rivolgendosi al primo medico disponibile al solo dubbio che il b. sano si possa ammalare qualche giorno dopo ("bambino guarito per ieri").

IMMOBILISMO. Meno bambini, meno morbilità, più richiesta di Cure Primarie avrebbero reso obbligatorio un rimodellamento dell'assistenza. Invece...

La PDF famiglia ha mantenuto il modello 1981, singolo PDF in singolo ambulatorio, trascurando le potenzialità della Pediatria di Gruppo e la continuità assistenziale (C.A.), che nel 2006 è richiesta da tutti (PSN 2003-2005, Forum di Pisa, Linee guida SIP, SIMEUP etc). La necessità era evidente già nei primi anni Novanta.

L'Ospedale ha cercato di resistere su posizioni non difendibili. Le U.O. pediatriche si sono ridotte da 695 del 1971 a 493 del 1999 (-202 U.O. pari a -29%), ma i ricoveri impropri sono rimasti elevati e, pur in calo (103%), sono tuttora tra il doppio e il triplo rispetto alle altre Sanità avanzate.

L'integrazione Territorio/Ospedale, da tutti auspicata, non è avvenuta e le Aulss non ne hanno mai fatto un obiettivo primario.

I due modelli pediatrici, scollegati tra loro e al loro interno, perdono terreno in un SSN a corto di risorse che "sente" sul collo il lievitare dei costi sanitari degli anziani senza accorgersi di un'area infantile cambiata.

RUOLO DEL SSN. Il PSN 2003-2005 (e precedenti) indica di spostare il baricentro dalla "Rete ospedaliera definita decisamente ipertrofica" verso il Territorio, ma il SSN non ne ha seguito gli indirizzi: ridurre/accorpare la Rete ospedaliera, diminuire i ricoveri, attivare la C.A. del Territorio.

Il "potere politico" della Sanità, ad ogni livello, soffre di scarsa capacità di analisi e di progettazione, non comunica con gli operatori né con le Società scientifiche; in gergo si concretizza così l'"imbecillità di un sistema" (Rosaia). Il SSN governa di fatto bisogni di salute cambiati, ma non conoscendoli, non può modificare la loro gestione.

La Pediatria di gruppo non è stata incentivata dalle Aulss e dai Direttori Generali preferendo singoli pediatri in piccole frazioni per malintesa valutazione tra comodità e qualità delle cure e per il campanilismo imposto dalle Consulte dei Sindaci. Idem per le U.O.Ped. spesso ancora in vita con target inferiori ai 10.000 b.

I PEDIATRI. Le analisi delle riviste pediatriche partono dai numeri dei pediatri (in calo) meno da quelli dei b.(in crollo) senza analisi della morbilità ridotta e della diversa domanda di salute. La riduzione di pediatri: circa 400 (o 250?) neodiplomati/a. verso 600 drop-out; il trend si accentuerà quando il 50% dei PDF, oggi tra i 45 e i 55 a., si pensioneranno tutti assieme.

L'Italia ha il più alto numero di pediatri (e medici) del mondo: 7416 PDF assistono 5.926.245 b; i pediatri ospedalieri sono 5.000. In U.K. sono attivi solo 2000 pediatri ospedalieri. In Germania operano 6.700 pediatri per 12 mln di b. (+ 4 mln di b. rispetto all'Italia)

Il SSN dispone anche di 1000 pediatri universitari e di 500 pediatri di comunità.

Perché i pediatri in Italia non possono assistere i b. allineandosi sui numeri delle altre Nazioni?

PROPOSTE. Le carenze (come da PSN) riguar-

dano la C.A. del Territorio, la scarsa collaborazione Territorio/Ospedale, l'ipertrofia della Rete ospedaliera. I modelli in essere non governano la rivoluzione di numeri e bisogni dell'Infanzia, anche sul livello della costo-efficienza. Lenta la crescita delle Pediatrie di Gruppo (12% circa), giustificata dalle difficoltà logistiche e dall'avversione politica delle Aulss. Né i PDF né le Pediatrie (per timore di perdere potere) hanno favorito la C.A. del Territorio che le Aulss non hanno incentivato tranne rare eccezioni.

In Italia è attiva dal 2001 nella Aulss 12 Veneziana l'unica (UNICA) C.A. territoriale pediatrica funzionante dalle 8 alle 20, 365 giorni/anno alias ciò che la SIP, la SIMEUP, i PSN, il Forum di Pisa etc chiedono nel 2006. I PDF coprono 120 gg di assistenza/anno in più e fermano il 99% delle richieste fuori dell'Ospedale quando il Servizio opera come filtro funzionale. Il modello veneziano è migliorabile. L'analisi dei costi e risultati sarebbe utile riflessione per il futuro dell'Area pediatrica.

Per quali motivi la C.A. veneziana resta da 6 anni l'unico esempio italiano?

MODELLO TERRITORIALE. Un'UTAP con 5-6 PDF, 2 infermiere, 2 segretarie può assistere più di 6000 b., dalle 8 alle 20 nei giorni feriali. I PDF delle UTAP con un unico centro stanziale per Aulss media coprirebbero i turni dei 120 giorni festivi e prefestivi. Quanti PDF servono? 4700, - 2700 rispetto agli attuali 7416. Il calcolo è sui b.



oggi assistiti dai PDF, circa 5,6 milioni (gli altri sono gestiti dai MMG).

N.B. Con UTAP in funzione di filtro più del 90% degli accessi impropri ai PS "non arriverebbero".

MODELLO OSPEDALIERO. L'UOP, per il calo di morbilità e senza intasarsi di Cure Primarie, può coprire un hinterland tra i 40.000 e i 100.000 b. Computate sul target minimo dei 40.000 b. basterebbero 200 UOP (10 pediatri per reparto) con 2000 pediatri ospedalieri (come in U.K.) contro i 5000 attuali. Il SSN prevede l'ospedale pediatrico fino ai 18 a., ma i ricoveri over 14 a. in UOP sono rari. Vanno accorpate le UOP piccole, ma le Aulss non sono orientate in questa direzione, ostacolate dal campanilismo dei Sindaci.

CONCLUSIONI. Nel 2025 avremo secondo la SIP 10.400 pediatri e secondo l'ISTAT 7 mln di b. (7,6 sec. altri). Dai calcoli pre-accennati 4700 PDF possono curare 5,6 mln di b., pur restando sui numeri dell'assistenza di oggi e non tenendo conto del calo dei b.

Aggiungendo 2000 pediatri ospedalieri, 1000 universitari, 500 di comunità (tutto come oggi) arriviamo al totale di 7570 pediatri vs i 10.400 previsti dalla SIP. Non mi pare ci sia una vera crisi numerica dei pediatri determinata oggi solo da ipertrofie di sistema non più compatibili con le risorse.

Ovviamente da affrontare la riduzione delle prestazioni improprie sul Territorio come in Ospedale: non producono salute, ma solo sprechi di risorse umane ed economiche,

I numeri proposti per i pediatri sono realizzabili con modelli già attivi in altri Paesi. Difendere lo status quo porterà, calcoli alla mano, alla fine della Pediatria di Famiglia e a disordinate chiusure delle U.O.Ped. con regressioni d'assistenza.

R. Volpi, demografo del mondo dei b., ha titolato due trattati "I bambini inventati" e "C'erano una volta i bambini".

Negli ultimi anni l'Area pediatrica ha in parte gestito una "Pediatria inventata" con eccessi di visite, ricoveri, eccessi di arrivi al PS, esami e terapie inutili. Difendendo lo status quo si contribuisce alla "imbecillità di sistema" verso risultati poco auspicabili del tipo: "C'era una volta la Pediatria".

N.B. Coi limiti della sintesi la relazione critica l'organizzazione della Pediatria del SSN, non i pediatri che hanno svolto con impegno la loro professione realizzando in Italia cure infantili di ottimo livello.

Giorgio Meneghelli

Analisi dei flussi migratori e distribuzione secondo aree geografiche di provenienza dei nuovi utenti dei Consultori Pediatrici

PREMESSA

Questo studio fa seguito ad una precedente indagine epidemiologica di tipo descrittivo, effettuata presso i Consultori Pediatrici del Distretto 3, relativa al triennio 2002-2004, rilevazione che aveva evidenziato una consistente e sistematica diminuzione nel numero dei bambini con genitori entrambi italiani, afferenti ai servizi vaccinali, nei tre anni considerati, passando dall'84% del 2002 al 77% del 2004, a fronte di una invarianza di consistenza dell'utenza globale.

Trattandosi del Distretto numericamente più importante, con poco meno di 115.000 residenti e soprattutto con 5 Consultori Pediatrici distribuiti sull'intera superficie, è stato possibile effettuare una specie di mappatura degli insediamenti più numerosi distinti per le varie nazionalità. Dai dati emersi -in quel primo studio- appare di rilevante interesse che per ogni anno considerato il 20-25% dei bambini stranieri era figlio di genitori entrambi provenienti dal Bangladesh. Altre nazionalità straniere prevalenti risultavano poi essere l'albanese, la cinese e la macedone.

La durata triennale dello studio ha inoltre consentito di evidenziare la dimensione evolutiva del fenomeno.

La rilevazione ha riguardato la distribuzione di frequenza dei bambini vaccinati distintamente per nazionalità dei genitori e loro Paese di origine, secondo la legenda seguente:

II : figli di genitori entrambi italiani;

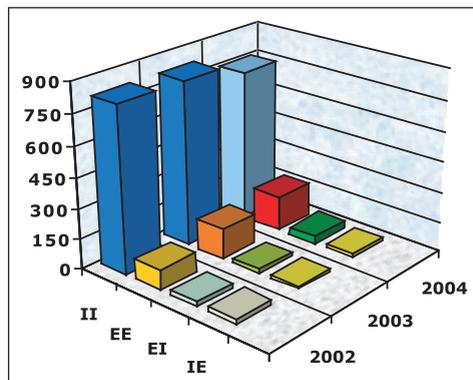
EE : figli di genitori entrambi stranieri, provenienti dallo stesso Paese, oppure da Paesi differenti;

EI : figli di madre straniera e padre italiano;

IE : figli di madre italiana e padre straniero.

I dati sono sinteticamente rappresentati in figura 1.

Figura 1



Evoluzione del fenomeno migratorio nei Consultori Pediatrici del Distretto 3 nel triennio 2002-2004

I DATI DEL 2005

Nel secondo studio, effettuato nel 2006 e relativo ai dati del 2005 l'analisi è stata allargata a tutti i 14 Consultori Pediatrici della Aulss 12. Come è noto questa Aulss è articolata in 4 Distretti:

Distretto 1: Venezia Centro Storico; Distretto 2: Venezia Insulare ed Estuario; Distretto 3: Mestre Centro, Mestre Sud; Distretto 4: Mestre Nord, Comuni di Marcon e Quarto D'Altino.

La **base dati** è rappresentata dai nuovi utenti (per lo più lattanti di età compresa tra i due e i tre mesi di vita, e comunque sempre di età inferiore ai 12 mesi) che nel periodo 1 gennaio-31 dicembre 2005 sono venuti per la prima volta a contatto con uno dei Consulteri Pediatrici della Aulss 12, per effettuare le vaccinazioni.

La seguente tabella comprende il totale per ogni Distretto e il confronto con il totale generale relativo all'Aulss 12.

Tabella 1

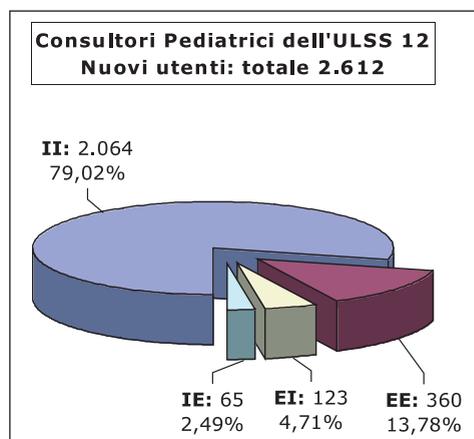
AZIENDA ULSS 12			
Analisi dei flussi migratori e distribuzione secondo aree geografiche di provenienza dei nuovi utenti dei Consulteri Pediatrici nel periodo gennaio-dicembre 2005.			
ULSS 12	Valori grezzi	-	% su Tot. Gen. ULSS12
TOTALE II	2064	-	79,02%
TOTALE EE	360	-	13,78%
TOTALE EI	123	-	4,71%
TOTALE IE	65	-	2,49%
TOT. GEN. ULSS 12	2.612	-	100,00%
DISTRETTO 1	Valori grezzi	% su Tot. Distr. 1	% su Tot. Gen. ULSS12
TOTALE II	446	88,49%	17,08%
TOTALE EE	40	7,94%	1,53%
TOTALE EI	8	1,59%	0,31%
TOTALE IE	10	1,98%	0,38%
TOT. GEN. DISTR. 1	504	100,00%	19,30%
DISTRETTO 2	Valori grezzi	% su Tot. Distr. 2	% su Tot. Gen. ULSS12
TOTALE II	272	75,98%	10,41%
TOTALE EE	35	9,78%	1,34%
TOTALE EI	41	11,45%	1,57%
TOTALE IE	10	2,79%	0,38%
TOT. GEN. DISTR. 2	358	100,00%	13,71%
DISTRETTO 3	Valori grezzi	% su Tot. Distr. 3	% su Tot. Gen. ULSS12
TOTALE II	774	72,40%	29,63%
TOTALE EE	227	21,23%	8,69%
TOTALE EI	40	3,74%	1,53%
TOTALE IE	28	2,62%	1,07%
TOT. GEN. DISTR. 3	1.069	100,00%	40,93%
DISTRETTO 4	Valori grezzi	% su Tot. Distr. 4	% su Tot. Gen. ULSS12
TOTALE II	572	83,99%	21,90%
TOTALE EE	58	8,52%	2,22%
TOTALE EI	34	4,99%	1,30%
TOTALE IE	17	2,50%	0,65%
TOT. GEN. DISTR. 4	681	100,00%	26,07%

ALCUNE OSSERVAZIONI SUI DATI

La numerosità del campione analizzato, oltre 2.600 bambini, rappresentativa di tutta la Aulss 12, ci permette di esprimere alcune considerazioni: il risultato complessivo è estremamente importante perché evidenzia una percentuale del 14% per i bambini con entrambi i genitori stranieri e del 21% per i bambini che hanno almeno un genitore straniero. Le nostre cifre risultano essere superiori ai dati ISTAT, che per il 2004 parlano di una percentuale del 12% dei bambini con almeno un genitore straniero (cfr.: ISTAT: "Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. Anno 2004" - 1 agosto 2006).

La diversa composizione percentuale dei quattro gruppi di bambini è evidenziata nella Figura 2.

Figura 2



Composizione percentuale dei quattro gruppi di bambini. Anno 2005.

Esiste una estrema variabilità tra i Distretti e tra i diversi Consulteri Pediatrici dello stesso Distretto, sia per quanto riguarda la percentuale di genitori stranieri, che per la loro provenienza. Il Distretto con la maggiore tendenza ad internazionalizzarsi è sicuramente il Distretto 3 dove la percentuale media di bambini con genitori entrambi italiani arriva appena al 72%, con punte minime del 65% a Marghera e addirittura del 58% a Mestre Centro.

Al secondo posto troviamo il Distretto 2, con una situazione abbastanza vicina a quella del Distretto 3. Nel territorio delle Isole e dell'Estuario, infatti, la percentuale dei bambini con genitori entrambi italiani è inferiore al 76%. Più distante, invece, è il Distretto 4 (totale II: 84% circa) dove il fenomeno dell'immigrazione

si verifica con rilevanza solo nel Comune di Quarto D'Altino (**II**: 74%).

Venezia, con il suo 88% di figli di genitori entrambi italiani, sembra essere in assoluto la meno coinvolta dal fenomeno dell'immigrazione. Le coppie formate da madre straniera e padre italiano (**EI**) prevalgono su quelle formate da madre italiana e padre straniero (**IE**): 123 contro 65, e risultano percentualmente più numerose nel Distretto 2 e nel Distretto 4.

Delle 341 coppie di genitori provenienti dallo stesso Paese (**EE**), 85 vengono dal **Bangladesh**, 29 dalla **Macedonia**, 28 dalla **Cina** e 27 dalla **Moldavia**.

Delle 85 coppie del Bangladesh presenti su tutta la Aulss 12, 75 abitano nel Distretto 3, 9 nel Distretto 4 e 1 nel Distretto 2.

Anche la comunità macedone, seconda per numerosità, si è distribuita in maniera irregolare su tutto il territorio e precisamente: 23 coppie risiedono nel Distretto 3, 5 nel Distretto 4 e 1 nel Distretto 1.

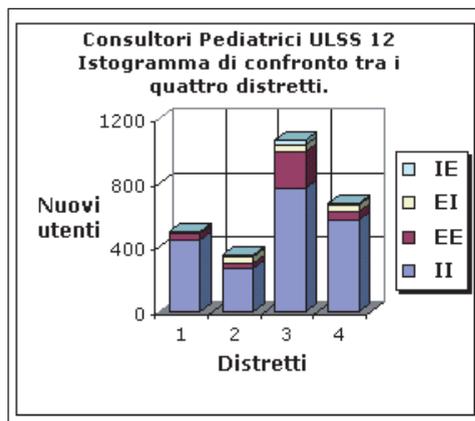
Per quello che riguarda la comunità cinese la maggior parte, 23 coppie, è concentrata nel Distretto n°3 e la restante è distribuita negli altri Distretti.

Nel Distretto 1 e nel Distretto 2 (Venezia Centro Storico, Isole ed Estuario) risulta prevalente l'immigrazione dalle **Filippine** e dallo **Sri Lanka** e si riduce di molto quella relativa a Bangladesh, Macedonia, Cina e Moldavia.

Le coppie di genitori entrambi stranieri, ma di diversa provenienza, sono relativamente poche: 19 su tutta la Aulss 12.

I dati fin qui analizzati sono sinteticamente rappresentati dagli istogrammi della Figura 3.

Figura 3



Distribuzione dei nuovi utenti per Distretto. Anno 2005.

Dalla lettura di tutti i dati ciò che stupisce è l'estrema complessità del fenomeno legata all'enorme varietà dei Paesi di provenienza dei genitori. Noi abbiamo contato almeno 75 nazionalità diverse.

Se analizziamo le 341 coppie di genitori stranieri provenienti entrambi da uno stesso Paese e le aggregiamo per grandi aree geografiche secondo il modello utilizzato dalla Caritas (cfr.: "Immigrazione 2006" Caritas/Migrantes) troviamo che esse si ripartiscono in questo modo:

Europa Centro-Orientale	36,9%
Sub Continente Indiano	28,4%
Estremo Oriente - Sud Est Asiatico	14,6%
Africa Settentrionale	7,6%
Vicino-Medio Oriente	3,5%
Africa Occidentale	2,9%
Africa Centro Meridionale	2,6%
Africa Centro Orientale	2%
Paesi Asiatici ex URSS	0,5%
Unione Europea	0,5%

Per gli altri genitori non è possibile fare una analisi perché si ha a che fare con basse frequenze.

CONCLUSIONI

Il dato dell'**incidenza dei nuovi nati stranieri sul totale dei nuovi nati afferenti ai servizi vaccinali** è un indicatore del processo di radicamento della popolazione straniera e del fatto che l'immigrazione è diventata un fenomeno strutturale.

La distribuzione estremamente disomogenea dimostra che esistono delle aree del territorio a maggiore indice di polarizzazione, di stabilità sociale e d'inserimento lavorativo (vedi IV Rapporto CNEL).

Accanto ad una disomogenea distribuzione territoriale possiamo anche notare una diversa provenienza degli immigrati nei vari Distretti anche se l'analisi si dimostra complessa dal momento che per quasi il 50% dei Paesi di origine è segnalata una sola coppia di genitori.

Nella Terrafema (Distretti 3 e 4) abbiamo visto come le comunità più numerose siano quelle rappresentate da immigrati del Bangladesh, della Macedonia, della Cina e della Moldavia.

Per quanto riguarda invece Venezia Centro Storico, Isole ed Estuario abbiamo visto che il 30% del totale dei genitori stranieri è rappresentato da emigrati provenienti dalle Filippine e dallo Sri Lanka.

I dati raccolti testimoniano l'importanza del fenomeno immigrazione che coinvolge anche il nostro territorio e che va ormai considerato elemento strutturale del nostro tessuto sociale.

I bambini figli di immigrati saranno sempre più numerosi, soprattutto quelli nati in Italia, sia per i ricongiungimenti familiari, sia per il diverso tasso di fecondità degli stranieri stimato intorno a 2,9 figli per donna contro l'1,2 delle italiane (dati riferiti alla Regione Veneto), con un'età media, al momento del parto, di 27 anni per le prime e di 32 anni per le seconde.

In ambito sanitario diventa perciò importante pensare a strategie che facilitino l'accesso ai servizi sia nella fase di supporto alla gravidanza e all'assistenza al parto, sia, successivamente, in quella di sostegno all'allattamento materno e di rinforzo nell'accudimento del proprio bambino.

L'immigrato adulto spesso non è ansioso di integrarsi, anzi tutt'altro. Per alcune nazionalità si creano comunità chiuse, talora impermeabili all'esterno. Questi bambini, di cui ci siamo occupati nello studio, potranno forse essere l'anello di congiunzione tra questi due mondi.

Dipende da noi, dalla nostra capacità d'ascolto e d'accoglienza, dal rispetto che dimostreremo per le loro tradizioni sociali, culturali e religiose se in qualche modo, come operatori della salute, contribuiremo a favorire una loro integrazione, in un prossimo futuro.

Maria Antonietta Cocola

Lavori in corso... della Commissione Pari Opportunità

Care colleghe e cari colleghi, vi scrivo per raccontarvi delle nostre fatiche.

Come annunciato nel nostro documento programmatico, stiamo raccogliendo i contributi che ci permetteranno di compilare nella sua forma definitiva il Documento di Accoglienza per i giovani medici neo-iscritti all'Ordine. La dott.ssa Manuela Piai (membro della Commissione) si è accollata l'ingrato compito di dare una certa organicità e coerenza di espressione ai vari contributi e quindi resterà da decidere la veste editoriale più opportuna.

Nel frattempo, la Commissione si è occupata del caso di una collega che, avendo vinto il concorso per partecipare alla Scuola di Formazione in Medicina Generale, era stata purtroppo destinata a frequentare molto lontano da casa e, essendo mamma di un bimbo di soli sei mesi, ciò non le permetteva di affrontare serenamente tale impegno.

Spalleggiate dal nostro Presidente dell'Ordine (Dott. M.Scassola) abbiamo scritto una lettera al Preside della Scuola di Formazione per sensibilizzarlo al problema e, complice la rinuncia da parte di un altro candidato, in breve la collega è riuscita ad ottenere il trasferimento ad una sede più vicina alla propria famiglia.

Vorremmo inoltre programmare un evento per presentare a tutti gli iscritti il Documento di Accoglienza quando sarà ultimato ed un altro di aggiornamento su una patologia che riguarda molto da vicino le donne e per la quale è finalmente disponibile una cura preventiva: il cancro del collo dell'utero e la vaccinazione verso HPV. Siamo come sempre disponibili ad accettare suggerimenti da parte di tutti gli iscritti su problematiche che possano riguardare la nostra "mission". Un caro saluto a tutti.

Emanuela Blundetto



Attività
dell'Ordine

A chi giova?

Prendo spunto dall'articolo apparso sulla Nuova Venezia del 17 febbraio u.s. nelle pagine regionali del Sandonatese dove è stato portato un vero e proprio attacco ad un nostro collega "rinviato a giudizio per omicidio colposo". Tralasciando i fatti, che conosco bene, lavorando nello stesso reparto, e nutrendo la massima stima personale e professionale nei riguardi del collega, vorrei soffermarmi sul senso di quest'articolo e di tanti altri simili che leggiamo ahimè quasi quotidianamente.

A chi giova ?

Non giova certo al cittadino che si trova al centro del pianeta sanità e che usufruisce dei servizi a lui dedicati nel momento del bisogno. Il "sistema della denuncia facile" che si va sempre più affermando, espone lo stesso cittadino/utente ad incertezze e dubbi. Le statistiche non confermerebbero la mancanza di fiducia nel sistema sanitario nazionale, ma il rapporto con il sistema alla lunga risentirà di questa strategia miope e dannosa. Infatti, come afferma il magistrato Carlo Nordio nella relazione tenuta al 106° congresso della Società Italiana di Chirurgia tenutosi a Roma nell'ottobre 2004 " ... come spesso accade, quando si mira a contingenti risultati immediati, trascurando una riflessione più profonda in una prospettiva più ampia, si sono prodotte conseguenze tanto perniciose quanto prevedibili a

danno proprio di quelle categorie più deboli che si sarebbero dovute proteggere".

Non giova certo all'operatore che vive questo clima come un momento d'incertezza nel suo lavoro quotidiano, dove c'è bisogno invece di serenità, per prendere decisioni complesse e fondamentali per la vita del paziente. Questi momenti sono vissuti come una vera e propria aggressione e vengono affrontati a volte attuando la cosiddetta *medicina difensiva*, portando cioè all'eccesso le richieste d'accertamenti diagnostici più per tutelarsi da un possibile avviso di garanzia, che dovrebbe essere di protezione nei confronti dell'indagato ma che è vissuto, e nella maggior parte dei casi lo è, come un mezzo di condanna anticipata, piuttosto che su un preciso convincimento diagnostico. Impossibile non ricordare gli innumerevoli esami radiografici che in Italia si praticano ogni anno (52 milioni d'esami secondo la Società Italiana di Radiologia Medica S.I.R.M.).

E' difficile applicare un nuovo sistema di cure come riporta la delibera della Regione del Veneto n. 4445 del 28/12/2006, citata da Davide Roncali, nel suo bell'articolo presente in questo numero del notiziario dell'Ordine.

Sarà difficile che un operatore sottoposto alla gogna mediatica "*possa promuovere la cultura dell'imparare dall'evento avverso e non nascondere, piuttosto che focalizzarsi sulla gestione delle conseguenze*".

Non giova certo ai giornalisti che, con articoli del genere, trincerandosi dietro il diritto di cronaca, non rendono un buon servizio alla collettività perché invece di analizzare e denunciare le vere problematiche della sanità, periferica e centrale quali, per citarne solo alcune, l'inadeguatezza delle strutture, la mancanza di fondi e di personale ecc., non trovano di meglio che sbattere nome e cognome ed a volte anche dove abita, con gran risalto ed in bell'evidenza, del medico gettando discredito sul singolo professionista con un atteggiamento a dir poco astioso, procurandogli nocimento e non tutelando il suo diritto alla privacy e alla presunzione d'innocenza fino a prova contraria garantita dalla Costituzione.

Articoli del genere non esaltano la loro professionalità e non li farebbero candidare mai per un premio "Pulitzer nazionale"

Così non si promuove la salute.

Pasquale Picciano

TOTEM FONDAZIONE ENPAM

È stata finalmente attivata la postazione informatica legata ai servizi informativi ENPAM presso il nostro Ordine. Utilizzando la **Carta ENPAM personalizzata** unitamente al codice identificativo personale, che saranno inviati a tutti i colleghi, ognuno potrà usufruire di un servizio previdenziale accedendo ai propri dati personali, anagrafici, contributivi e pensionistici e potrà stampare la propria posizione recandosi presso la nostra sede.

Novità Fiscali in vigore nell'anno 2007

a cura dello Studio Associato Commercialisti
Cagnin, Cavallin, Martignon, Rovoletto
www.ccmassociati.it

Riferimenti:

Legge 296/2006 (Finanziaria 2007)

Decreto Legge 223/2006 (Manovra d'estate)

Decreto Legge 262/2006 (Manovra d'autunno)

Dichiarazioni e Agevolazioni

Modifiche dei termini di pagamento e di invio.

I termini per il pagamento delle imposte sono anticipati al 16 giugno (termine ordinario, anche per l'ICI) e 16 luglio (con la maggiorazione dello 0,4%).

Il termine per l'invio telematico delle dichiarazioni è anticipato al 31 luglio; ciò significa che scadono al 31 luglio anche tutti i termini per il versamento tardivo e per i ravvedimenti legati alla data di invio della dichiarazione, prima fissati al 31 ottobre.

Ristrutturazioni e spese su immobili.

Sono prorogate a tutto il 2007 sia la **detrazione Irpef del 36%** per le spese relative a interventi di recupero del patrimonio edilizio che l'aliquota agevolata Iva del 10% sulle prestazioni relative a manutenzioni ordinarie e straordinarie su immobili.

Il nuovo limite è fissato in Euro 48mila per ogni abitazione, a prescindere dal numero di proprietari.

Il costo della manodopera deve essere evidenziato in fattura.

Sono introdotte nuove significative agevolazioni (detrazioni Irpef del 55% in tre quote annuali) per spese da effettuarsi nell'anno 2007 che rispondano a requisiti di **risparmio energetico**: installazione di pannelli solari, sostituzione di impianti di riscaldamento, coperture, pavimentazioni, riqualificazione energetica degli edifici. I limiti di spesa sono elevati, rendendo l'agevolazione realmente interessante.

Minori ma comunque interessanti agevolazioni per: sostituzione di **frigoriferi, acquisti di TV** con digitale terrestre integrato, acquisti di motori

elettrici e variatori di velocità (inverter).

Sulle compravendite immobiliari: è intervenuta ancora una modifica, in merito alla possibilità di ricorso alla tassazione sostitutiva al momento del rogito, già introdotta con la finanziaria dello scorso anno: l'aliquota sale dal 12,50% al 20%, rendendo meno appetibile l'opzione.

La possibilità di pagare **L'IMPOSTA DI REGISTRO** sul solo valore catastale e dichiarare nel rogito l'intero prezzo pagato è estesa ad ogni ipotesi di compravendita di abitazione in cui l'acquirente sia un privato, chiunque sia il venditore. Non così nel caso la cessione sia soggetta ad Iva: in questo caso, l'imposta sarà applicata sull'intero valore. *Vi rinviamo ad un immediato futuro per fare il punto sulle possibilità fiscali relativamente alle compravendite immobiliari dei soggetti privati.*

Detrazioni per oneri

Dal 2007, in aggiunta alle note e per così dire "storiche" detrazioni, detrazione del 19% anche per:

- spese per la **frequenza a palestre** e simili per i ragazzi (limite 210 euro per ragazzi dai 5 ai 18 anni)
- spese **per l'affitto sostenuto per studenti universitari** (limite 2.633 euro, con contratto a canone concordato, in diversa provincia rispetto a quella di residenza e a distanza di almeno 100 km)
- spese per colf e badanti addette all'assistenza personale di non autosufficienti (nel limite di 2.100 euro, e comunque per chi ha redditi inferiori a 40mila euro)

Per quanto riguarda gli **acquisti di medicinali** (già oggetto di possibile detrazione fiscale), dall'anno 2007 gli scontrini dovranno riportare anche il codice fiscale dell'acquirente.

Detrazione per chi vive in affitto, a condizione che il contratto sia del tipo a canone concordato: 496 euro per redditi inferiori a 15.494 euro e 248 euro per redditi inferiori a 30.987 euro.

Detrazione anche per i lavoratori dipendenti che hanno trasferito la residenza nel comune dove lavorano e qui vivono in affitto, fuori regione e a distanza di oltre 100 km dalla precedente residenza: 992 euro per redditi inferiori a 15.494 euro e 496 euro per redditi inferiori a 30.987 euro.

Leggi e circolari

La nuova IRPEF

È stata modificata la struttura degli scaglioni e delle aliquote Irpef e sono state modificate pure le detrazioni e deduzioni per carichi di famiglia, lavoro dipendente, etc.

Questa la nuova tabella di aliquote e scaglioni, ma per un calcolo preciso dell'effetto delle nuove disposizioni, deve essere preso in considerazione ogni singolo caso.

Scaglione di reddito	aliquota Irpef
Sulla parte fino a 15 mila euro	23%
Sulla parte da 15 mila a 28 mila euro	27%
Sulla parte da 28 mila a 55 mila euro	38%
Sulla parte da 55 mila a 75 mila euro	41%
Sulla parte oltre 75 mila euro	43%

Novità per tutti i titolari di partita Iva.

F24 telematico

Dal primo gennaio 2007 – come già noto – è obbligatorio lo strumento telematico per il versamento di imposte e contributi con modello F24. Ricordiamo l'opportunità di prendere contatto con la propria banca per accedere alle formalità del servizio e renderlo perfettamente funzionale.

Elenco clienti e fornitori

In vigore il nuovo adempimento annuale, la trasmissione telematica dell'elenco Clienti e Fornitori.

Entro il 29 aprile 2007 dovrà essere trasmesso l'elenco Clienti e Fornitori relativo all'anno 2006.

Nell'elenco, con riferimento a ciascun soggetto (cliente o fornitore), devono essere fornite le seguenti indicazioni:

- codice fiscale del cliente o fornitore;
- importo complessivo delle operazioni effettuate, al netto delle relative note di variazione, con indicazione del relativo imponibile e dell'imposta;
- importo delle operazioni non imponibili;
- importo delle operazioni esenti.

Si sottolinea che **sono esonerati** dall'obbligo i contribuenti esonerati dall'obbligo di presentazione della dichiarazione annuale IVA.

Costi telefonici

È stato uniformato il trattamento fiscale dei costi per spese telefoniche: telefoni fissi, cellulari soggetti a tassa di concessione governativa, cellulari con contratto "ricaricabile", saranno tutti deducibili in misura del 80%. Rimane al 50% la detraibilità Iva dei cellulari.

Autovetture: Iva e Costi fiscalmente ammessi

Il trattamento fiscale dei costi relativi alle autovetture (non autocarri) è stato ridefinito come segue:

- per i professionisti, deducibilità al 25%
- per le imprese, totale indeducibilità
- per gli agenti e rappresentanti, invariata la deducibilità al 80%
- per le autovetture in uso promiscuo ai dipendenti, è aumentato (circa il doppio) il benefit tassato in capo al dipendente e viene sensibilmente ridotto l'importo deducibile in capo all'azienda
- per i c.d. "SUV" (ma in genere per tutte le autovetture) immatricolati come "autocarri", è stata definita una equazione - in termini di rapporti potenza e pesi - che stabilisce la soglia entro la quale - a prescindere dalla categoria di omologazione - il mezzo viene considerato autovettura.

La disciplina dell'Iva sulle autovetture è attualmente "libera", in ossequio al generale principio dell'inerenza. Si attende il via libera della UE ad una nuova norma che ne limiti (al 40%?) la detraibilità.

Entro il 16 aprile p.v. (termine oggi fissato per la richiesta) saranno operative le modalità per la richiesta di rimborso forfetario dell'Iva non detratta negli anni precedenti.

Novità in tema di compensazioni Iva

Per le compensazioni Iva di importi superiori a 10mila euro dovrà essere presentata preventiva (5 giorni) richiesta telematica alla Agenzia delle Entrate, secondo modalità da definire, con la previsione del "silenzio assenso" entro tre giorni.

Cuneo Fiscale e IRAP

Il cuneo fiscale, in altre parole, il differenziale in termini di prezzo tra quanto percepito dal dipendente e il costo sostenuto dall'azienda, viene ridotto intervenendo con specifiche deduzioni sulla base imponibile IRAP:

- deduzione di 5.000 euro per ogni dipendente a tempo indeterminato, rapportata ad anno
- deduzione dei contributi previdenziali a carico della azienda.

Le deduzioni si sommano a quelle già in vigore per i contributi Inail, per i costi relativi agli apprendisti e C.F.L., e alla deduzione forfetaria per le imprese con fatturato inferiore a 180mila euro.

La misura entrerà in vigore dal 1° febbraio 2007, previa autorizzazione della UE.

Studi di Settore

Viene elevato (a 7.500.000 euro) il limite di rica-

vi oltre il quale non trovano applicazione gli studi di settore, anche se viene prevista la possibilità per il futuro di fissare un diverso limite per diversi tipi di attività economica.

Lo studio di Settore troverà applicazione anche in caso di periodo di imposta inferiore o superiore a 12 mesi.

Viene accordata una maggiore copertura dai futuri accertamenti fiscali per chi risulta congruo con le risultanze dello studio: per i soggetti congrui sono "condonati", in caso di futuri accertamenti, i maggiori ricavi nel limite del 40% (entro il massimo di 50.000 euro) dei ricavi congrui dichiarati.

Il tutto con effetto dal periodo di imposta 2007. Per contro, sono inasprite le sanzioni per la comunicazione e l'indicazione di dati non veritieri e fuorvianti per le risultanze dello studio, ed è definito legittimo l'accertamento basato sulle semplici risultanze dello studio, nessuna altra valutazione richiesta.

Professionisti e autonomi

Tracciabilità degli incassi.

Il limite sotto il quale è ancora consentito di incassare per contanti (1.000 euro) rimane valido fino al 30 giugno 2008. Poi per un anno, fino al 30 giugno 2009, il limite sarà 500 euro, e dal 1° luglio 2009 sarà a regime il limite dei 100 euro. Ricordiamo che comunque già oggi è obbligatorio l'incasso tramite strumenti tracciabili degli **importi superiori a 1.000 euro**, e che è obbligo far confluire tutti gli incassi (anche quelli inferiori alla soglia) sul conto corrente.

La norma non impone di mantenere un conto corrente dedicato all'attività, ma sicuramente si

rende necessario tenere adeguata documentazione comprovante la natura delle spese non inerenti all'attività, oltre naturalmente ad eventuali incassi non derivanti dall'esercizio della professione.

La tenuta di un conto corrente separato, faciliterebbe il compito.

Importante novità per medici e Paramedici che operino presso strutture private: dal prossimo 1° marzo 2007, l'incasso dei compensi dovrà necessariamente avvenire per il tramite della struttura. Vale a dire: la struttura incassa e provvede a girare le somme al professionista.

Il medico emetterà normalmente la fattura al paziente e la struttura (alla quale si applicano tutte le norme in tema di tracciabilità degli incassi e pagamenti anche se opera in forma di impresa) sarà soggetta all'obbligo di comunicazione telematica del dettaglio degli incassi effettuati.

Altra importante novità, per i professionisti che fino ad oggi ne hanno sentito la mancanza, la previsione della **deducibilità fiscale dei costi relativi agli immobili**.

Si apre una finestra di tre anni: per gli immobili acquistati dal 1° gennaio 2007 al 31 dicembre 2009 saranno deducibili le quote di ammortamento, sebbene in misura ridotta per i primi tre anni. Questo vale anche per gli acquisti in leasing, con contratti sottoscritti nel triennio in questione.

Successioni e Donazioni

È tornata in vita l'imposta di successione e donazione!

Lo schema dei beneficiari, delle aliquote e delle franchigie è il seguente:

Beneficiario	Imposta di successione e donazione	Imposta ipotecaria	Imposta catastale
	sul Valore Netto della Donazione o dell'Asse Ereditario	sul valore catastale degli immobili oggetto di donazione o successione	
Coniuge Parenti in linea retta	Aliquota 4% Franchigia: 1.000.000euro per ogni beneficiario	Aliquota 2%, oppure in misura fissa 168 euro se trattati si "prima casa" per uno dei beneficiari	Aliquota 2%, oppure in misura fissa 168 euro se trattati di "prima casa" per uno dei beneficiari
Fratelli e Sorelle	Aliquota 6% Franchigia: 100.000euro		
Altri parenti fino al 4° grado Affini in linea retta Affini in linea collaterale fino al 3° grado	Aliquota 6% Nessuna franchigia		
Altri soggetti	Aliquota 8% Nessuna franchigia		

Altre importanti novità riguardano la base imponibile su cui viene calcolata l'imposta e le conseguenze in termini pratici sui comportamenti da mantenere, che saranno trattate in modo più approfondito, in altra sede.

Si segnala solamente il ritorno di una complicazione che sembrava dimenticata: il blocco dei conti correnti e dei rapporti di credito con istituti bancari, intestati al defunto, fino a che gli eredi non forniranno prova del versamento dell'imposta.

Società di Comodo

Sono rivisti i coefficienti stabiliti per determinare il reddito e il ricavo minimo delle società c.d. "di comodo": si tratta di definire, sulla base dei valori di determinate attività presenti nel patrimonio della società, un ricavo e un reddito minimo.

La verifica del rispetto di detti requisiti risulta importante al fine di prevenire una azione di accertamento automatico di maggior reddito in capo alla società, dato che sono contestualmente limitate le prove contrarie a difesa del contribuente.

Per altro verso, viene aperta una finestra per la

fuoriuscita dei beni in proprietà alle società, come già in passato si erano previste le "assegnazioni agevolate ai soci".

Entro il 31 maggio 2007 le società che:

- risultano non operative al 4 luglio 2006
- i cui soci sono tutti persone fisiche

possono deliberare la trasformazione in società semplice oppure lo scioglimento.

In ogni caso, entro un anno, dovrà risultare la cancellazione della società dal Registro Imprese. In queste ipotesi, l'uscita dei beni della società sconterà una imposta sostitutiva dell'Ires e dell'Irap in misura del 25% (contro il 33%+4,25%) calcolata in definitiva sulla differenza tra valore di mercato del bene e costo fiscale riconosciuto alla società, oltre a imposta di registro in misura del 1%.

Si attendono comunque maggiori chiarimenti.

15 gennaio 2007

Tutti coloro che volessero avere delucidazioni personali, possono chiedere un incontro presso l'Ordine con il Dr. commercialista Piero Cagnin

Gruppo di lavoro sulla pubblicità: osservazioni sul decreto Bersani

Il gruppo di lavoro sulla pubblicità si è dedicato in quest'ultimo periodo all'analisi dei cambiamenti introdotti dalla legge n. 248 del 4 agosto 2006 (legge Bersani) sulla pubblicità dell'informazione sanitaria; l'art. 2 della legge stabilisce infatti: "(...) dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali ed intellettuali:

A) l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime ovvero il divieto di pattuire compensi paramentrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti;

B) il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni

professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'Ordine (...)"

Anche il nuovo Codice di Deontologia, approvato dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO a dicembre 2006, ha aggiornato i temi della pubblicità, integrando con linee-guida allegate al Codice quanto sancito, al capo XI "Pubblicità e informazione sanitaria" dagli artt. 55 (Informazione sanitaria), 56 (Pubblicità dell'informazione sanitaria) e 57 (divieto di patrocinio). Vedi allegati.

Da ultimo, la Corte di Cassazione, sez.III, in data

15 gennaio 2007, n. 652 si è espressa in merito stabilendo che “il Dl. 233/06, convertito con modificazioni dalla lg. 248/06, (...) all’art. 2 ha abrogato le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono, con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali, tra l’altro, il divieto di svolgere pubblicità informativa e, di conseguenza, anche le norme che limitano il diritto di apporre targhe aventi scopo, appunto, pubblicitario”.

L’Ordine sottolinea nel merito la delicatezza di questo momento di transizione, nel quale i confini relativi alle modalità, al rilascio dei nullaosta ed ai contenuti dell’informazione sanitaria, non sono stati completamente ed esaustivamente dettagliati, neanche dalla legge, lasciando vuoti legislativi di non facile interpretazione. Il 22.02.2007, il Comitato Centrale si è riunito ed ha deliberato nel merito con una amplissima maggioranza, ribadendo l’impianto ed i principi sanciti dalla legge 175/96. Non appena in nostro possesso questa delibera verrà divulgata.

A noi non rimane che invitare i colleghi alla massima prudenza, cercando informative ed indicazioni di merito dall’Ordine di iscrizione, il quale offre la massima disponibilità ad esprimersi per un parere su ogni singolo caso ed a dare tutto il supporto ai colleghi incerti.

Sicuramente la legge Bersani ha allargato la possibilità di utilizzare alcuni titoli e diciture prima non autorizzabili, in particolare alcune pratiche di tipo non convenzionale (*agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale*

cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica), ma si badi bene, realmente riconosciute dopo un percorso di preparazione serio e verificabile: ad esempio presso scuole pubbliche o private e non per un breve corso di pochi giorni, poiché l’Ordine mantiene il suo compito di sorvegliare ed eventualmente punire gli abusi di titoli non qualificati e la correttezza deontologica dell’informativa.

La seconda e vera novità è rappresentata dalla pubblicità sui siti internet costruiti dal Medico stesso o da una struttura complessa, la quale deve essere nel rispetto del Codice Deontologico ma può essere semplicemente autocertificata dal produttore del sito, salvo poi essere controllata e verificata dall’Ordine (si consiglia di leggere attentamente il nuovo Codice Deontologico prima di produrre il sito).

Infine il Gruppo di lavoro per la Pubblicità ha regolamentato la concessione dei patrocinii dell’Ordine per gli eventi formativi. Questi devono essere caratterizzati da eventi con contenuti diretti alla maggior parte delle aree mediche, quindi soprattutto essere eventi di etica, di comunicazione, di responsabilità legale, od essere eventi ad alta rilevanza scientifica con relatori di indubbia qualificazione. L’Ordine si riserva di approvare la concessione del patrocinio, sulla base della documentazione che viene richiesta.

La modulistica per il rilascio dei patrocinii ed un fac-simile per l’autocertificazione per i siti internet è disponibile in segreteria.

Gelli Giuseppe Fabris



Pillola del giorno dopo Obiezione di coscienza

Sono pervenute alla Federazione numerose richieste di informazioni in merito alla problematica dell'obiezione di coscienza relativamente alla prescrizione della "pillola del giorno dopo" con particolare attenzione alla posizione dei medici che prestano servizio di continuità assistenziale.

Si ritiene, pertanto, opportuno fornire a tutti gli Ordini provinciali chiarimenti in proposito considerando anche l'aspetto della responsabilità civile del medico in merito alla specifica questione.

La Commissione Nazionale di Bioetica si è pronunciata con una nota del 28/5/2004 sulla contraccettione di emergenza sostenendo il diritto del medico di appellarsi alla "clausola di coscienza" nel caso di prescrizione e somministrazione della pillola del giorno dopo.

Pur essendo tale "clausola di coscienza" concetto più sfumato rispetto all'obiezione di coscienza, riconosciuta dal nostro ordinamento giuridico solo nei casi di aborto e servizio militare, cioè in quei casi in cui l'azione del singolo è diretta alla soppressione della vita, tuttavia sul piano sostanziale costituisce diritto assimilabile a quello proveniente dall'obiezione di coscienza e trova la sua consacrazione nella disposizione di cui all'art. 19 del Codice di deontologia medica del 1998.

Tale norma, prevedendo che il medico al quale vengono richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o il suo convincimento clinico può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento alla salute della persona assistita, è stata correttamente letta come disposizione che attribuisce alla coscienza uno spazio di espressione maggiore rispetto a quello che risulta esplicitamente attribuito dalle disposizioni di legge.

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

E' necessario pertanto individuare un punto di equilibrio che consenta a tutti i soggetti coinvolti di poter esercitare i loro diritti senza che ciò implichi difficoltà rilevanti e restrizione di fatto delle

libertà e dei diritti civili e sociali riconosciuti che porterebbero a inevitabili contenziosi.

Considerando, inoltre, il caso specifico dei medici che forniscono servizio di continuità assistenziale bisogna considerare che i medesimi all'interno dello stesso possono intervenire in situazioni di urgenza con relativa prescrizione di farmaci ed è in questa veste che, verosimilmente, sono tra i più interessati dalla problematica e tra i più esposti ad eventuali denunce per omissioni di atti d'ufficio conseguenti alla mancata prescrizione.

La Federazione ritiene, per quanto evidenziato, che nel caso in cui al medico obiettore di coscienza sia richiesta la prescrizione di cui trattasi, lo stesso non può limitarsi ad esprimere la propria obiezione ma debba provvedere nell'ambito delle proprie responsabilità affinché la richiedente possa accedere con tempo e modalità appropriate alla prescrizione.

Tale posizione trova riscontro nella postilla alla nota del Comitato di Bioetica che prendendo atto che l'ampliamento della libertà riconosciuto al medico nel caso di prescrizione della pillola del giorno dopo comporta come conseguenza la possibilità di disagi aggiuntivi all'accesso al principio farmacologico invita le Autorità ed Istituzioni competenti a vigilare e provvedere affinché l'esercizio della clausola di coscienza non si traduca di fatto nella restrizione delle libertà e dei diritti riconosciuti dall'ordinamento giuridico.

La FNOMCeO ritiene, inoltre, che trovando la legittimazione ad esercitare la clausola di coscienza la sua ragion d'essere nella disposizione di cui all'art. 9 della Legge 194/78 (Legge sull'interruzione della gravidanza), i medici debbano adottare le modalità prescritte nell'articolo medesimo e pertanto debbano inviare la dichiarazione relativa all'obiezione di coscienza al direttore generale della Aulss e al direttore sanitario nel caso di personale dipendente dell'ospedale.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
Roma 11 dicembre 2006
Dott. Amedeo Bianco

Definizione europea dell'atto medico

Il Consiglio dell'UEMS (Union Européenne des médecins specialists) riunito a Budapest il 3-4 novembre 2006, ha adottato la definizione europea di **atto medico**.

“L'Atto Medico comprende tutte le azioni professionali, vale a dire le attività scientifiche, didattiche, formative ed educative, cliniche, medico-tecniche compiute al fine di promuovere la salute e il buon funzionamento, prevenire le malattie, fornire assistenza diagnostica o terapeutica e riabilitativa a pazienti, gruppi o comunità nel quadro del rispetto dei valori etici e deontologici. Tutto ciò rientra nei doveri del medico iscritto (*cioè abilitato e iscritto all'Ordine dei medici*) o deve avvenire sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione”.

Questo è il testo in lingua inglese.

EUROPEAN DEFINITION OF THE MEDICAL ACT

“The medical act encompasses all the professional action, e.g. scientific, teaching, training and educational, clinical and medico-technical steps, performed to promote health and functioning, prevent diseases, provide diagnostic or therapeutic and rehabilitative care to patients, individuals, groups or communities in the framework of the respect of ethical and deontological value. It is the responsibility of, and must always be performed by a registered medical doctor/physician or under his or her direct supervision and/or prescription”.

Crediti ECM 2007

I crediti formativi ECM sono una misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore della sanità ha dedicato annualmente all'aggiornamento ed al miglioramento del livello qualitativo della propria professionalità.

I crediti per il primo quinquennio sono stati fissati in complessivi 120 crediti, con un obbligo progressivo di crediti da 10 per il 1° anno fino a 30 per il 5° anno (10-20-30-30-30) con un minimo annuale di almeno 50% del debito formativo previsto per l'anno e con un massimo annuale del doppio del credito formativo previsto per l'anno.

- 2002: 10 crediti
(con un minimo di 5 ed un massimo di 20)
- 2003: 20 crediti
(con un minimo di 10 ed un massimo di 40)
- 2004: 30 crediti
(con un minimo di 15 ed un massimo di 60)
- 2005: 30 crediti
(con un minimo di 15 ed un massimo di 60)
- 2006: 30 crediti
(con un minimo di 15 ed un massimo di 60)

Poiché è stato prorogato di 6 mesi il regime sperimentale del programma ECM, gli organizzatori degli eventi (provider) possono, quindi, per i primi sei mesi del 2007, continuare a registrare sul sito del Ministero della Salute sia i corsi e i convegni di cui si richiede l'accreditamento per la prima volta, sia quelli, già accreditati negli anni precedenti, che si vuole replicare quest'anno. Questo il “debito formativo” per il 2007

Crediti da acquisire	30
Crediti minimi da acquisire	15
Crediti massimi validi	60

Il credito complessivo per il periodo 2002/2007 è di 150 crediti.

I crediti già acquisiti in eccedenza rispetto a quelli stabiliti per il periodo 2002/2006 potranno essere validi per il periodo 2002/2007.

Leggi e circolari

Dal giuramento di Ippocrate alla professione

Intervista al dott. Mauro Buranello

26

D: Quando sei nato?

R: Il 13.10.1960 a Mestre.

D: Che percorso di studi hai fatto?

R: Ho conseguito la maturità odontotecnica nel 1979 ed ho iniziato subito l'attività lavorativa, come ragazzo di laboratorio, nel 1974. Nel 1980 ho aperto, in società con un caro amico, il nostro laboratorio odontotecnico. Dal 1989 al 1993 ho frequentato il corso di Laurea in Stomatologia presso l'Università degli studi di

Rieka (Fiume) sostenendo 34 esami su 40. Nel frattempo, purtroppo, l'ex Jugoslavia è entrata in guerra e l'Italia ha interrotto l'equipollenza dei titoli di studio conseguiti nell'ex-Jugoslavia, sanciti dal trattato di Osimo. Mi sono così iscritto al corso di Laurea in Odontoiatria presso l'Università di Ferrara (ove mi sono stati riconosciuti validi solamente 6 esami del precedente percorso universitario) per completare il percorso di studi. Finalmente il giorno 12 ottobre 2005 ho conseguito la laurea in Odontoiatria.

D: Come è maturata questa scelta di fare l'odontoiatria?

R: Fin dall'età di 14 anni, quando ho scelto la scuola professionale e poi durante i primi anni di lavoro ho sempre sentito l'esigenza di vedere realizzati i miei manufatti protesici sul paziente, potere relazionarmi con il paziente e non solamente con dei modelli in gesso.

D: Quale materia ti è piaciuta di più?

R: Farmacologia. Mi affascina il percorso del meccanismo del farmaco. Pietra miliare della mia passione è comunque l'ortodonzia, argomento al quale ho dedicato la mia tesi sperimentale di laurea, "Sviluppo di un modello 3D delle arcate dentali e sue possibili applicazioni in campo ortodontico".

D: Quale materia non potevi sopportare?

R: Fisica. Assolutamente indigesta.



D: Il percorso di studi universitari ti ha soddisfatto?

R: Innanzitutto posso dire che 5 anni di studio non sono troppi. Potendo fare il confronto con l'Università di Fiume posso però dire che poche materie del biennio sono state approfondite in maniera soddisfacente, mentre nulla a dire per il triennio ovvero le materie specialistiche.

D: Come giudichi il rapporto con i docenti?

R: In generale buono; a Ferrara ho trovato un ambiente "familia-

re" e non ho incontrato nessuna difficoltà a relazionarmi.

D: C'è stato un soddisfacente equilibrio tra teoria e pratica?

R: Mi considero fortunato perché ho avuto modo di fare molta pratica, a differenza di altri "studenti" del mio corso.

D: Come vedi il tuo futuro?

R: Sono riuscito ad instradarlo come desideravo. Lavoro in uno studio associato ed ho un bellissimo rapporto con le mie 2 colleghe; in comune abbiamo la stessa visione e valutazione della professione, inoltre riusciamo a compensarci a vicenda lavorando su tre diversi aspetti dell'odontoiatria.

D: Se uno studente oggi volesse iscriversi al corso di studi in Odontoiatria, cosa gli suggeriresti?

R: Poiché la formazione teorica è a buonissimi livelli in tutte le Università Italiane, gli consiglieri di "dedicarsi al massimo" alla parte pratica che però rimane una grande piaga delle università Italiane. Il mio suggerimento è che se l'Università Italiana non è in grado di dare questa formazione pratica allo studente, si dovrebbe dare la possibilità agli studenti di accedere presso studi privati, dove svolgere questa importantissima parte della loro formazione.

D: Hai ancora un sogno professionale nel cassetto?

R: La specializzazione in Ortodonzia. Sono altri 3 anni di studio; sarebbe il completamento della mia tesi sperimentale di Laurea. Mai dire mai.



Il giuramento dei neolaureati il 2.12.2006

In data 20-01-2007 si è svolto presso la sede dell'Ordine dei Medici di Venezia il primo incontro del neoformato Gruppo Giovani, composto da:

Dott. Scarparo Matteo: referente Gruppo Giovani
 Dott. Pitoni Federica: gruppo Pari Opportunità
 Dott. De Simone Andrea: gruppo Formazione
 Dott. Severino Mariasavina: gruppo Formazione e Comunicazione
 Dott. Brillo Federica
 Dott. Casarotti Todeschini Sara
 Dott. Linzi Marina
 Dott. Corradini Roberto.

Il Gruppo Giovani è nato dall'idea fondamentale di integrare le forze e le idee dei neolaureati in medicina e chirurgia con le consolidate conoscenze dei medici più esperti. Obiettivo principale è discutere e cercare soluzioni efficaci riguardanti le problematiche di formazione, lavorative, etiche e medico-legali che riguardano i giovani medici. Il Gruppo Giovani si riunisce a tale proposito mensilmente presso la sede dell'Ordine ed è possibile consultare i nostri verbali nel sito dell'Ordine dei Medici di Venezia.

ONAOSI NOVITA' SUL CONTRIBUTO 2007

La Legge Finanziaria 2007 (comma 485, a modifica dell'art. 2, lett e) della legge 7 luglio 1901, n. 306) dal 1° gennaio 2007 stabilisce l'obbligatorietà della contribuzione ONAOSI soltanto per i sanitari dipendenti pubblici, iscritti ai rispettivi ordini professionali dei medici chirurghi e odontoiatri.

Gli altri sanitari, non dipendenti da pubbliche amministrazioni, ovvero liberi

professionisti, sanitari convenzionati, dipendenti da strutture private, possono iscriversi *volontariamente* alla Fondazione ONAOSI ai sensi della legge n. 306/1901 e successive modificazioni, entro e non oltre il 30 aprile 2007.

Sul sito www.onaosi.it area news e area comunicazione si possono trovare ulteriori informazioni.

Attività
 dell'Ordine

FEDER.S.P.EV. Finanziaria 2007: ancora una revoca dei nostri diritti economici

28

La FEDER. S. P. E V. (17000 iscritti) non è nell'elenco dei Sindacati convocati dal Governo in merito al sistema previdenziale, per cui è esclusa da ogni incontro sulle proposte alternative contenute nella Mozione conclusiva del 43° Congresso Nazionale.

Sono oltre 12 milioni gli ultrasessantacinquenni in pensione, per limiti di età, legata alla durata del periodo lavorativo e ai contributi versati più una minoranza di cittadini che percepiscono una rendita di tipo assistenziale.

La Finanziaria 2007 non riconosce, tuttavia, un peso sociale e politico a questa rilevante massa di cittadini, se non altro, per la sua scarsa rappresentanza, quando si pensa che il "Comitato iniziativa difesa trattamenti previdenziali", che rappresenta 50 Associazioni, conta appena 1,6 milioni di iscritti, nemmeno l'ottava parte del totale.

Pensioni di annata e di reversibilità, doppia indennità integrativa speciale, agganciamento delle pensioni alle retribuzioni degli attivi, corresponsione integrale delle quote ISTAT e tante altre rivendicazioni continuano, come in un gioco assurdo, ad essere palline da ping pong che cadono e si raccolgono senza lasciare traccia: dannate risorse irreperibili!

E' un vero peccato che una forza come la nostra, che potrebbe liberarsi a livelli anche superiori a quelli sindacali del periodo lavorativo, non venga utilizzata e si disperda nell'assenteismo dei più che non sanno, non vogliono, non pensano e vivono nel clima dell'obbligo di una rassegnazione che li demolisce.

Dagli attivi ai pensionati esiste un interesse imprescindibilmente certo che ci accomuna e che prima o poi ci coinvolge. Molto tempo è stato perso, troppo facilmente criticabile in un concetto di suggerimenti, speranze e lamentele ripetitivi, fastidiosi e inconcludenti forse con l'attributo di incapacità e di pretestuose, impossibili rivendicazioni.

Non c'è freno al disagio, al calo, nel tempo, del potere d'acquisto iniziale della pensione percepita: in dicembre 2006 i prezzi alla produzione dell'industria sono saliti del 5,2% rispetto allo stesso mese del 2005 e l'inflazione nell'area EUR resta stabile a gennaio 2007 all'1,9%, come ha reso noto la stima Eurostat.

Il volto del pensionato vero non può che essere pieno di immutabile tristezza con il celato significato di una inspiegabile incomprensione ed esclusione, mortificato da decisioni che non si possono accogliere con serenità: chi paga e specie chi ha pagato i contributi che mantengono l'ONASOI giu-

stamente può riservarsene ogni diritto acquisito e irrinunciabile, che non potrà, certo, essere risolto dal nuovo riquadrimento dei bilanci, in virtù della riduzione drastica della contribuzione obbligatoria confinata ai soli Sanitari Pubblici dipendenti (anche la chiusura dell'ottima Residenza di Montebello attende un possibile ulteriore chiarimento).

Noi abbiamo una storia di serietà e d'impegno che può rivelare capacità insperate con una comune partecipazione ad una grande Federazione.

"Abbi il coraggio di usare la tua propria intelligenza" recita Kant, per non rimanere dei vinti, così che "Nulla è in nostro potere se non i nostri pensieri" secondo Cartesio.

Quanti, più di noi, hanno priorità di competenza e possibilità decisionale ma, come noi, sentono semplicemente la bontà delle cose, non ci deludano.

A conoscenza delle nostre iniziative, si riporta il testo della lettera aperta del nostro Presidente Nazionale al Presidente del Consiglio, comparsa in prima pagina di "Azione Sanitaria" del n°1 gennaio 2007.

Giuliano Sassi

Prot. N. 6790

Roma, 28/12/2006

Ill.mo On. Romano Prodi

Presidente del Consiglio Dei Ministri

Roma

Pensionati veri che hanno maturato pensione con effettivi versamenti contributivi si aspettano che da discussione su temi pensionistici venga affrontato e risolto il problema reale ed attuale del degrado e svalutazione delle loro pensioni e non soltanto quello delle pensioni minime.

È un provvedimento ormai indifferibile e doveroso verso una vasta categoria di cittadini che hanno ricostruito questo nostro paese innalzandolo ad alti livelli di benessere sociale e che ora, priva di poteri contrattuali e di metodi di pressione propri delle categorie attive, vive spesso l'ultima fase della sua vita in situazioni di disagio economici e priva di dignità.

Dott. Eumenio Miscetti

Presidente Nazionale FEDER. S. P. E V.
Federazione Sanitari Pensionati e Vedove

Invito ad unirsi in tale iniziativa è stato trasmesso alla Consulta dei pensionati, all'ANIA, al Comitato di iniziativa a difesa dei trattamenti previdenziali.

Convegno Organizzato dalla Fondazione Ars Medica con il Patrocinio
dell'Ordine dei Medici:

La sindrome della stanchezza cronica in Medicina (CFS) Risvolti e problematiche nei pazienti e nei curanti

Sabato 14 aprile 2007

Hotel Michelangelo,
Via Forte Marghera, 69
Mestre Venezia

MODERATORI: dott. Giorgio Meneghelli, presidente della Fondazione Ars Medica
dott. Maurizio Scassola, presidente dell' OMCeO Venezia

PROGRAMMA

Parte 1°

**Substrato patogenetico ed
inquadramento clinico e diagnostico
della sindrome della stanchezza
cronica (C.F.S.)**

Relatore: *dott.ssa Delia Racciatti*
9.00-9.45

**Basi genetiche, immunologiche e
virali della C.F.S.**

Relatrice: *dott.ssa Nicoletta Carlo Stella*
9.45-10.30

**Sindromi urologiche e CFS : un nuovo
punto di vista?**

Relatore: *Fabrizio Dal Moro*
10.30-11.00

**Caso clinico, medico e paziente a
confronto sulla C.F.S.**

Relatori: *dott. Alberto Bruscaignin*
sig.ra Matilde Ferrieri
11.00-11.45

**Stanchezza in psichiatria e CFS –
diagnosi differenziali.**

Relatore: *dott. Salvatore Capodiecì*
11.45-12.15

**PAUSA COFFE BREAK
(12.15-12.45)**

Parte 2°

**Sindrome della C.F.S. opinioni delle
diverse figure mediche**

Pediatra di Libera Scelta

Relatore: *dott. Paolo Regini*
12.45-13.00

Guardia Medica

Relatore: *dott. Alberto Cossato*
13.00-13.15

Medico di Medicina Generale

Relatore: *dott. Sergio Soldati*
13.15-13.30

Neurologo

Relatore: *dott. Lorenzo Lorusso*
13.30-13.45

Odontoiatra

Relatore: *dott. Cosimo Tomaselli*
13.45-14.00

Medico di Pronto Soccorso

Relatore: *dott. Giuseppe Marchese*
14.00-14.15

**Test di apprendimento e questionario
di valutazione dell'evento**

14.15-14.35

**Tavola rotonda: confronto tra relatori
e partecipanti**

14.35- 15.35

Convegni



BANCA DI MONASTIER E DEL SILE

CREDITO COOPERATIVO

www.bccmonsile.it

29

“La formazione professionale continua dei medici: strumento di miglioramento della buona pratica clinica, della collaborazione fra colleghi, della salute pubblica.”

SABATO 12 MAGGIO 2007

c/o sala convegni Hotel Michelangelo
Via Forte Marghera 69 Venezia – Mestre

PROGRAMMA

8.30-9.00	Registrazione partecipanti	11.45-13.15	Tavola Rotonda “La formazione continua dei medici: quali prospettive?”
9.00-9.15	Introduzione dott. Alfredo Saggioro		
9.15-9.30	Modalità e Strumenti della Formazione Continua dott. Giuseppe Ventriglia		moderatore: Alfredo Saggioro
9.30-10.00	Discussione		discussant: Giuseppe Ventriglia
	Esperienze di formazione:		partecipano: Antonio Padoan, Giuseppe Recchia, Giampietro Rupolo, Maurizio Scassola
10.00-10.15	I Pediatri di Libera Scelta Andrea Passerella		
10.15-10.30	I Medici di Medicina Generale dott. Angelo Frascati	13.15-13.35	Test finale di valutazione dell'apprendimento e questionario di valutazione dell'evento
10.30-10.45	I Medici Specialisti Ospedalieri Mario Busetto		
10.45-11.00	Coffee Break		
11.00-11.20	Il Centro Regionale Veneto di Formazione dott. Enrico Massa		
11.00-11.45	Knowledge Management, Az.ASL Bologna dott. Danilo Di Diodoro		

PER QUESTIONI ORGANIZZATIVE I COLLEGGI INTERESSATI SONO PREGATI DI DARE LA PROPRIA ADESIONE (tramite fax al n. 041989663 o e-mail info@ordinemedicivenezia.it) ENTRO E NON OLTRE LUNEDI' 30 APRILE 2007

l'evento è in corso di accreditamento presso il Centro Regionale ECM Veneto



Convegno

**“Comunicazione tra Pediatra e
Ortodontista: cosa e perchè”**

Sabato 09 Giugno 2007 ore 8.30-12.30

**c/o Sala Convegni HOTEL MICHELANGELO
Mestre Venezia - Via Forte Marghera 69**

PROGRAMMA

- | | |
|--|--|
| 8.30-8.45: Registrazione dei Partecipanti | 11.30-12.00: dott. Massimo Ronchin: dall'Odontoiatria Preventiva alla Costruzione Definitiva del Sorriso. |
| 8.45-8.50: Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia
dott. Maurizio Scassola | 12.00-12.15: domande |
| 8.50-9.00: Introduzione all'evento del Moderatore:
dott. Giorgio Meneghelli
Presidente della Fondazione Ars Medica | 12.15-12.45: TAVOLA ROTONDA e CONCLUSIONI
dott. Giorgio Meneghelli –
dott. Cosimo Tomaselli |
| 9.00-9.30: d.ssa Guglielmi Anna – Comunicazione tra Pediatra e Ortodontista: cosa e perché. | 12.45-13.15: Questionario di valutazione dell'evento
Test finale di verifica dell'apprendimento |
| 9.30- 9.45: domande | CHIUSURA DEL CONVEGNO |
| 9.45-10.15: dott. Francesco Nicastro: Ostruzione Cronica delle Vie Aeree; Respirazione Orale, rapporti tra ORL, Pediatra e Ortodontista. | Destinatari: Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Venezia
- numero massimo dei partecipanti: tot. 140
- iscrizione gratuita
- Il corso sarà accreditato presso il Centro Regionale ECM Veneto
- Segreteria Organizzativa: OMCeO Venezia, tel. 041/989479 fax 041989663
- e-mail: info@ordinemedicivenezia.it
- Segreteria Scientifica: |
| 10.15-10.30: domande | |
| 10.30-10.45: Coffee Break | |
| 10.45-11.15: dott. Gaetano Salerno: la Chirurgia Ortognatodontica: cos'è e come si evita. | |
| 11.15-11.30: domande | |

PER QUESTIONI ORGANIZZATIVE I COLLEGGI INTERESSATI SONO PREGATI DI DARE LA PROPRIA ADESIONE ALLA SEGRETERIA (via fax 041989663 o e-mail info@ordinemedicivenezia.it) ENTRO E NON OLTRE GIOVEDÌ 31 MAGGIO 2007.

FONDAZIONE ARS MEDICA
con il Patrocinio dell'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

Convegno

"La certificazione medica per l'attività sportiva non-agonistica: aspetti clinici e risvolti medico-legali"

Sabato 16 Giugno 2007 ore 8.30

**c/o Sala Convegni HOTEL MICHELANGELO
Mestre Venezia - Via Forte Marghera 69**

PROGRAMMA

- | | | |
|------------|--|---|
| 8.30-9.15: | Registrazione dei
Partecipanti | prof.ssa Elisabetta
Scarpa Coordinatore
Ufficio Educazione Fisica
Sportiva U.S.P. di Venezia |
| 9.15-9.30: | Saluto del Presidente
dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Venezia
dott. Maurizio Scassola | 12.50-13.15: Questionario di valutazione
dell'evento
Test finale di verifica
dell'apprendimento |
| 9.30-9.40: | Introduzione all'evento del
Moderatore:
dott. Giorgio Meneghelli
Presidente della Fondazione
Ars Medica | CHIUSURA DEL CONVEGNO |

LA PROBLEMATICA VISTA DA:

- 9.40-10.00: Il Medico di Medicina
Generale
dott. Paolo Reveanne
- 10.00-10.20: Il Pediatra di Libera Scelta
dott. Roberto Boscolo
- 10.20-10.40: Il Cardiologo
dott. Pierluigi Allibardi
- 10.40-11.00: Il Medico Sportivo
dott. Patrizio Sarto
- 11.00-11.20: Coffee Break
- 11.20-11.40: Il Medico Legale
prof. Carlo Moreschi
- 11.40-12.50: TAVOLA ROTONDA e
CONCLUSIONI
dott. Giorgio Meneghelli
con la partecipazione di:
dott. Franco Giada
Presidente Federazione
Medico Sportiva
Sezione Provincia di Venezia

Destinatari: Medici Chirurghi e
Odontoiatri della Provincia
di Venezia

- numero massimo dei partecipanti: tot. 140
- iscrizione gratuita
- l'evento è in corso di accreditamento presso il Centro Regionale ECM Veneto
- Segreteria Organizzativa: OMCeO Venezia, tel. 041989479 fax 041989663
- e-mail: info@ordinemedicivenezia.it
- Segreteria Scientifica: dott. Pierluigi Allibardi

**PER QUESTIONI ORGANIZZATIVE I
COLLEGHI INTERESSATI SONO PREGATI
DI COMUNICARE LA PROPRIA
ADESIONE TRAMITE FAX
ALLO 041.989663 O TRAMITE e-mail a
info@ordinemedicivenezia.it
ENTRO E NON OLTRE VENERDI'
1 GIUGNO 2007.**