

OMC eO

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

01.14

Anno LVI - n. 01 del 26 Febbraio 2014 - Euro 0,90
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale - 70% NE/VE

Responsabilità medica

Lettera al collega odontoiatra

Medici italiani fuori dall'Europa

Sul restauro della Scuola Grande di San Marco

Intervista al Direttore Generale ASL 10

La Genomica oggi in Italia

Domiciliazione bancaria della quota di iscrizione

Ordine dei medici, spunti di riflessione

My ECM, la storia del mio percorso formativo

Tocca sempre alle pensioni



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

Consiglio Direttivo

dott. MAURIZIO SCASSOLA (Presidente)
dott. GIOVANNI LEONI (Vice-Presidente)
dott. CATERINA BOSCOLO (Segretario)
dott. MORENO BREDI (Tesoriere)
dott. LUCA BARBACANE
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott. ANTONIO LO GIUDICE †
dott. ORNELLA MANCINI
dott. MALEK MEDIATI
dott. GABRIELE OPTALE
dott. SANDRO PANESE
dott. TIZIANA PONZETTO
dott. SALVATORE RAMUSCELLO
dott. PAOLO REGINI
dott. DAVIDE RONCALI
dott. MORENO SCEVOLA
dott. PIETRO VALENTI

Collegio dei Revisori dei Conti

Effettivi

dott. PASQUALE PICCIANO (Presidente)
dott. ALBERTO COSSATO
dott. ALESSANDRO PETRICCIONE

Supplente

dott. ANDREA BONANOME

Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

dott. GIULIANO NICOLIN (Presidente)
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott. GABRIELE CRIVELLENTI
dott. ARIANNA SANDRIN
dott. PIETRO VALENTI



Anno LVI - n. 1 del 26 Febbraio 2014
Aut. Tribunale di Ve N. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale
Maurizio Scassola

Direttore Responsabile
Franco Fabbro

Comitato di redazione
Giovanni Leoni, Ornella Mancin,
Michela Morando, Gabriele Optale,
Antonio Lo Giudice †, Cristiano Samuelli,
Pietro Valenti, Rafi el Mazloum

Sede e Redazione
Via Mestrina, 86 - 30172 Mestre (VE)
Tel. 041.989479 - Fax 041.989663
info@ordinemedicivenezia.it

Editore
Passart Editore
Via Iseo, 11 - 30027 San Donà di Piave (Ve)
R.O.C. 21098

Progetto Grafico - Stampa
Passart snc di Sartorello A. & Serafin A.
Via Iseo, 11 - 30027 San Donà di Piave (Ve)

Chiuso in redazione il 26/02/2014

04 Parliamo ancora di
responsabilità medica

06 Lettera ad un collega

08 I medici italiani
fuori dall'europa

09 Radici

11 Intervista al Direttore
Generale dell'ULSS10

13 Il coraggio della libertà

14 Medicine non convenzionali

15 Promemoria quota 2014

18 Avviso importante per gli iscritti
che hanno sottoscritto rid
bancario per la domiciliazione
bancaria della quota d'iscrizione

19 La genomica oggi in Italia:
la progettualità del Ministero
della Salute

24 Cosa chiedere all'ordine e
cosa chiede l'ordine, spunti di
riflessione

25 MY ECM
La storia del mio percorso
formativo sul mio pc

27 2014 la previdenza del
dipendente

27 Tocca sempre alle pensioni

29 Selezionati per noi

31 XXX Giochi Nazionali Estivi
Special Olympics Venezia 2014

[Sommar](#)

PARLIAMO ANCORA DI RESPONSABILITÀ MEDICA

RESPONSUS ABILIS: “Capace di dare risposta” coincide con la capacità di farsi carico dei problemi e di concorrere a fornire soluzioni o comunque risposte al bisogno; il suo significato ha un legame inscindibile con quello di competenza; la responsabilità è in carico a chi compete la risposta.

L'intervento medico è sempre gravato da rischi e l'esito indesiderato è parte costitutiva, potenziale dell'intervento; la nostra attenzione deve orientarsi non solo sugli operatori sanitari ma anche (e soprattutto) sull'organizzazione delle cure. L'esito indesiderato e l'errore medico non sono coincidenti ma possono anche essere spacciati per tali! Se il primo spesso è imprevedibile, il secondo può essere corretto e prevenuto; per questo le conoscenze per la prevenzione e la gestione del rischio devono entrare a pieno titolo nel «core curriculum» formativo dei futuri medici. Dal Codice di Deontologia Medica recepiamo che: “...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...”. Ricordiamo che solo due paesi in Europa (tra questi l'Italia) hanno conservato per il medico la responsabilità anche in sede penale negli altri è confinata al solo ambito civile.

La Legge 158/2012 (Balduzzi) che doveva circoscrivere l'ambito penale al dolo o alla colpa grave si sta dimostrando inidonea e potrebbe anche presentare profili di incostituzionalità.

Oggi al medico si richiedono livelli di accuratezza e competenza tali da rendere aleatoria e residuale ogni ipotesi di «colpa lieve» i cui confini con la colpa comunemente intesa, la colpa grave, risultano nella pratica vaghi e indefiniti.



Maurizio Scassola

Attualmente le denunce contro i medici ammontano a 33.000 (circa) ogni anno; nell'ambito dei procedimenti penali, il 99,8% dei procedimenti per lesione colposa ed il 99,1% di quelli per omicidio colposo si risolvono con l'assoluzione del medico. Il ricorso al procedimento penale è usato come arma di pressione nei confronti dell'assicurazione (e del medico) per accelerare i tempi del procedimento civile e della liquidazione del danno. Segnaliamo che i sinistri protocollati nel 1994 e stimati mediamente pari a 16,4 mila €/sinistro sono stati pagati nel 2002 (dopo otto anni!) per 36 mila €; di qui l'atteggiamento delle assicurazioni che tendono a liquidare il danno in tempo brevi (anche senza il consenso del medico!). E' quindi compito di un paese civile limitare il tempo intercorrente tra l'azione presunta lesiva e comunque dalla sua conoscenza (presa di

conoscenza degli effetti dannosi derivati dall'intervento) e l'inizio dell'azione di rivalsa ai due, massimo cinque anni contemperando così anche il diritto del danneggiato ad essere liquidato in tempi dignitosi. La depenalizzazione dell'atto medico è una strada percorribile? Noi crediamo che sia una strada difficile perché difficile è l'ottemperamento di interessi diversi (le altre categorie professionali difficilmente accetterebbero questa riserva legislativa!) ma dobbiamo percorrere almeno la strada della derubricazione; non è interesse corporativo della categoria medica ma interesse generale per la salvaguardia dei livelli attuali di sicurezza delle cure e di sostenibilità del SSNN. Ammonta a 1600 milioni di euro l'anno il costo sostenuto dal SSN per stipulare assicurazioni; sono stimati in 12-14 miliardi di euro l'anno i costi delle procedure e della diagnostica attuata come medicina difensiva. Nell'articolo comparso su *Epidemiologia e Prevenzione* 2012; 36 (3-4) maggio-agosto, pg: 151-161: "Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani", il 56% di questi eventi avversi sarebbe evitabile e sarebbe imputabile a quel tipo di errori dovuti alla serenità perduta.

Cosa auspichiamo? Una più rapida conclusione delle cause civili (potrebbe ridurre il costo dei risarcimenti ed il ricorso al penale); una norma che preveda il risarcimento del professionista ingiustamente incolpato; provvedimenti disciplinari per gli avvocati che promuovono cause temerarie; una sanzione (assegnata dal giudice) a carico del denunciante in caso di «lite temeraria»; la previsione che in caso di cure erogate in una struttura del SSN la richiesta di risarcimento vada inoltrata alla struttura stessa e che in caso di «lite temeraria» questa abbia l'obbligo di avviare nei confronti del denunciante un'azione risarcitoria. Dobbiamo analizzare l'ipotesi di un contratto assicurativo unico (primo rischio), valido su tutto il territorio nazionale, per tutte le strutture e per tutti i professionisti del SSN che preveda la

copertura della rivalsa da parte delle AUSL-Aziende Ospedaliere e la copertura del pregresso; in questo ambito auspichiamo che le iniziative di ENPAM e FNOMCeO trovino una loro sintesi strategica per una maggiore efficacia contrattuale. Abbiamo bisogno di informare correttamente la nostra popolazione sulla netta distinzione tra evento avverso ed errore medico e dobbiamo rivedere la possibilità di liquidazione extragiudiziale del danno civile attraverso un percorso di conciliazione che costringa tutti gli attori ad assumersi responsabilità nel campo della civiltà giuridica.

La Federazione degli OMCeO del Veneto ha reiterato la richiesta alla Regione Veneto di conoscere la mappa della copertura assicurativa nelle nostre Aziende Ulss, sino ad oggi non abbiamo avuto risposta; questo silenzio dimostra ancora una volta la difficoltà nei rapporti con la nostra Regione che sembra strenuamente impegnata nei tagli di bilancio ma poco propensa a condividere il disagio delle professioni sanitarie sempre più esposte al contenzioso legale spesso innescato da deficit organizzativi e dai carichi di lavoro. Come professionisti attenti alla salute ed alla sicurezza dei nostri pazienti dobbiamo sempre ricercare la qualità e l'appropriatezza ma oggi appare sempre più gravoso questo compito quando manca un sistema solidaristico di protezione sociale che dovrebbe riconoscere le peculiarità delle professioni sanitarie e di quella medica in particolare che porta sulle spalle compiti, funzioni e responsabilità straordinarie.

Maurizio Scassola



LETTERA AD UN COLLEGA

Caro Angelo sai quanto mi abbia colpito la tua affermazione in merito al rilievo che mi hai mosso.

Mi ha colpito perché vero! E' vero: non abbiamo come Cao promosso la nostra immagine, non abbiamo venduto ai colleghi il nostro impegno, non abbiamo sbandierato le molteplici attività e soprattutto non abbiamo propagandato i risultati ottenuti.

A dirla tutta, non abbiamo nemmeno risposto ad insulti, denunce anonime, richieste risarcitorie, tantomeno "processato" i delatori.

Forse abbiamo pensato solo a cercare di dare risposte concrete in un momento difficile per noi tutti e per qualcuno in particolare. Forse, ci siamo illusi che solo chi non voleva vedere non ha visto realmente quanto abbiamo tentato di fare.

Forse abbiamo sbagliato.

Perché se tu ti poni di fronte ad un problema, ad un collega, ad una questione posta in modo preconcepito, difficilmente ascolti, difendi correttamente le tue idee, usi i giusti mezzi per proporle; finisci per creare una barriera di gomma, insormontabile.

Ma è ancor peggio quando devi affrontare critiche, offese e malcontenti nati da una palese e consapevole disonestà intellettuale da parte di chi li diffonde.

Mi conosci e sai che da sempre dico che dobbiamo partire da noi per tentare di cambiare quello che non va. E' ora di finirla di accusare lo Stato, l'ordine, la CAO se le cose non vanno.

Siamo noi i primi attori del malcostume che spesso, e talvolta ingiustamente, ci accompagna.

D'altronde l'anno elettorale ha, per alcuni, la funzione del primo sole primaverile sugli animali in letargo e da qui in poi sarà un crescendo di mail, convegni, lettere, sms e via dicendo.

Tu dici fatelo anche voi !!

Permettimi allora di portarti alcuni semplici esempi di ciò che è stato fatto (tralascio l'attività istituzionale) in risposta alle più recenti osservazioni che ci sono state mosse.

La legge Bersani ha portato una serie di liberalizzazioni, tra le quali la possibilità di farsi pubblicità a 360°, lasciando ben poco spazio alle commissioni degli ordini.

Recenti sentenze di Cassazione hanno ribadito i limiti ed i confini entro i quali può muoversi il nostro dovere di sorveglianza.

I soliti noti mi hanno chiesto un risarcimento per presunti danni causati dalla mia "inefficienza" nel combattere cartelloni con la scritta "visita gratuita". La scorsa settimana sono stato oggetto di azione legale poiché volevo mi fosse pagata una visita. Sai che il contenzioso è nato perché la paziente era stata visitata da 10 colleghi veneziani e nessuno l'aveva fatta pagare??? I nomi? Mi piacerebbe farli, ma pensa pure male....

Saprai che l'Antitrust ha aperto un contenzioso con la Cao nazionale (si parla di una richiesta risarcitoria di 700/800.000€) per quanto fatto dalle Cao provinciali (Venezia compresa). Come detto sopra, tralascio tutte le audizioni, i colloqui e gli interventi fatti in merito e di fronte allo strapotere economico di alcune cliniche e di alcuni colleghi (probabilmente soci di alcune testate giornalistiche locali). Abbiamo cercato una risposta economicamente alla portata di tutti e ad alta divulgazione per i colleghi: l'APP.

Ti do alcuni dati: ci sono 6,8 miliardi di cellulari (nel 2013 dovrebbero esserci più cellulari che abitanti sulla terra); il 15% di traffico internet è generato da dispositivi mobili; il 91% degli abitanti del mondo ha un cellulare; il 56% ha uno smartphone ed il 50% di questi lo usa come fonte primaria di internet; 1,2 miliardi usano internet tramite un dispositivo mobile. Capisci da solo che un investimento per una APP dello studio, con sito relativo, a poche migliaia di euro, valga più di inserzioni e cartelloni. Tenendo conto poi della curiosità, del passaparola e del costo una tantum cui devi aggiungere una gestione facile per i più e aggiornabile in tempo reale da casa.

Abbiamo avuto dei colleghi a rischio chiusura dello studio per non essersi autorizzati nei modi e tempi previsti dalla legge 22/02



Giuliano Nicolin

(anzi alcuni negli anni precedenti sono stati chiusi e poi, attraverso vie legali e con il supporto dell'ordine, riaperti). Ho letto e sentito di tutto e di più fino agli amarcord di chi fece cosa il secolo scorso o cosa ha fatto la Puglia piuttosto che la Lombardia. Sicuramente interessante e stimolante, ma del tutto inutile ed inapplicabile in Veneto: non si è fatto cenno, infatti, alle sentenze contrarie ed alla assoluta impossibilità di cambiare la legge, perché spetta alla politica farlo, la Regione ha solo potere applicativo e il Comune di verifica.

Quindi ci si rivolge alla politica. Ed infatti ci siamo seduti al tavolo del Comune e abbiamo cominciato con l'impedire la chiusura degli studi non autorizzati e con la discussione, nel tentativo non solo di aiutare i colleghi, ma soprattutto di acquisire rispetto ed autorevolezza, perduti negli anni precedenti grazie ad atteggiamenti a dir poco discutibili e sicuramente dannosi.

Risultato: gli studi non sono chiusi, le singole posizioni verranno vagliate tenendo conto dei problemi strutturali, a volte insormontabili, e ci incontreremo con Comune, Regione, CAO e sindacato per vedere di ottenere quantomeno una uniformità di applicazione di verifica e richiesta dei requisiti. Inoltre, avremo modo di far discutere dal mondo politico quanto abbiamo da dire in merito.

Abbiamo cercato di dare una risposta al problema assicurativo, con l'aiuto di

un broker, che partisse dal contenuto ineludibile ed essenziale di una polizza, arrivando poi ad ottenere anche un premio mediamente più basso del 20% rispetto alle polizze già presenti.

E inoltre si è cercato di formare i colleghi con le serate all'ordine, risultate affollatissime e gradite.

Siamo stati investiti da una serie di furti in studi odontoiatrici, scoprendo che la maggior parte di questi era sprovvista di un sistema d'allarme e di una assicurazione. Ecco allora una primaria ditta di sorveglianza offrire un pacchetto vantaggioso sia economicamente che fiscalmente. A ciò si aggiunge una polizza detta del "capofamiglia", con la quale viene protetta l'abitazione e lo studio del professionista (compresi familiari, cani, dipendenti ecc) ad una cifra irrisoria.

Qualcuno, poi, lamentava scarsa liquidità e difficoltà ad ottenere finanziamenti.. Ed allora abbiamo trovato un istituto bancario che per spese mobili ed immobili offre tassi al di sotto del 3%.

E se il POS è un problema, in questo pacchetto diventa una forma di autofinanziamento, poiché la banca ci anticipa l'80% di quanto incassato attraverso questo.

E l'azione politica?

Abbiamo riunito sotto una unica "bandiera" tutti gli aspetti della professione: sindacato, istituzione, formazione, delimitando compiti, ambiti e competenze, tutti indirizzati alla salvaguardia dei valori della libera professione.

Abbiamo riallacciato contatti e intrapreso azioni comuni con gli ordini regionali e a livello nazionale, arrivando a ricoprire incarichi di rilevanza nazionale.

Abbiamo prodotto documenti che sono stati recepiti in vari ambiti, a cominciare da quello del Codice deontologico fino alle proposte per il riordino della professione (fabbisogno futuro di odontoiatri, esame di stato, laureati all'estero e così via).

Scusami, so di aver tralasciato molto, ma ora non puoi dire: "non lo avevate detto".
Con affetto Giuliano

Giuliano Nicolin

I MEDICI ITALIANI FUORI DALL'EUROPA

il 28 Dicembre 2013, sulla Gazzetta Ufficiale della Unione Europea è stata pubblicata la DIRETTIVA 2013/55/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 20 novembre 2013 recante modifica della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012. La direttiva, entra in vigore il ventesimo giorno successivo alla pubblicazione sulla GUUE e gli Stati membri mettono in vigore le disposizioni legislative, regolamentari e amministrative necessarie per conformarsi alla presente direttiva entro il 18 gennaio 2016.

In sintesi la Direttiva permette la libera circolazione dei professionisti e la libera mobilità dei pazienti. Tutto ciò significa anche una grande opportunità di lavoro per i medici italiani. Se consideriamo poi che il Veneto rappresenta una delle regioni europee con il miglior tasso di efficienza ed efficacia del sistema sanitario possiamo capire bene che per noi l'opportunità è ancora maggiore.

In teoria dal 19 gennaio 2016 tutti noi saremo in possesso della Professional European Card dove saranno registrati i nostri titoli, il percorso formativo, lo sviluppo professionale continuo. Peccato che in Italia siamo ancora molto indietro almeno su tre punti.

- In tutti i Paesi europei esiste una legislazione sulla responsabilità professionale chiara dove un medico che commette un errore non è considerato un criminale, al contrario di quanto succede in questo momento per la nostra nobile professione.
- Il sistema assicurativo professionale è molto chiaro nelle coperture e molto meno costoso che in Italia
- Il terzo elemento è la formazione continua o aggiornamento. Al momento l'Italia riconosce solo il 50% dei crediti acquisiti all'estero. Inspiegabile. Per la proprietà transitiva quindi dovremmo affermare che ad un medico che si è laureato ad esempio in Spagna, Francia ecc. dobbiamo

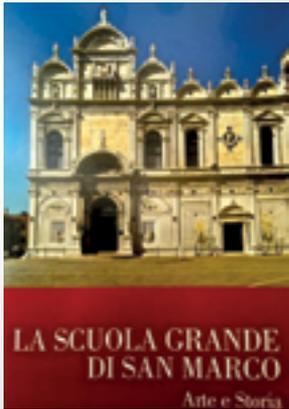
riconoscere il 50% della laurea o specialità. Oppure che al medico italiano sarà riconosciuto all'estero solo il 50% del proprio credito formativo acquisito in Italia. Nei paesi europei il processo di sviluppo professionale continuo è di competenza della professione stessa. In Italia è regolata invece da una commissione nazionale nel Ministero della Salute dove sono presenti tutte le figure della professione sanitaria. Da quest'anno la raccolta dei crediti di ogni singolo medico è definito come Dossier Formativo. Citando l'amico Davide Roncali, Dossier è una pessima parola che ricorda vecchi regimi o segreti di Stato. In Europa si chiama Educational Portfolio. La formazione continua non è un affare di stato su cui la burocrazia deve monetizzare ma il percorso che il medico professionista deve seguire per aumentare la sicurezza delle cure verso i pazienti. Dimenticavo, in Europa il paziente si chiama ancora "Patient" e non persona assistita.

Cara Vecchia Europa, dovrai aspettare ancora molto per avere l'Italia.

Salvatore Ramuscello



Salvatore Ramuscello



In questo periodo "Rinascimentale" sotto l'egida di Giuseppe Dal Ben che attraversa la sanità veneziana di terra e di mare, con epicentro nell'area clodiense, deve essere adeguatamente evidenziata l'opera di recupero della parte monumentale della Scuola Grande di San Marco che viene classificata come uno dei capolavori del Primo Rinascimento.

A questo link <http://www.scuolagrandesanmarco.it> i colleghi più interessati potranno trovare lo sviluppo del progetto completato a cura di Mario Pò. L'adeguamento per l'apertura gratuita al pubblico è stato svolto in parallelo a molte altre opere di ristrutturazione tipicamente sanitaria. Conoscevo le sale dal 1991, anno della mia assunzione, e la Sala dell'Albergo era la sede di consultazione riviste mediche, internet era ancora lontana, e la dotazione era buona. La guida ricostruisce la storia delle opere pittoriche e colma in poco tempo un gap culturale notevole, tanto più per un medico veneziano.

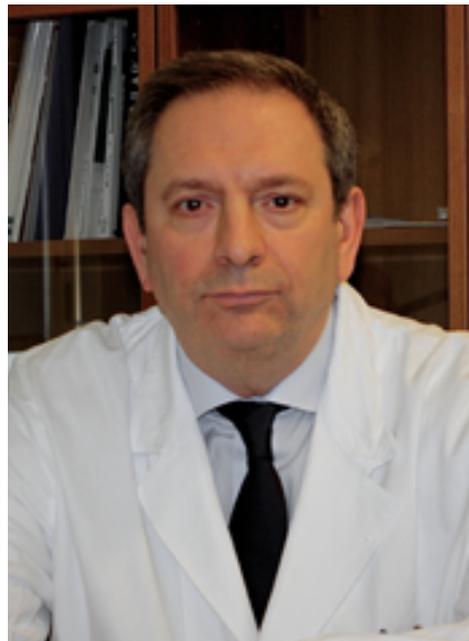
Ma la mia attenzione, quando attraversavo la Sala Capitolare deserta, per qualche incontro ristretto nella Sala dell'Albergo, era diretta alla visione delle bacheche con gli strumenti chirurgici ed i libri antichi, depositari di un scorcio della Storia della Medicina, un mondo dal glorioso passato di cui mi sento parte nel mio piccolo presente.

Un ricordo per l'Economo Giorgio Nogara, da poco scomparso, che ha dedicato tempo e passione alla difesa e recupero di quello che è possibile ammirare oggi nelle vetrine.

Il silenzio chiesastico dato della mura antiche e l'osservazione del retaggio del passato induce alla riflessione sulla medicina che fu e lo trovo terapeutico prima di rituffarsi nello stress della vita reale di una corsia ospedaliera.

Consiglio una visita ai Colleghi che avvertono un senso di smarrimento per la realtà di tutti i giorni, come ricerca delle proprie "origini mediche", della nobiltà di chi esercita l'Arte Medica nel senso più completo del termine. Così, una notte, mi sono trovato a rileggere alcuni passaggi del volumetto Metodologia Clinica di Austoni - Federspil ed Cedam 1975 - e mi sono perso con piacere tra le pagine. "Se la medicina non fosse obiettiva non esisterebbe, se fosse solo obiettiva e scientifica, sarebbe inumana" Christian, pag 253 "La formazione permanente del medico è un diritto del malato" Poli pag 213 "La molla che promuove questa innata curiosità intellettuale è l'Interesse, esigenza esistenziale connessa con i concetti di bisogno

Attività
dell'Ordine



Giovanni Leoni



Attività
dell'Ordine

e di bene: si tratta di una specie di cemento che spinge a stabilire delle correlazioni, a farsi delle idee, ad esprimere giudizi, a formare concetti (ideazione), a catalogarli secondo principi razionali (capacità logica), a porsi dei problemi ed a volerli risolvere (capacità inquisitiva), ad archivarli nella memoria (esperienza), ad esprimerli e comunicarli con messaggi verbali (linguaggio), scritti grafici, opera d'arte (capacità espressiva). Quando l'interesse manca o è scarso l'apprendimento non può realizzarsi e si originano sentimenti di noia o di ripulsa (appendice I). E per finire N.d.A. Capitolo V "In un mondo in cui la macchina occupa sempre più spazio,



10

il medico resta uno dei pochi a considerare l'uomo nella sua inscindibile unità psico somatica". Piccoli sprazzi per pensare, come una presentazione in PPT, quanto tempo mi posso concedere e vi posso rubare in questo viaggio a ritroso in cerca delle origini per combattere le forze "ostili" che vogliono trasformarci in un operatore attaccato al pc, totalmente dimentico della radice umanistica della professione?

I malati ci guardano come nel passato, a volte siamo noi che li guardiamo meno, anche se passiamo tanto tempo ad occuparci di loro



e dei loro esami. Per evitare l'appiattimento ripensiamo alle antiche origini della professione, torniamo ad elevarci nello spirito, solo così non saremo snaturati dalla tecnologia e dalla routine e ritroveremo il giusto rapporto con la persona malata che si è appena seduta imbarazzata di fronte a noi o che ci osserva indifesa dal basso di una barella.

Giovanni Leoni

Nome: Carlo Bramezza

Nato a: Treviso

Età: 46 anni

Stato civile: celibe

Titolo di studio: laureato in Giurisprudenza all'Università degli Studi di Bologna

Esperienze precedenti: è stato direttore presso la Casa di Riposo "G. e P. Marani" di Villorba (Tv); direttore presso la casa di soggiorno "F.lli E. e P. Mozzetti" di Vazzola (Tv); direttore all'IPAB "Istituti San Gregorio" di Valdobbiadene (Tv); direttore nella casa albergo per anziani "A. Rusalen" di Meduna di Livenza (Tv); direttore presso la casa di riposo "Aita" di Crespano del Grappa (Vi); direttore presso la Casa di riposo "Casson" di Chioggia.



Secondo il Suo parere quale è oggi il moderno ruolo di un Ordine Professionale?

Il ruolo di un moderno Ordine Professionale è quello di garantire la qualità delle prestazioni erogate dagli iscritti proprio nel momento in cui la congiuntura economica porterebbe a soluzioni vantaggiose per i prezzi, ma non sempre per i contenuti complessivi dell'intervento. La qualità si raggiunge, anche, con la formazione. In sostanza, l'Ordine esprime il livello di serietà del sistema. Il luogo del confronto a tutto campo, con l'obiettivo di individuare le linee di indirizzo base per consentire ai professionisti del settore di avere qualche certezza in più (o qualche incertezza in meno). L'Ordine deve contribuire alle grandi scelte della modernità che, oggi, equivalgono a diritti e doveri per tutti.

In quali campi e con quali obiettivi Lei ritiene si potrebbero sviluppare sinergie tra l'OMCeO di Venezia e le Aziende Ulss della nostra Provincia?

Il contributo dell'Ordine verso le Aziende sanitarie della Provincia di Venezia, si può concretizzare come il luogo del dibattito per costruire un pensiero del cambiamento, con la consapevolezza delle scelte di estrema responsabilità. Non è permesso sbagliare e, per questo, tutte le intelligenze devono lavorare al massimo, per un risultato di qualità.

In particolare tra l'Azienda Ulss10 e l'OMCeO di Venezia quali potrebbero essere le specifiche priorità progettuali?

L'ordine deve diventare il "salotto buono" della sanità, nel quale si formano le soluzioni più appropriate. Un sistema che si alimenta di analisi ed esperienze senza i confini geografici degli ambiti aziendali, procedendo con la scienza e la tecnica senza dimenticare la PERSONA e la diversità di ogni individuo.

Qual è la priorità strategica del Suo mandato?

All'arrivo in quest'Azienda ho trovato tensioni tra il personale e tra le varie strutture, che sono l'ossatura della stessa. Pertanto ho subito iniziato a lavorare, e questa è una delle mie priorità, per creare un'unica grande squadra di medici, infermieri e personale amministrativo. La missione dell'Azienda sanitaria, e quindi di tutti coloro che lavorano in questa Ulss, è quello di far star bene gli assistiti perseguendo il benessere fisico, psichico e sociale della popolazione; tutto ciò è possibile solo attraverso l'impegno, la professionalità, un grande lavoro di squadra, e dialogando con il territorio: dalle istituzioni locali agli imprenditori del Veneto orientale.

Quale dovrebbe essere, secondo Lei, la giusta ripartizione delle risorse economiche tra ospedale e territorio?

Il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale prevede una svolta epocale per la sanità del Veneto, adeguato progresso tecnologico e delle reali necessità della popolazione.

L'ospedale avrà un ruolo meno centrale e ci si rivolgerà a questa struttura solo per le acuzie. Tutti quei pazienti dimessi, che necessitano di un'assistenza continua, o coloro che hanno bisogno di cure non eseguibili al domicilio, troveranno spazio in strutture intermedie, territoriali, come ad esempio ospedali di comunità o aggregazioni di medici aperti con orario continuativo.

Le risorse economiche dovranno essere necessariamente incrementate per il territorio e ridefinite per gli ospedali secondo il modello Hub & Spoke.

Ma questa Ulss farà grande salto di qualità con la realizzazione di un ospedale unico che ingloberà i presidi di Portogruaro e San Donà.

Una nuova struttura, efficiente, adattata agli attuali modelli organizzativi sanitari e agli utenti, fornita di nuove tecnologie, ci permetterà di usufruire di notevoli

economie di scala e, oltre ad erogare servizi di eccellenza, attivare nuove prestazioni per i cittadini.

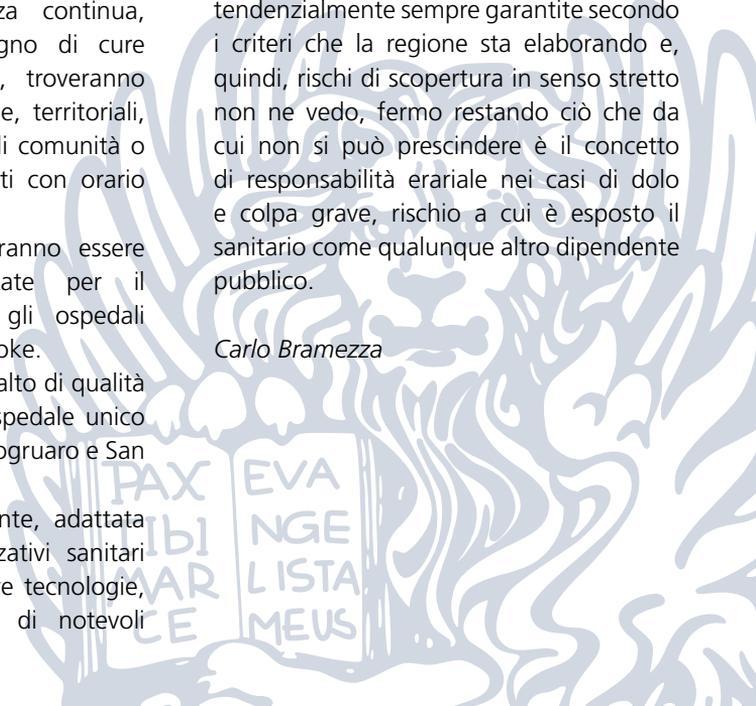
La medicina difensiva sta erodendo risorse al servizio sanitario nazionale. D'altronde i medici, specie quelli alla dipendenza, si sentono abbandonati da Ulss che neanche garantiscono una copertura assicurativa o che minacciano di rivalersi sul medico. Come, secondo lei, è possibile uscire da questo impasse?

Il problema della cosiddetta medical malpractice e dei riflessi assicurativi, economici e professionali che ne conseguono, sono da tempo all'attenzione delle regioni e del Governo.

Infatti, da un lato alcune regioni, compreso il Veneto il cui progetto è in via di sperimentazione, hanno intrapreso il percorso dell'autoassicurazione; dall'altro, a livello di legislazione nazionale, si è tentato, con il Decreto Balduzzi, di porre un freno ai livelli di responsabilità dei medici. Entrambi i correttivi scontano la necessità di essere valutati a medio-lungo periodo.

In Veneto le coperture assicurative sono tendenzialmente sempre garantite secondo i criteri che la regione sta elaborando e, quindi, rischi di scopertura in senso stretto non ne vedo, fermo restando ciò che da cui non si può prescindere è il concetto di responsabilità erariale nei casi di dolo e colpa grave, rischio a cui è esposto il sanitario come qualunque altro dipendente pubblico.

Carlo Bramezza



IL CORAGGIO DELLA LIBERTÀ



Pietro Valenti

Recentemente, nella compilazione della scheda anagrafica di un corso di aggiornamento, dovendo indicare la tipologia del mio lavoro, tra le variabili indicate nel modulo, spuntavo la casella con la dicitura libero professionista, ma venivo stimolato a meditare su quanto fosse imprecisa tale indicazione. Infatti il sostantivo professionista, pur se in maniera un po' generica, certamente mi qualifica, ma l'aggettivo libero è assolutamente non appropriato. Avrei voluto scrivere, quasi gridare: professionista aspirante alla libertà!

Una legittima aspirazione schiacciata però da quella fitta, a volte impalpabile, rete di leggi, leggine, regolamenti che disciplinano le attività professionali e che spesso hanno come unico effetto pratico quello di appesantire inutilmente le nostre esistenze. Così appare la legge sull'autorizzazione sanitaria che soffoca ogni libera iniziativa del professionista costretto per esempio a compilare una infinità di ordini di servizio, forse anche quello che stabilisce quanti atti respiratori devono essere compiuti ogni minuto, che certamente non apportano alcun beneficio concreto per chi lavora ne tantomeno per il paziente.

Eppure zelanti ispettori pubblici, codicilli alla mano, non possono esimersi dall'obbligarci

al rispetto di questi insulsi regolamenti pena la chiusura dello studio che magari da decenni opera con successo nel territorio.

Pensiamo poi alla legge sulla sicurezza nel lavoro che identifica la professione di odontoiatra come ad alto rischio nonostante l'evidenza, certificata dalle statistiche ISTAT, della bassissima sinistrosità nei nostri studi sia per frequenza che per gravità.

Ma anche in questo caso ci è fatto comunque obbligo di adeguarci a ciò che prescrive la legge anche se palesemente sproporzionato e oneroso.

Ricordo infine l'obbligo sancito per legge dei 50 crediti formativi annuali per un adeguato aggiornamento professionale.

Anche qui siamo stati esautorati della libertà e della dignità per cui dovremmo essere noi stessi, in quanto esseri pensanti e responsabili, a decidere quanti e quali percorsi seguire per aggiornarci in modo veramente efficace. L'aggiornamento è un obbligo da sempre onorato da medici e odontoiatri senza bisogno di alcuna imposizione di legge. Lo dimostra, in modo palese, l'alto livello medio della sanità in Italia.

In quest'ottica potrei continuare con altri esempi esplicativi di come la nostra professione non possa intendersi libera e ciò sempre a discapito sia nostro che dei nostri pazienti.

Certamente una legge in quanto tale va osservata, ma se si tratta di una cattiva legge bisogna anche avere il coraggio di dirlo e fare il possibile per modificarla.

Parafrasando una celebre sentenza evangelica sullo spessore giuridico del Sabato ebraico (Mc 2,27) potremmo affermare che la legge è fatta per l'uomo e non l'uomo per la legge.

Per cui, in generale, possiamo affermare che una legge è buona se non appesantisce, imbriglia o opprime l'uomo ma se rende la sua vita migliore, più semplice in definitiva più libera.

Applicando questo semplice paradigma salta agli occhi la scarsa qualità di molte leggi che disciplinano la nostra vita professionale. Purtroppo spesso

percepriamo questi regolamenti come monoliti inespugnabili ai quali non ci resta che adeguarci magari cercando, in un esercizio che è tipicamente italiano, di trovare quelle vie furbesche para-legali che assolvano all'obbligo nel modo meno gravoso possibile. Citerei qui i fantasiosi modi con cui si possono racimolare crediti formativi con scarso impegno oppure la compilazione "di massa" di alcuni inutili documenti richiesti dalla legge come i DVR. E son sicuro che altri esempi possono facilmente venire in mente a ciascuno di noi. Io credo invece che con coraggio ci è richiesto di perseguire le vie politiche necessarie per cambiare ciò che è palesemente sbagliato. Magari, perché no, chiedendo la collaborazione dei migliori giuristi offerti dal mercato che sappiano

ben accompagnarci nel difficile cammino del riconoscimento dei nostri sacrosanti diritti.

Il famoso politico ateniese, Pericle, sosteneva che il segreto della libertà è il coraggio.

Se vogliamo essere realmente dei professionisti liberi e costruire un mondo migliore non possiamo esimerci da difendere con coraggio le nostre convinzioni. Non dobbiamo perciò perdere la capacità di indignarci contro tutte quelle norme oppressive che inutilmente peggiorano la nostra vita e il nostro paese ma da responsabili cittadini impegnarci a cambiarle.

Pietro Valenti

MEDICINE NON CONVENZIONALI

Attività
dell'Ordine

L'inverno scorso è stato pubblicato l'accordo siglato dalla Conferenza Stato-Regioni concernente i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti.

L'accordo consentirà ai professionisti formati di iscriversi in appositi elenchi di esperti, che saranno tenuti dagli Ordini professionali competenti per territorio e agli istituti di formazione, pubblici e privati, di erogare corsi accreditati riconosciuti a livello nazionale.

I medici, per essere definiti esperti nelle medicine complementari come previsto dall'accordo, dovranno seguire master universitari o corsi formativi triennali per 500 ore teorico/pratiche, a cui si accompagnano studio individuale, formazione guidata e tirocinio presso medici esperti. Per gli Ordini dei Medici è previsto il farsi carico di questi elenchi e garantirne la qualità.

Partendo da questa premessa, lo scorso 27 gennaio presso l'Ordine si è tenuta una riunione per affrontare il tema dei percorsi formativi necessari ad avvalersi del titolo di medico agopuntore, fitoterapeuta oppure di omeopata.

All'incontro era presente il Presidente Maurizio Scassola, il consigliere Davide Roncali insieme al dottor Maurizio Sinigaglia e i dottori Federico Allegri, Gennaro Muscari e Pierluigi Tubia, per l'associazione medica omeopatica Mel cum sale, associazione che nei mesi scorsi si era resa disponibile a collaborare con l'Ordine per le finalità dettate dall'accordo.

Nella discussione si è fatta una panoramica del settore per come si è articolato negli ultimi anni, con un consolidato interesse dell'utenza da una parte, cui fa da contraltare un calo di attenzione da parte dei giovani medici, molto assorbiti dai percorsi universitari e delle specialità.

Soprattutto, si è sottolineato il ruolo di garante che l'Ordine deve avere delle competenze dei medici che dicono di praticare queste medicine, essendo tali

attività comunque mediche, specificità che deve essere difesa.

Il Presidente Scassola ha suggerito dei momenti di confronto e arricchimento rivolti a tutta la categoria, quali una comparazione tra le semeiotiche praticate o le correlazioni tra patologie sistemiche e disturbi del cavo orale, per coinvolgere anche i colleghi odontoiatri.

Si è deciso di contattare i colleghi che anni fa parteciparono alla commissione sulle MNC che si tenne presso l'Ordine e così i nuovi colleghi che negli ultimi anni

si sono avvicinati a queste metodiche, per incontrarsi il 24 marzo sempre presso la sede dell'Ordine e insieme lavorare alla definizione degli obiettivi, dei percorsi formativi, delle occasioni di confronto.

Si è anche deciso di dedicare una serata alla presentazione, sul piano clinico, della medicina omeopatica.

L'Ordine, nelle parole del Presidente, si è dichiarato molto interessato all'argomento ed a farsene promotore in ambito regionale.

La serata e il progetto sono aperti a tutti gli interessati.

PROMEMORIA QUOTA 2014

LA SEGRETERIA OMCEO-VE RICORDA AGLI ISCRITTI:

che il **PAGAMENTO DELLA QUOTA ANNUALE D'ISCRIZIONE SCADE il 31 MARZO 2014**

L'Ente riscossore incaricato è la **BANCA SANTO STEFANO CREDITO COOPERATIVO**

- **Riceverete in questi giorni il bollettino MAV al vostro domicilio**, pagabile presso qualunque sportello bancario o con home banking.

OPPURE

- **Verrà addebitato su vostro conto corrente come da vostra autorizzazione attraverso RID bancario** (se avete compilato correttamente e consegnato il modulo di autorizzazione RID nei termini indicati del **31.12.2013**) o **come da vostra autorizzazione attraverso SDD bancario** (se avete compilato correttamente e consegnato il modulo di

autorizzazione SDD entro il 10/02/2014).

Per tutti **coloro che non hanno ancora aderito alla domiciliazione bancaria** permanente e volessero farlo, è possibile **compilare il modulo per sottoscrivere l'SDD entro il 31/12/2014 per averlo a partire dall'anno seguente.**

Il modulo può essere scaricato dal sito www.ordinemedicivenezia.it (nella sezione modulistica), oppure potrete utilizzare quello allegato al presente notiziario (pagina centrale).

Vi invitiamo a provvedere al pagamento della quota rispettando i termini del 31/03/2014 e ringraziamo per la Vostra collaborazione.

Cordiali Saluti

La Segreteria OMCEO-VE

Attività
dell'Ordine

AVVISO IMPORTANTE PER GLI ISCRITTI CHE HANNO SOTTOSCRITTO RID BANCARIO PER LA DOMICILIAZIONE BANCARIA DELLA QUOTA D'ISCRIZIONE

Cari colleghi,
in questi giorni riceverete la comunicazione che riportiamo di seguito, e che Vi chiediamo di leggere attentamente. E' importante che provvediate ad aggiornare la documentazione richiesta e che la facciate pervenire alla Segreteria dell'Ordine. Vi chiediamo la massima collaborazione certi che comprenderete l'importanza della procedura richiesta. Troverete il modulo SDD da compilare allegato al presente notiziario nella pagina centrale oppure sul sito www.ordinemedicivenezia.it nella sezione modulistica.

Attività
dell'Ordine

Prot. n° 414 del 29.01.2014

OGGETTO: avviso di addebito della quota ordinistica 2014 e di migrazione da domiciliazione RID a domiciliazione **SEPA DIRECT DEBIT**

Gentile iscritto,

Le comunichiamo che, come da Sua disposizione, l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di questa provincia provvederà ad addebitare sul suo c/c bancario la quota d'iscrizione all'Albo per l'anno in corso in data 31/03/2014. La informiamo che in osservanza del **Regolamento dell'Unione Europea 260/12, che prevede l'unione dei servizi di pagamento in ambito SEPA (Single Euro Payments Area ovvero Area Unica per i Pagamenti in Euro), La Sua domiciliazione su nostro conto corrente (RID) per il pagamento della quota annuale d'iscrizione all'Albo professionale di questa provincia, a partire dal 1 Febbraio 2014, sarà sostituita da una nuova modalità di domiciliazione detta SEPA Direct Debit – Core/ Business to Business.** Questo nuovo servizio, è stato introdotto per permettere di uniformare le modalità di pagamento nei paesi europei

afferenti all'area SEPA e semplificare le procedure bancarie attualmente in essere.

La migrazione alla nuova modalità avverrà in automatico garantendoLe la conservazione delle Sue attuali condizioni, quali il pagamento della prossima quota d'iscrizione per il 2014, la revoca del singolo addebito entro il giorno lavorativo precedente alla data di scadenza della disposizione di accredito, e / o la revoca dello storno entro 8 settimane dalla data di scadenza stessa.

Per completare quanto richiesto dalla suddetta normativa, **è IMPORTANTE** che Ella provveda a **compilare il modulo allegato** alla presente e **che lo faccia pervenire alla Segreteria** dell'Ordine completo della firma e dei dati richiesti (sono esattamente gli stessi che si fornivano per i RID) a mezzo fax allo 041989663, a mezzo raccomandata, o a mezzo posta elettronica certificata, oppure allo sportello della Segreteria (dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 15.00), entro il 31/03/2014.

L'Ordine avrà l'obbligo di conservare tale mandato fino a Sua ulteriore disposizione, che **Ella dovrà comunicare in caso di variazione delle coordinate bancarie, dei dati anagrafici o nel caso volesse cambiare modalità di pagamento** (l'alternativa proposta è il pagamento a mezzo MAV). Le ricordiamo che quanto richiesto non dipende dalla volontà dallo scrivente Ordine, ma da disposizioni di legge che interessano l'intera zona UE, e per tanto, confidiamo nella massima collaborazione da parte Sua, affinché tale procedura possa svolgersi correttamente. Per ulteriori informazioni La invitiamo a contattare la Sua banca per verificare rapporti e condizioni. RingraziandoLa per la gentile collaborazione, Le inviamo i nostri più cordiali saluti.

Maurizio Scassola

LA GENOMICA OGGI IN ITALIA: LA PROGETTUALITÀ DEL MINISTERO DELLA SALUTE.

Per medicina predittiva si intende l'approccio che – prima e/o dopo la nascita - tende a scoprire e valutare in termini probabilistici i fattori che, per una specifica persona e in un dato contesto, possono favorire l'insorgenza di una malattia. Trova il proprio fondamento scientifico nella complessa relazione geni - ambiente che, grazie agli studi che hanno portato alla

decodifica del genoma umano (Progetto Genoma Umano, 2000), ha avuto un enorme sviluppo nell'ultimo decennio.

Per ambiente, un po' genericamente, possiamo identificare tutto ciò che è fuori dal corpo e che interagisce con esso. Tra i principali fattori considerati ricordiamo il fumo di tabacco, l'alcool, inquinamento ambientale, ecc. (tab 1).

Estimate of the proportion of cancers attributable to environmental risk factors in the UK (Doll R & Peto R, 2005)

Table 3. Estimate of the proportion of cancers attributable to major risk factors in the United Kingdom {Doll, 2005 #158}

Risk factor	Attributable proportion (%)		Avoidable in practice (%)
	Best estimate	Range of acceptable estimates	
Tobacco smoking	30	27 - 28	30
Alcohol drinking	6	4 - 8	6*
Ionizing radiation	5	4 - 6	<1
Ultraviolet light	1	1	<1
Infections	5	4 - 15	1
Medical drugs	<1	0 - 1	<1
Occupation	2	1 - 5	<1
Pollution	2	1 - 5	<1
Diet and obesity	25	15 - 35	2
Reproduction and other hormonal factors	15	10 - 20	<1
Physical inactivity	<1	0 - 1	<1

Attività dell'Ordine



Nel **contesto genetico**, per il loro impatto sulla suscettibilità di malattia, vanno considerati sia le mutazioni che i polimorfismi:

1. **Mutazioni** (cambiamenti puntiformi nel DNA) quali:

- oncogeni /oncosoppressori (BRCA, p53, etc), in rapporto con il cancro
- CFTR e fibrosi cistica
- PHA e fenilchetonuria

Sono caratterizzati da bassa frequenza e alta penetranza quindi sono relativamente rari ma strettamente legati ad un quadro di patologia, altamente predittivi per il singolo individuo portatore.

2. **Polimorfismi** genetici di suscettibilità sono mutazioni che hanno una frequenza superiore all'1% nella popolazione e sono pertanto molto frequenti e rappresentano una possibile normale presenza genetica in una comunità. Sono caratterizzati da bassa penetranza ma per la numerosità di soggetti portatori hanno un significato importante in termini di suscettibilità di malattia in una popolazione.

Tra i principali:

- metaboliti cancerosi (GST, CYP, NAT, etc.), DNA repair (XRCC, etc.) e cancro;
- metaboliti delle lipoproteine (APOE) e



Attività
dell'Ordine

Alzheimer;
- metaboliti dei folati (MTHFR) e difetti tubo neurale.

Lo scenario di prospettiva che si apre è quello di identificare in una popolazione, mediante l'uso di test genomici predittivi, i soggetti sani a rischio di sviluppare determinate malattie ai quali fornire **interventi preventivi efficaci specifici**.

Il contesto nazionale

In vista dell'aumento dell'offerta di test genomici predittivi di suscettibilità alle malattie complesse, tutte le massime autorità competenti hanno riconosciuto l'importanza di governare questa materia, di rendere facilmente accessibili le informazioni su tali test agli utenti/pazienti, ai clinici, ai ricercatori, e agli Enti paganti, e di rendere edotti i medici prescrittori in merito alle potenzialità e ai limiti degli stessi. I test genomici rappresentano, infatti, un grandissimo avanzamento nell'ambito della medicina predittiva, della prevenzione e della sicurezza clinica (ad es. farmagenomica), ma lasciano anche un ampio margine all'inappropriatezza. In tale contesto si colloca la nascita nel 2006 della disciplina 'Public Health Genomics', in italiano Genomica in Sanità Pubblica, che ha l'obiettivo di trasferire in maniera responsabile ed efficace tutte

le conoscenze e le tecnologie basate sul genoma nel settore della sanità pubblica per il miglioramento della salute della popolazione.

Il Ministero della Salute in Italia, attraverso il Centro Controllo Malattie, ha già da tempo colto le potenzialità di tale disciplina, introducendo per la prima volta nel piano nazionale di prevenzione 2010-2012 un intero capitolo inerente la medicina predittiva. In tale documento si evidenziano due necessità impellenti: 1) **razionalizzare l'offerta dei test genomici predittivi** di malattie complesse in Italia, facilitando anche l'accesso agli utenti a tutte le informazioni relative ai test offerti; 2) **formare i medici prescrittori** mediante corsi mirati. Esiste ad oggi infatti uno sperpero non ben quantificato delle risorse del SSN, legato alla: 1) prescrizione inappropriata dei test genomici predittivi di malattie complesse correlato sia alla scarsa conoscenza in materia da parte dei prescrittori, sia alle aumentate richieste degli utenti (questo fenomeno è verosimile che aumenterà nei prossimi anni se non si affronta in maniera 'globale'); 2) il cosiddetto 'cascade effect' riferito a tutti gli accertamenti diagnostici risultanti dalla positività ad un test genomico, agli accertamenti nella maggior parte dei casi non evidence-based (cioè sulla cui

utilità clinica non vi sono reali evidenze di efficacia); 3) la molteplicità dei laboratori di media/piccola dimensione che offrono tali test senza garanzia di standard minimi di qualità, o senza offrire un'appropriatezza consulenza genetica.

Al momento, i test genomici predittivi in Italia sono utilizzati in Sanità Pubblica per l'analisi di mutazioni ad alta penetranza, che predispongono ai tumori di mammella/ovaio e del colon retto, alle forme monogeniche della malattia di Alzheimer e della demenza frontotemporale e al sottotipo MODY del diabete. Manca invece un'esperienza in Italia per quanto attiene ai test che indagano le varianti genetiche polimorfiche a bassa penetranza, che conferiscono suscettibilità alle malattie complesse. Da fonti non ufficiali, sembra che oltre ai laboratori di genetica medica, anche i laboratori di biologia molecolare clinica (pubblici e privati) abbiano negli ultimi anni aumentato enormemente l'offerta di test predittivi per le malattie complesse, la cui utilità resta al momento da dimostrare. Censire tali attività e la tipologia dei test offerti rappresenta un obiettivo importante per razionalizzare l'offerta sul territorio italiano, garantire trasparenza, accessibilità all'offerta e alta qualità sul territorio, sia per i prescrittori che per i potenziali utenti. In Italia i servizi che erogano test genomici sono già censiti, in modo indipendente e senza il coinvolgimento da parte delle Istituzioni, dalla Società Italiana di Genetica Umana (SIGU) e dalla Società di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica (SIBIOC). La maggior parte dei laboratori censiti dalla SIGU erogano test per le malattie monogeniche (che chiameremo test genetici tradizionali, non genomici). Per quanto riguarda i test censiti dalla SIBIOC, si è fatto prevalentemente riferimento a malattie endocrinometaboliche (monogeniche) e ai test di routine per lo screening dei disordini coagulativi.

Risulta chiaro da questa premessa non solo la necessità di censire le attività in essere di medicina predittiva, ma anche la necessità di implementare la formazione in Genomica in Sanità Pubblica dei medici prescrittori di tali test. I medici professionisti che devono essere primariamente coinvolti sono i quelli di Medicina Generale (MMG), i medici operanti nei Servizi Medicina Preventiva nelle Comunità (SMPC) dei Dipartimenti di Prevenzione, e i medici specialisti in oncologia, ginecologia e neurologia.

I risultati di uno studio finanziato dal Ministero della Salute (PRIN 2009), in fase di pubblicazione, suggeriscono che le conoscenze dei medici in materia sono molto basse, e che è forte il bisogno formativo da essi espresso. Inoltre, lo stesso studio suggerisce ad una richiesta inappropriata di tali test fa riscontro una loro sottoutilizzazione, quanto meno di alcuni test, rispetto alle necessità stimate nella popolazione (ad es., BRCA 1 e 2 per cancro mammario ereditario). Tale situazione, nel complesso, richiede un intervento coordinato sul territorio su vari fronti, con una collaborazione forte tra diverse regioni in Italia.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

Da queste premesse si è sviluppato un progetto ministeriale che è svolto in alcune regioni italiane tra cui il Veneto. Il coordinatore scientifico è la prof.ssa Stefania Boccia, Università Cattolica di Roma, mentre nel Veneto, con DGRV 1758 del 3 ottobre 2013 si è dato avvio all'attività formativa che è coordinata da un comitato promotore rappresentativo dei OMCeO, dei genetisti, medici di medicina generale e medici igienisti afferenti alle linee produttive della direzione regionale della prevenzione. Il progetto ha durata biennale (mar 2012/marzo 2014 – proroga settembre 2014).

Con il progetto si vuole rendere più appropriato e razionale l'uso dei test genomici predittivi di malattie complesse, agendo su tre linee strategiche:

- 1) estendere e integrare, nelle regioni coinvolte, il censimento della SIGU e della SIBIOC, raggiungendo in modo capillare tutti i laboratori pubblici e privati che erogano test genomici predittivi;
 - 2) istituire registri web regionali dei test genomici predittivi e dei laboratori erogatori nelle diverse regioni coinvolte, con indicazioni sull'appropriatezza, l'utilità e i costi di tali test;
 - 3) istituire corsi di formazione, workshop e seminari accreditati dedicati ai potenziali prescrittori dei test genomici precedentemente elencati.
- Le funzioni chiave dell'istituzione di un registro dei test genomici sono: (a) incoraggiare gli erogatori dei test genetici a fornire un servizio trasparente, attraverso la condivisione pubblica di informazioni sulla disponibilità e sull'utilità dei test offerti; (b) costituire una fonte di informazioni per gli utenti, compresi gli utenti/pazienti, i clinici e i ricercatori, per individuare i laboratori che offrono specifici test; (c) chiarire l'utilità del

test genetico offerto in base alle evidenze scientifiche disponibili al momento (utilità intesa come Validità Clinica ed Analitica, ed Utilità Clinica); d) rendere note le tecnologie e le metodologie di garanzia di qualità, in termini di certificazione ed accreditamento delle procedure analitiche erogate.

Tutto questo avrà un chiaro impatto sul Servizio Sanitario in termini di:

- maggiore disponibilità di informazioni in materia di medicina predittiva,
- aumento dell'offerta di formazione ai medici prescrittori coinvolti,
- risparmio di risorse per il SSN derivante da un auspicato aumento dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei medici prescrittori, e dalla razionalizzazione dell'offerta dei test genomici all'interno delle regioni coinvolte nello studio.

Portale Italiano Malattie Complesse

Nell'ambito progettuale è già reso disponibile e sarà implementato nei prossimi mesi il **Portale Italiano Malattie Complesse**.

Al Portale si accede all'URL www.pimaco.it/cms.

Una barra informativa orienterà il cittadino nella ricerca delle patologia di interesse e delle informazioni più utili.

È prevista un'apposita sezione contenente l'elenco dei centri che possono effettuare i test con localizzazione e test effettuati. Sono inoltre contenuti i test efficaci per malattia complessa considerata.

Elemento caratterizzante del portale sarà la presenza di informazioni di taglio differente a seconda che siano rivolte al paziente/cittadino o al medico.

Sono così previste due sezioni, con accesso libero per i cittadini e previa registrazione e inserimento di codice per i medici.



Attività
dell'Ordine

Patologia indagata	Geni coinvolti
Cancro della prostata	BRCA½
Cancro della mammella	BRCA½
Cancro dell'ovaio	BRCA½
Celiachia	HLA II, HLA DQA, HLA DQB, HLA DR
Malattia di Alzheimer	Apo E
Malattia di Parkinson	PARK1, PARK2, PTEN
Melanoma	CDKN2A, MITF, CDK4
Cancro del colon-retto	MSH2, MSH3, MSH6, MLH1, PMS1, PMS2
Sclerosi laterale amiotrofica	CHRNA4, CHRNA3, CHRNB4

Trombofilia	MTHFR, Fattore V Leiden, mutazioni protrombina
Obesità	FTO
Diabete di tipo 1	HLA DR4 - DQ8, HLA DR3 - DQ2
Diabete di tipo 2	MODY, INSR, HMGA1, TCF7L2
Sindrome coronarica	LDL - C, PCSK9, Apo E, LDLR, Apo B, ABCG5, ABCG8, ABCA1, CBS

Corsi di formazione per medici

Il contenuto dell'attività formativa offerta ai potenziali prescrittori da informazioni in merito:

- a) ambiti di applicazione e potenzialità della Genomica in Sanità Pubblica;
- b) l'health technology assessment con particolare riferimento ai test genomici predittivi;
- c) illustrare la metodologia di valutazione per i test genomici predittivi (ACCE, GAPPNet);
- d) sviluppare linee-guida per il corretto uso traslazionale dei test predittivi.

In questo contesto è stata sviluppata una FAD specifica. La frequenza del corso, della durata di 8 ore, darà diritto a 12 crediti formativi ECM. I crediti sono assegnabili alle seguenti discipline: continuità assistenziale, direzione medica di presidio ospedaliero, genetica medica, ginecologia ed ostetricia, igiene epidemiologia e sanità pubblica, laboratorio di genetica medica, medicina generale, neurologia, oncologia, organizzazione servizi sanitari di base. Per accedere chiedere password a www.prex.it e seguire le istruzioni di accesso.

Il risultato dei test predittivi raramente dà la certezza, cioè i test (e quelli genetici in particolare) non sempre consentono di stabilire con sicurezza se, quando e a quale livello di gravità la persona interessata si ammalerà. Infatti, molte di queste indagini misurano solo la suscettibilità individuale nei confronti di una malattia, diversa da quella media della popolazione. In questo contesto di incertezza, test e screening (genetici e non) di medicina predittiva permettono di individuare soggetti a rischio ma – per tali soggetti - potrebbe accadere che non sia possibile modificare la probabilità di sviluppare la malattia.



Attività dell'Ordine

Pertanto con la medicina predittiva, persone clinicamente normali potrebbero diventare "pre-pazienti" per anni, prima di sviluppare la condizione per la quale sono a rischio, con possibili ripercussioni di tipo psicologico, discriminazioni sociali, in ambito lavorativo o nel settore assicurativo, ecc. Infine bisogna ammettere che non sappiamo come potranno rispondere le persone alla consapevolezza di un rischio e se questo indurrà una ripetuta domanda di assistenza sanitaria per essere rassicurati e per monitorare il proprio stato di salute. Si ritiene pertanto assolutamente coerente l'obiettivo del progetto di contrastare l'informazione sensazionalistica che oggi prevale sul tema mediante un'accurata formazione dei professionisti della salute coinvolti a vario titolo nello sviluppo della medicina predittiva.

Luca Sbroglio

COSA CHIEDERE ALL'ORDINE E COSA CHIEDE L'ORDINE, SPUNTI DI RIFLESSIONE

Preg.mi colleghi tutti,
da collega (ospedaliero full time, ma questo non ha importanza in quanto credo che in primis ogni collega rivesta un ruolo fondamentale per il malato in particolare, in qualsivoglia ambiente esso operi) e da consigliere dell'Ordine Medici ed Odontoiatri di Ve, alla fine del terzo mandato , mi permetto di presentare alcune riflessioni, molte delle quali potrebbero essere intese come provocatorie ma che a mio avviso è opportuno sottoporre alla vostra attenzione. In occasione del mio primo mandato (2006-2008), il Consiglio dell'Ordine è stato "eletto" da 873 colleghi su 3672 aventi diritto al voto e da 394 odontoiatri su 721 aventi diritto al voto; nel secondo mandato (2009-2011) i votanti sono stati 575 su 3631 e 393 odontoiatri su 735; nel terzo (2012-2014) su 3761 aventi diritto al voto vi sono stati 668 i votanti, mentre su 752 odontoiatri hanno votato in 317, con popolazione ospedaliera votante sempre in netta inferiorità percentuale rispetto ai medici di medicina generale, salvo nell'ultima consultazione .

Prima considerazione: scarsa conoscenza del ruolo dell'Ordine e quindi disaffezione a partecipare ad una ennesima consultazione elettorale, scarsa fiducia sulle capacità dell'Ordine di interpretare le problematiche della professione medica o scarsa incisività delle scelte dell'Ordine rispetto alle problematiche? ...o forse, piuttosto, non arrivano all'Ordine colleghi capaci di interpretare e portare all'evidenza le necessità della professione medica nel suo insieme?

Nel corso di questi otto anni di mandato trascorsi ho assistito alla preparazione di circa 90 eventi ECM riconosciuti –compresi gli eventi ARS Medica (serate monotematiche e cicli di serate, convegni regionali, provinciali e di ulss indirizzati trasversalmente alla popolazione medica nei diversi ruoli ricoperti; su 3800 medici circa hanno partecipato complessivamente 600 "teste mediche", con uno zoccolo duro di 150 colleghi partecipanti a più eventi (dati in corso di perfezionamento numerico) e con soli tre eventi nei quali vi è stata partecipazione di 150 colleghi; se questa affluenza è considerabile sufficiente quando si tratta di



Moreno Scevola

eventi su più serate, considerando anche che la sala riunioni della sede dell'Ordine ospita al massimo 60 persone, credo che sia del tutto insufficiente quando gli eventi hanno spessore provinciale ed interesse trasversale fra le varie discipline ed i vari ruoli , e che sia da considerare drammatica la scarsa presenza (leggi l'assenza) dell'ospedaliero, tenendo presente la fase di "drammaticamente rapido cambiamento" professionale ed organizzativo che stiamo vivendo.

Perché dico questo? perché se noi - medici tutti - abbiamo una forza culturale e sociale assolutamente riconosciuti, non possiamo permetterci di non farla pesare e per farla pesare - non parlo ovviamente contrattualmente - dobbiamo mostrare che crediamo anche nei vari ruoli istituzionali che ci rappresentano e che sono interfaccia verso gli interlocutori (amministratori, industrie, politici) che non devono essere pensati solo come controparte.

Seconda considerazione: scarsa capacità di informazione della rete ordinistica?

Forse ma perché, in questa era full computerized, ancora solo il 50% dei colleghi iscritti a Ve si è munito della casella PEC fornita dall'Ordine, ovvero solo i 2/3 degli iscritti ha notificato alla Segreteria dell'Ordine il proprio indirizzo di posta elettronica, attraverso la

quale e-mail navigherebbe l'informazione capillarmente integrata di quanto fornito con newsletter e notiziario?

Sul notiziario dell'Ordine dei Medici, strumento di informazione della attività dell'Ordine, potremmo esprimere più d'una critica (arriva spesso in ritardo, potrebbe avere veste grafica che 'non garba a tutti' ...), ma è pur sempre uno strumento di comunicazione; mi chiedo perché non vengono inviati contributi da parte di colleghi esterni alla struttura ordinistica (se non rarissimamente - vedi es. pediatri), così da essere troppo spesso costretti ad impostare il notiziario sui soli interventi dei consiglieri?

Io credo che il notiziario possa, e magari debba, diventare strumento di discussione che coinvolga la fetta più larga possibile della professione in quanto - sono convinto - si potrebbe così allargare la platea dei lettori del notiziario stesso che, sondaggio "a mano" - e quindi non scientificamente provato - viene spesso cestinato ancora chiuso...a meno che non ci sia l'intervento che 'interessa'!!!;

L'alternativa già praticata di inviarlo in formato digitale, tale peraltro da ridurne i costi, finora ha sortito ben poco riscontro (solo una decina di iscritti ne ha fatto esplicita richiesta); non si sta affermando peraltro che digitale e cartaceo si debbano elidere reciprocamente.

Scusatemi per il tempo che vi ho portato via con queste riflessioni ma, ripeto, da

ospedaliero invito ospedalieri, medici della medicina generale, libero professionisti, specialisti ospedalieri ambulatoriali, medici di continuità assistenziale, odontoiatri e liberi professionisti in genere - sperando di non dimenticare nessuna area - a credere nel ruolo dell'Ordine intervenendo in maniera critica ed al contempo propositiva su problemi e discussioni che interessano la professione (assicurazioni, previdenza, organizzazione del lavoro, rapporto ospedale territorio, rispondenza fra norme europee e nazionali, formazione professionale, tempo medico investito e consumato, comunicazione fra le diverse aree et cetera, et cetera).

Sono personalmente convinto che solo con la partecipazione, interazione ed il confronto costruttivo fra noi e con la rappresentanza delle istituzioni, possiamo continuare a credere nella nostra forza ed a crescere, rivendicando la portata del nostro ruolo per il bene della comunità sociale.

credo si dovrebbe cavalcare il cambiamento in divenire non essendo semplicemente spettatori dello stesso, subendolo, e l'Ordine dei Medici ed Odontoiatri ha le potenzialità per interfacciarsi e relazionarsi in maniera propositiva con chi governa il cambiamento stessose l'Ordine stesso è rappresentativo degli iscritti!

Moreno Scevola

Attività
dell'Ordine

MY ECM LA STORIA DEL MIO PERCORSO FORMATIVO SUL MIO PC

Segnatevi questo indirizzo: <http://ape.agenas.it>

Cliccateci sopra e vi troverete nel portale dell'AGENZIA NAZIONALE per i Servizi sanitari regionali.

agenas
E.C.M.
Commissione Nazionale Formazione Continua

professionisti sanitari

- informazioni
- myEcm
- banca dati
- ricerca attività
- allo razzionamento
- professione sanitaria
- contatti
- faq

provider

- accreditamento regionale
- accreditamento regionale
- area riservata
- registrazione
- moduli a download
- faq

accesso al sistema

username

password

login

registrazione provider

registrazione professionisti sanitari - myecom

hai dimenticato la password?

Questa pagina un po' alla volta vi diventerà familiare. Dopo esservi registrati, ci vedrete comparire il vostro nome, pigierete il tasto my ECM e davanti a voi comparirà ... il vostro passato.

Una magia? No, semplicemente potrete vedere il vostro percorso formativo, almeno per quanto è stato possibile registrarlo attraverso i crediti acquisiti con i molteplici corsi di aggiornamento cui partecipaste.



Attività
dell'Ordine

Anno per anno vedrete innanzitutto il totale dei crediti acquisiti e potrete scorrere l'elenco di tutti quei convegni cui dedicaste moltissimi sabati e anche qualche serata o giornata feriale, sottraendola al consueto lavoro in corsia od in ambulatorio.

Quante volte vi domandaste "chi terrà conto dei corsi di aggiornamento che sto facendo"; oppure "chi mai potrà farmi i conti dei punti acquisiti".

La risposta a queste domande, che spesso avete condiviso con i vostri colleghi, quasi prevedendo che, all'italica maniera, di tanta fatica mai avreste avuto contezza e che tutto sarebbe scivolato via nell'oblio, ora è sotto i vostri occhi.

Nulla, o quasi nulla, è andato perduto.

E se non ritrovaste, in questo lunghissimo

elenco, quel tal corso di aggiornamento che tanto vi piacque? Nessun problema: nel caso in cui non risultino elencati crediti per i quali i provider hanno correttamente comunicato i nominativi, vi basterà chiedere assistenza al call center della Segreteria ECM, al numero 06.42749600.

Tramite la segreteria dei dell'Ordine dei Medici potrete fare inserire nel vostro curriculum formativo i crediti acquisiti svolgendo attività di tutoraggio (4 crediti ECM per ogni mese in cui avete fatto il tutor). Potrete computare quelli acquisiti nei corsi frequentati all'estero, benché, ahimè, per un incomprensibile pregiudizio, valutati solo al 50% di quanto li assegnatevi.

Vi farete scontare quanto non eravate tenuti ad acquisire per le varie cause di esonero dall'obbligo formativo ECM (perché impegnati per es. nel corso di specializzazione universitaria, o nel dottorato di ricerca, o nel master universitario, piuttosto che nel corso di formazione specifica in Medicina Generale) o potrete far valere le vostre esenzioni dal medesimo obbligo (per congedo di maternità obbligatorio, piuttosto che per congedo parentale o per assenza per malattia et cetera).

Tutti questi conteggi vi serviranno per vedere se nel triennio appena conclusosi (2011-2013) avete adempiuto all'obbligo formativo nella misura di complessivi 150 crediti ECM, peraltro potendo portarvi in dote un premio meritato in base ai crediti acquisiti nel precedente triennio 2008-2010, come potete leggere su http://ape.agenas.it/documenti/normativa/determina_17_07_2013.pdf

My ECM è quindi la personale bacheca del vostro percorso di educazione continua in medicina, documento storico del vostro aggiornamento, tale da consentirvi di ottenere, qualora un giorno ne necessitaste per un qualsiasi motivo, quella certificazione che solo l'Ordine Professionale cui siete iscritti è titolato dalla legge a rilasciarvi.

Quindi, buon divertimento! ... scommetto che qualcuno di voi ci sta già navigando.

Luca Barbacane

2014 LA PREVIDENZA DEL DIPENDENTE

Finora ho dato ampio spazio alla previdenza con riguardo particolare all'ENPAM, la cassa di previdenza dei medici e degli odontoiatri.

Da più parti è stato manifestato, giustamente, l'interesse per i colleghi della dipendenza in un momento in cui le manovre finanziarie dei vari governi, non solo italiani, intervengono pesantemente sul fronte pensioni.

Nell'intento di dare un contributo a fare chiarezza ai colleghi della dipendenza vi propongo questo articolo del collega Dott. Claudio Testuzza che con competenza e lucidità illustra le manovre ipotizzate, e poi in gran parte realizzate, con la legge di stabilità di fine 2013.

Pur se l'articolo è datato novembre 2013 esso traccia perfettamente il successivo dispositivo legislativo.

Nel ringraziare il collega Testuzza per la

pubblicazione auguro buona lettura.

Moreno Breda



Moreno Breda

Attività
dell'Ordine

TOCCA SEMPRE ALLE PENSIONI

E' sempre la stessa storia.

Quando c'è da prendere denaro per intervenire sui conti pubblici, si pensa solamente alle pensioni. Così è stato in passato, e così continua ad essere anche adesso che, dopo ben quindici riforme previdenziali in vent'anni, il sistema previdenziale italiano riesce, non solo ad essere tra i più solidi in Europa, ma è diventato l'esempio a cui si ispirano anche diversi paesi, ultima la Germania proprio in queste ore.

Dopo il voto del Senato, il provvedimento passerà adesso alla Camera. Con la legge di Stabilità ritorna l'adeguamento al costo della vita ma solamente per le pensioni non superiori ai 1486 euro lordi al mese (tre volte la minima Inps), e in forma, fortemente limitata e

progressiva per altri importi ma comunque non oltre i 2.972 euro lordi (sei volte l'importo della pensione minima Inps). Viene reintrodotta di nuovo poi anche il contributo di solidarietà sulle cosiddette pensioni d'oro che la Corte Costituzionale, a giugno, aveva cancellato.

Il prelievo su questi assegni, di importi superiori ai 6.936 euro lordi al mese, sarà dal 6 al 12%. Sono queste le principali novità del capitolo previdenza contenute nel maxi emendamento alla manovra appena approvata a Palazzo Madama.

PEREQUAZIONE:

La legge di riforma "Dini", del 1995, ha disposto che il primo gennaio di ogni anno le pensioni vengano adeguate in base alla variazione del costo della vita accertata

dall'Istat, l'Istituto nazionale di statistica. L'adeguamento è fissato con un decreto del ministero dell'Economia alla fine di ogni anno per l'anno successivo.

Per il 2014 l'aumento dovrebbe aggirarsi intorno all'1,5%, stima di aumento dei prezzi nel 2013 fatta dall'Istat e dal Governo nella nota di aggiornamento al Def (Documento di economia e finanza). Ma fin dalla prima formulazione della legge l'adeguamento non è stato mai riconosciuto al 100% per le pensioni di importo elevato, con soglie che sono state cambiate di anno in anno.

La stretta più forte fu decisa con il decreto Salva Italia del governo Monti, che ha stabilito, sia per il 2012 sia per il 2013, la perequazione al 100% solo alle pensioni di importo fino a tre volte il minimo Inps (1.441,59 euro lordi al mese, nel 2012), abolendola sulle pensioni di importo superiore. La legge di Stabilità 2014, come modificata dal maxi emendamento del Governo, dispone, adesso, per il triennio 2014-2016 una perequazione limitata sulle pensioni di importo fra 3 e 6 volte il minimo, negandola per quelle superiori a sei volte. L'adeguamento al costo della vita sarà quindi del 100% per i trattamenti fino a tre volte il minimo (1.486,29 euro lordi al mese).

Per quelle fra 3 e 4 volte il minimo (1.486,29 - 1.981,72 euro) la rivalutazione sarà del 90% con riferimento all'importo complessivo dei trattamenti medesimi. Sempre sull'intero importo, l'aumento sarà del 75% per le pensioni fra 4 e 5 volte il minimo (1.981,72 - 2.477,15 euro lordi) e del 50% su quelle fra 5 e 6 volte il minimo (2.477,15 - 2.972,58 euro lordi). Mentre sulla parte eccedente 6 volte non ci sarà alcun aumento.

CONTRIBUTO DI SOLIDARIETA'

Il decreto Salva Italia del governo Monti aveva rafforzato il contributo di solidarietà già introdotto dall'esecutivo Berlusconi,

stabilendo, dal 2012, un prelievo del 5% sugli importi di pensione compresi fra 90 mila e 150 mila euro lordi, che saliva al 10% sulla fascia 150-200mila e al 15% sulla parte eccedente i 200 mila euro lordi. Tale contributo è stato dichiarato incostituzionale dalla Consulta lo scorso giugno, perché discriminatorio in quanto applicato ad una sola categoria di contribuenti, proprio quella dei pensionati, e non anche ad altri cittadini con lo stesso reddito.

Il contributo di solidarietà sulle cosiddette pensioni d'oro viene riproposto nel maxi emendamento del Governo per finanziare un sussidio a favore dei più poveri.

Motivazione che dovrebbe consentire, secondo il Governo, di superare eventuali nuovi giudizi di costituzionalità. Il contributo è fissato nel 6% per la parte di pensione compresa fra 14 e 20 volte il minimo (90.168 - 128.811 euro lordi annui), che sale al 12% sugli importi fra 20 e 30 volte il minimo (128.811 - 193.217 euro lordi annui) e al 18% sulle quote oltre 30 volte.

In tutto, le pensioni colpite dal nuovo contributo di solidarietà sono, secondo i dati Inps, 29.554.

Si tratta di assegni superiori a 6.936 euro lordi al mese.

Di questi, 6.805 sono maggiori di 9.908 euro lordi al mese (20 volte il minimo Inps) e appena 1.344 superano i 14.863 euro lordi al mese (30 volte il minimo Inps).

SCAGLIONAMENTO DELLE LIQUIDAZIONI:

Ma il decreto non si limita solamente a tagliare ai pensionati.

Prevede restrizioni anche per chi lavora e andrà in pensione in futuro.

Intanto il blocco dei contratti, che dura ormai da cinque anni, si prolungherà, verosimilmente, sino al 2017 con relativa stasi della retribuzione e quindi

congelamento dell'importo pensionistico futuro.

Ma anche il pagamento della liquidazione trova un peggioramento dell'attuale dilazione temporale.

Le amministrazioni avranno tempo per pagarla, dal 2014, anziché di sei mesi del doppio: ben dodici mesi.

Ma il primo versamento riguarderà importi solo fino a 50 mila euro.

In precedenza la soglia era fissata a 90 mila, ma non basta.

Tra i 50 e i 100 mila euro sono previste due distinte rate annuali che diventano tre oltre la soglia dei 100 mila euro.

IPOTESI DEL PRELIEVO DEL 10% SULLE PENSIONI D'ORO

Le norme sulle pensioni sono tra quelle che potrebbero cambiare durante l'esame della legge di Stabilità.

Il viceministro dell'Economia, auspica per esempio un miglioramento

dell'indicizzazione al costo della vita, come chiedono anche i sindacati.

Il contributo di solidarietà è invece un argomento che divide. Le associazioni dei manager e dei professionisti parlano di norma incostituzionale, anche nella nuova versione.

Un economista e parlamentare vicino a Matteo Renzi propone un prelievo del 10% sulle pensioni maggiori di 3.500 euro lordi al mese che frutterebbe 3,3 miliardi l'anno. Ma altri economisti come Tito Boeri e Tommaso Nannicini hanno calcolato che, anche con un prelievo progressivo (2-15%), al massimo si potrebbe ottenere un miliardo.

Le pensioni sopra 3.367 euro lordi al mese sono infatti solo 397.128 su un totale di 23,4 milioni!

28 Novembre 2013

Claudio Testuzza

Attività
dell'Ordine

SELEZIONATI PER NOI



Gattaca - La porta dell'universo

USA 1997, 96'

Genere: Fantascienza

Regia di: Andrew Niccol

Cast principale: Ethan Hawke, Uma Thurman, Jude Law, Alan Arkin, Gore Vidal

Questo film di fantascienza cerca di mostrare le contraddizioni di una società tecnologicamente avanzata in cui sia possibile decidere, lavorando sul genoma, la nascita di individui perfetti.

In una società di questo tipo, gli individui nati "spontaneamente" sono considerati non validi, perché ad alto rischio di sviluppare malattie e di morire prematuramente.

Il protagonista del film, Vincent, essendo stato concepito per amore e non in laboratorio, fa parte di questo gruppo e

non può avere alcuna possibilità di riuscita nella società. Ma il sogno di diventare cosmonauta spinge Vincent a farsi passare per Jerome, superuomo rimasto paralizzato: questo gli vende tessuti e liquidi organici necessari per superare i test e lavorare nella base spaziale di Gattaca. Il resto lo lascio alla visione di ciascuno. Il film è ben condotto, avvincente e pone delle problematiche ormai molto vicine a noi. Il tentativo di controllare la formazione di un essere umano, limitandola entro certi canoni predefiniti è un'idea che è già presente nella nostra società: la possibilità di manipolare il DNA e permettere la nascita di un maschio anziché di una femminuccia o di un bambino con i capelli biondi anziché neri, ha preso piede anche tra di noi. Il film mostra che modello di società è possibile costruire se ci si abbandona fino in fondo a questa deriva: la creazione di una sorta

di "uomo perfetto" che primeggi in ogni campo.

Nel film i personaggi sono freddi e distanti, la recitazione è volutamente asettica e quasi meccanica, così come l'ambientazione. Il regista ha voluto descrivere una società disumanizzata e probabilmente c'è riuscito, facendoci percepire la noia assoluta della perfezione. In un mondo in cui tutto è già stato programmato nel proprio DNA, si perde la magia del vivere, la sorpresa, l'entusiasmo. L'imprevisto non è ammesso e con esso la speranza che è elemento fondamentale per la vita di ciascuno.

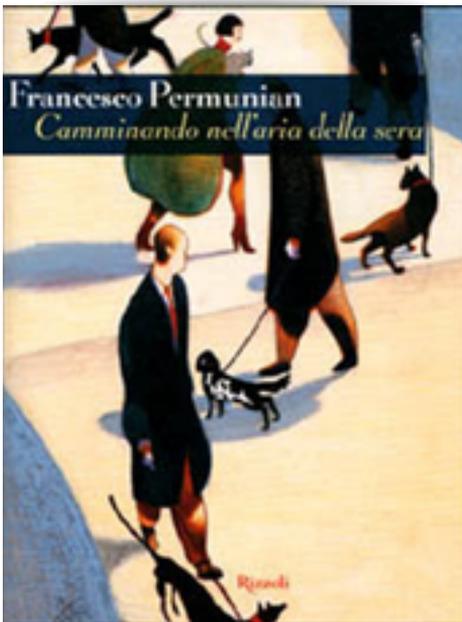
"Gattaca", che deve il suo nome alle iniziali delle basi azotate del DNA (guanina, adenina, timina, citosina), è un ottimo film, capace di veicolare messaggi importanti in modo intrigante e profondo.

Da vedere.

CAMMINANDO NELL'ARIA DELLA SERA

Attività
dell'Ordine

Autore Francesco Permunion



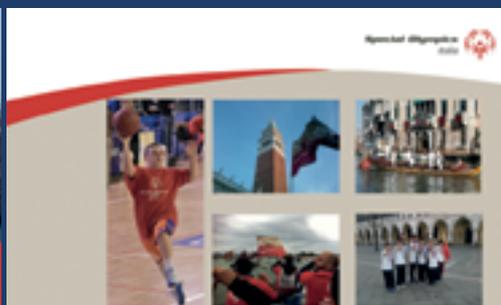
30

Molto ironico e piacevolissimo questo libro di Francesco Permunion. Scrittore veneto, è nato a Cavarzere nel 1951 e

attualmente vive a Desenzano del Garda. Ha esordito nel 1999 con Cronaca di un servo felice (Meridiano Zero), a cui sono seguiti Camminando nell'aria della sera (Rizzoli, 2001), Nel paese delle ceneri (Rizzoli, 2003), Il principio della malinconia (Quodlibet, 2005), Dalla stiva di una nave blasfema (Diabasis, 2009), La casa del sollievo mentale (Nutrimenti 2011). Sulle sue opere hanno scritto i più illustri critici, scrittori e giornalisti. "Camminando nell'aria della sera" è una raccolta di piccoli racconti che si intrecciano fino a comporre una sola storia. La storia delle persone che vivono in un piccolo paesino sulle rive del Garda, dove il protagonista, il dottor Porfirio Papas fa il medico condotto. Il dottor Papas osserva lo svolgersi della vita, le vicissitudini, gli intrighi, dall'osservatorio privilegiato del suo studio. Niente sfugge all'occhio impietoso del vecchio medico: i notabili, gli intellettuali, le vecchie signorine del paese, le ex amanti, i matti del vicino manicomio. Una novella Spoon River, tratteggiata con uno sguardo di simpatia e compassione.

Ornella Mancin

XXX GIOCHI NAZIONALI ESTIVI SPECIAL OLYMPICS VENEZIA 2014



Special Olympics Inc. è l'associazione sportiva internazionale che organizza, con cadenza quadriennale, i Giochi Olimpici Speciali per ragazzi ed adulti con disabilità intellettiva.

L'associazione è membro di SportAccord e riconosciuta dal Comitato Olimpico Internazionale.

Fondata da Eunice Kennedy Shriver negli Usa nel 1968, propone ed organizza allenamenti ed eventi per persone con disabilità intellettiva e per ogni livello di abilità. Predispose un programma internazionale di allenamento sportivo e competizioni atletiche per 2.500.000 ragazzi ed adulti con disabilità intellettiva. Nel mondo sono 180 i Paesi che adottano il programma Special Olympics, e più di tre milioni di membri di famiglie ed 1.000.000 di volontari aiutano a realizzare ogni anno circa 23.000 grandi eventi. In Italia è riconosciuta dal CONI come Associazione benemerita dal 2004 e dal CIP dal 2008. Ogni anno organizza Giochi Nazionali e Regionali in 10 discipline sportive; annualmente una rappresentativa italiana viene chiamata a partecipare alternativamente ai Giochi Mondiali (Invernali o Estivi) o a quelli Europei.

I XXX Giochi Nazionali Estivi a Venezia rappresenteranno una straordinaria

occasione per riaffermare il valore della diversità e per promuovere un differente approccio alla disabilità intellettiva, quale risorsa e forza per una società realmente inclusiva. Ospitando i Giochi, Venezia sfiderà se stessa a dimostrarsi campione di accessibilità e accoglienza, regalando a tutti gli Atleti, ai familiari ai tecnici e a tutto il pubblico un'esperienza davvero indimenticabile.

L'EVENTO SPORTIVO

7 discipline sportive:

basket, bocce, canottaggio, equitazione, golf, nuoto, tennis

3 discipline dimostrative:

vela, pallanuoto unificata, nuoto pinnato
1500 atleti, 250 tecnici, 600 volontari,
1400 famigliari

GLI EVENTI COLLATERALI

- Torch run
- Cerimonia di apertura in
Piazza San Marco Villaggio olimpico
- Host town
- Programmi salute
- Cerimonia di chiusura

Siti dedicati

www.specialolympics.it

www.facebook.com/specialolympicsita

www.specialolympics.org



L'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA
in collaborazione con la
FONDAZIONE ARS MEDICA DI VENEZIA

organizza il ciclo di incontri:

LA GESTIONE EXTRACLINICA DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

PROGRAMMA:

27 marzo 2014

Ore 20.30 - 23.30

Alfabetizzazione assicurativa

avv. S. Zancani e dott. D. Roncali

10 aprile 2014

Ore 20.30 - 23.30

Evoluzione normativa e giurisprudenziale su responsabilità penale e civile (amministrativa e disciplinare)

avv. S. Marinello

15 maggio 2014

Ore 20.30 - 23.30

La responsabilità medica dopo la legge Balduzzi 189/2012 che depenalizza la colpa lieve. Prime applicazioni giurisprudenziali e questioni rimaste aperte.

avv. E. Mancini

29 maggio 2014

Ore 20.30 - 23.30

Proposta parametri per le assicurazioni

dr. F. Barracano

12 giugno 2014

Ore 20.30 - 23.30

Fiscalità, mutui, finanziamenti, quali sono le regole attuali

dr. A. Salvadoretti

Responsabili scientifici:

dott. **Moreno Breda**

dott. **Moreno Scevoli**

Tesoriere OMCeO Venezia

Presidente della Fondazione Ars Medica di Venezia

Segreteria organizzativa:

Segreteria OMCeO Venezia

e-mail: segreteria@ordinemedicivenezia.it

tel. 041.989479

Numero massimo posti disponibili: 65

E' OBBLIGATORIA L'ISCRIZIONE

Le 5 serate costituiscono un unico evento formativo che dà diritto all'acquisizione di 15 crediti ECM