

# OMCeo

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

02.11

Anno LII - n. 02 del 13 giugno 2011 - Euro 0,90  
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003  
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

**Dall'etica medica alla bioetica**

**Sudore, lacrime e sangue**

**5x1000 all'ENPAM**

**Entusiasmo e disponibilità,  
moderne chimere?**

**Sorveglianza delle febbri estive  
in Regione Veneto**

**Ordini separati?**

**Assemblea Federspev**



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI  
DI VENEZIA



# ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

2

## Consiglio Direttivo

dott. MAURIZIO SCASSOLA (Presidente)  
dott. SALVATORE RAMUSCELLO (Vice-Presidente)  
dott. CATERINA BOSCOLO (Segretario)  
dott. DAVIDE RONCALI (Tesoriere)  
dott. PIERLUIGI ALLIBARDI  
dott. MORENO BREDA  
dott. GIUSEPPE COLLURA  
dott. GELLI GIUSEPPE FABRIS  
dott. GIOVANNI LEONI  
dott. TIZIANA MARUSSO  
dott. MALEK MEDIATI  
dott. GIULIANO NICOLIN  
dott. GABRIELE OPTALE  
dott. PAOLO REGINI  
dott. MORENO SCEVOLA  
dott. MAURIZIO SINIGAGLIA  
dott. COSIMO TOMASELLI

## Collegio dei Revisori dei Conti

### Effettivi

dott. RENATO FAMELI (Presidente)  
dott. PASQUALE PICCIANO  
dott. ANDREA BAGOLAN

### Supplente

dott. ALBERTO COSSATO

## Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

dott. COSIMO TOMASELLI (Presidente)  
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO  
dott. GABRIELE CRIVELLENTI  
dott. GIULIANO NICOLIN  
dott. PIETRO VALENTI



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI  
DI VENEZIA

Anno LII - n. 02 del 13 giugno 2011  
Aut. Tribunale di Ve n. 239 - 31.1.1958

*Direttore Editoriale*  
Maurizio Scassola

*Direttore Responsabile*  
Franco Fabbro

*Comitato di redazione*  
Giovanni Leoni, Giuliano Sassi,  
Michela Morando, Gabriele Optale  
Antonio Lo Giudice, Cristiano Samuelli

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

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

*Progetto Grafico*  
Vilma Baldin  
*Stampa*  
Grafiche Antiga, Crocetta del Montello (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 13 giugno 2011*

04 Dall'Etica Medica alla Bioetica:  
un percorso che parte  
sempre dalla Professione

06 SUDORE, LACRIME  
E SANGUE

08 Leadership in sanità:  
Interpretazioni al  
femminile, innovazioni  
opportunità

08 Indagine su: "Paradigmi  
professionali e tempi di  
lavoro e vita dei medici"

09 PEC: POSTA ELETTRONICA  
CERTIFICATA - Il mondo della  
comunicazione va veloce

10 IL 5X1000 all'ENPAM  
Il perché di una scelta

11 COMUNICATO AGLI ISCRITTI

12 INAIL E PROFESSIONE  
MEDICA: le ragioni  
di una collaborazione

13 Entusiasmo e disponibilità,  
moderne chimere?

15 ASIA E CINA SI APRONO ALLE COMUNITÀ  
SCIENTIFICHE INTERNAZIONALI.

18 ORDINI SEPARATI

19 SORVEGLIAZA DELLE FEBBRI ESTIVE  
IN REGIONE VENETO: DENGUE,  
CHIKUNGUNYA, WEST NILE

24 Associazione Culturale Pediatrica  
LUCREZIA CORNER

26 Mal d'Africa: malattia contagiosa?

28 Assemblea annuale degli iscritti  
della sezione di Venezia  
3 aprile 2011

30 AGGIORNAMENTI  
IN MEDICINA SESSUALE  
SEXUAL MEDICINE UPDATE

32 LE SERATE DELL'ORDINE

Sommario

3

# Dall'Etica Medica alla Bioetica: un percorso che parte sempre dalla Professione

4

L'etica, semplificando, affronta i fondamenti oggettivi e razionali che permettono di assegnare ai comportamenti umani uno status deontico ovvero di poterli distinguere in buoni, giusti moralmente accettabili; l'etica li esamina, li include nella loro cornice storico – culturale – sociale, ne esprime il carattere valoriale attuale. L'etica è anche una ricerca continua di rapporto e di equilibrio tra la propria libertà e quella degli altri: noi possiamo esprimerci e agire relazionandoci ad una cornice di riferimento; l'etica si occupa del *Senso* dell'esistere umano, del significato profondo, esistenziale della vita del singolo e della comunità che lo include. La parola etica si riferisca ad un intento razionale, filosofico e non emotivo, puramente solidaristico; è una *disciplina strategica* che permette la costruzione di una condivisione comunitaria e non soggettiva. Quando parliamo di etica medica non vogliamo parcellizzare il concetto di etica ma sottolineare come i medici debbano affrontare il problema della loro relazione con gli *Altri* attraverso la rivalutazione dei loro comportamenti all'interno della categoria alla quale appartengono; in questo senso l'etica medica è elemento prioritario e viene, come riflessione, prima della bioetica che assegna ai comportamenti umani uno status deontico nel campo della ricerca biologica e della salute. Se si considera l'etica medica sulla base di queste prime riflessioni, si può subito dopo affrontare la triangolazione: medico, persona e società. Questa triplice relazione include sia doveri sia diritti. E' ovvio che al medico vengano riferiti più doveri che diritti: *l'asimmetria relazionale e contrattuale* ci impone una maggior attenzione, delicatezza relazionale e maggiore responsabilità.

Ma cambiamo angolo visuale! All'interno di questo triangolo ognuna delle tre posizioni può e deve essere descritta e valutata in riferimento alle



altre. E' per questo che possiamo affermare che anche il paziente e la società hanno, nei confronti del medico, degli obblighi etici! Il paziente, ad esempio, deve comunicare al medico ogni notizia utile al percorso di cura, deve rispettarne le indicazioni terapeutiche ed il modello organizzativo; ma il paziente ha anche dei doveri rispetto agli altri pazienti e rispetto alla società : per esempio deve evitare comportamenti che compromettano l'efficienza, l'equità e l'organizzazione dei servizi. La terza componente, la società, ha precisi obblighi rispetto ai medici : deve metterli nelle condizioni di poter curare la persona in ambienti sereni e sicuri; la sicurezza del paziente non può essere disgiunta dalla sicurezza degli operatori e nello specifico del medico e si deve inserire tra

gli obiettivi etici e solidaristici del nostro Paese che deve affrontare, nell'anniversario dei suoi 150 anni di Unità, una profonda rivisitazione dei concetti di responsabilità individuale e collettiva, ponendo, come priorità democratica la *questione dei doveri*. L'OMCeO di Venezia pone oggi queste questioni come argomenti vitali di discussione; la classe medica deve coinvolgere il mondo delle Associazioni, organizzazioni di interesse sociale a difesa del Malato e del Cittadino, perché è giunto il momento di attivare strategie comuni per salvaguardare la sopravvivenza di un SSNN equo, solidaristico partendo dal concetto di dovere individuale e collettivo. Con questa logica abbiamo iniziato il percorso formativo della Scuola di Etica Medica che è nato per incentivare il confronto tra medici delle diverse aree che devono trovare il senso della loro vita professionale; con la stessa logica il 15 ottobre ospiteremo un Convegno Nazionale nel quale la Professione incontrerà le Associazioni a difesa del Malato e dei Cittadino sul tema: "La responsabilità individuale e collettiva a sostegno del SSNN : dei diritti e dei doveri". Desideriamo fortemente sottolineare che i concetti di relazione e di servizio devono vedere coinvolti costantemente il cittadino, il professionista della salute e l'organizzazione dei Servizi. Dobbiamo favorire la costruzione di un sistema pubblico con una forte attenzione alla trasparenza, alla definizione delle responsabilità organizzative e professionali, alle relazioni tra i vari attori, alle esigenze dell'utente, ai risultati finali che ognuno all'interno della propria organizzazione deve garantire al sistema delle cure. Dobbiamo porre attenzione allo sviluppo di una medicina capace di cogliere e di applicare i risultati della migliore pratica clinica coniugando efficienza ed efficacia, sottolineando che il concetto di sicurezza delle cure

include in un'area unica ed omogenea i concetti di sicurezza della persona e di sicurezza degli operatori. Un'altra manifestazione si svolgerà Domenica 16 ottobre, al Parco di San Giuliano; lungo un percorso individuato al centro del Parco, si svolgerà "Venezia in Salute" con la quale si inviterà la popolazione allo svolgimento di specifiche attività aerobiche; con la collaborazione della Venice Marathon, saranno installati stand di presentazione del mondo dei professionisti della salute e delle associazioni a difesa del malato; la popolazione seguirà il percorso all'interno di questo "villaggio della salute" ed avrà l'opportunità di svolgere esperienze educative e di ricevere informazioni specifiche sugli stili di vita e sugli strumenti e metodi finalizzati al mantenimento di una vita sana e attiva. Ecco che la triangolazione medico, associazioni, società, esprimerà una serie di esempi pratici di come l'individuo debba affrontare prioritariamente, per se stesso e per gli altri, il concetto di *dovere* che è elemento fondante del concetto di diritto e di responsabilità. L'OMCeO di Venezia continua nella sua storia di impegno civile e professionale con entusiasmo ma soprattutto con la certezza che oggi è tempo di parlare con coraggio e determinazione dei nostri *doveri*.

**Maurizio Scassola**

---

Editoriale

---

5

---



# SUDORE, LACRIME E SANGUE

6

Cosa ci aspetta nel prossimo futuro?

Chi segue un minimo la stampa nazionale in queste ultime settimane è stato sommerso da analisi e proiezioni.

L'analisi congiunturale dell'ANDI ha dato il via: l'agenzia Key-Stone ha fotografato la situazione del dentale riportando 2,5 milioni di accessi negli studi in meno nel 2010 rispetto al 2009, che ha colpito soprattutto i più giovani e i più anziani.

Sull'accuratezza dei dati raccolti da Key-Stone nutriamo qualche dubbio, tanto che abbiamo avviato come Ordine di Venezia una indagine congiunturale sugli iscritti al nostro Albo Odontoiatri con una metodologia scientificamente rigorosa.

Ma al momento i dati di Key-Stone contribuiscono a definire l'orizzonte su cui riflettere, e ciò che assolutamente colpisce è la sfilza di amenità che vengono pronunciate in questo orizzonte.

Sul Giornale dell'Odontoiatra del 15 Maggio ad esempio si legge che "Esiste un assoluto bisogno di aumento delle prestazioni". Strano questo *assoluto*.

Per farla breve, in realtà è un bisogno *relativo*: si ritiene che le risorse economiche della popolazione siano insufficienti a garantire le cure odontoiatriche per tutti. Poi però si ricorda che la salute orale degli italiani è tra le migliori se non la migliore al mondo. Ma allora, cosa si vuole di più che essere i primi della classe?

Il calo del fatturato degli odontoiatri invece è un dato di fatto che raramente viene *relativizzato* rispetto a un qualche punto di riferimento: quanto guadagna un altro professionista a parità di anni



di studio, di investimento e di tempo lavorato?

In ogni caso, dal connubio tra la popolazione che non ha le risorse per curarsi e i dentisti che non guadagnano (più) quanto meritano, vengono strane ipotesi.

Per vagliare queste ipotesi poniamo gli elementi base: risorse economiche date, in un contesto nel quale il cittadino italiano medio spende di più per il telefonino, per il cinema o per la pizza

che per il dentista, spese di gestione in crescita, gran parte delle quali parassite (burocratiche, non finalizzate alla qualità della prestazione).

Nell'orizzonte così definito, cosa ipotizzano i guru dell'odontoiatria?

I Fondi Sanitari e un maggior investimento nella sanità pubblica. Oppure la "specializzazione delle competenze", intendendo con ciò strutture complesse nelle quali si possano recuperare risorse perché "qualcuno" si occupi degli aspetti burocratici della professione, incluse ovviamente le convenzioni e le promozioni del tipo compri tre paghi due.

Ma facciamo su queste ipotesi il conto della serva: cosa hanno tutte in comune? Una cosa almeno: l'aumento delle spese!

Siamo al paradosso: si piange perché la popolazione non ha le risorse per curarsi e il reddito dei professionisti cala, e si propongono soluzioni che aumentano le spese?

Certo che la crisi non colpisce solo i dentisti, quindi ci sono sicuramente commercialisti, assicuratori, avvocati, esperti di marketing, disposti ad offrirci la loro "quasi" gratuita consulenza. Ma noi, noi odontoiatri che vediamo e viviamo le

cose dentro le nostre scarpe, dobbiamo essere più concreti dei grandi guru e sapere realisticamente che cosa migliorerà il nostro esercizio professionale e di conseguenza il nostro reddito.

Parto da un caso limite, purtroppo però non così di fantasia come vorremmo che fosse. Ci sono colleghi che delegano l'ortodonzia ad un odontotecnico e la mobile ad un altro, che fanno fare l'igiene ad una igienista e gli impianti ad un giovane collaboratore, che chiamano un esperto per gli elettromedicali e un altro per la 22/2002 o il DVR. Costoro poi si lamentano che il loro reddito è in continuo calo!

Se tralasciamo gli aspetti dell'esercizio abusivo, dal punto di vista strettamente economico, chiamare un collega a fare ortodonzia o la mobile, è altrettanto controproducente. Questo comportamento viene dai più giustificato con il fatto che "l'Università non li ha preparati alla pratica". Meglio fare due riflessioni!

Da un lato ho l'impressione che molti, soprattutto negli ultimi anni, prendano l'università come una estensione delle medie inferiori: soggetti passivi della formazione impartita dai docenti. L'università dovrebbe essere il vertice della cultura di un paese, laurearsi dovrebbe corrispondere a dimostrare di maneggiare con la massima disinvoltura tutti gli aspetti della disciplina oggetto della laurea. Questa padronanza non può essere e non è mai stata un risultato passivo. Non si può sperare di acquisirla passando un certo numero di ore sui banchi o sui libri e rispondendo a pappagallo agli esami. L'università è sempre stata solo una occasione di incontro tra i discenti e i docenti, occasione che può essere colta o perduta.

Purtroppo questa decomposizione della funzione dell'università è entrata talmente nel DNA degli odontoiatri che si perpetua anche dopo la laurea: coloro che ritengono di non aver imparato abbastanza, pagano costosi corsi post-laurea alle università o a altri enti di formazione nella speranza di imparare qualcosa scaldando altre sedie.

Una ipotesi alternativa? Con quello che pagano questi corsi potrebbero abbonarsi ad autorevoli riviste e dedicare allo studio non qualche week end al mese, ma tutto il tempo libero che la sindrome della poltrona vuota e la voglia di imparare consentono loro. In sintesi si tratta di conquistare o riconquistare una concezione della formazione centrata sull'iniziativa personale e non eterodiretta, non passiva.

L'attuale situazione didattica ha una propria radice, che è la riforma Gentile della scuola italiana, quindi di stampo fascista. Durante la discussione che travagliò il paese in occasione di quella riforma una forte polemica fu condotta dal clinico napoletano Giuseppe Moscati: il Moscati si oppose al Gentile per quel che riguarda il ruolo degli ospedali nella formazione dei medici. Mentre la riforma Gentile prevedeva che l'università dovesse essere l'unico luogo della formazione, il Moscati rivendicava il ruolo degli ospedali dove nella pratica clinica il medico imparava dal malato e dai medici anziani la professione.

Se noi guardiamo a ritroso la nostra storia, approfittando delle celebrazioni dei 150 anni di storia patria, dobbiamo ammettere che Moscati aveva ragione. Ci sono cose che non si imparano sui libri, anzitutto l'etica, ma in generale il modo di stare al mondo, la "pratica".

È evidente che la crisi dell'odontoiatria non si risolve con le pseudoipotesi dei vari guru.

I colleghi devono ripartire da sé stessi, investire su sé stessi, prendendo in mano la propria professione. Quali gli strumenti?

Anzitutto, a mio parere, la solidarietà di categoria, l'Ordine professionale con tutte le iniziative già in atto e tutte quelle che una maggiore partecipazione potrà suggerire. Occuparsi, ad esempio, della normativa sulle autorizzazioni o sul lavoro dipendente piuttosto che sulla privacy, ci rende capaci di gestire al meglio i nostri studi, risparmiando in burocrazia e consulenti, in un modo più consona a professionisti degni di questo nome.

Poi lo studio, magari anche questo gestito in una ottica di dialogo e scambio con gli altri colleghi, come gli aggiornamenti da noi promossi in questi anni hanno cercato di suggerire.

Poi il lavoro, perché, come diceva Renato Amerio, per lavorare bene bisogna lavorare tanto.

Non ci sono scorciatoie. La strada larga porterà inevitabilmente alla proletarizzazione della professione, da professionisti a prestatori d'opera espropriati del proprio ruolo e del risultato del proprio lavoro.

La strada stretta è faticosa. Saperlo è bene: chi non se la sente è meglio che scelga per tempo una migliore alternativa.

Cosimo Tomaselli

## Leadership in sanità: Interpretazioni al femminile, innovazioni opportunità

Si è svolto a Firenze, venerdì 1 Aprile, il Convegno Nazionale "Leadership in sanità: interpretazioni al femminile, innovazioni opportunità".

L'evento ha visto la partecipazione di molte relatrici, che con diversi ruoli possono ben dirsi titolate a discutere di leadership in sanità: una presidente e due vicepresidenti di ordini dei medici, una direttrice generale di ASL, la Direttrice Generale di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana, l'assessore alla Salute della Regione Toscana, una direttrice di Dipartimento, una Professoressa Ordinaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze, la Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche, nonché varie docenti universitarie di Economia e Sociologia e colleghe della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze.

L'obiettivo del convegno era di riflettere su come l'organizzazione sanitaria possa rimodellarsi tenendo conto dei nuovi scenari posti dalla progressiva femminilizzazione della dirigenza medica all'interno del Sistema Sanitario.

Da più parti si è posto l'accento sulla necessità di tutelare dal punto di vista normativo l'accesso delle donne ai ruoli apicali, sia a livello di ordini dei medici, sia a livello di dirigenza delle ASL,

richiamando le Direttive Europee in tema di parità e la legge sulle così dette "Quote Rosa" attualmente all'esame del Parlamento che si prevede andrà a regime tra il 2015 e il 2018, ma che non riguarda specificamente la sanità. A tal proposito l'Assessore alla Salute della Regione Toscana auspica una presenza del 30% di donne nei ruoli apicali delle ASL entro il 2012 e del 50% entro il 2015.

Nel condividere questo auspicio la scrivente nota però che pur dovendosi rilevare in questo convegno un taglio più positivo e concreto, nessuna realistica proposta è stata avanzata per ottenere ope legis l'assegnazione di queste quote. Va registrata comunque con soddisfazione la decisa presa di posizione del Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze che, caldeggiando quest'ipotesi ha concluso il suo intervento con queste parole: "Se le sedie sono poche qualcuno si deve alzare!" E penso che questa potrà e dovrà essere la mission per il nostro triennio di Commissione Pari Opportunità.

**Emanuela Blundetto**  
**Cristina Mazzarolo**  
**Manuela Piai**

## Indagine su: "Paradigmi professionali e tempi di lavoro e vita dei medici"

Lunedì 4 Aprile u.s. ha avuto luogo presso la sede dell'Ordine dei Medici di Padova una riunione aperta alle rappresentanti della CPO degli altri Ordini regionali.

LO scopo era di illustrare i risultati di un questionario somministrato nel periodo metà Settembre- inizio Novembre 2010 a tutti i medici della provincia di Padova, per promuovere un'indagine dal titolo "Paradigmi Professionali e tempi di lavoro e vita dei medici".

Il gruppo di ricerca dell'Ordine dei Medici e Chirurghi di Padova propone di estendere l'indagine agli iscritti di tutti gli Ordini del Veneto, di cui chiede la collaborazione per costituire dei gruppi di studio che predispongano entro la fine

di Aprile una stesura definitiva del questionario. Le eventuali modifiche e integrazioni proposte verranno valutate da un docente della facoltà di Statistica dell'Università di Padova, per poi essere messe on-line sul sito di ciascun Ordine; la raccolta dei dati avverrà on-line da Maggio a Luglio con procedure che garantiscano l'assoluto anonimato, poiché i dati afferiscono direttamente alla facoltà di Statistica.

E' previsto poi un incontro dei gruppi di ricerca entro Settembre, per la valutazione dei risultati prima della loro diffusione.

**Caterina Boscolo**  
**Manuela Piai**

# PEC:

## POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

### *Il mondo della comunicazione va veloce*

L'Ordine Provinciale di Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia da Novembre 2009 ha provveduto a fornire il servizio di posta elettronica certificata gratuitamente a tutti gli iscritti e a raccogliere in questo tempo i relativi indirizzi e-mail certificati, adempiendo agli obblighi di legge.

Il Decreto Legge n. 185/08, convertito in legge n. 2 del 28 gennaio 2009 titolo II art.16 ("Legge Brunetta") prevede che:

*comma 7*

***"I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Gli ordini e i collegi pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata."***

La Posta Elettronica Certificata è quindi a tutti gli effetti uno strumento con *valenza giuridica*; un messaggio di posta elettronica con lo stesso valore di una raccomandata con ricevuta di ritorno tradizionale, dando garanzia di sicurezza sulla ricezione e sul recapito delle comunicazioni e permettendo, allo stesso tempo, di risparmiare il costo dell'invio di raccomandate cartacee, inviando tutto in formato elettronico.

#### **Come funziona:**

Quando il mittente invia il messaggio, riceve dal proprio Gestore di PEC (obbligatoriamente iscritto nell'elenco del CNIPA) una ricevuta di accettazione con relativa attestazione temporale (giorno, mese, anno e ora), la quale costituisce prova legale dell'avvenuta spedizione del messaggio. Allo stesso modo, quando il messaggio arriva nella casella del destinatario, il suo gestore di PEC invia al mittente la ricevuta di avvenuta (o mancata) consegna, con l'indicazione di data

e orario, a prescindere dall'avvenuta visualizzazione o meno del messaggio da parte del destinatario.

I commi 7 e 10 tutelano la privacy :

*comma 10*

***"La consultazione per via telematica dei singoli indirizzi di posta elettronica certificata o analoghi indirizzi di posta elettronica di cui al comma 6, nel registro delle imprese o negli albi o elenchi costituiti ai sensi del presente articolo avviene liberamente e senza oneri. L'estrazione di elenchi di indirizzi e' consentita alle sole pubbliche amministrazioni per le comunicazioni relative agli adempimenti amministrativi di loro competenza."***

Il sistema PEC è una prerogativa tutta italiana pensata per tutelare prevalentemente le comunicazioni del cittadino italiano con la Pubblica Amministrazione, e perciò non rappresenta uno standard internazionale. In questo primo anno e mezzo, però, il suo utilizzo è in aumento ogni giorno, con circa un milione di messaggi scambiati ogni mese sia all'interno della PA ma anche tra questa ed i privati cittadini e tra i cittadini stessi.

Come per tutti i cambiamenti, inizialmente è facile trovare qualche resistenza ad utilizzare nuovi strumenti di lavoro, ma con un po' di impegno spesso le nuove tecnologie ci semplificano la vita così tanto che poi non possiamo più farne a meno, basti pensare al telefono cellulare. E' chiaro che per gli iscritti più giovani, che già hanno confidenza con gli strumenti informatici, questa nuova modalità è stata sicuramente più facile da comprendere, accettare ed integrare alle normali attività quotidiane.

Molti professionisti medici ed odontoiatri avranno nei prossimi anni sempre più occasioni di verificare l'utilità del servizio pec, non appena anche la PA inizierà a farne un uso più funzionale.

La fase iniziale ha incontrato pochi entusiasmi da parte degli iscritti, ma ad oggi a distanza di un anno e mezzo, la Segreteria dell'Ordine è riuscita a raccogliere e registrare circa 1500 adesioni.

Questo servizio che inizialmente ha sollevato perplessità e dubbi soprattutto rispetto la tutela della privacy, oggi incontra il favore di quelli che l'hanno attivata sperimentandone la facilità di utilizzo e la comodità.

Si ricorda a tutti gli iscritti che non avessero ancora attivato un proprio indirizzo di posta certificata, che la legge su citata ne sottolinea l'obbligatorietà e il dovere di comunicazione al proprio ordine professionale. Ricordando che per tutto il 2011 il servizio è offerto gratuitamente agli iscritti. Il modulo di adesione è scaricabile dal sito dell'ordine ([www.ordinemedicivenezia.it](http://www.ordinemedicivenezia.it)), e può essere inviato, debitamente compilato, allegando copia del documento di identità, a

mezzo fax (041989663) o via posta ordinaria (via Mestrina 86, 30172 Mestre), oppure via e-mail ([anagrafiche@ordinemedicivenezia.it](mailto:anagrafiche@ordinemedicivenezia.it)) provvedendo a scannerizzare tutta la documentazione debitamente compilata e firmata. I tempi di chiusura della pratica dal momento del ricevimento si aggirano mediamente intorno ai 15 giorni.

In alternativa è possibile attivare il servizio in modo autonomo contattando direttamente uno dei numerosi gestori.

*Il Segretario*

**Dott.ssa Caterina Boscolo**

*Il collaboratore*

**Dott.ssa Veronica Boldrin**

10

## IL 5X1000 all'ENPAM Il perché di una scelta

L'ENPAM, il nostro ente di previdenza è una fondazione privata il cui scopo è erogare previdenza, ma anche assistenza ai propri iscritti. Di recente ho avuto modo, su queste pagine, di illustrare le prospettive di unificare vari enti per l'assistenza ai colleghi in difficoltà.

L'assistenza si esplicita nei casi di difficoltà del medico, la solidarietà concreta ai colleghi dell'Aquila ha permesso loro di riprendere a lavorare dopo il terremoto, assistenza è anche la tutela dell'età post-lavoro e/o nei casi di difficoltà economica in cui la rendita pensionistica non basta. La grande preoccupazione, oggi, è proprio l'ipotesi futura della disabilità e della non autosufficienza.

Se è vero che la non autosufficienza riguarda solo il 15% degli over 65 è anche vero che si raggiunge un 40% negli over 80 e il concetto dell'anziano fragile ha ormai stressato i MMG con corsi e ricorsi con cui si vorrebbe risolvere un problema sociale trasformandolo in un problema medico, ma così non può essere.

Anche noi medici diventiamo vecchi e qualche volta anche disabili e non ci sono "cure" per guarire. Dobbiamo rendere concreto quel mini-welfare interno alla professione di cui si inizia a parlare, quella solidarietà di categoria per sostenere chi ne ha più bisogno. Oltre le parole servono concretezza, disponibilità economica e gestione oculata delle risorse.

Ogni anno ognuno di noi medici in attività o in quiescenza, è chiamato a contribuire alle spese dello Stato con la tassazione proporzionale al proprio reddito e ciò avviene a Maggio e Novembre.

Nella dichiarazione dei redditi vi è comunque l'opportunità per il contribuente di destinare il 5 x 1000 del versato ad un ente tra quelli inclusi in un particolare elenco di organizzazioni non lucrative di utilità sociale.

Anche l'ENPAM rientra a pieno titolo tra i possibili beneficiari del 5 x 1000 !!!

Se crediamo nella solidarietà di categoria, se riteniamo che la disabilità sia un momento critico della vita in cui maggiore è il bisogno di sostegno e aiuto anche economico, ricordiamoci di fare un piccolo gesto, che non ha costi aggiuntivi, destiniamo il 5 x 1000 all'ENPAM. L'ultimo rendiconto disponibile dice che solo poco più di 3000 medici o odontoiatri ha destinato il proprio 5 x 1000 al nostro ente raccogliendo comunque circa 300.000 €, pensiamo a quanti progetti si potrebbero concretizzare se molti altri (siamo circa 400.000 ipotetici contribuenti) facessero quel piccolo gesto di solidarietà di destinare

Il 5 x 1000 alla Fondazione ENPAM:

**80015110580**

**Moreno Breda**

# **COMUNICATO AGLI ISCRITTI**

---

**Abbiamo attivato il nuovo servizio di segreteria telefonica  
Quando telefonerete all'Ordine  
(ai numeri 041989479 e 041989582)  
sentirete la voce del RISPONDITORE AUTOMATICO  
che provvederà a smistare la chiamata  
secondo le esigenze di chi chiama**

**Le opzioni saranno:**

**PER PRATICHE ENPAM E CONTABILITÀ  
Digitare 1**

**PER SEGNALAZIONI VARIE  
E PUBBLICITÀ SANITARIA  
Digitare 2**

**PER ISCRIZIONI – CANCELLAZIONI  
E RISCOSSIONE QUOTE  
Digitare 3**

**PER PROCEDURE  
PROCEDIMENTI DISCIPLINARI  
Digitare 4**

**PER RILASCIO  
CERTIFICATI ED EVENTI ECM  
Digitare 5**

**Senza nessun input e rimanendo in linea  
la chiamata sarà dirottata  
al primo operatore disponibile**

**Confidando di poterVi dare un servizio sempre migliore  
La Segreteria Omceo Venezia**

# INAIL E PROFESSIONE MEDICA: le ragioni di una collaborazione

Nei giorni scorsi si è svolto presso la sede dell'Ordine un incontro fra il Presidente Maurizio Scassola ed il nuovo Primario della sede INAIL di Marghera dott. Carmine Mattia (tel ufficio 0412573405 - c.mattia@inail.it), in precedenza in servizio a Pordenone dove già aveva avuto modo di collaborare ed a suo dire con particolare soddisfazione con il locale Ordine professionale. Il Collega nella serata del 31/05 p.v. è stato il relatore della prima serata fra quelle che il nostro Ordine anche quest'anno ha organizzato su tematiche di interesse medico-legale e ha tratto degli infortuni sul lavoro ed obblighi connessi rispondendo alle domande dei Colleghi presenti all'incontro anche riguardo alle malattie professionali e ad altri aspetti che emergono nel corso del quotidiano esercizio professionale con riferimento alla materia della quale si interessa l'INAIL.

Varrà forse la pena rammentare quanto viene riportato dal sito dell'INAIL, ovvero dell'Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, come l'Istituto persegua una pluralità di obiettivi: ridurre il fenomeno infortunistico, assicurare i lavoratori che svolgono attività a rischio e garantire il reinserimento nella vita lavorativa degli infortunati sul lavoro.

L'assicurazione, obbligatoria per tutti i datori di lavoro che occupano lavoratori dipendenti e parasubordinati nelle attività che la legge individua

come rischiose, tutela il lavoratore contro i danni derivanti da infortuni e malattie professionali causati dall'attività lavorativa.

La tutela nei confronti dei lavoratori, anche a seguito delle recenti innovazioni normative, sempre più ha assunto le caratteristiche di sistema integrato di tutela, che va dagli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro, alle prestazioni sanitarie ed economiche, alle cure, riabilitazione e reinserimento nella vita sociale e lavorativa nei confronti di coloro che hanno già subito danni fisici a seguito di infortunio o di malattia professionale, nel contempo per contribuire a ridurre il fenomeno infortunistico l'INAIL realizza importanti iniziative mirate al monitoraggio continuo dell'andamento dell'occupazione e degli infortuni, alla formazione e consulenza alle piccole e medie imprese in materia di prevenzione, al finanziamento altresì delle imprese che investono in sicurezza.

Tutti i suddetti argomenti risultano di stretta attualità ed è pertanto senz'altro auspicabile che si possa impostare una proficua e feconda collaborazione fra il nostro Ordine, rappresentante della Professione, ed i Colleghi che lavorano nel-l'Istituto che hanno raccolto con entusiasmo la sfida di "aprirsi" sempre di più verso l'esterno.

**Davide Roncali**

# Entusiasmo e disponibilità, moderne chimere?

**S**ono e sono sempre stato un appassionato di mare, sopra e sotto. Amo la marineria, l'ingegneria navale, la biologia marina, la salsedine tutta. Non appena i miei impegni me lo permettono mi ritrovo a galleggiare da qualche parte. E amo anche tutta la letteratura nautica. Recentemente ho letto un libro sulla qualità di vita dei sommergibilisti durante la seconda guerra mondiale, gli equipaggi dei famigerati U-boots, che mi ha dato da pensare. Turni di riposo di 6 ore a "branda calda" (cioè una branda in quattro a rotazione ogni 18 ore di lavoro massacrante), 45 giovani uomini in poco più di 100 metri quadrati (il comandante, detto "il vecchio", spesso aveva meno di trent'anni), no acqua per lavarsi e quella da bere fetente e rugginosa, stavano in mare per mesi al chiuso. L'aria sempre satura di scarichi diesel e di esalazioni di acido cloridrico dalle batterie per i motori elettrici, per non parlare dell'anidride carbonica incessantemente accumulata da insufficiente ricambio (= mal di testa cronico). Umidità perenne e nessun tipo di climatizzazione termica sia sulle rotte del circolo polare che all'equatore. Otto su dieci non sono mai tornati (parliamo di circa 36000 uomini che a loro volta hanno affondato 2828 navi alleate). Quando veniva lanciato l'ordine "Auf Gefechtsstationen" (ai posti di combattimento) tutti, semplicemente, non come nei film, si fermavano esattamente dov'erano zitti e con le orecchie tese per ore o giorni sperando e pregando che il loro comandante fosse sì uno bravo ma soprattutto fortunato. Vado avanti o basta così? Eppure davano ugualmente il meglio di se stessi ma non perché fanatici guerrafondai o per sacro amor di patria, e qui ci sarebbe da dilungarsi, ma, datemelo per buono, semplicemente per l'entusiasmo tipico giovanile da orgoglio di ruolo che, e forse ce lo siamo dimenticato, ci ha infervorati tutti a suo tempo, ovviamente nel nostro campo. Veniamo al dunque, l'entusiasmo è caratteristico solo della gioventù o ci stimola anche quando pensiamo di avere già fatto tutto visto tutto ecc? Volete



che al posto delle bombe di profondità dell'epoca ci mettiamo il quotidiano pericolo del contenzioso giuridico? Oppure che sostituiamo la sofferenza psico-fisica derivata dall'essere chiusi dentro un tubetto d'acciaio sott'acqua con il nostro stress da pazienti, da rapporti forzati, da un mondo isterico e malato che va al rovescio? Sicuramente esagero, ma noi i vent'anni li abbiamo passati da un pezzo ed è difficile trovare per l'ennesima

volta il trasporto e le energie per ergerci umanamente e professionalmente con rinnovata passione, come invece viene così immediato a chi è ancora in "tenera età". Ma è sempre meglio, quando si mette nero su bianco, portare esempi reali. A dimostrazione di ciò un fatto recente. ANDI Venezia da 16 anni offre alla popolazione di tutta la provincia un servizio di guardia odontoiatrica prefestivo e festivo, poco conosciuto anche se c'è da sempre sul Gazzettino. E' gestito da un bravo ed impegnato collega consigliere che settimanalmente incarica questo o quest'altro socio della reperibilità. Pochi giorni fa il responsabile ha telefonato al dott. Renzo Romanelli in quanto era arrivato il suo turno. Questo, che probabilmente per un disguido, non era mai stato a conoscenza del servizio è stato letteralmente galvanizzato dall'iniziativa, appassionandosi all'idea e mettendosi immediatamente a disposizione ove, a volte, stimati e quotati colleghi, storcono il naso e campano scuse pur di non rendersi disponibili. E fin qui nulla da dire, peccato che ho dimenticato di sottolineare che il dottore di anni ne ha 73, e non è di certo fresco di laurea, congratulazioni e grazie per il bell'esempio! E di qui la prima domanda da autosministrarci: esiste ancora dentro di noi l'entusiasmo professionale? A questo punto introduciamo un secondo discorso molto collegato al primo, la disponibilità nei confronti di chi è meno fortunato di noi in relazione al nostro status di medici o odontoiatri. O meglio, scendiamo di un altro gradino nella scala dei valori della disponibilità e parliamo di carità vera e propria.

Le più affollate religioni mondiali buddista, islamica e cristiana, hanno in comune, tra le tante altre cose, il concetto di carità. Il monaco buddista ha, come unici possedimenti terreni, solo la tunica che indossa e la sua ciotola, che anche l'ultimo dei poveretti non

Attività  
dell'Ordine

13

esita a riempire con un pugno di riso, carità diretta. Uno dei cinque pilastri della fede nel mondo mussulmano recita l'obbligo della carità e, come chiunque sia stato in un paese di profonda fede islamica ha sicuramente notato, tutti e ribadisco tutti danno anche solo un pezzo dell'unico dattero che possiedono a chi ha fame. Ancora carità diretta. Nel mondo cristiano l'invito è sempre quello di fare la carità ma le modalità sono diverse, e cioè, si raccolgono fondi che successivamente vengono distribuiti dalla Chiesa, ci si associa ad enti caritatevoli, si adottano i bambini a distanza ecc. Prevalentemente carità indiretta. Direte, che c'entra tutto ciò con noi medici? C'entra, c'entra perché la nostra cultura, nonché modus comportamentale, è cresciuta con questo concetto, caritatevoli per procura o meglio per delega. Pago e metto a posto la coscienza. Può anche andarmi bene per l'uomo della strada, ma per chi esercita una professione sanitaria non dovrebbe essere così. Non voglio dire che chi si è iscritto a Medicina o Odontoiatria lo abbia fatto solo perché chiamato ad una missione, ma penso che un po' più di disponibilità non guasterebbe. Anche agli occhi della pubblica opinione se proprio vogliamo vederla così! Chi di noi non ha desiderato a un certo punto del suo percorso per diventare medico o odontoiatra di mettere a disposizione dei meno fortunati l'arte appresa in tanti anni di studi? Ma quanti lo hanno veramente fatto una volta titolati? Il problema rimane sempre quello di dedicare un po' del nostro preziosissimo tempo per fare cose che in fin dei conti fanno altri o, come dicevo prima, compio ugualmente mettendo mano al portafogli, quando e se lo faccio (e poi chissà se gli arrivano davvero i soldi...). Purtroppo non funziona così, e nel nostro bel mondo occidentale ne abbiamo continue riprove quotidiane. Attenzione, nulla voglio

togliere a tutti coloro, in tutti gli ambiti sanitari, a tutti i livelli gerarchici e compreso anche tutto il personale paramedico, che si impegnano volontariamente e gratuitamente dentro e fuori la loro professione. Per contro non ne posso più di vedere colleghi, ripeto colleghi, non normali cittadini, che non muovono un dito davanti alla tragedia sanitaria dei migranti che imperversa nel nostro paese, anzi reagiscono infastiditi recitando banali slogan politici. Ma che c'entra la salute con le scelte politiche di questo confuso paese? Un esempio per tutti: il recente invito dell'Ordine a elargire un po' di disponibilità alla nuova struttura di Emergency sorta a Marghera, storico crocevia di emarginati, marittimi lontani da casa, extracomunitari e poveri nostrani. Un sentito grazie, dunque, ai 40 colleghi ed ai numerosi infermieri che hanno aderito all'iniziativa. Ma potremmo fare molto di più ed in modo totalmente autonomo. Siamo oltre 4000 in provincia di Venezia, togliamone 1000 perché anziani (anche se come abbiamo visto non è sempre detto) o troppo giovani, altri 1000 perché sono decisamente... (leggi non sensibili) ne rimangono sempre talmente tanti che se ciascuno di noi dedicatesse 2 ore al mese, la forza lavoro nel tempo, data dalla nostra professionalità, sarebbe enorme; parliamo di circa "130 ore/giorno lavorativo" di assistenza super-specialistica, in quanto copriamo tutte le aree della medicina. Due ore al mese a testa sono davvero nulla. Poi, forse, sui giornali ci sparerebbero meno contro. Lo so, sono malato di utopia ma spero di essere contagioso.

Diceva Albert Einstein "Il mondo è quel disastro che vedete non tanto per i guai combinati dai malfattori, ma per l'inerzia dei giusti che se ne accorgono e stanno lì a guardare".

**Stefano A. Berto**



# ASIA E CINA SI APRONO ALLE COMUNITÀ SCIENTIFICHE INTERNAZIONALI.

Qualche riflessione sulla Cina di oggi,  
in occasione della partecipazione  
ad un congresso a Chongqing, aprile 2011  
(EPS Chongqing International Medicine Forum 2011)

**R**ecentemente la Cina sta creando un'ampia gamma di iniziative mirate a stabilire un dialogo dinamico e costruttivo sia con la comunità accademica che con l'infrastruttura multinazionale collegata allo sviluppo scientifico. Specificamente, nel campo della medicina le collaborazioni, i meeting e i congressi si susseguono con grande rapidità e intensità. Cardiologia e geriatria in particolare sembrano dominare l'area di riflessione e scambi: e non a caso, perché anche la Cina si ritrova di fronte al fenomeno – in crescita ovunque – dell'invecchiamento della popolazione. I dati rivelati da un recente censimento segnalano che la popolazione cinese ha raggiunto la cifra di 1.370.536.865 di persone, di cui più del 15 % ha più di sessant'anni, con una percentuale di maschi del 51 % rispetto a quella femminile, che ne rappresenta il 49 %. Ci sono

ragioni storiche ben precise per questa situazione, definita, anche se con cautela, preoccupante. Se il governo cinese è riuscito a contenere negli ultimi trent'anni un eccessivo incremento della popolazione attraverso la politica del “figlio unico”, si ritrova adesso a dover affrontare i segnali anche troppo evidenti di un limitato ricambio demografico, che porta, tra le altre cose, a serie conseguenze a livello sociale là dove gli anziani non possono più contare, in molti casi, sull'aiuto e l'assistenza familiare. Si tratta non solo di una crisi culturale – per la cultura cinese, la famiglia si articola come una serie infinita di sfere concentriche inscindibili e inseparabili (simboleggiata da un oggetto generalmente scolpito nella giada, con infinita pazienza e abilità, una sfera appunto, che ne contiene spesso altre cinque, o sei, ognuna visibile e individuale ma interamente contenuta

---

Attività  
dell'Ordine



nell'altra, senza possibilità di scomponimento o separazione) – ma resa possibile in passato dal numero elevato dei suoi membri. Non sono solo le strutture pubbliche a mancare nella cura agli anziani, ma le famiglie stesse, ridotte a nuclei rigidamente triadici, dove i genitori rappresentano un peso spesso finanziariamente insostenibile, e non condivisibile con altri fratelli o sorelle. Va tenuto presente che la rigida politica del figlio unico tutt'ora prevede, nel caso della nascita di un altro figlio, la perdita del posto di lavoro per chi lavorasse per lo Stato. Un alleggerimento della norma permette ai genitori che sono essi stessi figli unici di avere più di un figlio, ed è ora vietato agli ospedali riferire il sesso del nascituro, per evitare eventuali aborti in caso si tratti di una bambina – aborti (legali) molto frequenti nelle zone rurali, dove la nascita di una femmina viene considerata svantaggiosa economicamente per la famiglia, che deve anche fornire una dote adeguata. Nonostante ciò a capo di importanti posizioni manageriali accademiche o di business ci sono donne (per esempio il rettore dell'università di Tsinghua, che ha appena celebrato i

suoi primi cento anni di attività). Il governo sta cautamente considerando la possibilità (o forse davvero la necessità) di modificare le norme esistenti per far fronte ad una situazione sociale di dimensioni potenzialmente molto serie. Il peso dell'assistenza ai propri genitori anziani, e le spese per educare i propri figli non sono certo trascurabili. Per dare un esempio, lo stipendio medio mensile di un medico specialista ospeda-



liero è di circa 6.000 RMB, cioè circa 600 Euro, mentre quello di un impiegato è sui 3.000 RMB, cioè 300 Euro; un altro esempio sta nell'assenza di una assistenza sanitaria gratuita. I cittadini si devono pagare tutto – anche se la parcella del medico è molto bassa, il costo degli accertamenti, e delle medicine è molto alto anche per un cetto medio in forte espansione: non a caso la medicina tradizionale cinese, più abbordabile, è tutt'ora molto diffusa, specialmente nelle campagne. Le farmacie vendono entrambi i rimedi, e erbe e decotti vengono assiduamente impiegati per curare patologie comuni. Non solo: una istruttiva carrellata delle molte varietà di tè bevute in Cina rivela che parecchie di queste hanno proprietà terapeutiche, per esempio i tè privi di caffeina, buoni per combattere l'insonnia, e altri utilizzati per favorire la digestione, ridurre il colesterolo, stimolare la circolazione, e per dimagrire.

Lo sviluppo economico sta alla base della soluzione di molti di questi problemi, e per chi approdi in Cina per la prima volta, i segnali sono ovunque. Questo paese è in fortissima crescita. Chi arrivi a Chongqing dall'Europa, potrebbe temere di aver sbagliato volo ed essere approdato a New York. La miriade di grattacieli è sterminata, l'architettura è ultra-moderna, con grattacieli di ultima generazione, un traffico costante e intenso che provoca un inquinamento atmosferico immediatamente riconoscibile dall'offuscamento del cielo, e del sole, che difficilmente appaiono limpidi. La città, che da sola conta una popolazione di più di 11.000.000 di abitanti (più di Pechino) è a capo di una municipalità di oltre 30,000, 000 di abitanti, ed è una delle città della Cina più fortemente in espansione – sulla strada che porta all'a-



reoperto è possibile contare decine e decine di grattacieli in contemporanea costruzione. L'istruzione, a tutti i livelli, si sta adeguando, incoraggiando e in alcuni casi rendendo obbligatoria la conoscenza dell'inglese – presente naturalmente come seconda lingua ufficiale ai convegni ma non conosciuto e non compreso dalla stragrande maggioranza della popolazione. Le coppie più giovani, e più motivate dal desiderio di offrire ai propri figli un futuro sicuro scelgono asili dove si insegna l'inglese, e il numero di ragazzi cinesi che vanno a studiare negli Stati Uniti, o in Australia sta crescendo a vista d'occhio. Le ragioni per mandare i propri figli a studiare all'estero non sono semplicemente quelle di facilitare una maggiore comunicazione linguistica, ma di esporre i ragazzi ad una formazione che ne stimoli l'indipendenza e la iniziativa individuale, valori che non appartengono all'ethos delle scuole cinesi, dove invece si coltiva una cultura di gruppo che inevitabilmente scoraggia il senso di responsabilità individuale e la capacità di prendere decisioni per conto proprio. Questo sempre maggiore afflusso a scuole straniere è anche dovuto all'estrema selettività del sistema cinese, che prevede frequenti e durissimi test di ammissione e di passaggio da una fase all'altra dell'istruzione statale. Ne sono un esempio gli 83.000 candidati presentatisi per l'ammissione a solo una delle numerose università a orientamento scientifico e tecnologico istituite negli ultimi vent'anni.

Un altro aspetto interessante per chi non conosca il sistema educativo cinese, sta nella presenza di scuole e università militari: molto ambite per le generose borse di studio messe a disposizione. È possibile diventare musicisti, ma anche medici, sempre all'interno di una struttura militare. La selezione è in questi caso ancora maggiore. Al convegno di Chongqing si sono susseguiti professori universitari cinesi a professori universitari appartenenti all'esercito, e medici dell'ospedale medico di Chongqing, con relazioni adeguate ad uno standard internazionale, e un dialogo aperto verso partecipanti da tutto il mondo.

La Cina sta comunque non solo stimolando gli scambi con l'Occidente, ma sta anche cercando di aprire un dialogo reciproco e di crescita con altri paesi asiatici, con i quali ha già forti legami di scambi commerciali: Malaysia, Thailandia,

Singapore. A questo proposito è in corso la realizzazione di una ferrovia ad alta velocità per collegare il sud della Cina a Singapore in 10 ore. La Cina sta anche incoraggiando una immigrazione dall'estero, o per lavoro o per studio: nella sola Pechino vivono e lavorano già circa 600.000 stranieri (su 8.000.000 di residenti).

E i rapporti con l'Italia? Il nuovo Ambasciatore Italiano a Pechino ha affermato in una recente intervista di voler incoraggiare scambi sempre maggiori a livello commerciale tra i due paesi: una passeggiata nel quartiere più "alla moda" di Wangfujing a Pechino rivela la presenza massiccia del design italiano: dalla moda (Armani, Zegna, Valentino, Gucci ecc) alle automobili (Lamborghini, Bugatti, Ferrari). Ma ai grandi nomi, il nostro Ambasciatore vuole aggiungere quelli delle piccole e media imprese, che testimoniano a suo parere la grande creatività del nostro paese. Ma per il momento, l'Italia è nota, nonostante le sue grandi firme, anche in Cina come... il paese col migliore campionato di calcio del mondo, seguitissimo da molti cinesi con entusiasmo e ammirazione.

**Gabriele Optale**



Attività  
dell'Ordine

In un momento di capovolgimenti politici internazionali, di crisi mondiale, di eventi naturali devastanti e di un sempre più degradante scenario politico e civile, vi è stato il licenziamento, da parte del Governo, dell'ultimo DDL, contenente la riforma degli Ordini delle professioni sanitarie, che ha ampliato il dibattito già in atto sulla creazione di un Ordine autonomo degli odontoiatri.

Tra le numerose misure previste per quanto concerne il settore odontoiatrico si è stabilito che gli Ordini debbano essere enti pubblici, non economici, volti alla tutela dei cittadini, secondo una visione "politica" che avverte la necessità di identificare l'Ordine con la professione che rappresenta.

Al di là delle singole posizioni, il denominatore comune per coloro che sono favorevoli si basa sulla presunta necessità per gli odontoiatri di una maggiore autonomia e rappresentatività ai più alti livelli istituzionali, in particolare di tipo gestionale.

Ad un occhio inesperto, infatti, gli interessi dei medici appaiono assai distanti da quelli degli odontoiatri, non fosse altro perché i primi dipendono dal SSN ed i secondi (per ora) sono per la maggior parte liberi professionisti.

La mia esperienza mi dice che l'autonomia all'interno degli Ordini vi sia già e che solo la rappresentanza legale sia a preclusione del presidente Omceo, di solito un medico (ma non obbligatoriamente).

Quindi, non vorrei che tutto questo discutere nascondesse l'atavica ed italica avidità di potere, per poter entrare nei ministeri o negli organi previdenziali, una ricerca per il prestigio delle cariche e non per il bene del paziente e della professione

E come spesso accade nei "divorzi" emergono una serie di problematiche banali, ma spesso difficilmente risolvibili, sulle quali poi decidono terzi scontentando entrambe le parti: a chi la sede? Sarebbe possibile una convivenza forzata? Come dividere le spese? Il problema, poi, della previdenza e dei doppi iscritti come risolverlo?

Appare ovvio, infatti, non sia possibile avere in un

unico Ordine due presidenti, due segretari e due tesoriери. Pensiamo ad esempio a Venezia dove su circa 3740 iscritti, vi sono 744 odontoiatri, ai quali vanno sottratti i doppi iscritti circa 434: facciamo i conti e ditemi quale sarebbe, ad esempio, la quota d'iscrizione per 310 odontoiatri all'Ordine autonomo quando oggi è di circa 140€ per 3470?

Certo, come dice il presidente Brucoli, non è una mera questione di potere, ma si tratta di fornire una identità precisa agli odontoiatri, attraverso un codice deontologico più consono alla loro figura e professione. Mi chiedo allora se veramente gli odontoiatri siano da alcuni considerati medici di serie B, poiché difficilmente posso immaginare due diverse etiche e codici deontologici per professioni che hanno come fine ultimo la cura delle persone.

E poi, a quale codice dovrebbe rifarsi un doppio iscritto?

Certo le due professioni si differenziano in alcuni aspetti (pubblicità, tariffe, dipendenza e libera professione), ma questo potrebbe dirsi anche per altre specialità mediche.

Forse si è ancora perso di vista il fine ultimo di un codice deontologico che dovrebbe essere scritto a tutela dei pazienti.

Ma tornando al paragone di una causa divorzile mi chiedo: pagheranno anche stavolta i "figli"? Cioè noi odontoiatri siamo stati interpellati? AIO ha fatto un sondaggio nel quale la maggioranza degli intervistati chiedevano una maggiore autonomia, ma non la separazione.

ANDI ha recentemente pubblicato i risultati di un medesimo sondaggio dal quale appare una situazione simile, seppur con dei distinguo.

Per capire come andrà a finire io auspico ci si confronti con la "base", perché gridare autonomia non basta ed i primi ad non avere le idee chiare sono gli odontoiatri stessi.

Ah dimenticavo: dopo l'approvazione del disegno di legge da parte del Parlamento, il Governo si è dato un anno di tempo per individuare le modalità attuative per realizzare l'autonomia!!!

**Giuliano Nicolin**

# SORVEGLIANZA DELLE FEBBRI ESTIVE IN REGIONE VENETO: DENGUE, CHIKUNGUNYA, WEST NILE

## Introduzione

Per la prima volta in Italia, la nostra Regione, così come regioni limitrofe (Emilia Romagna, Lombardia), aveva visto manifestarsi, nel periodo estivo-autunnale del 2008 e del 2009, casi umani di malattia neuroinvasiva da virus di West Nile (West Nile Neuroinvasive Disease o WNND), alcuni dei quali mortali. Precedentemente, in Emilia Romagna, l'epidemia autoctona di chikungunya del 2007, identificata quasi due mesi dopo l'insorgenza del caso indice, aveva evidenziato il ruolo della "zanzara tigre" (*Aedes albopictus*), ormai stabilmente presente nella maggior parte delle nostre regioni, nella trasmissione di questo virus e potenzialmente anche di quello della dengue.

Nella nostra Regione, quindi, vi sono potenzialmente le condizioni per la trasmissione autoctona di queste tre malattie virali, che per convenienza vengono classificate sotto la voce "arbovirusi" dove "arbo" sta per "arthropod borne", ovvero trasmesse da artropodi, in questo caso da zanzare.

## CENNI SULLE TRE MALATTIE

### DENGUE

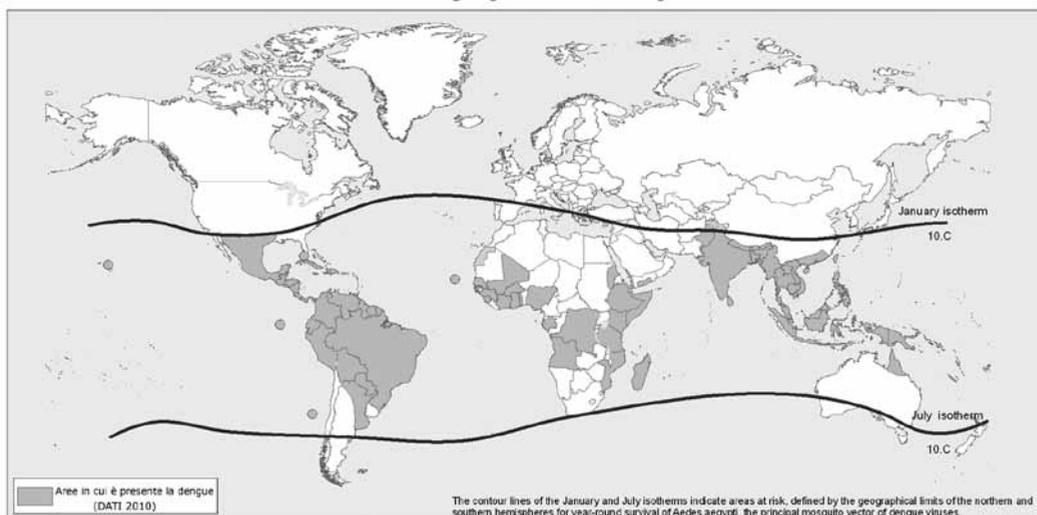
È una malattia febbrile acuta trasmessa da zanzara del genere *Aedes*, cui appartengono *Aedes aegypti* (che è un importante vettore anche della febbre gialla, e che per dengue è in assoluto il più efficace, non presente in Italia) e *Aedes albopictus*, appunto la "zanzara tigre", introdotta in Italia da molti anni (fra l'altro proprio a partire dal Veneto). Il virus appartiene al genere *Flavivirus* e se ne conoscono quattro sierotipi, den-1, 2, 3 e 4. L'unico serbatoio significativo del virus è l'uomo.

La diffusione geografica è abbastanza ubiquitaria nei climi caldi, con incidenza apparentemente maggiore, negli ultimi anni, in Asia e in America Latina rispetto all'Africa. Molti non esitano a parlare di pandemia per definire l'ambito di diffusione attuale di questa virosi.

### FEBBRE DENGUE

Dopo una breve incubazione (3-5 gg. in media, molto raramente oltre la settimana) si manifesta-

Distribuzione geografica della dengue



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization  
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)  
World Health Organization

 World Health Organization  
© WHO 2010. All rights reserved.

no sintomi molto simili a quelli di una sindrome influenzale: febbre elevata, dolori articolari, spesso mialgie, dolori ossei (in molte lingue viene definita come “febbre spacca ossa”), cefalea, dolore orbitale, fotofobia. Spesso è accompagnata da un’eruzione cutanea a prevalente carattere eritematoso, non sempre pruriginoso. La febbre può avere un andamento bifasico (da tre a cinque giorni di febbre, un paio di giorni di apiressia e successiva ripresa della febbre).

**Dengue complicata.** Mentre il primo episodio clinico è benigno nella grande maggioranza dei casi, e lascia un’immunità duratura verso lo stesso sierotipo virale, nel caso di una nuova infezione, contratta anche anni dopo, da diverso sierotipo è possibile che, in seguito a meccanismi patogenetici ancora piuttosto controversi, la malattia si presenti nella forma complicata: quest’ultima è caratterizzata essenzialmente da diatesi emorragica e/o da “plasma leakage” (fuoriuscita di plasma per aumentata permeabilità vascolare) e conseguente edema polmonare acuto e shock. La “dengue shock syndrome” ha un’elevata mortalità se non è trattata in ambiente adeguato di cure intensive.

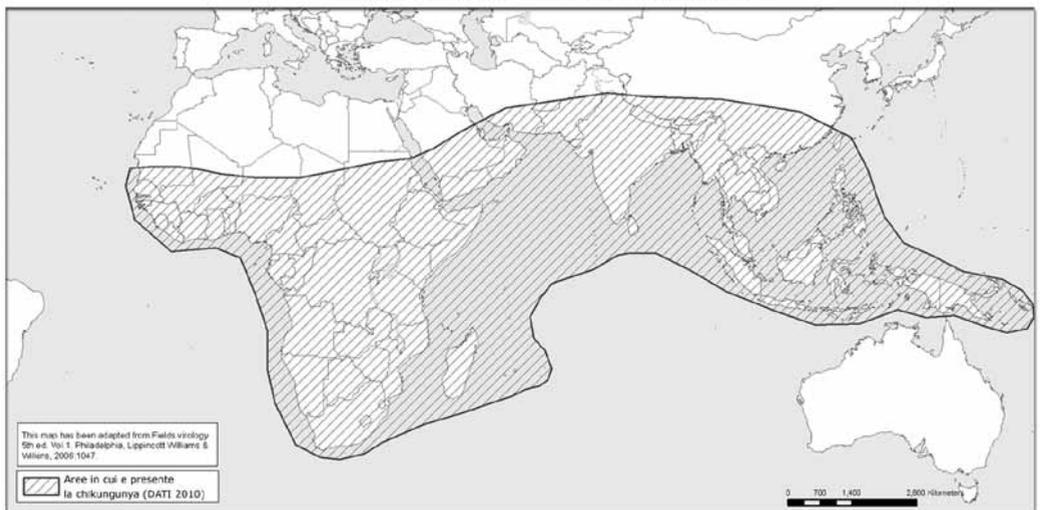
## CHIKUNGUNYA

Questo nome era conosciuto solo agli specialisti fino a pochi anni fa. Era considerato un virus tipicamente africano, di raro riscontro e ad andamento benigno. Nel 2006 una vasta epidemia

colpì dapprima le isole dell’Oceano Indiano, alcune delle quali, come La Réunion e Mayotte, sono territori francesi d’oltre mare e quindi dotati di standard sanitari europei. In alcune di queste isole l’epidemia ha colpito la quasi totalità della popolazione, prima di diffondersi anche ad altre aree dell’Oceano Indiano, compresa la stessa India continentale. Come per dengue, il vettore più efficace era rappresentato da *Aedes aegypti*, ma nel corso dell’epidemia il virus ha subito una mutazione genetica puntiforme che l’ha reso più specifico per *Aedes albopictus*, che è diventato quindi il vettore più efficace del virus mutato. Alla fine di giugno 2007 un cittadino indiano, appena giunto in provincia di Ravenna, colpito da sindrome febbrile benigna guariva in pochi giorni, diventava il caso indice di una vasta epidemia che veniva individuata eziologicamente solo oltre due mesi dopo, ovvero alla fine di agosto. L’epidemia ebbe il suo epicentro nei due comuni limitrofi di Castiglione di Cervia e Castiglione di Ravenna, tra loro separati da un piccolo corso d’acqua, e causò oltre duecento casi e un decesso in una persona anziana con co-morbilità. Il virus appartiene al genere *Alphavirus* (lo stesso di alcune encefaliti).

Il quadro clinico è molto simile a quello della dengue, con breve incubazione e prominenza dei dolori articolari. L’epidemia dell’Oceano Indiano ha permesso ai medici francesi di descrivere le caratteristiche cliniche in modo minuzioso, e di

Distribuzione geografica della chikungunya



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS) World Health Organization

World Health Organization

©WHO 2008. All rights reserved

conoscere aspetti prima totalmente ignorati, tra cui alcune complicazioni cliniche (per fortuna molto rare) come meningoencefalite, miocardiopatia e forse anche casi di insufficienza epatica. Le complicazioni gravi riguardano soprattutto persone in età più avanzata e con co-morbidità, però in 15% dei casi hanno colpito persone senza fattori di rischio noti. Inoltre vi sarebbe stato un eccesso di mortalità anche in età pediatrica. Infine, i francesi hanno caratterizzato una frequente complicanza, prima non descritta, non grave ma talora invalidante: una artropatia caratterizzata da dolore e ipofunzionalità delle articolazioni colpite, di durata anche superiore all'anno, di cui alcuni sono stati osservati anche a Verona .

### MALATTIA DI WEST NILE

Veniva descritta per la prima volta nel distretto di West Nile in Uganda, nel 1937. A differenza di dengue e chikungunya, che non hanno un serbatoio animale significativo, questo virus (genere *Flavivirus* come quello della dengue) ha svariate specie di uccelli migratori come ospiti definitivi, e la sua diffusione nel mondo è legata quindi alle loro migrazioni e non a quelle umane. Poiché però può essere trasmesso da molte diverse specie di zanzare, e soprattutto da *Culex pipiens* (la zanzara più comune in assoluto), quando raggiunge una nuova zona tende a stabilirvisi, attraverso una trasmissione a specie avicole domestiche, quindi a mammiferi (più frequentemente i cavalli) e all'uomo. Epidemie si sono verificate in svariate aree geografiche dell'Africa e dell'Europa Orientale, quindi nel 1999 il virus ha raggiunto gli Stati Uniti d'America dove si è progressivamente diffuso da Est verso Ovest per interessare in pochi anni praticamente tutti gli stati con poche eccezioni, causando migliaia di casi e centinaia di morti, soprattutto per complicanze neurologiche (West Nile Neuroinvasive Disease o WNND). Come per molte malattie virali, i casi complicati sono la punta dell'iceberg: su 150 casi di infezione, si stimano circa 20 casi di West Nile Fever (WNF) e uno o due casi di WNND. Questi ultimi, che riguardano in grande maggioranza soggetti anziani, hanno elevata mortalità e lasciano spesso sequele neurologiche nei sopravvissuti.

Per nessuna delle tre malattie esiste un trattamento specifico, e il controllo si dovrebbe basare sulla sorveglianza dei casi e sulla lotta ai vettori.

### LA SORVEGLIANZA DELLE FEBBRI ESTIVE: LA FASE PILOTA (2010)

Per la dengue, la chikungunya e la WNND esistevano già protocolli di sorveglianza specificamente predisposti dal Ministero della Salute e dalla Regione Veneto. Non esisteva invece un protocollo di sorveglianza della WNF, non sorprende pertanto che nel 2008 e nel 2009, a fronte dei casi di WNND sopra ricordati, non fossero stati segnalati casi di "semplice" WNF (tranne uno identificato retrospettivamente mesi dopo) che in base all'esperienza di altri paesi, e in particolare degli USA, dovrebbero essere in un rapporto di circa 20/1 rispetto ai casi di WNND .

Un protocollo di sorveglianza dovrebbe consentire di individuare precocemente gli eventuali casi di WNF anche non complicati, consentendo di prendere in carico i pazienti e di avere un'idea più precisa della distribuzione geografica della zoonosi, con un approccio complementare a quello della sorveglianza veterinaria (in particolare sugli equini) e entomologica. I pazienti individuati con "semplice" WNF dovrebbero essere monitorati clinicamente per l'eventuale insorgenza di complicazioni, senza dimenticare che anche i casi che non evolvono in WNND non sono necessariamente "benigni" come riportato in recenti casistiche. Lo stesso protocollo di sorveglianza dovrebbe consentire di diagnosticare casi di febbre dengue o chikungunya in viaggiatori (attualmente sotto notificati) e anche di individuare precocemente eventuali casi a trasmissione autoctona.

### OBIETTIVI

1. Identificare precocemente i casi di chikungunya e dengue "importati" nel territorio veneto da viaggiatori ad aree endemiche, compresi i cittadini stranieri di prima immigrazione o "VFR" (viaggiatori temporanei nel paese d'origine).
2. Identificare precocemente i casi di febbre di West Nile a trasmissione da vettori autoctoni nel territorio veneto.

### LINEE OPERATIVE

In sintesi, i casi febbrili che rispondevano alla definizione di caso sospetto, di importazione o autoctono (vedi sotto), dovevano essere prontamente inviati alla più vicina U.O. di malattie infettive o tropicali, dove il paziente veniva visitato e, se rispondente ai criteri, sottoposto a

prelievo di sangue. Per dengue e chikungunya dovevano essere a disposizione delle U.O. dei test rapidi da eseguire sul posto (ricerca di antigeni NS1 per dengue, ricerca di anticorpi IgM per chikungunya), e i campioni positivi a uno dei test inviati al Laboratorio regionale di riferimento (U.O.C. di Microbiologia e Virologia, Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova) per conferma mediante tecniche sierologiche come neutralizzazione e immunofluorescenza, di biologia molecolare (ricerca del RNA virale mediante RT-PCR) e eventuale isolamento del virus. Per la febbre di West Nile, per la quale non sono disponibili test rapidi, l'invio, tranne eccezioni, doveva essere fatto direttamente al Laboratorio regionale. I dettagli del protocollo operativo 2010 sono descritti di seguito.

## 1) UNITÀ PRONTO SOCCORSO, MEDICI DI MEDICINA GENERALE<sup>1</sup>:

### **CASI FEBBRILI DI IMPORTAZIONE**

**Soggetti febbrili (con T° ascellare ≥ 38 °C)**, di qualsiasi età, con storia di viaggio in paese tropicale, che rispondano alla definizione di caso sospetto importato di dengue o chikungunya (v. sotto): i pazienti dovranno essere invitati a contattare l'unità operativa di malattie tropicali / infettive di riferimento della propria zona per concordare una visita entro le 24 ore.

#### **Definizioni di caso febbrile "importato" (dengue, chikungunya)**

**a) Caso sospetto** di dengue e/o chikungunya: paziente con:

Febbre (≥38 °C) di recente insorgenza (≤ 7 giorni);

Recente (≤ 15 gg.) rientro da area potenzialmente endemica di dengue e/o chikungunya;

Assenza di diagnosi "ovvia" (es. infezione vie urinarie, infezione vie respiratorie, faringotonsillite);

Assenza di leucocitosi (GB totali < 10000/μl).

**b) Caso probabile** (di dengue e/o chikungunya): caso sospetto con test rapido positivo.

**c) Caso confermato** (di dengue e/o chikungunya): caso confermato dal laboratorio di riferimento mediante PCR, isolamento virale

e/o sieroconversione o aumento di titolo di test anticorpali.

### **CASI FEBBRILI SENZA STORIA RECENTE DI VIAGGI IN PAESI ENDEMICI**

**Soggetti febbrili (con T° ascellare ≥ 38 °C)**, senza storia di viaggio recente, di età ≥ 15 anni che si presentano al medico curante o al PS degli ospedali sentinella con T° ascellare ≥ 38 °C e rispondono alla definizione di caso sospetto autoctono (v. sotto): riferimento per visita entro le 24 ore all'unità operativa di malattie tropicali / infettive di riferimento per la propria zona.

#### **Definizioni di caso autoctono**

**a) Caso sospetto autoctono** di febbre di West Nile:

Febbre (≥38 °C) di recente insorgenza (≤7 giorni);

Assenza di meningoencefalite (NB in presenza di meningoencefalite a liquor limpido andrà immediatamente attivato il protocollo "Sorveglianza rapida dei casi umani di sindrome neurologica da West Nile", n. 406733, all. 3 del 22/7/2009);

Assenza di diagnosi "ovvia" (es. infezione vie urinarie, infezione vie respiratorie, faringotonsillite);

Eruzione cutanea diffusa (eritematosa e/o maculare e/o papulosa);

**b) Caso confermato autoctono** di febbre di West Nile, paziente con:

Sintomi come sopra

Test di conferma positivo

#### **2) Centri di riferimento (unità operative di malattie infettive / tropicali)**

##### **Casi febbrili di importazione (Dengue, Chikungunya)**

L'unità operativa dovrà procedere al normale workup diagnostico per le febbri di importazione (compresa la ricerca tempestiva della malaria qualora vi siano i presupposti epidemiologici) e, nei casi che rispondano alla definizione di caso sospetto (v. sopra), alle procedure diagnostiche di primo livello, alla compilazione delle schede pazienti, alla gestione clinica e all'invio al laboratorio di riferimento, per test di conferma, dei campioni risultati positivi alle procedure diagnostiche di primo livello.

**Segnalazione di caso.** Il caso probabile va segnalato entro le 12 ore (per telefono, fax o

<sup>1</sup> NB nella fase pilota (2010) si sono coinvolte operativamente le sole unità di PS, non essendovi ancora un'idea precisa del numero di casi febbrili attesi

e-mail) al SISP dell'ULSS competente territorialmente. Il caso confermato viene notificato dal Laboratorio di riferimento (PD) entro le 12 ore dal completamento del test (per telefono, fax o e-mail) al SISP dell'ULSS competente territorialmente su scheda ministeriale.

#### **Casi febbrili autoctoni**

Il centro di riferimento procederà all'iter indicato. Nel caso di un elevato sospetto clinico per dengue o chikungunya si potrà procedere all'iter diagnostico anche per queste ultime, pur in assenza di storia di viaggio.

**Segnalazione di caso autoctono.** Il caso sospetto non va segnalato. Il caso confermato viene notificato dal Laboratorio di riferimento (PD) entro le 12 ore dal completamento del test (per telefono, fax o e-mail) al SISP dell'ULSS competente territorialmente.

### RISULTATI DELLA FASE PILOTA

#### **Dengue e chikungunya**

Sono stati diagnosticati 15 (14 dengue e 1 chikungunya) su 79 possibili casi di dengue e chikungunya, con una detection rate pari al 19%. Nove erano maschi, l'età media 38 anni con un range 17-58. Non sono stati riportati casi gravi. Il paziente con chikungunya, proveniente da Bali, riportava un quadro clinico caratterizzato da febbre, rash cutaneo, artralgie e mialgie.

I paesi in cui i 14 pazienti avevano soggiornato erano Bali, Vietnam, Cambogia, Laos, Thailandia (2 casi), Bangladesh, India (3 casi), Costa d'Avorio, Caraibi, Martinica e Guyana Francese. Il sierotipo è stato individuato in 6 casi (il sierotipo 1 in un caso proveniente dai Caraibi; il sierotipo 2 in tre casi provenienti da Thailandia, Cambogia e Laos; il sierotipo 3 in due casi provenienti da Bali e dai Caraibi).

#### **West Nile**

Sono stati diagnosticati 4 su 38 possibili casi di WNF, con un detection rate pari al 10,5%. Tre erano maschi, l'età media 53 anni con un range 40-67. Uno di questi casi ha sviluppato in seguito i sintomi della forma neuroinvasiva.

Nel 2010 sono stati diagnosticati anche 4 casi di WNND (3 autoctoni e 1 importato dalla Romania), con una detection rate pari a 5,2%.

La Regione del Veneto nel 2010 è stata l'unica regione italiana in cui sono stati individuati casi di West Nile, nonostante ci sia evidenza che il

virus sia circolato in varie regioni della nostra penisola, fino all'estremo sud.

#### **Linee operative 2011 – 2012**

Rispetto al Piano precedente del 2010, le linee operative per il 2011-2012 (già approvate e inserite nel Piano Regionale Socio Sanitario) prevedono alcune modifiche. Innanzi tutto si prevede un raccordo più stretto con la sorveglianza entomologica effettuata dall'Istituto Zooprofilattico di Legnaro (PD), anche per rendere più mirate le eventuali disinfestazioni nell'area in cui sia stato identificato un nuovo caso. La definizione di caso per WNF non prevederà più la presenza obbligatoria di rash cutaneo al fine di aumentare la sensibilità della sorveglianza.

#### **Conclusioni**

In una società globalizzata, anche malattie che si credevano tipicamente o esclusivamente "esotiche" possono interessare i paesi a clima temperato. Fino ad ora in Italia non si sono registrati casi autoctoni di dengue, ma la presenza del vettore *Aedes albopictus* potrebbe essere la causa di trasmissione della patologia anche nel nostro Paese, così come riportato nel 2010 in Francia e in Croazia. Questo rischio non deve essere enfatizzato, ma nemmeno ci deve cogliere impreparati. La sorveglianza delle sindromi febbrili, nella stagione estiva in cui non sono in corso le tipiche epidemie di virus influenzali o parainflenzali, può permettere una più precoce conoscenza della situazione epidemiologica e in alcuni casi favorire opportune azioni di controllo. Il contributo della medicina di primo livello (medici di famiglia e pediatri di libera scelta) e dei medici di pronto soccorso è insostituibile se desideriamo che il sistema sia sufficientemente sensibile. Al tempo stesso, la classe medica ha la responsabilità di fornire una corretta informazione della comunità su queste problematiche "nuove" per evitare che vengano trattate giornalmente in termini enfatici e sensazionalistici come purtroppo spesso accade.

**Zeno Bisoffi, Federico Gobbi**

*Centro per le Malattie Tropicali, Ospedale Sacro Cuore - Don G. Calabria, Negrar*

**Enzo Raise**

*Malattie Infettive e Tropicali Osp. SS. Giovanni e Paolo e Dell' Angelo, Venezia*

# Associazione Culturale Pediatrica LUCREZIA CORNER



24

Con il 2010 si è concluso il triennio di gestione del consiglio direttivo dell'Acple presieduto da Mattia Doria con l'aiuto dei consiglieri Maria Carolina Barbazza, Roberto Boscolo, Andrea Passarella e Francesco Zavagno.

Il 20 gennaio si è svolta l'assemblea dei soci, e in quella sede oltre alla relazione sulle attività svolte nel triennio si è proceduto all'approvazione del bilancio e all'elezione dei componenti del consiglio direttivo per il triennio 2011-2013.

Sono stati eletti presidente Mattia Doria, segretario Francesco Zavagno e tesoriere Roberto Boscolo; completano il consiglio direttivo Andrea Passarella e Paolo Moretti.

La proposta culturale-formativa per il 2011 si conferma anche quest'anno ricchissima, comprendendo:

- il percorso formativo di **Letture critica della letteratura**, che ha preso il via in marzo ed è giunto ormai al suo terzo anno, coinvolgendo una decina di pediatri.

Si tratta di un gruppo di lettura che si riunisce mensilmente allo scopo di sorvegliare sistematicamente le più importanti riviste, selezionando, segnalando e valutando articoli di rilievo. Il lavoro consiste nel rilevare l'eventuale contenuto innovativo dello studio, nel definirne gli aspetti metodologici e nel valutarne infine la possibile ricaduta pratica. Alla fine del processo il gruppo redige una sintesi tramite l'utilizzo di schede di lettura standardizzate.

Al momento sono attivi in Italia 6 gruppi di lettura che contribuiscono alla produzione della newsletter (oltre al nostro, Milano, Trieste, Verona, Vicenza, Asolo): i gruppi sono costituiti in prevalenza da pediatri di famiglia ma anche da ospedalieri e pediatri in formazione.

La newsletter pediatrica è nata nel 2004 come strumento di aggiornamento per il pediatra

(di famiglia o ospedaliero) all'interno di una convenzione tra l'Associazione Culturale Pediatrica (ACP) e il Centro per la Salute del Bambino (CSB). Dal 2005 partecipa alla sua produzione anche il Servizio di Epidemiologia e Biostatistica dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.

Periodicamente viene prodotto un bollettino distribuito via e-mail agli iscritti al servizio.

- un corso formativo sull'**"Utilizzo della fitoterapia in pediatria"** (**12 marzo**) tenuto da Vitalia Murgia e Andrea Lugli: l'importanza di acquisire competenze nel campo delle piante medicinali e della fitoterapia nasce dalle dimensioni che ha preso il mercato del "naturale", dall'assenza di controllo dovuta alla nostra regolamentazione legislativa spesso inadeguata e dall'uso improprio che molti genitori fanno dei prodotti saltando il consiglio del pediatra, con il risultato di un progressivo aumento di effetti avversi anche gravi. D'altra parte apprendere le modalità d'uso delle piante medicinali permette al medico di avere a disposizione principi di provata efficacia in grado di coadiuvare la medicina allopatrica nel trattamento di alcune tra le più comuni problematiche cliniche e comportamentali dell'età evolutiva (ad esempio la stipsi, le turbe del sonno, la dermatite atopica).

- un altro evento formativo su **"Il pediatra e il rapporto con l'autorità giudiziaria"** (**9 aprile**): l'obiettivo del corso, considerando come la legislazione in materia sia spesso contraddittoria e disorganica, è quello di dotare il pediatra degli strumenti necessari a gestire i rapporti con l'Autorità giudiziaria, allo scopo di tutelare i diritti del minore in tutte quelle situazioni in cui quei diritti sono a rischio: dai procedimenti di separazione o di divorzio fino ai casi di sospetto di abuso o di maltrattamento, senza dimenticare

le implicazioni causate dall'introduzione di nuovi reati come quello di clandestinità. I docenti saranno la Dott.ssa Rosella Salvati, magistrato presso il Tribunale dei Minori di Venezia, Roberto Bellio, ispettore P.S, Andrea Passarella

-**"What's new?"**, l'annuale convegno interprovinciale delle tre associazioni culturali venete che da 5 anni collaborano alla produzione condivisa di pacchetti formativi per i pediatri di famiglia veneti, e cioè ACPLC (Venezia), ARP (Vicenza), APREF (Padova), con la consueta attenzione all'ambito sociale e relazionale: ci saranno Anna Aprile (professore associato di medicina legale all'Università di Padova), Bruno Tagliapietra (un pediatra di famiglia che si occupa di adolescenza e che ci racconterà di un'esperienza decennale di educazione sessuale), Claudio Maffeis, pediatra nutrizionista che ci parlerà ovviamente di alimentazione.

Per i primi di ottobre verrà organizzato un evento sullo **svezzamento**, nel quale si parlerà delle nuove modalità di inserimento dei cibi solidi (autosvezzamento), dello svezzamento del bambino nella famiglia vegetariana e vegana e

di quello riguardante il bambino con problemi particolari (ex pretermine, allergico, etc...)

- un corso di **ortopedia pediatrica** da farsi in novembre, ancora allo studio, dove si farà il punto su alcune patologie frequenti nella nostra pratica ambulatoriale quali la coxalgia benigna, la malattia di Perthes, l'epifisiolisi.

- Infine va ricordato un importante evento che ci appartiene storicamente e culturalmente anche se non siamo noi ad organizzarlo: **le Giornate di Medico e Bambino**, che quest'anno si sono svolte a Mestre, al Padiglione Rama, grazie alla collaborazione di Giovanni Battista Pozzan e di Mario Cutrone, il 6 e il 7 Maggio. Il taglio del congresso, il cui originale schema è quello di essere strutturato secondo le rubriche della rivista "Medico e bambino", è come sempre interattivo e multidisciplinare. Tra gli altri, hanno partecipato, con la presentazione di casi clinici, anche alcuni pediatri di famiglia delle Associazioni Culturali Pediatriche Venete: Mattia Doria, Fabrizio Fusco, Vitalia Murgia, Lorena Pisanello, Daniela Sambugaro,

**Paolo Moretti**



# Mal d'Africa: malattia contagiosa?

E' un quesito reale che mi pongo dopo la mia quarta missione sanitaria in Burkina Faso.

Nonostante le innegabili difficoltà legate all'ambiente poverissimo, alle condizioni climatiche non proprio favorevoli, all'elevato rischio di contrarre malattie tropicali (non dimentico che mia moglie, il primo anno, si è ammalata di malaria e tifo: fortunatamente diagnosticate molto precocemente e con rapida guarigione) sono tornato e penso, anzi mi auguro, non per l'ultima volta.

E' vero, la presenza di mia moglie che ogni volta mi ha supportato e "sopportato" è fondamentale, ma quando ritorni in Europa ti restano negli occhi – ma soprattutto nel cuore – il colore dei tramonti e della sottilissima sabbia rossa che ti penetra anche tra i denti, il sorriso dei bambini che sono migliorati e guariti dopo un intervento chirurgico spesso drammatico, il dolore dei genitori che perdono il loro piccolo di pochi mesi arrivato in ospedale in condizioni estreme ed irrecuperabili e... ci ripensi ogni giorno e ti mancano sempre di più.

E' forse proprio questo, per un Medico, il "mal d'Africa", quella nostalgia che ti fa sentire nel profondo la voglia ed il desiderio di ritornare. Se poi aggiungi, senza presunzione, la convinzione di aver fatto qualcosa di utile per quei poverissimi pazienti, aspetti che arrivi presto il momento in cui salirai nuovamente sull'aereo che ti porta da Parigi alla capitale del Burkina Faso, Ougadougou.

Quando scendi all'aeroporto, un po' stanco e accolto da una cappa di calura quasi insopportabile

ti aspettano pratiche amministrative spesso estenuanti e il ritiro dei bagagli non è proprio rapidissimo. Ma poi alla dogana, dichiarando "farmaci e materiale sanitario per l'Ospedale di Nanoro" nei 6 valigioni che ti porti appresso, ricevi i complimenti e i ringraziamenti della Polizia e hai già dimenticato i piccoli disagi dell'arrivo. E ti avvii di notte, in un buio impenetrabile, nella savana per raggiungere il villaggio e quasi non dormi con l'ansia di una precoce alba che ti faccia vedere cosa c'è di nuovo dell'Ospedale dei Padri Camilliani.

Desidero, in quanto la ritengo una testimonianza importante ma soprattutto estremamente genuina, riportare integralmente le impressioni di mio figlio Andrea, ora studente al 3° anno di Medicina, che ha avuto l'opportunità – e la fortuna – di accompagnarmi nelle due ultime missioni.

La mia duplice esperienza in Burkina Faso è stata e resterà senza dubbio indimenticabile. Prima di partire, ho potuto vedere i filmati e le foto, che i miei genitori avevano registrato nei primi due viaggi, così tante volte che mi ero costruito dentro di me una determinata idea su quello che avrei incontrato nel momento del mio arrivo. Ebbene, quando ho messo piede in Africa ho avuto l'impressione che quelle foto e quei filmati non centrassero niente: la nostra realtà occidentale, intesa in senso lato, è talmente distante e diversa da quella africana (in particolare del Burkina Faso) che è semplicemente inimmaginabile; vedere tutte queste persone estremamente povere che hanno come unico obiettivo raggiungere vivi il giorno successivo sembra impossibile e incredibile per i nostri standard europei. Ma lì si trova la povertà estrema: la sopravvivenza corre su una sottile linea che divide da una parte una precaria e minima alimentazione e dall'altra il baratro; qualsiasi piccolo cambiamento (una malattia, un brutto raccolto o una scarsa pioggia) può diventare un ostacolo insormontabile. Ciò che mi ha veramente stupito è che, sebbene ci sia una situazione così allarmante, ogni persona che incontri per le strade dei villaggi ti sorride e ti saluta come se fossero le persone più contente del mondo; i bambini iniziano a correrti incontro appena ti vedono per tenerti la mano,



accompagnarti nel tuo cammino e chiederti una semplice “bonbon”, caramella. E allora ti chiedi cosa tu hai fatto per queste persone... e capisci che non hai fatto niente se non sorridere: per loro questo è già abbastanza.

I bambini sono i veri protagonisti: sono tantissimi, bellissimi, di tutte le età, magrissimi, sporchissimi e con tanta voglia di vivere. Sono furbissimi: molti di loro nel villaggio di Nanoro hanno imparato qualche parola di italiano e si ricordano a distanza di un anno il tuo nome, così quando esci dall'ospedale ti corrono incontro e rimani estremamente stupito dalle loro parole. Purtroppo i bambini sono anche i primi protagonisti in ospedale: un bambino su tre non arriva al quinto anno di età e 89 su 1000 non arrivano al primo anno contro i 4,5 dell'Italia e i 2 della Svezia.

L'ospedale dei Padri Camilliani è una stella in mezzo a questa desolazione; è una reale opportunità di salute per queste povere persone. Il reparto di Pediatria è da poco funzionante e lavora a pieno regime: molti bambini vengono salvati dalla malnutrizione e molti altri guariscono da tantissime infezioni. Il reparto di Chirurgia generale può valersi di due sale operatorie e una quarantina di posti letto: vengono effettuati in media 15 interventi al giorno di qualsiasi tipo, dalla riduzione di fratture ai cesari o alle ernie inguinali, alle tiroidi alle mammelle. Ho avuto l'enorme opportunità di far parte dell'equipe chirurgica grazie al Dott. Capponi (Primario Chirurgo italiano che da 8 anni ha fatto la scelta di stabilirsi in Africa) e mi sento fortunato perché già dal secondo anno di Medicina ho assistito in prima persona a grosse operazioni chirurgiche anche per patologie molto impegnative e spesso inesistenti in Europa e in alcuni casi ho potuto esercitarmi con alcune tecniche di sutura e di aiuto.

Dalla prima alla seconda mia esperienza ho constatato decisi miglioramenti nell'ospedale sia



come numero di pazienti e sia come nuove strutture (pannelli solari, pavimentazione, gruppi elettrogeni, impianti per l'ossigeno centralizzati). Lo sforzo maggiore è forse di indirizzo educativo: queste popolazioni devono prendere coscienza che è presente un luogo in cui possono essere curati e molte volte salvati dalla loro patologia. Ed è per questo che desidero ritornare anche per portare il mio, piccolissimo, contributo.

Concludo con un invito rivolto a tutti i Medici, neolaureati e non: se avete la opportunità di fare una esperienza professionale in un paese del terzo mondo cogliete al volo questa occasione: per i giovani è certamente un modo “genuino” di confrontarsi con la malattia, per i più anziani un completamento di anni di Professione Medica.

**Roberto e Andrea Barina**

Attività  
dell'Ordine

# Assemblea annuale degli iscritti della sezione di Venezia 3 aprile 2011



## RELAZIONE DEL PRESIDENTE

È bello questo incontro, in un giorno di primavera, tanto desiderio di serenità: il miracolo della primavera che dà modo alle nostre sensazioni di non invecchiare.

A nome del C.D.P. e del C.R.C. di questa sezione e mio personale, un caloroso benvenuto e il saluto più cordiale a tutti gli intervenuti a questa Assemblea.

Grazie ai signori Presidenti per il segno di amicizia e di collaborazione che, con la loro presenza, hanno voluto esprimere.

Grazie, in particolare, al Presidente OMCeO, dott. Maurizio Scassola, e a tutto il Consiglio per l'ospitalità, la solidarietà e il concreto aiuto che ci onorano.

Grazie a tutti voi e in particolare ai colleghi del C.D.P. e del C.R.C. per il sostegno e il lavoro svolto.

Grazie alla Segreteria Nazionale di Roma e alla Segreteria OMCeO di Venezia per la loro preziosa, valida e insostituibile disponibilità.

Tristi eventi sono intercorsi in quest'ultimo anno: cari colleghi ci hanno lasciato, molta è l'amarezza nei nostri cuori e non meno la volontà di capire ancora molto del nostro percorso umano e professionale.

Un momento di raccoglimento e di riflessione.

Gli appuntamenti istituzionali sono stati tutti rispettati:

- Congresso Nazionale di Caserta
- Consiglio Nazionale di Roma e Giornata del Pensionato
- Consiglio Regionale del Veneto, tre sedute
- C.D.P. e C.R.C. riuniti, quattro sedute
- Partecipazione del Presidente, su gentile invito, ad altre Assemblee Annuali Provinciali del Veneto.

I temi fondamentali proposti:

Organizzazione e programmazione; problemi previdenziali e fiscali; difesa delle pensioni dei titolari e dei superstiti; aiuto materiale e morale ai pensionati, alle vedove e agli orfani; solidarietà fra gli iscritti (Fondo di Solidarietà).

Quest'anno, il Congresso Nazionale si terrà ad Abano Terme, dal 21 al 25 maggio, il 48° in occasione dei 50 anni della FEDER.S.P.e.V.: naturale è l'invito a cogliere questa occasione per la vicinanza della sede e la convenienza dei costi. Se la sede, voluta da Roma, non è affatto rappresentativa dello spirito e della cultura veneta, ci sia, almeno, una significativa partecipazione dimostrativa: Hotel Alexander: doppia € 320,00 - singola € 360,00 - (gita sociale Riviera del Brenta).

I premi di studio per l'anno 2011 sono stati già ampiamente illustrati in "Azione Sanitaria" e nel bando esposto nelle sedi degli Ordini.

Continua il mio impegno nella redazione del Notiziario dell'Ordine, preziosa opportunità di presenza, stimolo di conoscenza e di interesse per la nostra Federazione, quale un recente elaborato di alcuni aggiornamenti sui problemi previdenziali e fiscali trattati dal dott. Paolo Quarto al 47° Congresso Nazionale di Caserta: disponibilità assoluta ad informare e cercare di risolvere, con la sua collaborazione, le richieste degli interessati.

Si è voluto sperimentare un tentativo per incrementare nuove iscrizioni che ha richiesto un serio impegno personale con l'aiuto necessario delle Segreterie di Roma e di Venezia: sono state inviate, dopo opportuna cernita, 414 lettere contenenti l'invito con la cartolina (18/08/2010), agli over 65.

L'elenco aggiornato degli iscritti (13/10/2010) ha superato la barriera dei 200 con l'aumento di circa 20 unità: totale 216.

Lusinghiero risultato se si tiene conto del calo degli iscritti, su scala nazionale. A regime sono, per ora, 209.

La “gita regionale” è stata effettuata alla fine di settembre nella nostra provincia, Chioggia Laguna Sud, organizzata dalla dott.ssa Maria Luisa Fontanin con il nostro contributo, molto ben riuscita con il più largo apprezzamento: grazie, dottoressa, per tutto l’impegno profuso con amore, incomparabile e costante.

Il nostro Consigliere nazionale, dott. Luigi Vinanti, è voce qualificata per il suo vivo interessamento alle problematiche che ci affliggono, per gli aggiornamenti e i consigli preziosi.

Per l’anno 2011, come è noto, la copertura sanitaria sottoscritta dall’ENPAM con la Compagnia Assicurazione Unisalute, si articola in due piani sanitari, di base e di base più integrativo che esclude, a priori, gli over ottantenni: si deve comunicare solo per internet. Non c’è alternativa, convinto che nel contesto di spesa, i più anziani potessero godere di quei vantaggi, che per la loro età, da soli, non trovano. Con il dilagare delle Assicurazioni private dei giovani, sarà sempre più difficile pensare a nuovi piani sanitari.

Il dott. Miscetti, al Consiglio Nazionale del 21 febbraio u.s., ha stigmatizzato il disinteresse che i neo pensionati manifestano per la FEDER.S.P.eV.

Il giorno seguente, al cinema Capranica di Roma, si è tenuto il quinto incontro, organizzato dalla dirigenza pubblica e privata, a illustrare i contenuti delle iniziative parlamentari e giudiziali intraprese per il ricupero del potere d’acquisto delle pensioni, con particolare approfondimento dedicato alle pensioni di reversibilità: apprezzati gli interventi del prof. Perelli e del prof. Poerio. Il motto: “una sconfinata giovinezza” (presente e futuro delle pensioni nell’età dell’incertezza).

A dire il vero, poco futuro e molta incertezza: politici qualificati nel merito, quali il Presidente Silvano Moffà Commissione Lavoro Camera, il Vicepresidente Giuliano Cazzola ed altri appartenenti anche alla Commissione Lavoro Senato, hanno lasciato chiaramente intendere e promesso, che tutta la questione pensionistica, per ora, può essere solo oggetto della loro massima e costante attenzione, come ha

ribadito il Presidente Alberto Brambilla Nucleo, Valutazione spesa previdenziale, che non può dare risposta positiva. Verrà rilanciata comunque una proposta normativa diretta a sostenere il reddito familiare dei superstiti, grazie anche al costante martellamento su molti politici amici.

Hanno fatto coro, intonatissimi, oltre a Treu, Pianese, Direttore Generale dell’INPDAP che, merito suo, è riuscito a recuperare qualche euro per il 2011 e Nori, Direttore Generale dell’INPS che, per far ben capire la situazione in cui ci dibattiamo, si è addirittura rifatto a Bismarck, ideatore dell’attuale sistema previdenziale. L’ENPAM non c’era.

Dobbiamo contare sulla detassazione dei redditi da pensione come già avviene in Germania dove un operaio guadagna €2600 al mese e sull’intera applicazione delle quote ISTAT già inadeguate per poter recuperare, in parte, la svalutazione e l’aumento del costo della vita:

spero, promitto e iuro vogliono l’infinito futuro. Per argomentazioni frenanti, è stata archiviata la possibilità di riduzione della quota di iscrizione all’Ordine e la realizzazione, a breve, della tredicesima, almeno per il Fondo Generale.

L’ONAO SI ha il suo nuovo statuto, sono stati mantenuti i diritti acquisiti e la contribuzione non obbligatoria. Nelle elezioni del marzo u.s. non ci è stata data alcuna indicazione precisa né tempo di informarci per avere la FEDER.S.P.eV. un rappresentante nel Comitato di Indirizzo della Fondazione.

Nella residenza di Montebello, data in affitto, sono a noi riservate una ventina di stanze per il pernottamento e la prima colazione.

È volontà del Direttivo organizzare una gita della Sezione nei tempi e nei modi migliori.

Termino col dire che la memoria, la nostra memoria è un processo ricostruttivo che onora il nostro passato, ci sarà sempre qualcuno a raccogliere la sfida; ora non siamo disponibili a liquidare ogni nostra aspirazione, con il comodo delle difficoltà presenti, pretendiamo una risposta ad ogni nostro diritto.

Vi aspetto, in allegria, al tradizionale conviviale nel ristorante dello storico Hotel Venezia!

Grazie per l’ascolto.

Il Presidente  
della Sezione di Venezia  
**dott. Giuliano Sassi**

# AGGIORNAMENTI IN MEDICINA SESSUALE

## SEXUAL MEDICINE UPDATE

1 Ottobre 2011

NOVOTEL Mestre-Venezia (*tangenziale uscita Mestre-Castellana*)

“Sexual health is an integral part of overall health. J Sex Med, Nov 2010”. Questo suggerimento della comunità scientifica internazionale che si occupa di Medicina Sessuale è la logica conseguenza dei progressi della fisiopatologia sulla sessualità e del cambiamento dell’approccio medico-psicologico alle problematiche sessuali, ora particolarmente attento alle possibili cause organiche. Un campo, questo, dello scibile medico “in fieri” e con necessità di continui aggiornamenti multidisciplinari, dato che la disfunzione sessuale è un problema multi-eziologico e multi-dimensionale. La diagnosi e la terapia devono considerare la componente biologica e psicologia presente, tenere conto dell’elevata comorbilità dei sintomi sessuali, dell’effetto tempo/ciclo vitale ed esplorare gli aspetti psico-relazionali che spesso sottendono la disfunzione sessuale. Quindi è indispensabile un approccio integrato di tipo multi-disciplinare che scaturisce dalla stretta collaborazione ed integrazione tra differenti Specialisti.

Un diverso e moderno approccio socio-culturale ha contribuito a migliorare nella popolazione la consapevolezza e la necessità di affrontare (e possibilmente risolvere) i problemi sessuali, pertanto un sempre maggior numero di persone, richiede un’assistenza volta ad ottenere un miglioramento della performance della vita sessuale e del proprio benessere emotivo.

Questo Corso formativo ha lo scopo di offrire ai Medici di Medicina Generale e agli Specialisti ulteriori spunti di confronto e di aperto dibattito interdisciplinare e per migliorare la collaborazione tra i vari soggetti interessati nel rispetto dei compiti e delle specificità di ciascuno. Le disfunzioni sessuali rappresentano un gruppo di condizioni mediche che necessitano di un “multidisciplinary perspective management”.

ECM per la figura di Medico Chirurgo  
**RESPONSABILE**

**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia. Tel.: 041 989479-989582. Via Mestrina 86, 30172 Mestre.**

**Segreteria Scientifica**

**Dr. Carlo Pianon**, Direttore U.O. di Urologia, Ospedale “dell’Angelo” di Mestre, ASL 12, Regione Veneto

**Segreteria, tel: 041 2607532.**

**Dr. Gabriele Optale**, direttore Centro Regionale Specializzato per la prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi della sfera sessuale e responsabile dell’ambulatorio di Psicosessuologia (Medicina Sessuale), U.O. di Urologia di Mestre, ASL 12; tel.: 041 2608592.

**Coordinamento Organizzativo:**

**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia. Tel.: 041 989479-989582. Via Mestrina 86, 30172 Mestre.**

### PROGRAMMA

- **8.00** Registrazione partecipanti  
- **8.15** Presentazione dell’Incontro  
Carlo Pianon, Direttore U.O. di Urologia dell’Ospedale “dell’Angelo” di Mestre  
Maurizio Scassola. Presidente Ordine dei Medici e Odontoiatri di Venezia

- **8.30 / 9.50 1° Sessione**

- **8.30 / 8.50 Stato dell’arte della Disfunzione Erettile. Filiberto Zattoni**

- **8.50 / 9.30** Tavola rotonda di approfondimento: Massimo Iafrate, Renzo Giacomini, Nicola Piazza, Maurizio Scassola

- **9.30 / 9.50** Dibattito coi discenti

- **9.50 / 11.00 2° Sessione:**

- **9.50 / 10.10 Stato dell’arte della Eiaculazione Precoce. Emmanuele Jannini**

- **10.10 / 10.50** Tavola rotonda di approfondimen-

to: Fulvio Di Tonno, Salvatore Capodiecì, Marco Norcen, Paolo Cappellotto

- 10.50 / 11.00 Dibattito coi discenti

- 11.00 / 11.20 Coffee break

- 11.20 / 12.40 3° Sessione:

- 11.20 / 11.40 Fertilità e potenza sessuale maschile. Carlo Foresta

- 11.40 / 12.20 Tavola rotonda di approfondimento: Gabriele Optale, Antonio Longo, Carlo De Riva, Fabio Rizzo

- 12.20 / 12.40 Dibattito coi discenti

- 12.40 / 13.50 4° Sessione:

- 12.40 / 13.00 Calo del desiderio femminile: vero o presunto? Linda Rossi.

- 13.00 / 13.40 Tavola rotonda di approfondimento: Daniela Licori, Egídia Angi, Raffaella Michieli, Marta Panzeri

- 13.40 / 14.00 Dibattito coi discenti

- 14.00 / 14.15 Consegna e ritiro test di verifica apprendimento e scheda valutazione

- 14.15 Chiusura sessione

#### Relatori:

**Dr.<sup>ssa</sup> Egídia Angi.** Psicologa-Psicoterapeuta, Associazione Medici Psicoterapeuti, Mestre.

**Dr. Salvatore Capodiecì.** Psichiatra-Psicoterapeuta, Associazione Medici Psicoterapeuti, Mestre.

**Dr. Paolo Cappellotto.** Medico Psicoterapeuta e Psicologo. Medico di Medicina Generale ASL 12, Mestre.

**Dr. Carlo De Riva.** Endocrinologo. Responsabile di Unità Dipartimentale di urgenze endocrino/metaboliche, Ospedale "dell'Angelo" ASL 12, Mestre.

**Dr. Fulvio Di Tonno.** Urologo U.O. di Urologia, Ospedale "dell'Angelo" ASL12, Mestre.

**Prof. Carlo Foresta.** Ordinario di Patol Clinica e Coordinatore servizio per la patol della riproduzione umana, Univ Padova. Presidente Società di Andrologia e Medicina Sessuale.

**Dr. Renzo Giacomini.** Psicoterapeuta, Neurochirurgo, Presidente Associazione Psicoterapeuti, Mestre.

**Prof. Massimo Iafrate,** Urologo, Clinica Urologia, Università di Padova

**Prof. Emmanuele A. Jannini.** Andrologo, prof. di Sessuologia all'Università dell'Aquila. Coordinatore commissione scientifica della Società di Andrologia e Medicina Sessuale.

**Dr.<sup>ssa</sup> Daniela Licori.** Ginecologa, ASL 13, Mirano.

**Dr. Antonio Longo.** Urologo U.O. di Urologia Ospedale "dell'Angelo" ASL 12, Mestre.

**Dr.<sup>ssa</sup> Raffaella Michieli.** Medico di Medicina Generale ASL 12. Responsabile Nazionale "Area Salute della Donna" SIMG, Mestre.

**Dr. Marco Norcen.** Urologo U.O. di Urologia Ospedale "dell'Angelo", ASL 12, Mestre.

**Dr. Gabriele Optale.** Responsabile Ambulatorio Medico di Psicossessuologia dell'ASL 12, Mestre.

**Prof.<sup>ssa</sup> Marta Panzeri.** Psicologa, Psicoterapeuta. Dipart. di Psicologia dello Sviluppo e Socializzazione, Univ. di Padova.

**Dr. Carlo Pianon.** Direttore U.O. di Urologia Ospedale "dell'Angelo", ASL 12, Mestre.

**Dr. Nicola Piazza.** Urologo U.O. di Urologia Ospedale "dell'Angelo", ASL 12, Mestre.

**Dr. Fabio Rizzo.** Ginecologo, Medico di Medicina Generale, ASL 12, Mestre.

**Dr.<sup>ssa</sup> Linda Rossi.** Psicologa-Psicoterapeuta, Sessuologia Clinica, Fed. Svizzera Psicol-Psicoterapeuti, Lugano.

**Dr. Maurizio Scassola.** Presidente Ordine dei Medici e Odontoiatri di Venezia, Medico di Medicina Generale ASL 12..

**Prof. Filiberto Zattoni** Direttore Dipartimento di Scienze Oncologiche e Chirurgiche, Clinica Urologia, Università di Padova.

#### SCHEDE DI ISCRIZIONE\*

Nome.....

Cognome.....

Ruolo .....

Ente .....

Via .....

Città ..... CAP .....

Telefono .....

e-mail .....

Cod. Fisc. o P. IVA: .....

#### CHIEDE

di partecipare all'Incontro del 1/10/2011  
"Aggiornamenti in Medicina Sessuale"

\*La scheda di iscrizione compilata va inviata con fax al: 041 989663 o spedita a Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia,

Via Mestrina 86, 30172 Mestre (VE)

La partecipazione è gratuita.

Attività  
dell'Ordine

31



## LE SERATE DELL'ORDINE

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

<b>CICLO DI SEMINARI SUGLI ASPETTI MEDICO-LEGALI DELLA PROFESSIONE MEDICA ED ODONTOIATRICA</b>	
<p><i>L'amministratore di sostegno: la centralità del paziente ed i doveri del curante medico o odontoiatra</i> Relatore: <b>dott.ssa Giorgia Ducolin</b></p> <p>L'angolo del Legale A cura dell'<b>avv. Zancani Simone</b></p>	<p>Martedì 28 GIUGNO 2011 Ore: 20.00-23.00</p>
<p><i>Doveri deontologici dell'odontoia tra anche con riferimenti agli onorari professionali</i> Relatore: <b>Prof. Betti Dario</b></p> <p>L'angolo del Legale A cura dell'<b>avv. Zancani Simone</b></p>	<p>GIOVEDÌ 29 Settembre 2011 Ore: 20.00-23.00</p>
<p><i>Profili di responsabilità professionale nelle nuove strutture territoriali mediche ed odontoiatriche</i> Relatori: Prof. <b>Daniele Rodriguez</b></p> <p>L'angolo del Legale A cura dell'<b>avv. Zancani Simone</b></p> <p>Conclusioni <b>Dott. Breda Moreno</b></p>	<p>GIOVEDÌ 10 Novembre 2011 Ore: 20.00-23.00</p>

Gli incontri costituiscono un unico corso di aggiornamento in corso di accreditamento presso ECM Regionale