

OMCeo

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

03.10

Anno LI - n. 03 del 30 giugno 2010 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

La rasoia di Occam

Cent'anni persi per il caligo

Previdenza o... Prevveggenza

Medici Veneziani in Sierra Leone

**La CAO di Venezia alla festa
della Guardia di Finanza**

I giovedì dell'Ordine

periodico

Omologato

Posteitaliane



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

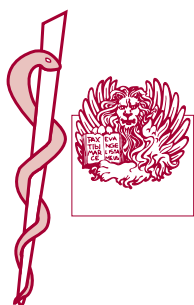
dott. RENATO FAMELI (Presidente)
dott. PASQUALE PICCIANO
dott. ANDREA BAGOLAN

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 LI - n. 03 del 30 giugno 2010
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
Valentina Remigi

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 30 giugno 2010

04 La rasoia di Occam

06 Cent'anni persi
per il caligo

08 Previdenza... o
preveggenza?

10 Costi in sanità alla luce
della crisi economica

12 La ricetta medica

13 Tre medici veneziani in
Sierra Leone

14 La realtà virtuale

16 www.nonfateimedi.it

17 Convegno sul cooperativismo
in medicina generale

18 La CAO di Venezia
alla festa della
Guardia di Finanza

19 Sistema di controllo
della tracciabilità dei rifiuti

21 Certificazioni online:
comunicazione del Presidente
FNOMCeO Amedeo Bianco

22 La noia della ragione,
la sorpresa del torto

23 Polizza Sanitaria, nonostante
tutto continuiamo insieme

25 Bellezza, armonia, salute:
quale relazione?

26 FEDER.S.P.E.V.

28 Convegno a Mestre sulla
contraccezione d'emergenza

30 La cura del paziente
con osteoporosi: chi fa che cosa?

32 I giovedì dell'Ordine

Sommario

3

La rasoziata di Occam

“Entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem”

Dalla introduzione del Ministro Sacconi al Libro Bianco sul futuro del modello sociale: “...Promuovere la salute consente di ridurre la povertà, l'emarginazione e il disagio sociale e anche di incrementare la produttività del lavoro, i tassi di occupazione, la crescita complessiva della economia. Allo stesso modo, un aumento della qualità del lavoro e delle occasioni di impiego per un arco di vita più lungo, così come un contesto favorevole alla occupabilità e alla mobilità sociale, qualunque sia il punto di partenza di ciascuno, si traducono in maggiore salute e benessere psicofisico...”.

I dati dell'OMS dimostrano da tempo come l'aspettativa di vita in Europa è diventata molto disomogenea ed è correlata al livello socio-economico; questo è chiaramente dimostrabile anche all'interno di comunità apparentemente omogenee; a Glasgow esiste un differenziale di aspettativa di vita di 8 anni tra la popolazione nelle migliori condizioni sociali e quella nelle peggiori; così a Torino e a Malmö!

Poniamoci alcune domande: dove si produce salute? Che strategie di investimento producono il miglior guadagno di salute nella popolazione? Quali strategie contribuiscono a ridurre le disuguaglianze nello stato di salute e danno valore aggiunto allo sviluppo sociale ed economico?

Questi quesiti divengono non eludibili in un periodo in cui la crisi economica è alimentata, specie nel nostro Paese, dal vuoto di responsabilità e di partecipazione. Se il livello socio-economico è uno dei determinanti fondamentali per lo stato di salute dobbiamo aspettarci, nei prossimi anni, un peggioramento delle condizioni della nostra popolazione senza poter offrire risposte adeguate ed appropriate ai nuovi bisogni. Con quali strumenti e con quali risorse dovremmo affrontare questi orizzonti? Crisi economica, privatizzazioni striscianti, crisi della professione medica che viene alimentata dagli effetti della gobba pensionistica 2015 – 2025, dalla fuga verso la pensione (con il colpevole contributo della recente manovra finanziaria), dalla crisi vocazionale, porteranno inevitabilmente ad una revisione del modello assistenziale.



Non è possibile presumere che possano esistere opportunità di assistenza che vadano oltre la pura necessità!

Come si prepara la classe medica a questi nuovi orizzonti? Litigando per l'ENPAM? Frazionandosi in sub sindacati che preservino i privilegi di pochi? Continuando a subire la logica delle “Aziende” ulss sempre più incapaci di programmare e chiuse nei vincoli di bilancio statale e regionale? Subendo leggi e normative che continuano a condizionare libertà ed tempo per il lavoro?

Le Professioni Sanitarie hanno l'obbligo civile di trovare un coordinamento politico che delinei una strategia comune per la salvezza del Sistema Socio – Sanitario Nazionale.

Riprendiamo dal Libro bianco del Ministro Sacconi: “...L'aumento della domanda e dei bisogni conseguenti alla rivoluzione epidemiologica dell'ultimo ventennio comporterà una crescente spesa sanitaria difficilmente sostenibile dalla fiscalità generale anche in presenza di una gestione più virtuosa della spesa.

È necessario pertanto che il pilastro a capitalizzazione reale si sviluppi anche in ambito sanitario e assistenziale, valorizzando le possibili sinergie e

complementarità con il pilastro pensionistico privato...La crescita di un nuovo secondo pilastro con nuove forme integrative di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, rivisitando anche lo strumento delle società di mutuo soccorso, è rilevante anche al fine di valorizzare nuove forme di produzione dei servizi che fanno tradizionalmente parte dell'offerta dello Stato sociale...”.

Ma quali sono i dati che sostengono questa “difficile sostenibilità anche in presenza di una gestione più virtuosa”? Si vuole spostare una quota parte della spesa sulle famiglie introducendo una nuova mutualità integrativa? Noi non siamo pregiudizialmente contrari ad analizzare

questa ipotesi ove ci venisse dimostrato, con dati concreti, la loro fondatezza ma ci sembra che, in un panorama così incerto e di sostanziale diffusa “irresponsabilità”, vada posto con forza il problema del federalismo e della responsabilizzazione delle Regioni.

La categoria medica deve essere coinvolta nelle scelte sia a livello regionale che nazionale e deve partecipare alla verifica e revisione del Sistema. I sindacati devono garantire il livello di contrattazione, gli Ordini devono garantire la salvaguardia del ruolo, del decoro e della dignità della Professione.

Maurizio Scassola



Cent'anni persi per il caligo

Lil 10 Luglio del 1910, con il veneziano Luigi Luzzati alla presidenza del Consiglio dei Ministri, il Parlamento Italiano approvava la legge istitutiva dell'Ordine dei Medici. Siamo quindi in un periodo di celebrazioni, autocelebrazioni e autoincensamenti. Ma la conoscenza della nostra storia più che motivo di orgoglio, dovrebbe essere di rimpianto per gli obiettivi mancati e di stimolo per perseguirli con rinnovato vigore, finalmente.

La legge del 1910 non fu in realtà una istituzione ex-novo, ma l'istituzionalizzazione degli Ordini dei Sanitari, già costituitisi su base volontaria in molte province italiane, tra cui Venezia nel 1889. Quindi con 20 anni di ritardo lo Stato Italiano riconosceva la funzione pubblica di associazioni volontarie preesistenti.

Lo spunto per la costituzione degli Ordini dei Sanitari, i quali all'inizio comprendevano anche veterinari e farmacisti, venne dalla promulgazione nel 1888 del Codice di Igiene e Sanità Pubblica da parte del governo Crispi, con il quale si riconosceva ai medici un ruolo pubblico. All'articolo 23 si stabiliva che per l'esercizio della Medicina era necessaria la laurea in una università italiana e all'articolo 35 si stabiliva che l'apertura di un istituto di cura era necessaria l'autorizzazione del prefetto. L'art.35 del Codice fu in seguito ripreso nell'art.193 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 1934, il quale è ancora il fondamento della normativa sull'autorizzazione all'esercizio.

Veniva inoltre costituito il Consiglio Superiore di Sanità, il Consiglio Provinciale di Sanità, il Medico Provinciale e il Medico Comunale nella qualità di Ufficiale Sanitario. In quegli anni la popolazione italiana era di 35.000.000 di persone, la mortalità infantile di 140 per mille, la vita media di 46 anni, la prima causa di morte la tubercolosi, e diffusi erano pure il colera e la pellaagra.

A seguito dell'emanazione del Codice per i medici italiani si pose il problema di strutturare in modo più organico il rapporto con lo Stato, passando da una fase di pura e semplice lotta sindacale ad un piano di collaborazione. Il fattore fondante identificato dagli Ordini Sanitari per questa collaborazione fu l'etica. L'appartenenza



all'Ordine venne subordinata al rispetto di un Codice Deontologico.

Solo l'abitudine ci impedisce di sussultare a questa affermazione.

Consideriamo la situazione nella quale si svilupparono gli Ordini Sanitari: essi sono gli eredi delle associazioni mediche, prima tra tutte l'Associazione Medica Italiana (AMI) fondata nel 1862 e in seguito l'Associazione Nazionale dei Medici Comunali (ANMC). Il primo obiettivo di queste associazioni professionali è prettamente sindacale: un medico condotto dell'epoca guadagna da 1.700 a 2.300 lire all'anno, un pretore 8.000, un maresciallo dei carabinieri 4.500! Il contesto è il sindacalismo di stampo socialista, tanto che nel 1908 l'ANMC aderì alla Confederazione Generale del Lavoro (antesignana dell'odierna CGIL) di Filippo Turati.

A fianco dei Medici Condotti, i libero professionisti chiedevano la tutela della professione, la lotta alla pletora medica e all'abusivismo. Ricordiamo che l'obbligo della laurea in Medicina per l'esercizio dell'odontoiatria è del 1890.

Gli Ordini Sanitari su base volontaria e gli Ordini dei Medici istituiti con la legge del 1910 cercano invece un fondamento etico che li pone piuttosto nel filone corporativistico che sindacale.

Se teniamo presente che nel 1910 per i cattolici vigeva ancora il non expedit e ad essi era preclusa l'attività politica nazionale (ma non nelle

istituzioni locali), che nel 1909 don Murri fu scomunicato per essere stato eletto al parlamento tra l'altro con i voti dei socialisti, il fondamento deontologico dell'Ordine ci deve far particolarmente riflettere.

Non si trattava evidentemente di anni nei quali i cattolici erano assenti dalla vita pubblica, sia come istituzioni (pensiamo all'Opera dei Congressi e ai suoi epigoni) sia come pensatori (pensiamo al Toniolo) sia come singole personalità (pensiamo a san Riccardo Pampuri e a san Giuseppe Moscati). Tuttavia quando gli Ordini Sanitari vennero riconosciuti dallo Stato evidentemente per etica non si intendeva e non si poteva intendere in senso restrittivo "etica cattolica", ma neppure "etica laicista".

Il riconoscimento della funzione pubblica dell'Ordine è una scommessa: che sia possibile una grande *conciliazione nazionale*, alternativa alla lotta di classe da un lato e all'individualismo liberista dall'altro. Che i medici possano liberamente *riconoscere ed obbedire ad un imperativo etico superiore a qualunque legge ed interesse*, il quale imperativo li pone genuinamente al servizio della salute di ogni singolo cittadino.

Ma questa avventura dura poco: nel 1926 viene sciolta la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e nel 1935 vengono aboliti gli Ordini Provinciali. Il fascismo non vede con simpatia una organizzazione in gran parte diretta dai Medici Condotti, che resiste, seppure senza grande convinzione e con poco successo, all'ascesa fascista, e predilige i medici ospedalieri, sui quali sposta gli investimenti e dai quali si attende il maggior contributo alla sanità pubblica. D'altra parte il fascismo contrappone alla lotta di classe e all'individualismo liberista il nazionalismo, la cui etica non è compatibile con una etica personalista.

Dunque, ricapitolando: le principali rivendicazioni sindacali dei medici un secolo fa erano di tipo economico per i medici condotti e di lotta all'abusivismo per i libero professionisti. Essi si resero conto che tali interessi non potevano essere difesi se non acquisendo una funzione pubblica di tutela della salute dei cittadini. In questo contesto l'Ordine professionale viene visto dalle associazioni mediche come un passo verso il raggiungimento dei propri obiettivi e la deontologia come lo strumento che ne giustifica l'esistenza. Il regime fascista tuttavia dà la preferenza alla

medicina ospedaliera, la quale è parzialmente sottratta al potere disciplinare dell'Ordine e assorbe gran parte delle risorse economiche della sanità pubblica.

Sembra quasi che cento anni non siano passati affatto.

Ma mentre cento anni fa l'Italia era un pullulare frenetico di idee e iniziative, oggi assistiamo ad un desolante panorama di conflitto di interessi.

La riflessione sulla possibile collaborazione tra i medici e lo Stato sulla base di una etica condivisa, il fondamento razionale di tale etica e il suo rapporto con le etiche più diffuse (oggi quella cattolica e forse quella idealista, ma un domani, chissà, quella islamica) è del tutto assente. Molto chiare sono invece le rivendicazioni economiche dei medici di base, il conflitto ospedale-territorio, la lotta all'abusivismo odontoiatrico. La possibile separazione medici-odontoiatri acuirà, se possibile, la gravità della situazione.

In assenza di una riflessione etica, gli Ordini non possono fare altro che appiattirsi su posizioni sindacali senza riuscire a comporre i conflitti tra i propri iscritti e senza poter immaginare e proporre una via d'uscita alla crisi del sistema sanitario.

Dobbiamo uscire dal caligo, dobbiamo ritrovare la bussola della nostra ragion d'essere.

Cosimo Tomaselli

Previdenza... o preveggenza?

Oggi parliamo di Previdenza. In parole povere di pensioni. Piaccia o non piaccia è un argomento che prima o poi bisogna affrontare e, consiglio personale, prima lo fate, come tutte le cose importanti della vita, meglio è. Come voi tutti ben sapete, nel nostro Paese è in atto un progressivo ed, allo stato attuale, inarrestabile, invecchiamento della popolazione. Secondo recenti dati, ogni anno che passa aumenta di tre mesi l'aspettativa di vita media della popolazione italiana; quindi, si vivrà più a lungo di quanto previsto statisticamente anni addietro, quando furono impostati i parametri contributivi che domani potrebbero dimostrare tutta la loro inadeguatezza. Contemporaneamente è in atto un'importante trasformazione delle economie europee e mondiali, a loro volta influenzate dai grandi flussi migratori e dalla instabilità economica e sociale delle varie nazioni nel tempo. Entrambi questi fattori, insieme alla riduzione numerica della classe medica, alla evoluzione tecnologica della medicina rigenerativa ed alla diminuzione della natalità, porteranno ad uno squilibrio demografico ed economico tra generazioni subentranti. Di qui il fatto che una generazione successiva non avrà reddito sufficiente per finanziare le pensioni e l'assistenza maturata dalla generazione che l'ha preceduta.

L'organizzazione del sistema pensionistico, nostro ed europeo, si basa sui tre pilastri della previdenza di cui avrete sicuramente sentito parlare.

Il primo pilastro è la "Previdenza sociale obbligatoria" a finalità pubblica per la pensione base (leggi ENPAM).

Il secondo, la "Previdenza complementare", su base volontaria, a contrattazione collettiva ed adesione individuale (Fondo sanità).

Il terzo pilastro riguarda la "previdenza integrativa privata", su base assicurativa (fondi individuali pensionistici, piani individuali previdenziali, polizze vita).

Il problema che si pone è: riusciremo in definitiva a garantire i necessari flussi contributivi per pagare le pensioni più a lungo? Stante, ad esempio, il maggior consumo di sanità di una popolazione che invecchia? Oppure a causa del "rischio politico" e cioè il perdurare della tassazione sulla capitalizzazione dei contributi? In pratica, il patrimonio, obbligatoriamente costituito a garanzia del pagamento delle pensioni, è tassato come quello di una qualsiasi impresa speculativa ed ogni anno



un flusso finanziario importante è sottratto alle pensioni ed alla solidarietà intracategoriale. Un altro fattore critico è il cambiamento in atto nella struttura imprenditoriale della libera professione, l'odontoiatria in primis, dove grossi gruppi finanziari fanno a gara per accaparrarsi forza lavoro a basso costo. Nel quotidiano succede che, giovani neolaureati debbano giocoforza inserirsi in mega-strutture tipo supermarket della salute, ove viene stravolto l'esclusivo rapporto sanitario-paziente. Non solo, ma questo imponente afflusso di capitali finalizzati unicamente al profitto sul mercato della salute, verosimilmente, indurrà forme di esercizio professionale elusive della contribuzione individuale. Quello che si è capito dalla recente crisi economica è che nessuno sa trarre dal passato modelli efficaci per anticipare il futuro, per cui parlare di redditività significativa con investimenti poco rischiosi, prontamente liquidabili ma a capitale garantito, diversificati ma equilibrati, può solo essere una chimera.

Nel passato il problema della terza età era finalizzato al mantenimento della pace e della serenità sociale, alla protezione del lavoratore nel periodo più debole della sua fase produttiva, cioè alla fine, tramite un trasferimento forzato di parte del reddito realizzato nel periodo fecondo alla fase finale della vita. Anche oggi è così, ma i meccanismi di attuazione di questo sistema si sono talmente

riempiti di variabili che la sola previsione a breve termine si rivela molto difficile. Viviamo un presente in cui una folta generazione di 50/60enni si pensionerà nei prossimi 15 anni alterando per lungo tempo il rapporto tra attivi e pensionati. Ce la farà la futura generazione di colleghi a sostenere il sistema con la propria contribuzione se dal lavoro non arriveranno redditi sufficienti e se il Patrimonio accumulato non garantirà proventi sostanziosi? E ancora: chi saranno i sanitari di domani? Come evolverà l'attuale situazione che va ineluttabilmente verso la formazione di figure professionali, regolarmente sfornate dalle nostre università, sempre più parcellizzate e quindi con capacità contributiva limitata dal loro stesso status di super-specialisti? Non basta: volete che parliamo dei molti, purtroppo anche tra i nostri colleghi, che, approfittando di prepensionamenti o mega-pensioni, oltre a non essere produttivi, attingono a piene mani dalle casse del nostro sistema previdenziale? E quelli che non pagano i contributi? Oppure coloro che in un passato non troppo remoto riuscivano, con un banale quanto efficace stratagemma, a farsi liquidare interamente la pensione per poi ottenere lo stesso la minima, a cui non avrebbero avuto diritto essendo già stati pagati per il resto della loro esistenza? E che dire della tendenza socio-economico-finanziaria comunitaria di spostare il debito sempre più nel domani? Sicuramente affermare che chi nasce oggi nasce indebitato è un luogo comune, ma proviamo a spostarlo in campo previdenziale, in prospettiva reale: il risultato è devastante.

Parliamo dei giovani

Al di là del fatto che fino ad una certa età ci si ritiene immortali, ovviamente per inesperienza e totale mancanza di consapevolezza, rimane il fatto che, anche con il passare degli anni, nessuno di noi è disposto ad ammettere che la prospettiva non cambia. Mi spiego: perché devo spendere un sacco di soldi per riscattare gli anni di laurea quando finalmente comincio a guadagnare qualcosa? Ho appena cominciato il mio cammino di professionista, la pensione è ad anni luce dalla mia realtà. Se penso al sistema retributivo-contributivo immagino che funzionerà, sono io che lo pago, chi verrà dopo di me farà altrettanto. E via così. Ma, come abbiamo già detto, tutto ciò funzionerebbe se non fossimo ad un punto di svolta così incisivo come quello odierno. Il neolaureato (perdonatemi se lo considero tale almeno per svariati anni dopo la laurea) fin da subito dovrebbe essere istruito e guidato ai vantaggi di una previdenza complementare individuale, specialmente se libero

professionista puro. Quale padre è stato in grado di trasferire la sua esperienza al figlio? E chi di noi non si è sentito padre del giovane collega ogniqualvolta costui lo ha interpellato in veste di mentore? Ebbene, nessuno ci è riuscito, nessuno ha infranto quella barriera temporale che fa di noi degli esseri umani profondamente immersi nella loro dimensione spazio-tempo. Ad ogni età i suoi frutti, si dice; ebbene potete parlare di previdenza ad un giovane che, se vi ascolterà e vi dirà di comprendere e di desiderare, nella realtà non andrà al di là dell'istante successivo.

Diverso è il discorso, e soprattutto diversa la disposizione d'animo, del collega che si accorge, generalmente all'improvviso, del suo ineluttabile affacciarsi al "fin della carriera", inteso sia come "fin" del percorso professionale, ma soprattutto "fin" della sua vita. Mille dubbi, seppur mitigati dall'esperienza e dai risultati raggiunti, lo attanagliano. Lo spettro del significato della vita, oppure del senso della morte, si accavallano. Ma non possiamo dimenticarci del vil denaro. E' inutile far finta che non sia importante: nella nostra struttura sociale lo è. E, per noi, qui rientra in gioco un conosciuto acronimo: ENPAM. Ma non basta, visto che la proporzionalità tra i contributi versati e le prestazioni garantite non si sa se saranno soddisfacenti. Ci dobbiamo affidare oggi a coloro che ci guidano: pur vivendo in un mondo in recessione, con la prospettiva di un grosso esodo professionale nei prossimi anni, rimpiazzati in misura forse quantitativamente insufficiente in uno scenario professionale mutevole che potrebbe non garantire flussi contributivi adeguati, cominciamo a pensare che la previdenza complementare sia una via di fuga dall'oscurantismo economico che imperversa.

Stefano A. Berto

Costi in sanità alla luce della crisi economica

Quali riflessioni per andare incontro ai bisogni del cittadino - Un punto di vista "odontoiatrico" -

Crisi e salute paiono essere, al giorno d'oggi, gli unici argomenti all'attenzione dell'opinione pubblica. A volte si ha l'impressione che parlare dell'uno serva solo a spostare l'attenzione generale dall'altro, sentendoci in realtà più coinvolti dal pianeta salute.

Oltre agli allarmismi sulla "pandemia" vera o falsa che sia, il termine più usato in sanità è **razionalizzare** che viene purtroppo tradotto in **tagliare**: tagliare da parte del pubblico e, purtroppo, tagliare sulle proprie spese sanitarie anche da parte del cittadino.

La crisi economica è "scoppiata" più di un anno fa. I giornali e le riviste, anche quelle specialistiche del settore sanitario, riportano che 2/3 degli italiani dichiarano di aver contratto la spesa farmaceutica, esami o visite specialistiche nei sei mesi precedenti l'indagine.

Nonostante nel bilancio sanitario si tenda a lasciare per ultimo come budget da tagliare proprio ciò che attiene alla salute, ben 3/4 delle persone "fragili" o con salute precaria riferiscono di aver ridotto la loro disponibilità economica per le spese mediche.

Si rinuncia ad esami gravati da ticket, non si acquistano i farmaci di fascia C, non è infrequente negli ambulatori dei MMG la richiesta del paziente di poter disporre di un "campione" per alcune patologie minori.

Non ci si poteva (può) d'altronde attendere un risultato diverso quando aumentano i disoccupati, i cassintegrati e le pensioni non sono adeguate al costo della vita.

Ciò che invece sicuramente aumenta ogni giorno è il carico burocratico che porta con sé un inevitabile aumento di costi per operatori e utenti.

E' lapalissiano che con la crisi dell'utente-paziente, la stessa crisi si ripercuota sull'operatore-imprenditore che vede ridursi ogni giorno il proprio reddito basato proprio sull'afflusso di quel utente così duramente colpito dalla congiuntura economica e che si trova costretto a "risparmiare" sul suo bene più prezioso: la salute.

Già nel 2008 il settore odontoiatrico denunciava una ripercussione negativa della situazione economica generale, che interessava circa il 50% dei



singoli studi professionali, prime avvisaglie della catastrofe attuale.

A leggere i dati del sito www.contribuenti.it si viene a conoscenza di un aumento della povertà in Italia del 44% e che l'indebitamento delle famiglie italiane è cresciuto dell' 87,4%.

Dalla stessa fonte si apprende che le professioni, nel loro complesso, sono passate da un incremento del fatturato del 2008 ad un serio rischio di chiusura dell'attività per ben 300.000 studi professionali in tutta Italia.

Uno dei comparti di punta nelle professioni, quello medico, secondo i dati riferiti a tutto Ottobre 2009, ha un fatturato globale pari ad un 30% in meno rispetto allo stesso periodo del 2008, che già non aveva dati confortanti per l'odontoiatria, come prima accennato.

Le prestazioni sono scese di un buon 39%, l'occupazione riporta un meno 21% e un meno 45% nelle forniture professionali.

Ci troviamo di fronte, dunque, a forza lavoro al massimo della qualificazione come i professionisti, gli operatori della conoscenza su cui la società ha investito con lauree e specializzazioni al più alto livello, che lasciano l'attività in cerca di altre forme d'impiego e altre fonti di sostentamento.

Chi rimane attivo riduce il personale dipendente, mediamente ci sono due addetti per studio in campo odontoiatrico e ancor più drammatico il 45% in meno di investimenti per l'ammodernamento dello studio e l'aggiornamento tecnologico: in sostanza si pone un freno all'evoluzione della professione e al miglioramento del risultato finale cioè della prestazione medica.

Lo studio odontoiatrico è mono-professionale, o, al più, un'associazione di 2-3 professionisti dove il paziente è al centro dell'attenzione di tutto lo staff.

L'odontoiatria è una professione intellettuale. Non può essere paragonata o ricondotta, come qualcuno vorrebbe fare, ad un mero prodotto commerciale; non vi sono le svendite di fine stagione, non esiste il 2+1 che tanto attrae nei centri commerciali.

Se per costruire un'auto la tecnologia ha fatto ridurre i tempi ed i costi di produzione, per suonare una sinfonia servono sempre lo stesso numero di orchestrali.

Il tempo da dedicare al paziente non può essere cronometrato, la prestazione medica non è mai ripetitiva, ogni paziente è un unico che ha diritto alla massima attenzione e alla migliore prestazione possibile: non è assolutamente accettabile chi dice "meglio una cattiva prestazione che nessuna prestazione".

In questo scenario di crisi economica, purtroppo, sta prendendo sempre più piede la mercificazione dell'atto medico.

Sorgono i cosiddetti "centri low cost" che invertono quanto da noi prima affermato: non si cura il paziente, ma il suo dente o la sua ruga o si rimodella il seno ecc, con tempi quanto più contingentati, propagandando il minor costo con "economie di scala" che mal si adattano alla prestazione sanitaria.

Si è traslato in sanità, in salute, il concetto di produttività e bassi costi in odontoiatria e in medicina.

Non a caso l'imprenditoria più varia è entrata a valanga su tutto ciò che riguarda la salute forse attratti da ipotetici facili guadagni e proponendo il concetto che è la struttura che fa la qualità mentre è il professionista che determina la qualità della prestazione, anche con l'ausilio della struttura, ma svincolato dal termine "produttività" ed incentrato sul **prendersi cura** del paziente e non solo otturando meccanicisticamente il suo dente.

In medicina si dice che " tutto ciò che è inutile è dannoso" ma se lo trasferiamo nel quotidiano nella gestione dell'attività professionale ciò pare essere, invece, la regola.

Se vi è un modo per ridurre i costi delle prestazioni professionali, qualunque esse siano, per abbattere i costi di gestione degli studi questo è sicuramente ridurre il peso della burocrazia ed il carico fiscale. Il professionista è oggi stretto nella morsa di adempimenti di norme spesso in contrasto tra loro e differenti sul piano nazionale che lo distraggono dall'aggiornamento e dall'attività, distogliendo spesso anche risorse economiche che meglio potrebbero essere utilizzate.

Il cittadino-utente finale deve sapere che anche questo concorre a determinare il costo delle prestazioni. Sappia anche che in Italia, e ancor più nella nostra regione, gli studi dentistici monoprofessionali sono in grado di erogare prestazioni di qualità ai vertici europei e mondiali a costi altrettanto competitivi in cui la ventilata entrata del cosiddetto "terzo pagante" porterà solo alla presenza di un nuovo soggetto con ovvi scopi di lucro che per poter guadagnare a sua volta dovrà o aumentare i costi o ridurre la qualità della prestazione.

Moreno Breda

La ricetta medica

Atto conclusivo di un iter diagnostico è spesso la compilazione della ricetta medica che consentirà al paziente di accedere ai medicinali che reputiamo necessari per la cura. E' un atto che compiamo innumerevoli volte nello svolgimento della nostra attività, senza spesso valutare l'importanza sotto il profilo etico-deontologico e giuridico.

La ricetta medica è un documento sottoscritto e datato dal medico-chirurgo e odontoiatra, che autorizza il farmacista a consegnare uno o più medicinali al paziente che ne necessita.

La prescrizione medica è protetta contro la falsità quale scrittura privata, ed assume rilevanza di atto pubblico quale certificazione del diritto dell'assistito ad usufruire della prestazione farmaceutica.

La normativa vigente distingue tra vari tipi di ricette (D.Lvo 539/92).

Inoltre, in attuazione delle direttive comunitarie 2001/83/CE e 2003/94/CE il 24 aprile 2006 è stato emanato il D.Lgs 219/2006 (pubblicato G.U. il 21-6-2006), che affronta varie problematiche attinenti i medicinali ad uso umano.

Tra i profili oggetto di trattazione vi sono le modalità che il professionista deve seguire per la compilazione della ricetta ad integrazione del D.Lvo 539/92.

Nelle tipologie più comuni di ricetta, ripetibile e non ripetibile (vedi tabelle 4 e 5 F.U. XI ed.), il prescrivente deve sempre essere identificabile (art.4 e 5 D.Lvo 539/92; art.89 D.Lgs 219/2006).

La ricetta deve pertanto riportare, a stampa o mediante timbro, le generalità del medico-chirurgo o odontoiatra (nome, cognome e domicilio), ed eventualmente la denominazione della struttura da cui esso dipende.

Obbligatorie sono anche la data e la firma.

Solo per le ricette non ripetibili esiste l'obbligo di scrivere il nome e cognome del paziente od eventualmente il suo codice fiscale (comma 4 art.89 D.Lgs 219/2006).

Con nota dell'11-06-2006, il Ministero della Salute ha chiarito che "l'indicazione del codice fiscale in luogo della menzione del nome e del cognome deve intendersi obbligatoria quando l'interessato non voglia far comparire il proprio nome e cognome".

La non ottemperanza a questa norma prevede pesanti sanzioni amministrative, da 300 a 1800 €, ai

sensi del comma 9 dell'art. 148 D.Lgs.219/2006.

La carenza di uno o più degli elementi sopra descritti, comporta la non validità della ricetta.

Compilare correttamente la prescrizione medica è quindi anche un obbligo

deontologico per il medico-chirurgo o odontoiatra perché, un suo eventuale comportamento negligente, negherebbe al paziente il diritto di accedere alle cure. Per quanto riguarda i laureati in Odontoiatria e Protesi Dentaria, ai sensi dell'art.2 della Legge 409/85, essi possono prescrivere soltanto i medicinali necessari all'esercizio della loro professione, in altre parole quelli indicati nella "terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti".

Tale norma è evidentemente del tutto generica e richiede che si faccia riferimento, almeno in senso indicativo, alla prassi che ha portato all'identificazione di alcune classi di farmaci più comunemente necessari alla professione odontoiatrica quali principalmente gli analgesici-antinfiammatori, gli anestetici locali e gli antibiotici attivi sulla flora patogena del cavo orale. Sembra comunque acclarato che all'Odontoiatra non compete la prescrizione di farmaci per la terapia di malattie non odontoiatriche, il cui uso potrebbe anzi configurare una responsabilità di abuso professionale. La preclusione all'uso di farmaci non strettamente pertinenti la professione odontoiatrica, non è ovviamente sostenibile nel caso delle emergenze che possono intervenire nell'attività professionale odontoiatrica e che possano comportare danno grave o pericolo di vita per il paziente. In tali situazioni anzi, il mancato uso di farmaci di emergenza (cardiotonici, broncodilatatori, anti-shock, ecc.) potrebbe comportare precise responsabilità di ordine legale ed etico.



Pietro Valenti

Tre medici veneziani in Sierra Leone



Aeroporto di Freetown, 8 marzo 2010:io, Mimmo e Lele siamo in attesa dell'aereo per Venezia, ad una settimana di distanza dal nostro arrivo. Davanti a me ho la modesta pista per gli aerei, circondata da folta vegetazione e da alte palme. Dentro di me c'è tutto quello che ho visto in questi giorni e che mi ha riempito gli occhi ed il cuore. Ospiti nella casa di Emergency a Goderich, abbiamo frequentato l'ospedale di Emergency, sorto nel 2001 alla fine di una lunga guerra civile che ha insanguinato il paese, combattuta da bambini-soldato con efferate mutilazioni ed uccisioni, guerra che ha causato 200mila morti. L'ospedale è semplice ed essenziale, ha un reparto di chirurgia, l'ortopedia-traumatologia e la pediatria. All'interno c'è un giardino ben curato, la scuola per i bambini ricoverati, un laboratorio analisi e la radiologia. Dopo 9 anni di vita ha bisogno di essere ristrutturato ed ampliato. Fornisce assistenza sanitaria gratuita alla popolazione e, ogni mattina, il portico della sala d'attesa è pieno di mamme e qualche papà con i loro bambini. Sono lì dalle prime ore del mattino e aspettano in silenzio. Mimmo (dott. Risica, primario cardiologo Osp. S.S. Giovanni e Paolo) deve fare il controllo dei piccoli cardiopatici della Sierra Leone già operati gratuitamente al cuore (per malformazioni valvolari congenite o da reumatismo articolare acuto) all'ospedale Salam di Kartoum e trovarne altri che abbiamo bisogno di un intervento cardiocirurgico salvavita. La radio locale ha diffuso il messaggio della visita cardiologica gratuita e quindi si presentano anche giovani dal fisico sportivo con le palpitazioni, donne obese, ipertese o diabetiche. I bambini hanno la precedenza: il paziente più



piccolo ha poche settimane, il più anziano 65 anni. Mimmo è molto bravo e paziente nella spiegazione delle immagini ecocardiografiche e nella lettura comune dell'E.C.G. Per noi è un'esperienza professionale e umana molto forte. Ci colpiscono i bambini che arrivano alla visita con tutti i segni dello scompenso cardiaco, la dispnea, l'aritmia da fibrillazione atriale, patologie che in Italia vediamo negli anziani. Visitiamo giovani con scompenso di cuore da pericardite costrittiva, terribile conseguenza della Tbc.

Nel percorso da casa all'ospedale incontriamo tantissimi bambini: sorridono e salutano, mentre vanno nelle rare scuole, giocano in rigagnoli d'acqua lurida, sorvegliano i mille poveri mercatini ai bordi delle vie. Alcuni tengono i fratellini più piccoli sul dorso, altri per tutto il giorno, sotto il sole e per un dollaro, spaccano grosse pietre rosse che ridurranno a ghiaia per i cantieri.

Nell'ospedale i bambini parlano con gli occhi e con la sofferenza dei loro corpi: bambini denutriti, di cui noti l'espressione dello sguardo e l'addome gonfio; bambini anemici, di cui ti colpisce il pallore anche se la pelle è scura; bambini

zoppicanti o distesi in letti per trazioni ossee; bambini fieri dei loro braccialetti di perline, orecchini o semplici collanine di filo. Ibrahim ha 4 anni e chiede con insistenza un biscotto, lo succhia un po' e poi non riesce a deglutirlo: ha una stenosi esofagea grave (da ingestione di soda caustica che le mamme tengono in casa per confezionare sapone da vendere) che non può essere dilatata per via endoscopica, sta aspettando il tempo opportuno per l'intervento. La camicia senza maniche nasconde la stomia per la nutrizione parenterale. Ibrahim ha voglia di

giocare al girotondo, a vola-vola ed è bravissimo ad improvvisare passi di danza al ritmo del ciuff-ciuff dell'ecografo di Mimmo.

A Venezia ci accoglie la bora e, il giorno seguente, un'abbondante nevicata; ma ci preoccupa di più la difficoltà di accettare la realtà di tutti i giorni, di fare capire ai nostri pazienti la fortuna di essere nati in questa parte del mondo.

Romana Bonsuan
Gabriele Pieresca
Mimmo Risica



La Realtà Virtuale

**Abstract per il congresso di neuroscienze
"NEURO-TALK 2010" di Singapore 25-28 giugno**

Abbiamo inserito l'applicazione della tecnologia della Realtà Virtuale (RV) in un progetto riabilitativo per i disturbi mnesici, ipotizzando una possibile facilitazione di recupero di nozioni dal serbatoio mnemonico. Il nostro obiettivo è quello di riuscire ad individuare preventivamente negli anziani questo iniziale deterioramento ed eventualmente rallentare l'iter attraverso l'effettuazione di un training con alcune esperienze in un ambiente virtuale. La RV viene definita come un mondo tridimensionale creato dal computer che può essere esplorato in modo interattivo attraverso alcuni dispositivi periferici. L'interazione avviene utilizzando un joystick e indossando un casco all'interno del quale viene proiettato il mondo virtuale; con i movimenti della testa e del joystick, secondo i propri desideri e proprio come possiamo agire nella realtà attraverso i movimenti della nostra testa e delle nostre gambe, ci si può muovere nel mondo virtuale. La RV, è un'esperienza mentale in grado di far credere al soggetto di "essere lì" presente sulla scena e nel mondo virtuale. Il soggetto non è più semplice spettatore passivo di ciò che accade su un monitor, ma vive la sensazione di un coinvolgimento e di una partecipazione attiva, nonostante quegli oggetti e quegli spazi esistano solo nella memoria del computer e nella mente del soggetto stesso. Noi l'abbiamo utilizzata, dopo consenso



informato, in uno studio controllato in soggetti con età media di 80 anni con deficit mnemonici, ospiti della Residenza Sanitaria Polivalente "Anni Sereni" di Scorzè (Venezia). Il virtual reality memory-training (VRMT) consiste nella ripetizione di alcune esperienze acustiche seguite da altre immersive e interattive nella RV per 3 volte alla settimana per tre mesi (ciclo "intensivo"), seguite da esperienze di rinforzo ogni settimana (mantenimento). Follow-up sono programmati a 3

e a 9 mesi. Queste esperienze sono finalizzate a favorire la focalizzazione attentiva (per.es. in una delle esperienze virtuali si cammina in un parco, dove sentieri contrassegnati da indicazioni di colore e forme differenti portano a mete differenti e solo uno ci permetterà di proseguire l'esperienza. Infatti qualora si percorra il sentiero sbagliato alla fine dello stesso si viene automaticamente riportati al punto del sentiero prima dell'errore fatto, finché non si arriva alla fine del percorso contrassegnato dall'attivazione di un breve filmato). I risultati di questo report hanno evidenziato un miglioramento al punteggio dei tests di memoria verbale (anche a lungo termine) e nello stato cognitivo generale nel gruppo sperimentale, mantenutosi anche nei follow up. Il gruppo di controllo, invece, ha manifestato un progressivo declino. Presumiamo che con questa inusuale e ripetuta sollecitazione dell'attenzione durante il VRMT, si possa favorire una "self directed strategy" di ricerca mnemonica basata su prove ed errori ed ipotizziamo che il VRMT possa contribuire a stimolare un processo di riattivazione mnesica, probabilmente legata alla riorganizzazione funzionale di alcuni pathways neuronali ancora attivi, utilizzando la componente di memoria implicita, presente anche nei soggetti affetti da Malattia di Alzheimer.

Gabriele Optale

Fare il Medico sicuramente è la professione più bella del mondo, ma purtroppo negli ultimi tempi le cose si stanno complicando un po'. Infatti come spesso vedete sui media i cosiddetti casi di malasana sono il piatto preferito. Sembra che dare addosso al Medico sia diventato lo sport nazionale. Forse questa società non sa più difendersi dall'innata paura della morte e per esorcizzarla pretende che il binomio Medico-Tecnologia gli garantisca l'immortalità. Ed ecco che per niente ai Medici fioccano denunce; che come sapete nel 90% dei casi finiscono in un nulla di fatto.

Però questo comporta comunque un logorio e una demotivazione non indifferente per la categoria, perché dopo un percorso di sei anni di laurea, cinque di specializzazione e un ulteriore periodo di training nel reparto dove si andrà a lavorare sotto la supervisione di un Primario, sicuramente si genera un professionista all'altezza del suo compito. Vedere tutto questo impegno mortificato dal rischio che in ogni momento possa succederti di trovarti sui giornali non è certo rassicurante.

Se invece scegliete di lavorare nel Territorio, dopo che vi sarà assegnata una zona carente lotterete disperatamente per racimolare un po' di pazienti e siccome dovete anche campare vi metterete a fare qualche altra attività complementare (agopuntura, omeopatia, medicina estetica, ecc) che non lascerete quando sarete diventati massimalisti perché è un attimo ritornare a mille pazienti se non saprete dare una pacata e tonica giustificazione a chi negherete una RMN auto-prescritta per una lombalgia o se ritenete che per guarire da un'influenza bastino tre giorni e il paziente presentandosi il martedì non vi faccia osservare che non è il caso di ritornare al lavoro il venerdì.

Ma il peggio deve ancora venire.

Come molti di Voi sapranno c'è una data minacciosa in arrivo, il 2020!!!

I grafici delle società di statistica dicono che dalla differenza tra i Medici che andranno in pensione e l'entrata dei nuovi medici che andranno a laurearsi, porterà al dimezzamento del numero dei Medici che saranno in attività nel 2020.

Purtroppo grazie alla nuova Finanziaria forse questa data dovrà essere anticipata di alcuni



anni, per cui forse questi problemi cominceranno molto prima del 2020.

Che scenari si manifestano allora per il 2020 (o prima)?

Se si dimezza il numero dei Medici Ospedalieri ci ritroveremo con reparti con metà Medici. Però negli Ospedali Territoriali spesso un reparto è composto da circa 10 Medici, come faranno allora 5 Medici a coprire tutte le guardie, il lavoro di reparto e le attività ambulatoriali? Probabilmente questi colleghi non usciranno più dall'Ospedale! E se farete i Medici di Medicina Generale invece di avere 1500 pazienti ne avrete 3000 o forse di più. Sarete costretti ad avere un orario di ambulatorio molto più ampio che Vi impegnerà l'intera mattina e tutto il pomeriggio! E la notte? Non ci saranno più i Medici della Continuità Assistenziale e quindi Vi toccheranno anche le notti e le domeniche; riuscirete mai ad andare a casa?

Ma! Chissà come andrà veramente a finire, io proprio no lo so, però ricordatevi solo che se sceglierete di fare i Medici, farete la professione più bello del mondo!

Gelli Giuseppe Fabris

Convegno sul cooperativismo in medicina generale

Sabato 5 giugno all'ordine dei medici di Venezia si è tenuto un interessante convegno-incontro sul cooperativismo nell'ambito della medicina generale: "Seminario Regionale Cos Veneto-Friulano".

Organizzato dall'ordine dei medici di Venezia ha visto la partecipazione di numerosi colleghi e rappresentanti sindacali della medicina generale del nostro territorio nonché del vicino territori Friulano e Trevigiano. Hanno portato la loro esperienza nel campo del cooperativismo e dell'organizzazione dell'offerta di servizi alle aggregazioni di Mmg nonché una ricca serie di dati e informazioni il dottor Antonio Di Malta (Presidente Co.S e Segretario Provinciale Fimmg Cremona) e il dottor Visconti, mmg ed esperto di sistemi informatici parlando sui seguenti argomenti: "Assetti societari, gestionali e organizzativi delle UCCP(*unità complesse cure primarie ndr*) negli accordi regionali"

- La cooperativa per la gestione dei fattori di produzione nelle UCCP
- Il sistema informativo delle UCCP
- Pacchetto PTMG (Presidi Territoriali Medicina Generale)
- Strumenti tecnologici Co.S. per le UCCP
- ANR - My Search, Sinapsis – PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Aggregati)

Il Consorzio sanità (Co.S S.c.a.r.l.) è un Consorzio di Consorzi regionali di Cooperative di medici di famiglia, distribuite in tutta l'Italia che ha come oggetto sociale quello di produrre per le Cooperative aderenti ai Consorzi regionali citati (e quindi per i loro soci) servizi di varia natura (info-telematici, organizzativi, di acquisto beni e strumenti, servizi consulenziali su temi fiscali, giuridici etc) utili all'acquisizione in forma mutualistica dei fattori di produzione necessari all'esercizio della professione medica che resta una professione individuale.

Per approfondimenti sugli argomenti trattati è possibile consultare i seguenti link

- <http://www.cos.it/>
- <http://www.fimmgcremona.it>

Antonio Lo Giudice



Attività
dell'Ordine

La CAO di Venezia alla festa della Guardia di Finanza

Giovedì 24 Giugno sono stato invitato al 236° anniversario di fondazione della Guardia di Finanza presso la stazione navale della G.di F. alla Giudecca, presenti le principali autorità locali e regionali, con rappresentanze nazionali, nella mia veste di presidente della Commissione Albo Odontoiatri di Venezia.

Come potete immaginare ascoltare i diversi interventi e assistere alla premiazione dei finanzieri che si sono distinti in questo ultimo anno, ha provocato in me una "tempesta neuronale", passatemi il termine, di cui vorrei dare conto.

Nel mio editoriale a pagina 6 di questo bollettino, accenno alla nascita (riconoscimento) dell'Ordine dei Medici 100 anni fa. La Guardia di Finanza è nata 236 anni fa: si tratta quindi di due istituzioni che ormai hanno una certa storia.

Riflettendo sul rapporto che noi medici, odontoiatri in primis, abbiamo con la G.di F., mi sono reso conto che uno dei problemi più urgenti per l'Italia del XXI secolo è, ancora, la conciliazione nazionale. Non voglio ovviamente allargarmi a parlare in generale della conciliazione tra le grandi anime del nostro paese: cattolici e liberali, destra e sinistra, e via elencando. Mi limito alla necessità della conciliazione tra i medici e le istituzioni dello Stato.

La natura "rivendicazionista" e sindacale dell'Ordine, che è alle nostre radici, in parte si ripropone anche oggi: vedi la circolare FNOMCeO del 17 Giugno u.s. con la quale il presidente Bianco presenta alcuni documenti sulla manovra finanziaria, sul ruolo del medico nelle équipe multi-professionali e sulla riforma delle professioni. Questa natura "rivendicazionista" è comunque coerente con l'origine stessa del nostro Ordine.

Sta di fatto che l'Ordine giustifica la propria esistenza in base ad un Codice Deontologico, cioè ad una Etica, e l'Etica è quella cosa che fa assumere determinati comportamenti anche quando gli stessi sono in contrasto con i propri interessi materiali immediati. Per noi odontoiatri, pare che il cammino verso la conciliazione sia ancora all'inizio, in particolare per quel che riguarda il rapporto contribuente-istituzioni. Il fatto che noi si debba pagare le tasse per paura delle sanzioni o per un convincimento personale è il discrimine per il quale passa questa



Dott.ssa Berto Manuela, Dott. Cosimo Tomaselli, Generale Mario d'Alonso, Dott. Mario Sanna

conciliazione nazionale. L'evasione fiscale è male, si dice, perché sottrae risorse alla collettività. Ma è male anche perché è causa di un ulteriore spreco di risorse impiegate per gli accertamenti. Per quel che riguarda i colleghi poi è male perché rappresenta una modalità di concorrenza sleale: chi non paga le tasse può fare prezzi inferiori guadagnando di più. Dobbiamo allora ricordarci che il corrispettivo per la nostra professione viene chiamato "Onorario", ciò che fa onore al nostro impegno e alla nostra fatica. L'onore noi lo dobbiamo non solo al nostro lavoro, ma alla società nel suo complesso, alle leggi dello Stato e ai nostri colleghi. Ma l'onore è una qualità reciproca: una persona d'onore riconosce agli altri ciò che spetta agli altri, e pretende che gli venga riconosciuto ciò che spetta a sé. La conciliazione del contribuente e dello Stato presuppone un rapporto di piena parità tra i due soggetti, affinché il dovere non nasca dal timore ma piuttosto dall'onore. Posso permettermi di sognare che un giorno, quando un ispettore scorrerà la lista dei contribuenti, giungendo alla riga di un odontoiatra la salterà di pari passo perché gli odontoiatri saranno garantiti di più dall'adesione al proprio Codice Deontologico che dal timore delle sanzioni?

Qualcuno dirà che posso sognare, ma è irrealistico. Io dico che è irrealistico pensare che una società del tutti contro tutti e ciascuno per sé possa sopravvivere. Io preferisco cercare le strade per realizzare i miei sogni piuttosto che rassegnarmi a guardare impotente la nostra fine.

Cosimo Tomaselli

Sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti (c.d. sistema SISTRI):

Comunicazione della FNOMCeO
ai Presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
e ai Presidenti degli iscritti alle Commissioni
degli albi degli Odontoiatri
sulla applicabilità ai medici ed odontoiatri

Facendo seguito alla Comunicazione n. 23/2010 e n. 33/2010 e ad alcune osservazioni inviate alla Federazione si ritiene opportuno ritornare sull'argomento nuovamente con un'ulteriore riflessione per meglio chiarire la portata degli ultimi interventi normativi.

Il D.M. 17/12/2009 che ha istituito il sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti (c.d. sistema SISTRI) è stato modificato e integrato dal D.M. 15 febbraio 2010.

Il D.M. 17/12/2009 è entrato in vigore il 14 gennaio 2010, giorno successivo alla data di pubblicazione in G.U., tuttavia, per l'avvio dell'operatività del sistema sono stati previsti tempi successivi qui di seguito indicati:

1. Dal 180° giorno dalla data di entrata in vigore del D.M. 17/12/2009 per i produttori iniziali di rifiuti pericolosi con più di 50 dipendenti
2. Dal 210° giorno dalla data di entrata in vigore del D.M. 17/12/2009 per le imprese ed enti produttori iniziali di rifiuti pericolosi che hanno fino a 50 dipendenti
3. Dal 210° giorno dalla data di entrata in vigore del D.M. 17/12/2009 per le imprese ed enti produttori di rifiuti speciali non pericolosi derivanti da attività diverse da quelli di cui all'art. 184, comma 3, lett. c), d) e g) del D.Lgs. 152/2006

Come già sottolineato nella Comunicazione n. 33 l'art. 189, comma 3, del D.Lgs. 152/2006 individua tra i soggetti obbligati ad aderire al sistema SISTRI, anche i produttori iniziali di rifiuti pericolosi quando gli stessi siano costituiti in forma di impresa o di ente.

E' necessario chiarire a questo proposito che, come esplicitato nella Circolare del Ministero dell'Ambiente del 14 dicembre 1999, si debbono considerare enti che erogano prestazioni sanitarie quei complessi organizzati di persone e di cose aventi autonomia soggettività di diritto mentre le attività sanitarie erogate da professionisti nell'ambito di una organizzazione di impresa

sono quelle in cui la prestazione intellettuale costituisce un elemento di una più ampia attività organizzata come cliniche, poliambulatori ecc e pertanto complessi dotati di autonomia soggettività rispetto alle persone che ne fanno parte.

E' opportuno sottolineare in tale contesto che l'ampia nozione di impresa adottata ai fini della tutela delle norme sulla libera concorrenza secondo la quale si qualifica come impresa qualsiasi entità che esercita un'attività economica comprendendo anche l'attività delle professioni intellettuali deve essere contestualizzata nell'ambito del diritto alla concorrenza e pertanto non ha rilievo ai fini di cui trattasi.

Si schematizzano di seguito i principali adempimenti rivenienti dalla recente normativa:

1. *Categorie di soggetti obbligati all'iscrizione al SISTRI (art. 1, comma 1, lett. a) e b) D.M. 17/12/2009):*
 - produttori iniziali di rifiuti pericolosi con più di 50 dipendenti
 - le imprese e gli enti produttori iniziali di rifiuti pericolosi che hanno fino a 50 dipendenti
2. *Categorie di soggetti con possibilità di iscrizione facoltativa (art. 1, comma 4, D.M. 17/12/2009)*
 - imprese ed enti produttori iniziali di rifiuti non pericolosi derivanti da attività diverse da quelle di cui all'art. 184, comma 3, lett. c), d) e g) del D.Lgs. 152/2006 e pertanto i rifiuti derivanti da attività sanitaria.
3. *Il caso di produttori di rifiuti pericolosi che non sono inquadrati in un'organizzazione di ente o impresa:* I produttori di rifiuti pericolosi che non sono inquadrati in un'organizzazione di ente o impresa non hanno l'obbligo di iscriversi al SISTRI.

I termini entro cui iscriversi al sistema SISTRI, che a parere della FNOMCeO sono ordinatori e non perentori non essendo state previste sanzioni, sono così individuati (art. 3 D.M. 17/12/2009 come modificato dall'art. 1 del D.M. 15/2/2010);

1. per produttori iniziali di rifiuti pericolosi con più di 50 dipendenti entro il 30/03/2010;
2. per le imprese ed enti produttori iniziali di rifiuti pericolosi che hanno fino a 50 dipendenti entro il 29/04/2010;
3. per le imprese ed enti produttori di rifiuti speciali non pericolosi derivanti da attività diverse da quelli di cui all'art. 184, comma 3, lett. c),d) e g) del D.Lgs. 152/2006, che possono iscriversi su base facoltativa al SISTRI, a partire dal 29/04/2010.

Le linee guida del sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti redatte dal Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare comprensive delle modalità per l'iscrizione al SISTRI possono essere scaricate dal sito del Ministero suddetto www.miniambiente.it.

Si ribadisce che per quanto riguarda i medici e gli odontoiatri che non esercitano in forma di impresa o di ente compresi quelli che esercitano la loro attività in forma di associazione professionale, che è considerata come semplice attività sanitaria professionale, costoro non devono aderire al sistema SISTRI.

Come già esplicitato nella precedente Comunicazione n. 33 il nuovo sistema di tracciamento digitale dei rifiuti comporta esclusivamente delle ricadute sugli adempimenti dei professionisti rispetto alla precedente normativa per quanto concerne la fornitura e tenuta dei dati (art. 6 del Decreto 17 dicembre 2009 del Ministero dell'Ambiente).

I medici ed odontoiatri dovranno fornire al delegato dell'impresa di trasporto i dati necessari alla compilazione della Scheda SISTRI – Area Movimentazione; una copia della scheda firmata dal produttore viene consegnata al conducente del mezzo di trasporto mentre altra copia rimane presso il produttore che deve conservarla per 5 anni.

Il gestore dell'impianto di recupero o smaltimento trasmetterà al produttore dei rifiuti copia della scheda SISTRI completa della presa in carico del rifiuto pericoloso attestante l'assolvimento delle responsabilità da parte di tutti i soggetti interessati.

Gli stessi adempimenti, eccetto la conservazione della scheda SISTRI per 5 anni, devono essere osservati da coloro che esercitano sempre in forma di impresa o di ente e producano rifiuti speciali non pericolosi derivanti da attività diverse da quelli individuate nell'art. 189, comma 3, lettere c), d) e g) D.Lgs. 152/2006 e non aderiscono su base volontaria al sistema SISTRI.

Nel Decreto 15/2/2010 l'art. 8 "Ulteriori tipolo-

gie particolari", al comma 2, disciplina le fattispecie dei rifiuti pericolosi prodotti dall'attività del personale sanitario delle strutture pubbliche e private che erogano le prestazioni di cui alla Legge 833/1978 e D.Lgs. 502/1992 al di fuori delle strutture medesime ovvero dei rifiuti pericolosi prodotti presso gli ambulatori decentrati dalla ASL di riferimento ferme restando le disposizioni di cui all'art. 4 del DPR 254/2003.

In tali casi si applicano le disposizioni di cui ai commi 7 e 8 dell'art. 6 del Decreto 17/12/2009: nel caso di rifiuti prodotti da attività svolta fuori dalla sede della unità locale il delegato della sede legale dell'unità locale compila il registro cronologico mentre qualora dall'attività derivino rifiuti pericolosi la movimentazione degli stessi dal luogo dell'effettiva produzione alla sede legale effettuata dal manutentore è accompagnata da copia della scheda SISTRI – Area Movimentazione, da scaricarsi dal sistema, debitamente compilata e sottoscritta dal soggetto che ha effettuato la manutenzione.

Roma 29.04.2010

Il Presidente CAO
Dott. Giuseppe Renzo

Il Presidente
Dott. Amedeo Bianco

Certificazioni online: comunicazione del Presidente FNOMCeO Amedeo Bianco

Cari colleghi, con la presente Vi informiamo che, in data 22 giugno c.a., si è svolto a Palazzo Vidoni un incontro tra la FNOMCeO e il Ministero della Pubblica Amministrazione e dell'Innovazione sul tema delle certificazioni online. Per la Federazione erano presenti i dottori Giuseppe Augello e Guido Marinoni, assistiti dal Direttore dr. Bruno Bugli; per il Ministero erano invece presenti i dottori Turatto e Donzelli.

In quella sede la scrivente ha sottolineato le numerose criticità tecniche legate all'attivazione delle certificazioni online che, nei primi due giorni di collaudo, ha comportato (anche in Lombardia, dove è presente un'infrastruttura informatica evoluta) frequenti blocchi di sistema e rallentamenti.

Nelle altre Regioni la situazione è ancora più problematica, in ragione della mancanza di connettività negli studi medici e nelle strutture sanitarie e della disomogenea distribuzione delle credenziali di accesso.

Solo in Lombardia sembra essere in via di risoluzione il problema dell'attribuzione delle credenziali ai medici sostituiti e ai medici delle strutture sanitarie e della continuità assistenziale. Nelle altre Regioni è prevista l'attribuzione di PIN "usa e getta" per i sostituiti temporanei dei medici di medicina generale. Per quanto riguarda l'individuazione di tali *sostituiti*, verrà richiesta la collaborazione degli Ordini. Durante l'incontro è stato inoltre ribadito come il compito della certificazione sia in capo a qualsiasi medico dipendente, convenzionato e libero professionista, e come, quindi, a tutti questi soggetti vadano attribuite le relative credenziali.

Al riguardo sono state segnalate anche le specifiche problematiche del Pronto Soccorso e dei Reparti Ospedalieri. Allo scopo di evitare ogni appesantimento burocratico in settori particolarmente delicati quali quello dell'emergenza, sono allo studio modalità informatizzate per consentire di estrarre in automatico la certificazione di malattia dal verbale di Pronto Soccorso.

Si segnala comunque che la Regione Lombardia, in una recente circolare, richiamando la circolare INPS n. 99 del 13 maggio 1996, ha ricordato, con riferimento alle strutture ospedaliere, che, nelle more, è ammesso anche l'utilizzo di certificazioni su modulario non regolamentare, quali quelle emesse in dimissione ospedaliera o dal Pronto Soccorso stesso.

Dal colloquio intercorso sembra evidente che il periodo di collaudo dovrà protrarsi ben oltre il mese inizialmente previsto, anche se è intenzione del Ministero della Funzione Pubblica stringere i tempi in un'ottica di concreta volontà di far funzionare il sistema.

Nel colloquio è stato chiarito che saranno previsti due distinti call center: uno per la segnalazione dei malfunzionamenti, l'altro sostitutivo delle procedure di certificazione online, ove se ne presenti la necessità. Quest'ultimo dovrebbe essere automatizzato e prevedere sia il rilascio del codice di protocollo della certificazione (già sufficiente ai fini pratici, sia la possibilità, per l'assistito, di scaricare dal sito dell'INPS la documentazione cartacea.

Si è anche preso atto che il certificato sarà comunque valido in assenza di firma autografa del medico e di firma digitale o elettronica essendo, sotto il profilo legale, configurabile come documento non opponibile a terzi e per il quale è sufficiente una "autenticazione forte", già garantita dall'accesso mediante codice PIN (o carta operatore per le Regioni che dispongono di tale sistema).

Inoltre, nel corso della riunione, è stato preso atto delle seguenti richieste della FNOMCeO:

- consentire la trasmissione del certificato entro le 24 ore dalla visita, permettendo di differenziare la data della stessa dalla data automatica di invio, e la retrodatazione del "dichiarare di essere ammalato" al giorno precedente;
- annullare automaticamente la compilazione del campo "dichiara di essere ammalato dal", in caso di continuazione di malattia,
- introduzione automatica – nel campo riservato al domicilio durante la malattia se diverso dalla abituale residenza – della dicitura "indirizzo di reperibilità indicato dall'assistito sotto la sua responsabilità",
- eliminazione del colore azzurro dello sfondo del certificato onde evitare inutile consumo di toner in fase di stampa.

Infine, a conclusione dell'incontro, si è confermato che la FNOMCeO farà parte del gruppo tecnico che seguirà le procedure di collaudo e che, secondo quanto previsto, sarà convocato in un breve lasso di tempo.

Roma 23.6.2010
Amedeo Bianco

La noia della ragione, la sorpresa del torto

La VitalDent di Milano è fallita

Nell'ultimo numero del Bollettino dell'Ordine del 2009 pubblicavamo un inserto sui centri Low Cost, nel quale consideravamo la possibilità che in essi si potessero praticare tariffe scontate, una leggenda metropolitana, e ne prevedevamo il fallimento.

È di queste settimane la notizia del fallimento di una sede della VitalDent di Milano, con decine di dipendenti a casa senza stipendio e migliaia di pazienti truffati.

Nella mia figura di promotore dell'inserto di cui sopra, mi posso sentire orgoglioso di averci azzeccato.

In quanto cittadino sono indignato e mi domando cosa fanno le Istituzioni.

In quanto presidente della Commissione Odontoiatri di Venezia sono preoccupato: all'Ordine lo Stato affida il compito di vigilare sull'esercizio della professione nel nostro territorio, ma non fornisce gli strumenti per tale vigilanza.

In questi anni di attività ho accumulato diverse tristi esperienze: abbiamo inutilmente segnalato agli organi ispettivi il comportamento di un centro del territorio senza ottenere alcuna risposta, finché è giunto puntuale l'esposto di un cittadino a documentare gravi danni alla salute e al portafoglio.

Abbiamo più volte convocato i direttori sanitari di altre strutture, senza riuscire a chiarire in via definitiva l'elenco dei professionisti che lavorano in quelle strutture né le prestazioni effettuate da ciascuno. E potrei andare avanti.

Alla cittadinanza noi possiamo rispondere solo alzando sconsolatamente le braccia: dobbiamo lavorare ininterrottamente per quasi nulla. A fronte di un fallimento tipo VitalDent nel nostro territorio possiamo solo dire a voce alta che noi non abbiamo dormito né lesinato fatiche.

Però ai colleghi possiamo chiedere uno sforzo di intelligenza.

I colleghi che vengono a conoscenza di episodi di malpratica all'interno di centri Low Cost devono comunicarlo senza indugi all'Ordine. Una supposta malpratica di un singolo collega può essere risolta agevolmente con una telefonata e un accordo. La malpratica di un centro Low

Cost è estremamente pericolosa perché, come dimostra il caso di Milano, per il paziente truffato la possibilità di ottenere un minimo risarcimento del danno subito è molto remota.

Ma anche i colleghi che vanno a lavorare in questi centri dovrebbero riflettere attentamente sul dovere che si sono assunti pronunciando il giuramento con il quale sono stati ammessi all'esercizio della professione. Nessuna situazione economica giustifica comportamenti che poco o tanto, adesso o nel futuro, realizzano un rischio per la salute della popolazione. Il collega che lavora in un centro Low Cost nel quale si verifichi ciò che si è verificato a Milano merita, a mio avviso, la radiazione a vita dalla professione. In quanto medico, laureato, professionista, non può dire che non sapeva. Le strutture Low Cost sono una minaccia per la salute di ogni cittadino e un medico legato alla promessa "primum non nocere" non può in nessun caso non avvertire il contrasto con quelle strutture.

Perciò che Vital Dent a Milano sia fallita, che la Nobel BioCare l'abbia denunciata per uso abusivo del suo marchio, che migliaia di cittadini siano stati danneggiati non può sorprendere nessuno e nessuno può accampare scuse, non tanto perché l'ha detto l'Ordine di Venezia ma perché da anni tali notizie circolavano in rete: <http://davehilljournal.blogspot.com/2007/05/blowing-whistle-on-vital-dent.html>, su facebook c'è addirittura una pagina in spagnolo contro la catena in franchising dove spiegano meccanismi e trucchi.

La notizia che davvero mi stupirebbe positivamente sarebbe invece che i nostri colleghi che adesso lavorano in quelle strutture, sceglieressero la via dura, difficile, scrupolosa ma onesta della professione rinunciando al facile guadagno immediato.

Cosimo Tomaselli

Polizza Sanitaria, nonostante tutto continuiamo insieme

Il 31 maggio di quest'anno è scaduta la polizza sanitaria per il rimborso delle spese degli interventi chirurgici effettuati in strutture sanitarie private e al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale.

Questa Convenzione voluta dall'Enpam a significare la possibilità di avere un servizio spesso più rapido e sicuramente per molti aspetti migliorativo nei confronti di chi deve essere ricoverato per un intervento chirurgico e con l'intento di offrire una scelta e un più diretto contatto nel rapporto con i chirurghi curanti oltre ad una migliore collocazione di tipo alberghiero, ha avuto dall'anno 2000, data del primo contratto, una evoluzione positiva nel tempo, per i continui miglioramenti normativi e per l'ampliamento delle garanzie, ma anche di preoccupazione per l'insostenibilità negli ultimi anni dei costi da parte della Compagnia Generali che ha dovuto disdettare la Convenzione a termini di Legge.

Siamo riusciti a mantenere questa Convenzione con un'altra Compagnia, Unisalute, accettando un aumento dei premi e una limitazione dei massimi rimborsabili per i diversi tipi di interventi, i cosiddetti *tetti di rimborso*.

Siamo però anche riusciti ad introdurre una diaria per l'evento malattia mai prima compreso nelle garanzie.

Questa Polizza identificata negli iscritti come Polizza Enpam ha avuto motivo di notevole gradimento nei primi anni e un po' meno in questi ultimi due anni.

Sono evidenti questi aspetti quando si pensi ai bassi premi e alle estese garanzie iniziali contro l'aumento dei premi dovuto alle esigenze del mercato assicurativo che non può sopportare certi livelli di perdite economiche.

Quando ci è stato comunicato che la Compagnia Generali aveva posto formale disdetta per l'anno successivo della polizza in atto ho avuto personale preoccupazione che chi si era assicurato tramite l'Ente, rinunciando al quella personale molto più costosa, venisse a trovarsi in difficoltà per avere perso una continuità assicurativa che gli consentiva il riconoscimento del rimborso delle spese sostenute per patologie pregresse che invece gli sarebbe stato precluso a partire dalla sottoscrizione di una polizza nuova.

E' stata mia ferma volontà quindi che a chi avrebbe inteso sottoscrivere una nuova polizza

ENPAM



fosse garantita una continuità con la precedente. E così è stato.

Ho pertanto sottoscritto una Convenzione che tutelasse al meglio gli iscritti che ci hanno di fatto delegato a continuare.

Ma occorre anche far presente che nella gestione della polizza in questi anni si sono fatte preziose esperienze che ci fanno sentire in grado di ribaltare il modo di trattare e di acquisire una valida assicurazione.

Non vogliamo più impostare delle trattative su bozze presentate dalle Compagnie ma vogliamo essere noi a presentare un progetto sul quale ci vengano date risposte per costi e garanzie.

Questo progetto, si ribadisce, non può prescindere dalla continuità dei diritti assicurativi a partire dalla data di primo ingresso della Convenzione, dal contenimento dei costi relativi ai premi, dalla validità economica dei richiamati *tetti di rimborso*, dall'allargamento della possibilità dell'assistenza diretta a numerosi Istituti di prestigio. Senza dimenticare, poi, la necessità di una campagna di informazione valida e chiara a ciascun nucleo iscritto mediante una *tessera card* di iscrizione e un elenco dei centri convenzionati per l'assistenza diretta e i moduli per farvi ricorso, oltre a recapiti telefonici disponibili e operativi per l'intera giornata.

Su questa progettualità che ho indicato il

Consiglio di Amministrazione ha deliberato di prorogare la scadenza della attuale polizza al 31 dicembre 2010 per consentire di concludere il progetto che presenteremo al fine di avere risposte dai soggetti interessati ad ottenere questa nuova nostra proposta di Convenzione che migliorerà in modo significativo i vantaggi per i medici sottoscrittori.

Verrà quindi inviato a ciascuno degli attuali iscritti il modulo di pagamento del premio relativo al periodo di prolungamento al 31 dicembre 2010 di questa attuale polizza e vi invito calorosamente ad accettare questa proroga perché così verranno mantenuti i diritti acquisiti che brevemente vi rammento: continuità di garanzie per la patologia preesistente, nessuna limitazione di iscrizione relativa all'età degli assicurati e netto contenimento dei premi rispetto a quelli richiesti nel mercato assicurativo per similari polizze personali.

Nel contempo si avrà sufficiente tempo per portare a termine il progetto migliorativo sinteticamente anticipato.

Mi sento personalmente gratificato per l'impegno speso per aver inteso dare la mia attenzione alla grande famiglia dei medici che si chiama Enpam.

Eolo Parodi

AVVISO CHIUSURA ESTIVA UFFICI

Si avvisano gli iscritti che gli uffici di segreteria resteranno chiusi dal 9 al 13 agosto 2010

Riapriranno lunedì 16 agosto 2010 con il consueto orario



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA



ASSOCIAZIONE MEDICI
PSICOTERAPEUTI DI VENEZIA

BELLEZZA, ARMONIA, SALUTE: QUALE RELAZIONE?

16 ottobre 2010

*Presso Ateneo Veneto, sala Tommaseo
Campo San Fantin 1897 Venezia*

Poiché l'applicazione di musica, danza e arti in generale ha dato risultati sorprendenti e incoraggianti nella riabilitazione di pazienti gravemente compromessi (come esempio la scoperta che l'insegnamento del tango ai parkinsoniani fa migliorare la performance del movimento: "tango-terapia"), scopo ed obiettivo del Convegno è la diffusione di una cultura dell'applicazioni delle Arti quale metodo di cura fisica e psicoterapeutica in pazienti con importanti disabilità, con l'apporto di vari specialisti dediti alle arti, per l'applicazione della bellezza al recupero della salute.

PROGRAMMA

Ore 8.30: Registrazione dei partecipanti

Ore 8.45: Saluti delle Autorità:

Ore 9.35: Dott. Piero Ferrucci
"La bellezza e l'anima",

Ore 10.15: Dott. Gabriele Optale
"Sesso e bellezza"

Ore 10.30: Dottori Mauro Rossetti
e Hugo Marquez,
"Il timore alla bellezza:
Bion e Meltzer"

ore 10.55: Dott.ssa Antonella D. Turchetto
"La percezione del bello
come opportunità di salute"

Pausa caffè 11,10 - 11,30

Ore 11.30: Enrico Mengotti, Regista
"La bellezza della vita: proiezione
del cortometraggio "Nino e Nina"

Ore 12.00: Dott.ssa Cristina Ceroni
"La musica quale mezzo
terapeutico-riabilitativo
per malati gravi"

Ore 12.15: Dott.ssa Egidia Angi
"Tango Argentino
e/o Tango-Terapia"

Ore 12.30: Dott. Salvatore Capodiecì
"La decima Musa:
la bellezza del ridere.
L'utilizzo dell'umorismo
in psicoterapia"

Ore 12.45: Dott.ssa Emanuela Tandello
"Desiderio e bellezza
nella poesia lirica"

Ore 13.25: questionario ECM e rilascio
certificati partecipazione

RESPONSABILI SCIENTIFICI:

dott. Renzo Giacomini, Presidente A.M.P.-Ve,

dott. Giuseppe Collura, Consigliere O.M.C.e O. di Venezia, Medico di Medicina generale
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

TEL: 041 989479 FAX: 041 989663 E-MAIL: segreteria@ordinemedicivenezia.it
N° massimo di partecipanti 70.

Il corso è in fase di accreditamento presso ECM Veneto per Medici e Psicologi

Si riporta bozza proposta di legge a modifica delle disposizioni in materia di pensione di reversibilità e rivalutazione del trattamento pensionistico

La presente proposta di legge interviene nell'ambito della disciplina normativa dei trattamenti pensionistici ai superstiti per ovviare ad alcune distorsioni avvenute nell'applicazione della normativa stessa negli ultimi anni.

Tali distorsioni riguardano principalmente due aspetti:

1) le modalità di erogazione del trattamento di reversibilità in presenza di cumulo con altri redditi del coniuge avente diritto;

2) la concessione del trattamento di reversibilità senza limiti di età per il coniuge avente diritto e senza una durata minima del matrimonio tra il pensionato deceduto e il coniuge superstite.

Per quel che riguarda la prima questione, è un dato di fatto che l'attuale normativa sul cumulo della pensione ai superstiti con altri redditi in possesso degli aventi diritto penalizza fortemente chi dichiara regolarmente i propri redditi rispetto a chi lavora nell'economia sommersa.

Come è noto di recente è stata ampliata dal legislatore la possibilità di cumulo dei redditi da pensione con redditi da lavoro, proprio perché si era constatato che un eccesso di imposizione fiscale portava automaticamente all'evasione. È stata proprio la volontà di lottare contro il lavoro sommerso che ha spinto il legislatore ad ampliare la casistica per la concessione della possibilità di cumulo dei redditi.

Allo stesso modo, la presente proposta di legge chiede di intervenire sul piano legislativo sulla pensione di reversibilità al fine di evitare una eccessiva penalizzazione per quei coniugi superstiti titolari di altri redditi.

Attualmente le fasce di riduzione del trattamento pensionistico sono articolate nel seguente modo: 25% se l'avente diritto oltre alla pensione è titolare di un reddito annuo superiore a tre volte il trattamento minimo, che per il 2010 era pari a 17.977,83

40% se l'avente diritto oltre alla pensione è titolare di un reddito annuo superiore a quattro volte il trattamento minimo, che per il 2010 era pari a 23.970,44

50% se l'avente diritto oltre alla pensione è titolare di un reddito annuo superiore a cinque volte il trattamento minimo, che per il 2010 era pari a 29.963,05.

Ricordiamo che secondo l'attuale normativa il coniuge superstite percepisce al massimo il 60% del trattamento pensionistico spettante al coniuge deceduto, e una percentuale anche inferiore nel caso in cui sussistano altri aventi diritto, ad esempio figli minori etc.

Una ulteriore riduzione dovuta al cumulo dei redditi comporta quindi una forte penalizzazione proprio nel momento in cui i bisogni crescono per il venir meno di un reddito e per l'avanzare degli anni.

La decurtazione appare come un'appropriazione indebita da parte dello Stato, se si considera che la reversibilità è una prestazione di tipo previdenziale (e non assistenziale) che si basa sull'ammontare dei contributi versati dal lavoratore venuto meno.

Si tratta di una anomalia del sistema pensionistico che di fatto premia coloro che vivono nel sommerso e danneggia coloro che denunciano regolarmente i propri redditi.

Si propone pertanto la rimodulazione di tutte le aliquote nel seguente modo:

- a) fino a 5 volte il trattamento minimo Inps non vi sarà alcuna riduzione;
- b) tra le 5 e le 8 volte il minimo Inps verrà applicato il 25% di riduzione;
- c) tra le 8 e le 10 volte verrà applicato il 40%;
- d) oltre 10 volte il minimo Inps viene operata la riduzione del 50%.

Negli ultimi anni (e passiamo alla seconda questione affrontata dalla presente proposta di legge) abbiamo assistito all'attribuzione sempre più frequente di assegni pensionistici a persone che non ne avrebbero, sul piano morale, diritto.

Accade spesso infatti che la pensione di reversibilità venga riconosciuta a persone anche molto giovani che abbiano contratto matrimonio con il *de cuius* negli ultimi mesi di vita o addirittura in punto di morte, beneficiando del relativo trat-

tamento pensionistico per decenni con evidente aggravio per le casse degli enti previdenziali.

Questo è un fenomeno di malcostume sul quale occorre intervenire per introdurre un criterio di maggiore selettività nell'erogazione della spesa per pensioni di reversibilità.

Operando una maggiore selezione si conseguirebbero discrete economie nell'erogazione della spesa che potrebbero parzialmente coprire il maggiore fabbisogno derivante dalla modifica delle aliquote percentuali di riduzione del trattamento pensionistico di reversibilità in caso di cumulo con redditi preesistenti del superstite.

La presente proposta di legge interviene, inoltre, sul tema della perequazione automatica dei trattamenti pensionistici.

Il sistema di indicizzazione ha determinato negli anni un progressivo e iniquo impoverimento di tutti i trattamenti pensionistici ma soprattutto di quelli di importo medio-alto, che vengono penalizzati sia in sede di prima liquidazione (a causa del meccanismo di calcolo della pensione con il sistema retributivo che prevede l'applicazione alla retribuzione pensionabile di aliquote di rendimenti decrescenti in relazione a fasce crescenti di pensione) sia per effetto del *décalage* previsto in applicazione della normativa vigente.

Secondo l'attuale sistema, infatti, fino alla fine del 2010 l'indice di rivalutazione è del 100% per le fasce di importo fino a cinque volte il trattamento minimo Inps (art. 5, c. 6 del D.L. 81/07 convertito con modificazioni dalla Legge 127/07).

Tuttavia dal 2011 riprenderà vigore la precedente normativa che prevedeva tre livelli di rivalutazione automatica ovvero:

- a) il 100% per le fasce d'importo pensionistico fino a 3 volte il trattamento minimo Inps;
- b) il 90% per le fasce di importo comprese tra 3 e 5 volte il trattamento minimo Inps;
- c) il 75% per le fasce superiori a 5 volte il predetto minimo.

Si ricorderà inoltre che la legge n. 247/2007 di attuazione del Protocollo del 23 luglio 2007 (art.1, comma 19), ha disposto il blocco della perequazione per quegli importi che superano i 3.539,72 euro lordi mensili.

Ciò ha prodotto una ulteriore forte penalizzazione degli importi pensionistici, perché sebbene il blocco fosse disposto solo per l'anno 2008, esso ha comportato una "lesione economica duratura

dei diritti dei pensionati coinvolti" come sottolineato nella Raccomandazione n. 9/1441 – quater - A12 presentata dalla Camera dei Deputati e accolta dal Governo il 28 ottobre 2008.

La presente proposta di legge, a parziale risarcimento di tale iniqua misura, propone di applicare, dal 1° gennaio 2011, la rivalutazione automatica del 100% per le fasce d'importo pensionistico fino a 8 volte il trattamento minimo Inps.

Per gli importi superiori alle 8 volte il minimo (euro 2.063, 31 netti) resta ferma l'applicazione del 75% di rivalutazione automatica.

Concludendo, con le misure introdotte dalla attuale proposta di legge si intendono bloccare gli effetti di tutti i provvedimenti iniqui che hanno colpito negli ultimi anni le pensioni di importo medio, offrendo un aiuto economico alle numerose famiglie che vivono con tale forma di reddito.

A cura della Presidenza



Convegno a Mestre sulla contraccezione d'emergenza

Sabato 9 ottobre 2010, alle ore 8,30, nella Sala Convegni dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Venezia, in Via Mestrina 86, a Mestre, si svolgerà un convegno, organizzato dall'Ordine e dalla Fondazione Ars Medica, avente come titolo "La contraccezione d'emergenza".

La contraccezione d'emergenza (CE) consiste nell'assunzione, da parte di una donna fertile di un farmaco, principalmente il Levonorgestrel (LNG), durante le 72 ore successive a un rapporto sessuale non protetto. Nel 2005 l'OMS dichiarava che *"la CE con LNG ha dimostrato di prevenire l'ovulazione e di non avere alcun rilevabile effetto sull'endometrio o sui livelli di progesterone, quando somministrata dopo l'ovulazione. La pillola è inefficace dopo l'annidamento e non provoca l'aborto."* La FIGO (Federazione Internazionale Ginecologi e Ostetrici), la massima Autorità mondiale in Ginecologia, in uno Statement (posizione ufficiale) del Marzo 2009, ha stabilito che la contraccezione d'emergenza con LNG ad alte dosi impedisce l'ovulazione, non impedisce l'impianto, *non impedisce lo sviluppo dell'embrione*, se iniziato, e quindi, *"qualunque definizione di gravidanza si utilizzi, non è mai abortivo"*.

Contro queste posizioni vi sono medici che sostengono che il LNG non abbia un sicuro effetto antiovulatorio, e che, quindi, non impedirebbe l'incontro tra uovo e spermatozoo, momento primo dell'inizio della vita.

Altro tema che verrà affrontato dal convegno è se esiste un diritto da parte della donna di vedersi prescritto, nei tempi utili, il Levonorgestrel e se esiste un diritto del medico a rifiutare la prescrizione per motivi d'obiezione di coscienza. In un documento del Consiglio Nazionale FNOMCEO approvato a Ferrara il 25 ottobre 2008, a proposito di LNG, si legge: "Nel riaffermare il diritto del medico alla clausola di coscienza che trova il suo fondamento nell'art. 22 del Codice di Deontologia Medica, va ricordato il dovere per il medico di *"...fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento"*. In altre parole, l'equilibrio tra il diritto del medico alla clausola di scienza e coscienza e quello della donna alla fruizione della prestazione riconosciuta come disponibile, non fa venir meno l'obbligo, anche deontologico, dei medici di adoperarsi al fine di tutelare, nei termini suddetti, l'accesso alla pre-



scrizione nei tempi appropriati.

Altro argomento che verrà discusso è la prescrizione del LNG a ragazze minorenni e l'obbligatorietà della ricetta non ripetibile, che esiste in Italia, assieme a Bulgaria, Ungheria, Irlanda e Lituania; mentre è un prodotto da banco in Belgio, Olanda, Danimarca, Finlandia, Francia, Norvegia, Portogallo, Regno Unito, Svezia, Svizzera, Albania, Croazia, Estonia, Grecia, Islanda, Lettonia e Romania, Israele, Tunisia, Turchia, SudAfrica, Stati Uniti, Canada, India, Cina, Nuova Zelanda e Australia e persino in Paesi Sudamericani dove l'aborto è vietato come Cile, Argentina, Uruguay, Colombia e Messico. Per l'OMS i preparati combinati e quelli a base di LNG sono considerati privi di restrizioni d'uso (Classe 1 WHO).

Angelo Frascati



L'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGI E ODONTOIATRI DI VENEZIA



LA FONDAZIONE ARS MEDICA

ORGANIZZANO IL CONVEGNO LA CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA

Sabato 9 ottobre 2010

Sala Convegni Ordine Medici ed Odontoiatri, Via Mestrina, 86 MESTRE (VE)

PROGRAMMA

- **08.30** Registrazione partecipanti
- **08.45 dott. Angelo Frascati**
Presentazione del Convegno
- **09.00 dott. Tiziano Maggino**
Inquadramento del tema, indicazioni e congruità della richiesta, setting della risposta sanitaria, timing di somministrazione e meccanismo d'azione.
- **09.20 dott. Bruno Mozzanega**
Definizione, meccanismo d'azione, stato della informazione, prospettive.
- **09.40 dott.ssa Raffaella Michieli**
Il medico di Famiglia e la donna con richiesta di contraccezione d'emergenza.
- **10.00** Domande
- **10.20** Break
- **10.40 dott.ssa Anna Aprile**
Gli aspetti medico legali.
- **11.00 dott. Maurizio Scassola**
Gli aspetti deontologici.
- **11.20** Domande
- **11.40** Tavola rotonda
Chairmen: **prof. Francesco Giorgino**.
Partecipano: **dott. Tiziano Maggino, dott. Bruno Mozzanega, dott.ssa Raffaella Michieli, dott. Alberto Cossato, dott.ssa Anna Aprile, dott. Maurizio Benato**
- **12.50** test finale e verifica dell'apprendimento

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

TEL. 041 989479 - FAX 041 989663 - EMAIL segreteria@ordinemedicivenezia.it

La cura del paziente con osteoporosi: **CHI FA CHE COSA?**

PECULIARITÀ ED OBIETTIVI DELL'ULSS 13

PROGRAMMA PRELIMINARE
SABATO 6 NOVEMBRE 2010

ORE 8.30-9.00:
REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

ORE 9.00-9.15:
INTRODUZIONE - Dott. A. Cester

ORE 9.15-9.45:
MAIN LECTURE - Prof. G. Luisetto

ORE 9.45-11.00
I SESSIONE
Diagnosi strumentale, stima del rischio di frattura e soglia di intervento terapeutico
Moderatori:
Dott. A. Cester, Dott. M. Scevola

Ore 9.45:
IL RUOLO DEL MMG

Ore 10.10: IL RUOLO DEL RADIOLOGO
Dott. Pinzani

Ore 10.35:
IL RUOLO DEL CENTRO DELL' OSTEOPOROSI
Dott. P. Corrà, Dott. P. Albanese

ORE 11.00-11.30
Coffee break

ORE 11.30-13.00
II SESSIONE
Tavola rotonda: la gestione del paziente con frattura da fragilità
Moderatori: Dott. P. Esopi, Dott. S. Buoso

IL RUOLO DELL'ORTOPEDICO
Dott.ssa S. Pini

IL RUOLO DEL FISIATRA
Dott. S. Buoso

MODELLI DI APPROCCIO
MULTIDISCIPLINARE
E DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
Dott. A. Cester, Dott. F. Vescovi, Dott. M. Rizzi, Dott.ssa Baggio (Geriatra di Distretto)

ORE 13.00-14.00
Lunch

ORE 14.00
III SESSIONE: focus on osteoporosi severa
Dott. M. Scevola, Dott. G. Voltan

ORE 14.30
Compilazione questionari ECM

ORE 15.00 Chiusura dei lavori
U.O. coinvolte: Lungodegenza Riabilitativa (Noale), Geriatria (Dolo), Medicina (Dolo),
Radiologia (Dolo), Ortopedia (Dolo), Medicina Fisica e Riabilitativa (Noale).

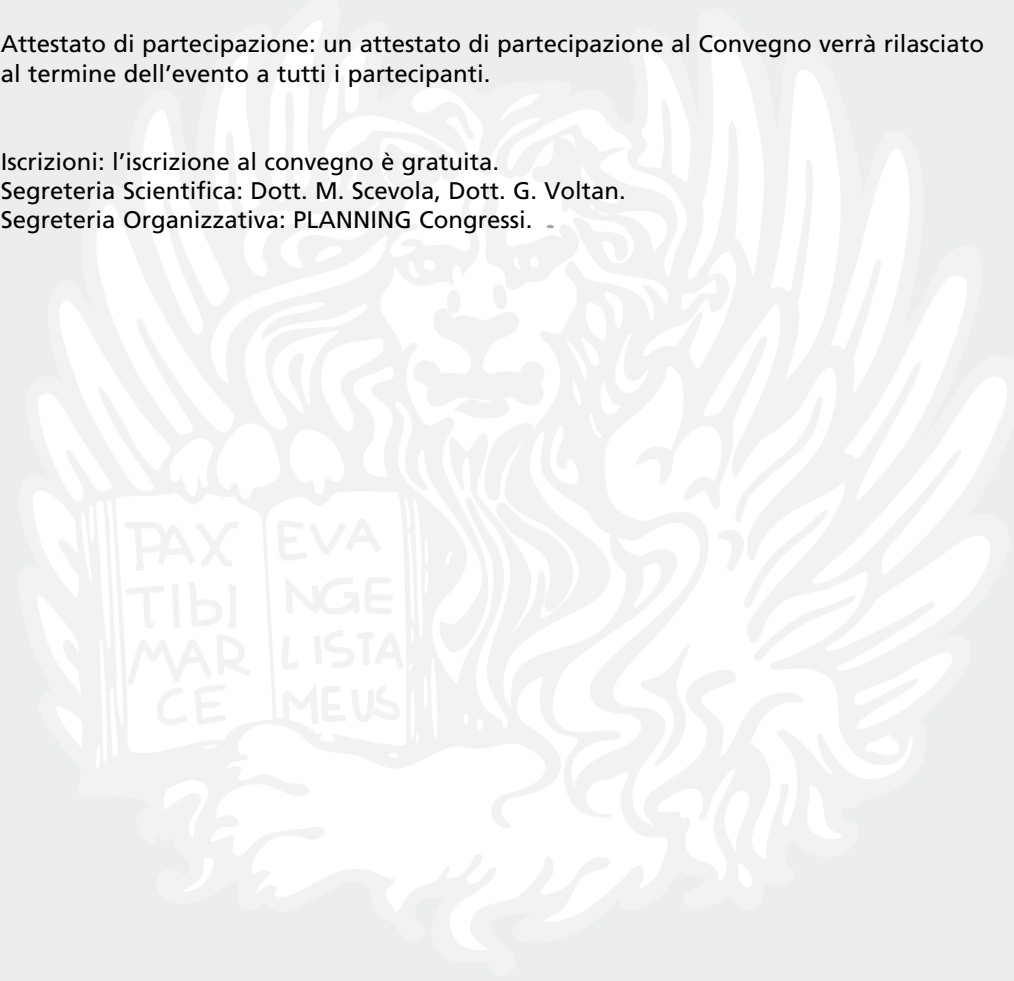
Patrocinii: in corso di definizione.

Sede del Convegno: Teatro di Mirano.

Crediti ECM: la procedura per l'accreditamento ECM verrà attivata presso la Segreteria ECM Nazionale nei tempi prefissati. I crediti saranno richiesti per la seguenti figure professionali: Medici di Medicina Generale, Geriatri, Internisti, Reumatologi, Nefrologi, Radiologi, Ortopedici, Fisiatri.

Attestato di partecipazione: un attestato di partecipazione al Convegno verrà rilasciato al termine dell'evento a tutti i partecipanti.

Iscrizioni: l'iscrizione al convegno è gratuita.
Segreteria Scientifica: Dott. M. Scevola, Dott. G. Voltan.
Segreteria Organizzativa: PLANNING Congressi.



I GIOVEDÌ DELL'ORDINE

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

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

GIOVEDÌ 30 SETTEMBRE 2010 - Ore 19.00-23.00

Introduzione dott. Breda Moreno

L'Informazione e il consenso informato del minore

Relatore: dott. Riolo Carlo Venusiano

L'angolo del Legale

A cura dell'avv. Zancani Simone

Conclusioni

dott. Roncali Davide

GIOVEDÌ 21 OTTOBRE 2010 - Ore 19.00-23.00

Introduzione dott. Breda Moreno

La cartella clinica

Relatori: dott. Nicolin Giuliano

dott. Crivellenti Gabriele

L'angolo del Legale

A cura dell'avv. Zancani Simone

Conclusioni

dott. Roncali Davide

GIOVEDÌ 11 NOVEMBRE 2010 - Ore 19.00-23.00

Introduzione

dott. Breda Moreno

La gestione del rischio clinico nello studio odontoiatrico

Relatori: Prof. Betti Dario

L'angolo del Legale

A cura dell'avv. Zancani Simone

Conclusioni

dott. Roncali Davide

**Gli incontri costituiscono un unico corso di aggiornamento in corso di
accreditamento presso l'ECM Nazionale**