

OMC e O

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

03.11

Anno LII - n. 03 del 15 settembre 2011 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

Convegno a Venezia
su qualità e sostenibilità del SSN

Venezia in salute

Convegno ENPAM: La previdenza
tra passato e futuro

La crisi congiunturale e gli odontoiatri

Il gruppo giovani medici si presenta

L'esperienza del corso di etica clinica

Operazioni rilevanti ai fini IVA



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. 03 del 15 settembre 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
Graficart, Resana (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 15 settembre 2011

04 Il governo della domanda per
la qualità, l'equità e la sostenibilità
del servizio sanitario pubblico

05 Programma Convegno

07 "Venezia in salute"
Manifestazione: "Al Parco in
salute" - Il percorso, gli stand,
i laboratori

09 Il DDL sulle Professioni
Sanitarie: un errore
durato 100 anni

11 Previdenza PENSIONI:
quale futuro?

12 LA PREVIDENZA TRA PASSATO
E FUTURO: conoscere e
programmare il nostro domani

13 LA CRISI CONGIUNTURALE
E GLI ODONTOIATRI

15 IL TUO FUTURO CON L'ORDINE
Nasce il Gruppo "Giovani Medici"

15 Questionario per i giovani medici
dell'OMCEO di VENEZIA

18 PER UNA TUTELA DELLA SALUTE
IN UNA PROSPETTIVA ETICA

26 DEPARTURES - Il principio
e la fine sono la stessa cosa

28 Operazioni rilevanti ai fini
IVA di importo pari o superiore
a 3.000,00 euro

30 48° Congresso Nazionale
Feder S.P. e V.

32 CONVOCAZIONE ASSEMBLEA
ORDINARIA DEGLI ISCRITTI

Sommario

3

Il governo della domanda per la qualità, l'equità e la sostenibilità del servizio sanitario pubblico

4



In un mondo che sta affrontando la più grave crisi politica, economica e sociale del dopoguerra è difficile, per la professione, individuare obiettivi prioritari, strumenti, percorsi e strategie per affrontare i problemi emergenti.

Le professioni di aiuto ed in specie quella medica sono sottoposte ad una grande pressione legata al proprio ruolo peculiare: aiutare chi soffre ed indicargli soluzioni possibili in un sistema fragile, facilmente attaccabile e di cui il medico rappresenta la prima linea. È chiaro che questa professione è in grave difficoltà perché in crisi sono le organizzazioni di riferimento sia nell'area del sociale che in quella sanitaria senza parlare della politica che mai come in questo tempo vive una drammatica crisi di idee e di identità.

L'Ordine professionale ha però l'obbligo non solo di indicare i problemi e le loro cause ma deve entrare nel pieno merito delle soluzioni proponendosi alla programmazione della politica. Una delle priorità per la sopravvivenza dell'attuale SSNN è la capacità di tutti i portatori di interesse (mondo delle professioni sanitarie e mondo delle associazioni a difesa del cittadino e del malato) di saper cogliere questa crisi come opportunità di rivisitazione del Sistema e di una

sua revisione critica e progettuale. In questo senso dobbiamo parlare più che mai oggi dei nostri doveri e delle nostre responsabilità senza mai dimenticare che abbiamo l'obbligo etico di difendere i diritti dei più deboli e svantaggiati.

La FNOMCeO e l'OMCeO di Venezia organizzano per il giorno 15 ottobre, presso la Sala Convegni "G.Rama" dell'Ospedale dell'Angelo, un Convegno che recita: **"IL GOVERNO DELLA DOMANDA PER LA QUALITÀ, L'EQUITÀ E LA SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO - Confronto tra la professione medica e il mondo delle associazioni"**. Il tema dell'evento rappresenta

la necessità di individuare obiettivi e percorsi per salvaguardare la sopravvivenza del SSNN attraverso l'impegno responsabile individuale e collettivo. Il medico, oggi più che mai, deve porsi la questione della rivisitazione del proprio ruolo non solo professionale ma civile; deve entrare nel contesto politico alleandosi al mondo delle associazioni per proporre soluzioni ad una programmazione che è fortemente condizionata dalle logiche di convenienza partitica più che da quelle della verifica, revisione e rilancio del Servizio. La questione delle responsabilità è strettamente collegata a quella dei doveri. Quale è oggi il rapporto tra diritti e doveri? È ancora possibile, specie per i portatori di interesse, parlare solo dei diritti e non dei doveri? Non è forse proprio questo il tempo di porsi, come cittadini competenti e responsabili, domande sulle grandi questioni etiche inerenti i costi del SSNN, la loro sostenibilità, gli obiettivi prioritari di salute, la domanda di salute, i doveri del singolo nei confronti della propria salute e di quella delle propria comunità. Nella logica conseguenza di queste riflessioni il giorno 16 ottobre al Parco di San Giuliano di Mestre, in collaborazione con il Comune di Venezia, l'OMCeO di Venezia e la FNOMCeO organizza

no la manifestazione “VENEZIA IN SALUTE”. Durante quella domenica, la Regione Veneto, il Comune di Venezia, associazioni a difesa del malato, alcune associazioni sportive incontreranno, nei loro gazebo, la cittadinanza; alla consegna di materiale informativo con suggerimenti, consigli per mantenere e migliorare il proprio stato di salute si affiancheranno dimostrazioni pratiche di buone pratiche assistenziali con coinvolgimento della popolazione e, presso una meeting arena, si svolgeranno brevi relazioni di professionisti della salute sui temi dominanti del benessere e del prendersi cura di sé. Lungo tutta la giornata le persone potranno svolgere pratiche aerobiche e percorrere brevi itinerari, di diversa difficoltà, individuati e tracciati grazie alla collaborazione tra l’Istituzione “Bosco e Grandi Parchi” e l’associazione Nordic Walking.

Stiamo delineando nuove strategie per coinvolgere e responsabilizzare la popolazione perché siamo certi che la nostra credibilità, la nostra autorevolezza passano anche attraverso la rivisitazione di ruolo ed una alleanza vera, strutturata, informativa, educativa e politica con la nostra popolazione ed i loro portatori di interesse.

Questo autunno si andrà a nuove elezioni per il prossimo triennio e vorremmo lasciare a chi verrà dopo di noi un progetto strutturato e stabile, punto di riferimento e laboratorio per consolidare una vera alleanza tra medico e cittadino. Il medico deve difendere il proprio ruolo e la propria indipendenza scendendo nel campo a lui più favorevole: la relazione con la persona e con la sua comunità.

Maurizio Scassola



PROGRAMMA CONVEGNO



“ IL GOVERNO DELLA DOMANDA PER LA QUALITÀ, L’EQUITÀ E LA SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO ”

Confronto tra la professione medica e il mondo delle associazioni

Mestre, 15 ottobre 2011

Sala Convegni dell’Ospedale all’Angelo Via Paccagnella, 11

9.00

Introduzione del **Dott. Maurizio Scassola**, Presidente dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia

SALUTO AUTORITÀ

On. Maurizio Sacconi

Ministro del Lavoro e delle politiche sociali

On. Francesca Martini

Sottosegretario alla Salute

Dott. Vasco Errani

Presidente Conferenza delle Regioni

Prof. Giorgio Orsoni

Sindaco di Venezia

Intervento del **Dott. Amedeo Bianco**

Presidente della Federazione Nazionale degli

Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Editoriale

5

9.45 - I SESSIONE

Moderatori

Dott. Antonio Padoan

Direttore Generale Azienda ULLS 12 veneziana

Don Dino Pistolato

Caritas Venezia

Presidente della Consulta

per la Salute del Comune di Venezia

“Sostenibilità del Welfare sanitario: quali prospettive nel prossimo triennio?”

Prof. Federico Spandonaro

Docente economia sanitaria, Facoltà di
Economia, Università Tor Vergata di Roma

“Efficacia ed efficienza della spesa sanitaria: esperienze dei piani di rientro regionali”

Dott. Fulvio Moirano

Direttore Agenas

“Profilo della domanda e bisogni della salute”

Dott.ssa M. Concetta Vaccaro

Responsabile settore Welfare e Salute del Censis

“Per un progetto sostenibile di sanità pubblica: promozione e autodeterminazione della salute”

Dott. Maurizio Benato

Vice Presidente FNOMCeO

11.30 - II SESSIONE

TAVOLA ROTONDA

“La responsabilità individuale e collettiva per la sostenibilità del SSN”

Introduce **Dott. Amedeo Bianco**

11.45 – 13.00

Il ruolo delle associazioni a tutela del malato

Moderatore: **Dott. Maurizio Scassola**

- ASSOCIAZIONE ITALIANA DONATORI ORGANI, TESSUTI E CELLULE (AIDO)
- FEDERAZIONE ITALIANA DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO ONCOLOGICO (FAVO)
- FEDERAZIONE ASSOCIAZIONI ITALIANE PARATETRAPLEGICI (FAIP)
- LEGA ITALIANA LOTTA CONTRO I TUMORI (LILT)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (AISLA)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA CONTRO LEUCEMIE, LINFOMI E MIELOMA (AIL)
- ASSOCIAZIONE RETE MALATTIE RARE (ASS. RMR)

- LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS (LILA)
- UNIONE ITALIANA LOTTA ALLA DISTROFIA MUSCOLARE (UILDM)
- ASSOCIAZIONE DIFESA AMMALATI PSICHICI (DIAPSI)
- UNIONE NAZIONALE ASSOCIAZIONI PER LA SALUTE MENTALE (UNASAM)

“La rete della comunicazione: un'esperienza di network di comunicazione (Ordine dei medici -Associazioni a tutela del malato)” -

Dott.ssa Rosa Revellino

13.00 LUNCH

14.00 - 15.20

Il ruolo delle associazioni e dei consumatori

Moderatore: **Dott. Antonio Panti**

- CITTADINANZA ATTIVA
- ASSOCIAZIONE ITALIANA DIFESA CONSUMATORI E AMBIENTE (CODACONS)
- CENTRO PER I DIRITTI DEL CITTADINO (CODICI)
- FEDERAZIONE NAZIONALE CONSUMATORI E UTENTI (FEDERCONSUMATORI)
- ASSOCIAZIONE DIFESA CONSUMATORI E AMBIENTE (ADICONSUM)

15.30 – 16.50

Il ruolo delle Associazioni sindacali mediche

Moderatore: **Dott. Gabriele Peperoni**

ANAAO-ASSOMED, CIMO-ASMD, FIMMG, FIMP, SUMAI, SNAMI, AAROI, CGIL-MEDICI, CISL-MEDICI, UIL-MEDICI.

17.00 CONCLUSIONE DEI LAVORI

Dott. Amedeo Bianco

Segreteria Organizzativa FNOMCeO

Dr.ssa Carmen Rossella Procino

Sig.ra Elisabetta Pompeo

06 36203231 – 219

e.mail: deontologia@fnomceo.it

Saranno assegnati crediti ECM ai medici chirurghi partecipanti al convegno

(*) INVITI DA CONFERMARE

PRESENTAZIONE

“Venezia in salute” Manifestazione: “Al Parco in salute” Il percorso, gli stand, i laboratori

Venezia – San Giuliano 16 ottobre 2011

ENTI PROMOTORI: Comune di Venezia; Regione Veneto; FNOMCeO;
OMCeO di Venezia e la Fondazione Ars Medica; Azienda ulss 12 Veneziana

L'EVENTO viene inteso come una manifestazione dove Enti, Associazioni, Aziende ULSS e professionisti della salute potranno confrontarsi e proporre le migliori pratiche assistenziali ed offrire alla popolazione informazioni sui corretti stili di vita.

Saranno presenti rappresentanti di medici (di famiglia, specialisti, libero professionisti, odontoiatri), farmacisti, operatori sanitari (infermieri, ostetriche, tecnici della riabilitazione, educatori...), direttori sanitari, opinion leader, funzionari di Enti pubblici che potranno interagire per utili sinergie con confronti, dibattiti e produzione di documenti di consenso.

Parteciperanno operatori sanitari di fama nazionale ed internazionale (WHO). Le società scientifiche interverranno con i loro leader e si potranno proporre ed esporre studi, linee-guida e brochure informative con consigli sui temi della salute.

Le Aziende ULSS avranno l'opportunità di incontrare la Cittadinanza e di confrontarsi con le altre Aziende proponendo i loro servizi e le loro migliori iniziative.

- **Le Associazioni a difesa del malato e del cittadino** si confronteranno con i Professionisti della Salute e con i Cittadini.
- Per i **Cittadini** sarà importante affrontare i temi della Prevenzione delle malattie, del concetto di salute, della riabilitazione, della ricerca, dell'utilizzo dei farmaci, dell'accesso ai Servizi.
- Per gli **Operatori** sarà importante affrontare i temi dello Sviluppo Professionale Continuo, della Sicurezza, delle relazioni: rapporto medico -/paziente, medico -/medico, medico -/infermiere, operatore sanitario -/sistema organizzativo.
- Per le **Associazioni** sarà un momento di riflessione sul proprio ruolo sociale e sul sostegno offerto al Sistema Assistenziale
- Per gli **Amministratori** sarà importante offrire soluzioni che rispondano agli orientamenti della Politica ed alle istanze dei Portatori di interesse.
- Per la **Politica** sarà un'occasione di sintesi strategiche e progettuali
- La **Fondazione Ars Medica** avrà il ruolo di partner scientifico; sosterrà l'elaborazione dei programmi e coordinerà le attività educative che si svolgeranno durante la manifestazione

La giornata del 16 ottobre si inserisce in un mese denso di manifestazioni che vede il Parco di San Giuliano al centro della vita della Città. La Venice Marathon rappresenta l'appuntamento clou di richiamo internazionale. La concomitanza dell'evento Venezia in Salute e della Venice Marathon potrà permettere di porre, la Comunità veneziana, al centro del panorama nazionale e internazionale sui temi della Salute, dello Sport e della Educazione ai corretti stili di vita.

Proponiamo una *strategia di partnership* per creare un'occasione per far crescere il Parco di San Giuliano come un luogo – laboratorio permanente di studio e di proposte nel campo delle attività ludico-motorie anche nella prospettiva di progettazione e sviluppo del futuro Polo delle Attività Remiere.

Un primo incontro con il segretario generale di Venice Marathon: Lorenzo Cortesi e con la responsabile di area marketing e comunicazione: Antonella Emanuelli ha posto le basi per un progetto di integrazione dei due eventi, individuando anche, come area a disposizione dei laboratori della manifestazione “Venezia in Salute”, l'area verde occupata nel weekend successivo dall'Open Sport Village. È stato individuato, con la consulenza della Direzione del Parco, il circuito al centro del parco dove la popolazione sarà invitata a svolgere specifiche attività aerobiche.

Crediamo vi sia anche una forte coerenza nel cercare di ottimizzare, in un periodo di gravi difficoltà economiche, quelle che sono le risorse della nostra Comunità: Volontariato, Associazionismo, Istituzioni Locali, Professionisti della Salute e sinergie pubblico-privato.

Il mese di Ottobre potrebbe diventare il **Mese della Salute** e il Parco di San Giuliano il **Luogo della Salute**, simbolo di come la Città di Venezia intende proiettare la propria storia sociale e politica attraverso un progetto che coinvolga, responsabilizzi e impegni gli operatori della Salute, il grande mondo dell'associazionismo e la popolazione.

Comune di Venezia

Bruno Centanini

Ordine dei Medici di Venezia

Maurizio Scassola



Il DDL sulle Professioni Sanitarie: un errore durato 100 anni

Il centenario dell'istituzione dell'Ordine dei Medici ci sta tenendo con il fiato sospeso: dapprima gira la voce che il ministro Tremonti lo voglia festeggiare abolendo tutti gli Ordini o quasi, poi cambia il vento e il Parlamento pensa non solo di mantenere gli Ordini che ci sono, ma di istituirne altri 22 o 23: all'Ordine dei Medici si aggiungerebbe l'Ordine degli Odontoiatri (per divisione), poi (per trasformazione dei rispettivi collegi) l'Ordine degli Infermieri, dei Tecnici di Radiologia, delle Ostetriche, e infine (ex novo) l'Ordine dei Fisioterapisti, dei Dietisti, degli Igienisti, dei Logopedisti, eccetera.

Va da sé che noi Medici (tra poco mi toccherà dire: noi Odontoiatri) siamo contrari all'abolizione degli Ordini, ma siamo anche contrari a questa mostruosa proliferazione e non per tutelare qualche (?) privilegio.

Siamo contrari oggi come eravamo contrari 100 anni fa all'istituzione dei 3+1 Ordini Sanitari. A quel tempo il Presidente del Consiglio dei Ministri era Luigi Luzzati, il quale era veneziano ed ebreo: forse per questo fu così intelligente ed astuto da dare alle professioni sanitarie non quello che chiedevano, ma tre volte di più.

Le professioni sanitarie del tempo, raccolte nella Camera delle Professioni Sanitarie, infatti chiedevano l'istituzione di un unico Ordine professionale per tutte: Medici, Farmacisti, Veterinari ed Ostetriche.

A leggere il Bollettino delle Camere Sanitarie di quel periodo e a conoscere almeno qualcosa delle difficoltà della Sanità italiana degli ultimi cento anni, ci si rende conto dell'occasione perduta. Chi si occupa di Sanità sa quel che voglio dire, per gli altri accenno soltanto a quanto è difficile cercare di regolare la spesa sanitaria quando medici e



farmacisti si passano il cerino o a come è difficile governare un reparto ospedaliero tirato da due cavalli (i medici e gli infermieri) che rispondono a diverse fruste e a diverse carote.

Luzzati ragionò che negare gli Ordini alle professioni sanitarie avrebbe esasperato ulteriormente il conflitto tra medici e Istituzioni, a quei tempi molto acceso, invece dargliene tre più uno (un Ordine per i Medici, uno per i Farmacisti, uno per i Veterinari e un Collegio per le Ostetriche) li avrebbe accontentati e divisi. Secondo la regola

più classica di chi si cura solo dell'imperare. Ma la Sanità non è solo uno strumento di consenso. L'idea che si debba garantire a tutti i cittadini l'assistenza sanitaria gratuita divenne linea guida dello Stato Italiano durante una famosa riunione del Gran Consiglio del Fascismo nel 1929. Ovviamente l'ottica era quella di garantire il consenso e non i diritti.

La demagogia però passa, mentre la res pubblica resta, e resta il problema di gestirla. Se la nostra classe dirigente vuole una buona volta porsi il

problema di gestire la Sanità e non solo di raccogliere il consenso, deve domandarsi se sia più facile coordinare le varie professioni sanitarie raccolte in un unico Ordine e un unico Codice Deontologico, ai quali afferiscano pure diversi Albi, oppure con tanti Ordini indipendenti e in-comunicanti quanti la fantasia lo concede.

Va bene, non mi faccio illusioni. Queste sono solo riflessioni intempestive. Ma non posso fare a meno di sognare una politica che ragiona.

Cosimo Tomaselli



Previdenza

PENSIONI: QUALE FUTURO?



Non vi è mezzo d'informazione che ogni giorno non dedichi alle pensioni un ampio spazio, uno spazio sempre più vasto e sempre più a tinte fosche, a margini incerti, scenari quasi catastrofici, generando così timori, incertezze ed ansie sul nostro futuro.

I problemi vanno affrontati e non ignorati o scotomizzati e per affrontarli bisogna conoscerli, comprenderli e cercare di risolverli con raziocinio, chiarezza ed onestà, senza truccare il risultato.

Se il problema che affrontiamo oggi è il futuro previdenziale dobbiamo conoscere e capire bene le variabili che lo compongono.

La **longevità**: la popolazione, i medici invecchiano sempre di più, l'aspettativa di vita per un 65enne è prossima ai 20 anni; quindi **più pensionati** che vivono più a lungo.

Recessione è una parola che solo a pronunciarla mette paura, ma con questa dobbiamo fare i conti: meno guadagni, meno contributi, meno rendita pensionistica.

Le scelte della politica che giocoforza interviene e ancor di più vorrebbe intervenire anche nella gestione del nostro Ente nonostante noi si sia una Fondazione privata; a noi invece serve chiarezza, distinzione dei ruoli, ragionare su prospettive e programmi a lungo termine senza il cambio delle regole durante la partita.

I **flussi contributivi**, a contratti e convenzioni bloccati, a libera professione in generale sofferenza con diminuzione dei livelli occupazionali, non possono che diminuire e la crisi portare i suoi effetti anche nel futuro previdenziale.

Dobbiamo conoscere per tempo la **massima pensione sostenibile**.

Tante variabili, tanti aspetti diversi che riguardano il nostro futuro di pensionati; come e quali risposte dare e darci in questo momento?

Per ciò che attiene al nostro ente di previdenza, L'ENPAM, non possiamo che dare la massima fiducia al CdA e dimostrare la più ampia unità della categoria a difesa del bene comune: la previdenza.

Cosa ci riserva il futuro? Lo chiederemo agli esperti invitati il 22 Ottobre a Martellago a parlarci di:

La previdenza tra passato e futuro: conoscere e programmare il nostro domani. (vedi pag. 12).

Esserci è un'occasione di conoscenza e un dovere per noi, per il futuro nostro e delle nostre famiglie.

Moreno Breda

Attività
dell'Ordine



L'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA
ORGANIZZA IL CONVEGNO:

LA PREVIDENZA TRA PASSATO E FUTURO: conoscere e programmare il nostro domani

SABATO 22 OTTOBRE 2011

Sala Conferenze "A. Barbiero"

**della Banca Santo Stefano Credito Cooperativo
Piazza della Vittoria 11, Martellago (VE)**

PROGRAMMA

- | | |
|-----------|--|
| Ore 8.00 | Registrazione Partecipanti |
| Ore 8.30 | Saluto delle Autorità |
| Ore 9.00 | Introduzione al corso: dott. Moreno Breda – Consigliere OMCeO Venezia |
| Ore 9.15 | Il fondo generale e la quota B dott. Giampiero Malagnino – Vicepresidente ENPAM |
| Ore 10.00 | I fondi speciali ENPAM dott. Alberto Oliveti – Vicepresidente vicario ENPAM |
| Ore 10.45 | Coffee Break |
| Ore 11.15 | La dipendenza dott. Claudio Testuzza – Medico e Pubblicista |
| Ore 12.00 | La Previdenza Complementare: Fondo Sanità dott. Luigi Daleffe – Presidente Fondo Sanità |
| Ore 12.45 | Discussione |
| Ore 13.15 | Conclusioni dott. Malek Mediati – Componente C.D.A. ENPAM |

Segreteria Organizzativa:

OMCeO Venezia

Tel. 041 989479 Fax 041 989663

e-mail: segreteria@ordinemedicivenezia.it

LA CRISI CONGIUNTURALE E GLI ODONTOIATRI

L'indagine promossa dalla CAO veneziana sulla professione odontoiatrica vuole verificare se l'effetto della crisi economica si avverta sul nostro territorio così come sembra aver investito l'odontoiatria a livello nazionale.

Appare chiaro che gli italiani stanno trascurando la salute della propria bocca a causa della crisi economica che ha ridotto il potere di acquisto e ha prodotto conseguenze e ricadute anche sulla professione odontoiatrica.

Il dato nazionale è impressionante: nel 2010 gli studi dentistici hanno fatto registrare 2,5 milioni di accessi in meno ovvero almeno 1,8 milioni di italiani si è dimesso da paziente. E i primi riscontri dell'anno in corso sono ancora più preoccupanti e segnalano un ulteriore 30% in meno di visite.

Le risposte dei colleghi veneziani al questionario danno una visione meno drammatica, nella quale i più giovani hanno mantenuto le posizioni dello scorso anno, mentre gli odontoiatri over 50 registrano una flessione delle presenze in studio e del fatturato.

Rispetto a tale scenario gli onorari della maggior parte dei dentisti intervistati sono rimasti invariati dal 2009 in poi, con fenomeni addirittura di contrazione degli stessi, nonostante un incremento dei costi di gestione dello studio ed il tentativo di ridurre tutte le spese non essenziali ed il numero dei dipendenti.

Molteplici possono essere i fattori di questa crisi. L'affermarsi di una cultura della prevenzione ha giocato un ruolo importante in questo processo recessivo, in quanto ha ridotto notevolmente la necessità di cure odontoiatriche nella nuova generazione.

La crisi economica, poi, ha concentrato le risorse disponibili nelle mani di una porzione ridotta della popolazione, soprattutto nelle zone industrializzate del Nord Est, dove si è percepito più forte il calo del potere di acquisto di quella classe media che rappresentava la fonte maggiore di reddito e di lavoro per la classe odontoiatrica.

Tale situazione dipende anche dall'imprendi-

torialità delle strutture, tant'è che ha coinvolto non solo gli studi dentistici ma anche i laboratori odontotecnici ed il calo indicato non è esteso trasversalmente ma riguarda in particolare le piccole strutture e la generazione degli "over 50". Da segnalare inoltre, nelle nostre zone, la concorrenza dei low-cost locali e d'oltre confine.

Tutto ciò ha costretto gli odontoiatri a mettere in campo obiettivi di riqualificazione e aggiornamento: offrire terapie sempre più specialistiche ed innovative, investendo in nuove tecnologie diagnostiche, terapeutiche e di produzione protesica: la Radiografia 3D, i nuovi sistemi di Chirurgia Guidata, l'Implantologia a Carico Immediato ed il CAD-CAM.

Di contro, il raggiungimento di questi traguardi ha richiesto la specializzazione ad alto livello nelle singole branche e la necessità di un aggiornamento scientifico costante ed ha reso indispensabile l'aggregazione in équipe di un numero maggiore di professionisti.

Si è assistito, pertanto, alla nascita di centri odontoiatrici polispecialistici in grado di offrire sia le attrezzature tecnologiche d'avanguardia (eccessivamente costose per un singolo studio dentistico), sia tutte le figure professionali in grado di soddisfare l'odierna vasta gamma di esigenze del paziente.

Alla luce di molti fattori, quindi, possiamo parlare più di "crisi del modello professionale" che di "crisi professionale", nei confronti dei modelli finora noti, in uso nel passato recente.

In effetti, la mutazione in atto coinvolge maggiormente i dentisti meno giovani, mentre coloro che si accostano ora al lavoro si adeguano più facilmente al nuovo status professionale. Soprattutto in ambito odontoiatrico l'essenza stessa della professione non consente "forme di riciclaggio" lavorativo e, infatti, si parla sempre più di una professione di mantenimento.

Del resto un dentista non si può riciclare facendo altri lavori e le prestazioni che vengono a mancare sono quelle a maggior valore (e reddito) aggiunto come le riabilitazioni protesiche o l'im-

plantologia. Oggi più che mai, dobbiamo renderci conto della situazione in essere, di fronte alla quale dovremmo proporci in modo nuovo rispetto al cittadino-paziente, valorizzando il rapporto fiduciario con lo stesso, investendo nella propria professionalità e nelle proprie infrastrutture.

Anche perché, pur vedendo i propri redditi restringersi, il pubblico potrà al più rinviare nel tempo le cure, allungare i tempi del loro pagamento, valutare le proposte di più dentisti alla ricerca di quella che gli sembrerà migliore nel rapporto qualità/prezzo/servizio, ma non potrà ridurre per sempre il suo bisogno di prestazioni come invece è possibile per altri beni e servizi.

E se, come risulta dall'indagine condotta, alcuni studi vedono crescere i loro numeri a scapito di quelli che si contraggono, oggi questo fenomeno sembra più intenso e ciò fa pensare che, alla fine della crisi, le posizioni economiche relative ai professionisti di una zona potranno essere profondamente diverse da quelle attuali. Dobbiamo, infatti, aspettarci una diminuzione, dovuta a chiusure ed accorpamenti, sia del numero di esercenti la professione sia degli studi presenti sul territorio.

Così, se in tutta la provincia il mercato si restringe, aumentano le forme di esercizio professionale supportate da società di capitali e franchising. Insomma, se una volta l'odontoiatria privata era monopolio del dentista, ora le iniziative «capitalistiche» si moltiplicano usando mezzi che il professionista tradizionale non conosce: la pubblicità, i negozi al piano terra, l'offerta di prestazioni gratuite.

Anche lo Stato è diventato concorrente tramite le Asl pubbliche e le sedi universitarie che, per aiutare il proprio conto economico, intercettano pazienti potenzialmente appannaggio della libera professione. Ed in questa situazione di mercato selvaggio cresce anche l'abusivismo, poiché si esercita la professione negli studi senza averne il titolo o magari con un giovane dentista come prestanome.

La mia impressione è che gli odontoiatri non siano più riconoscibili grazie ad un ruolo chiaro e ad un'identità definita e che i compiti che svolgono non siano più riconosciuti da tutti come un servizio di valore, tant'è che le prestazioni offerte in paesi oltrefrontiera sembrano più appetibili, pur trattando la salute come pura merce.

Credo che, oggi più che mai, un'evoluta com-

pressione dei fatti finanziari, fiscali ed economici della propria attività, unita a validi strumenti gestionali (purchè ben sfruttati), siano le sole cose che ci possono aiutare.

Senza queste nuove facoltà, quindi, ogni progetto di crescita clinica, tecnologica o di marketing perderebbe di senso, perchè sarebbe intrapreso su basi emotive, non sapendo se lo si poteva sostenere, se era adatto alla situazione, se ha davvero reso.

Si assiste sempre più oramai alla scelta, da parte del paziente moderno, dello studio odontoiatrico a cui affidarsi o di accettare le cure, di approvare il preventivo, di continuare il rapporto o di seguire un programma di igiene orale, non basata sulla validità clinica del dentista, ma sulla percezione soggettiva della qualità ricevuta. Di questi processi di perenne valutazione e conferma della scelta fatta fanno parte integrante i comportamenti del personale ausiliario oltre a quelli del professionista e la fidelizzazione del paziente è quindi variabile dipendente dai comportamenti tenuti dal team.

In questo momento di crisi penso si possa affermare che il vecchio modello di rapporto medico-paziente di tipo paternalistico, in cui il medico prescrive ed il paziente obbedisce, sia ormai superato.

Lo scenario dell'immediato futuro sarà allora caratterizzato da un buon numero di professionisti che avranno a disposizione un più ampio bacino di clientela, ma che, per ottenere, mantenere e soddisfare questo flusso, dovranno essere capaci di mettere in campo un marketing veramente innovativo: alta qualità nella scelta e nell'esecuzione delle cure da proporre ai loro pazienti, prezzi assai contenuti, dilazioni negli incassi più spinte. Il premio, per chi saprà ben interpretare questa nuova prospettiva, sarà, al momento della ripresa, il trovarsi più forte e più adatto ad affrontare un futuro nel quale la competizione per la clientela è e sarà sempre in aumento.

Giuliano Nicolin

IL TUO FUTURO CON L'ORDINE

Nasce il Gruppo "Giovani Medici"

Cari Colleghi,

da quest'anno l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Venezia si arricchisce di un nuovo gruppo di "giovani medici". Abbiamo pianificato la costituzione di questa nuova realtà da qualche tempo, ritenendo che possa essere di interesse collettivo e possa contribuire al futuro delle nostre professioni e della Sanità Pubblica in genere. In questo senso, il gruppo rappresenta un'occasione per garantire diritti ed opportunità ai nuovi Laureati in Medicina e in Odontoiatria, affinché essi possano trarre la massima soddisfazione dal loro nuovo ruolo. Un ruolo che non è solo quello di medici, ma anche di professionisti e di persone. Per questo la funzione del gruppo non si esaurisce nel dare indicazioni di ordine professionale ai neofiti, ma comprende anche quella di accogliere le loro proposte ed esigenze per una professione migliore. In tal modo vogliamo superare il concetto di professione sanitaria e considerare il giovane medico quale parte integrante del contesto sociale in cui opera. Il gruppo dei "giovani medici" si propone dunque di organizzare e mettere a disposizione una rete di servizi *ad hoc*, tale per cui il neo-laureato abbia la possibilità di esercitare la nuova professione in piena consapevolezza e responsabilità.

Rafi El Mazloum

Caro Collega,

l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Venezia si rivolge ai nuovi medici cercando sempre più di rispondere alle esigenze dei neoiscritti con nuove proposte. A tale scopo Ti chiediamo di compilare il breve questionario in allegato, che ci permetterà di adeguare le offerte di informazione, formazione e lavoro alle Tue esigenze.

RingraziandoTi per la Tua collaborazione, porgiamo i nostri più cordiali saluti.

Questionario per i giovani medici dell'OMCEO di VENEZIA

da restituire compilato via mail all'indirizzo info@ordinemedicivenezia.it
o via fax al n. 041 989663

Attività
dell'Ordine

Ti sei laureato in MEDICINA E CHIRURGIA ODONTOIATRIA

presso l'università di _____ nel mese di _____
anno _____ e ti sei abilitato all'esercizio della professione medica nella
_____ sessione dell'anno _____

Hai presentato la domanda per l'iscrizione all' OMCEO della sede di Venezia a causa della tua residenza.

Se avessi potuto, ti saresti iscritto ad un altro ordine? SI NO

Se SI, quale? _____ E per quale ragione?

(non ti preoccupare per la risposta, il questionario è anonimo e ci serve per conoscerci meglio)

VALUTA ORA LE TUE INFORMAZIONI:

valuta con una risposta da 1 (per niente) a 10 (moltissimo) la tua informazione/formazione da neo laureato in merito a questi argomenti:

1- Ti senti adeguatamente preparato dal tuo corso di laurea ad affrontare il mondo del lavoro?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2- Sei a conoscenza di cosa comporta l'iscrizione OMCEO (responsabilità, benefici?)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3- Sai di che tipo di assicurazione professionale hai bisogno ed a chi rivolgerti?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4- Sei a conoscenza di quello che puoi fare nel mondo del lavoro con la sola abilitazione professionale?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5- Sai come comportarti burocraticamente nelle sostituzioni e nelle guardie mediche?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6- Conosci come avviene l'emanazione del bando e la successiva modalità di accesso alla scuola di specializzazione – scuola di formazione specifica in Medicina Generale?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7- Sai che attività potrai esercitare come libero professionista una volta entrato in scuola di specializzazione o nel corso di formazione in Medicina Generale?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUALORA NON LE AVESSI, DOVE CERCHERESTI QUESTE INFORMAZIONI?

FAMIGLIA

AMICI

MEDICO DI BASE

SPECIALIZZANDI

INTERNET

ALTRO _____

OMCEO

IL TUO ORDINE DEI MEDICI PUÒ DARTI TUTTE QUESTE INFORMAZIONI E NON SOLO!

Hai mai visto il sito dell'ordine e gli importanti documenti allegati?

SI NO

Documento di accoglienza: sei a conoscenza dell'esistenza?

SI NO

(Se NO visita la sezione "pari opportunità" sul sito www.ordinemedicivenezia.it)

Ti piacerebbe che fosse dedicata una sezione del sito a noi giovani?

SI NO

Se si cosa ti piacerebbe fosse trattato?

Sai che c'è un rappresentante legale a cui rivolgerti in caso di dubbi?

SI NO

Esiste un gruppo giovani medici, ti piacerebbe farne parte?

SI NO

(se hai risposto SI, manda una mail alla nostra segreteria con il tuo nome e cognome o partecipa ad una delle riunioni mensili e fallo presente, il tuo aiuto è importante!)

Ci sono delle riunioni mensili a cui puoi partecipare attivamente ed avere notizie sugli ultimi avvenimenti come congressi ECM o corsi BLS.

Sei interessato a partecipare ad un corso di Primo Soccorso?

SI NO

Se hai qualche suggerimento, puoi usare questo spazio :

Attività
dell'Ordine

Grazie per aver compilato il questionario, a presto!

PER UNA TUTELA DELLA SALUTE IN UNA PROSPETTIVA ETICA

L'esperienza del corso di "etica clinica"

Tutti noi medici sappiamo che nelle Università italiane, salvo qualche rara eccezione, attualmente tutto il peso della formazione si è spostato sul versante scientifico. La competenza tecnico-terapeutica e quella etica si sono divaricate: ingigantita la prima, atrofizzata la seconda. Con la conseguenza che il medico tace, smarrito, di fronte ai problemi che incontra, esasperato per di più dal progresso della medicina.

Un sottile scetticismo si cela spesso dietro ai richiami della "*coscienza del medico*". La coscienza cui si fa appello non può essere un'istanza evanescente ed arbitraria, una linea d'ombra in cui i confini del bene e del male si confondono in un grigio uniforme.

In un mondo in continua e vorticoso evoluzione, in cui i medici sono chiamati a dipanare quotidianamente questioni scientifiche, organizzative, economiche, etiche, persino antropologiche, essi non possono essere ridotti nella loro pratica a

semplici distributori dei servizi richiesti, dimentichi della propria dignità personale e della propria responsabilità innanzitutto di fronte alla propria coscienza e alla propria vita. Il rispetto della coscienza del paziente non può portare a dimenticare la propria: sarebbe alienante per il medico stesso.

Per la formazione dei medici è indispensabile l'educazione di una "*coscienza etica*" che sappia imporre limiti alla medicina nel suo contesto sociale e culturale. Che consenta al medico di salvaguardare in modo esplicito la sua libertà di aderire ai propri principi etici, non necessariamente coincidenti con quelli del suo cliente.

Per il medico è necessaria la formazione di una "*coscienza etica che metta al centro la persona*", il suo valore intrinseco in ogni momento del suo esistere al di là delle condizioni del suo vivere e quindi i doveri che devono essere assunti verso di essa, in quanto la persona umana non può mai





essere piegata o usata per interessi che non siano il suo bene globale.

Da una “*coscienza etica*”, adeguatamente formata, deriva al medico la disponibilità alla presa in carico del paziente nell’ottica del servizio a lui dovuto rispettandone i diritti - in primo luogo il diritto al “consenso informato” -, e avendo consapevolezza dei propri doveri, onde offrirgli sempre il più alto livello di qualità della prestazione professionale. Inoltre ciò consente al medico di migliorare la sua capacità di relazionarsi con il malato ed ai suoi familiari con chiarezza e spirito di servizio, adottando con professionalità ed umanità le idonee strategie comunicative, nella coscienza del valore interattivo della comunicazione e dell’importanza dell’attitudine all’ascolto.

Sono queste le motivazioni che con solerte attenzione e fine sensibilità hanno indotto il Consiglio dell’Ordine a dare avvio alla “*Scuola di etica*”, fortemente voluta dal presidente dr. Maurizio Scassola.

Obiettivi della Scuola: fornire le basi dell’etica medica per poter far fronte ai diversi e concreti problemi che insorgono nell’agire quotidiano della professione, offrendo altresì l’opportunità agli iscritti all’Ordine di ottemperare all’obbligo di mantenersi aggiornati in materia etico-deontologica, come prescrive il Codice di deontologia medica all’art. 19. Il programma del corso, pubblicato nel Notiziario OMCeO 1.11, si è felicemente concluso il 9 giugno u.s.

L’esperienza vissuta

Di alto profilo sia le lezioni frontali che il dialogo intercorso tra docenti e discenti, per cui l’esperienza dei cinque incontri programmati è stata estremamente positiva come attestato non soltanto dagli organizzatori, ma soprattutto dai colleghi frequentatori sia attraverso la compilazione dei “Questionari di fine corso” sia attraverso gli elaborati da loro svolti a conclusione del corso.

L’argomento da trattare in quest’ultimi è stato liberamente scelto da ogni frequentatore, traendo spunto da quanto più aveva attratto il suo interesse e colpito la sua attenzione. I componenti, tutti di ottimo livello, nell’approfondire con riflessioni mirate e testimonianze personali i diversi aspetti delle tematiche affrontate durante i cinque incontri, hanno confermato il vivo e compartecipe interesse per l’etica clinica da parte dei discenti. Non sono mancati interrogativi per i quali i colleghi vorrebbero di nuovo ritrovarsi per discuterne in gruppo.

Ogni singolo incontro si è svolto in tempi successivi così scanditi: la lezione frontale del docente corredata da diapositive; la partecipazione attiva dei 24 frequentatori, suddivisi in tre piccoli “gruppi di lavoro”, nel discernere su quesiti e dilemmi di etica pratica inerenti l’argomento della lezione; la presentazione delle sintesi di quanto emerso nella discussione nel singolo gruppo; la sintesi finale nella plenaria con ulteriori approfondimenti da parte del docente.

Questa strategia didattica è stata da tutti ritenuta

un'ottima soluzione per mantenere elevati i livelli di attenzione. Giudicato molto coinvolgente e assai stimolante lo scambio di idee fra colleghi, avvenuto durante i lavori di gruppo, poiché tutti hanno apportato valori ed interessanti esperienze. Tutti avrebbero voluto più tempo a disposizione. Poiché tutti hanno avuto voglia e stimolo ad esprimersi, alla luce di questa bella esperienza più di un collega ha voluto sottolineare la necessità per ogni medico di base di evitare la "solitudine professionale".

Una copia del Codice di deontologia medica è stato l'omaggio dell'Ordine ad ogni discendente già al primo incontro. Di volta in volta sono stati distribuiti articoli di approfondimento delle singole tematiche, predisposti dal responsabile della didattica, dr. Maurizio Sinigaglia, vero "deus ex machina" dell'iniziativa e del suo svolgimento curato in ogni dettaglio. I componenti il comitato scientifico, presenti agli incontri, hanno attivamente collaborato.

L'etica è...

Accade di frequente che di termini come "morale", "etica", "deontologia", "valori", "diritti", "responsabilità", ecc. si ignori il significato esatto. Anche perché molti termini esprimono concetti affini (ad esempio, etica e morale) e vengono utilizzati l'uno per l'altro dando luogo così a confusioni ed errori di interpretazione.

Mentre la "deontologia" mira a disciplinare i comportamenti che si devono tenere nello svolgi-

mento di un'attività professionale ed è tradotta in principi generali, in direttive, in regole di condotta, l'"etica" è quella branca della filosofia pratica che esamina criticamente e giustifica razionalmente la validità morale delle nostre azioni. L'etica, dunque, riguarda i comportamenti di ogni uomo e di conseguenza le regole da rispettare per convivere nella società dei simili. **L'etica è materia infiammabile.** La "purezza" etica, è un imperativo categorico facile da predicare, ma è alquanto difficile restargli fedeli. E tuttavia questa è una delle nuove sfide per la tutela della salute in una prospettiva etica, poiché le decisioni in campo sanitario coinvolgono sempre più questioni radicali etiche che superano la competenza strettamente medico-professionale. *"La medicina ci dice cos'è meglio fare per il corpo, ma non cos'è giusto per la persona intesa come essere dotato di spirito ed intelletto"*. Pertanto è necessario che *"l'etica trovi il suo spazio, perché i progressi della tecnica degli ultimi decenni hanno fornito all'uomo un potere di intervento su tutti gli aspetti della vita talmente ampio, profondo e pervasivo da offrirgli enormi potenzialità, ma da porlo al tempo stesso di fronte ad altrettanto enormi responsabilità"*, scrivono i nostri colleghi nei loro elaborati.

L'etica medica o etica pratica al letto del malato, nata con la medicina stessa che sempre è stata e sarà un'impresa morale, merita attenzione particolare da parte dei medici che incontrano ogni giorno, al letto del malato, i "se", i "ma" e i "forse" di quella che si potrebbe chiamare "l'indecisione etica".

L'**etica clinica** studia i problemi etici concernenti le *relazioni* fra i vari membri delle equipe sanitarie ospedaliere e le loro relazioni col malato; e soprattutto *i problemi ed i dilemmi etici* che affiorano nel corso della diagnosi e della cura dei singoli malati. Questi problemi e questi dilemmi impongono al medico la necessità di risolverli. *"Come comportarsi, ad esempio, di fronte ad un paziente che rifiuta un intervento diagnostico o terapeutico essenziale per la sua sopravvivenza? Quale valore si deve attribuire ad un "testamento biologico"? Quando è eticamente permessibile sospendere la ventilazione meccanica, l'idratazione? Si tratta di interrogativi angosciosi che suscitano nel medico disagio e malessere in parte per la natura stessa dei problemi etici che concernono talvolta la vita e la morte, in parte*



perché il medico si accorge di non essere stato preparato a risolverli.” (“Nasce la Scuola medica dell’Ordine”, Notiziario OMCEO 1.11, p. 9)

Mentre la sua formazione tecnica gli consente, senza troppa difficoltà nella maggioranza dei casi, di formulare la diagnosi e di prendere le relative decisioni terapeutiche, di fronte al problema etico il medico si sente incerto nelle sue decisioni, teme di sbagliare e interroga invano la sua coscienza.

L’etica medica è come una matryoska: c’è sempre un dilemma etico ulteriore ancora più tortuoso e incandescente di quello precedente, come è emerso durante le discussioni sia nei piccoli gruppi che nelle plenarie.

L’etica medica è come un puzzle: ogni tessera con la sua peculiarità concorre alla costruzione di un grande mosaico, quello dell’**alleanza terapeutica**. Che significa prendersi cura della persona nella sua interezza con l’obiettivo di farsi carico della persona e della famiglia. Alleanza terapeutica intesa, dunque, come una dimensione interattiva, riferita alla capacità di **paziente e terapeuta** di sviluppare **una relazione basata sulla fiducia, il rispetto e la collaborazione e finalizzata ad affrontare i problemi e le difficoltà del paziente.**

Alcuni concetti chiave

Con rapidi cenni non esaustivi vengono di seguito citati *alcuni concetti chiave*, tessere del mosaico “alleanza terapeutica”, emersi dagli incontri e dagli elaborati, includibili per il laureato in medicina e chirurgia che non si accontenta di essere un “ingegnere degli organi malati”, un tecnocrate sempre più costretto a mantenersi sulla difensiva, ma un medico a pieno titolo della persona umana nel dare una risposta ai suoi bisogni fisici, psichici, relazionali e, talora, spirituali. In corsivo viene riportata qualche estrapolazione dagli elaborati dei discenti, tutti di alto profilo, quale interessante anticipo in attesa della pubblicazione degli stessi nelle forme che l’Ordine riterrà più opportune.

L’umanizzazione della medicina

Umanizzazione significa rispettare la persona in tutti i suoi aspetti e le sue esigenze che sono non solo sanitarie ma anche psicologiche, sociali, relazionali, lavorative ed altro perché il malato/cittadino ha diritto ad avere un servizio sanitario che rispetti globalmente la persona.

Nell’affrontare questi problemi l’atteggiamento mentale necessario è quello di pensare in termini “rivoluzionari”. Non possiamo pensare cioè di sviluppare in termini evolutivisti quello che oggi viene fatto, ma dobbiamo, con una non facile operazione di “estraniazione”, cancellare tutti i comportamenti e i modi di pensare ereditati ed acquisiti dalla nostra mente e provare a pensare e costruire *ex novo* comportamenti, pensieri e regole partendo dalle esigenze degli ammalati.

Occorre in altri termini un profondo cambiamento di mentalità ed una nuova cultura professionale. Non dobbiamo, purtroppo, perfezionare lo stato attuale ma ridisegnare e dare forma a qualcosa che oggi è sconosciuto, la nostra sfida è creare un nuovo modo di vivere e far vivere l’assistenza sanitaria.

Nell’ambito sanitario il termine “umanizzazione” assume un significato molteplice che può essere tradotto con i concetti di “accoglienza”, “ospitalità”, “comprensione”, “informazione”.

L’umanizzazione va intesa come l’insieme dei comportamenti acquisiti e fatti propri dal Sistema Sanitario per fornire un servizio rispettoso delle esigenze relazionali delle persone che vi accedono, senza trascurare gli aspetti organizzativi, burocratici e strutturali.

Gli interventi di umanizzazione riguardano tutti gli aspetti del ricovero e proseguono all’esterno con l’assistenza domiciliare, nei casi in cui necessita. Possono essere distinti in: amministrativi, strutturali, relazionali. Quest’ultimi consistono nell’insieme delle attività dirette o indirette per rendere meno traumatico il ricovero e favorire il buon esito delle cure. Gli aspetti relazionali riguardano “l’altra metà della cura”, quelli non propriamente sanitari, che cooperano alla riconquista della salute nel senso più completo della parola.

Nel nostro Paese gli ospedali sono organizzati essenzialmente per curare gli aspetti fisici della persona malata, in sintesi viene curata “la malattia della persona”, e solo da poco tempo ci si è accorti che esiste un altro approccio, quello di curare “la persona malata”, quindi non solo gli aspetti sanitari, ma anche quelli relazionali. La società ha ormai acquisito consapevolezza dell’influenza fra “soma e psiche” sullo stato di salute.

Può sembrare un dettaglio di poco conto, ma anche il ruolo che la sala d’aspetto di uno studio

medico, opportunamente attrezzata, può svolgere ai fini dell'umanizzazione non è da trascurare: aiuta il paziente *"a sentirsi meglio e a mettersi a proprio agio oltre che a dare dignità alla delicatezza dell'apparente routine di un incontro dal medico; per rispondere al 'bisogno di salute intesa come condizione di benessere fisico e psichico della persona' e darebbe un piccolo contributo al processo di integrazione e di convivenza civile della società"*.

Le dimensioni etiche della relazione col malato

"C'è una bellissima frase, di un anonimo poeta dell'antica Grecia, che figura nel logo dell'Università di Siena, che recita: 'Da che mondo è mondo, ciò che siamo lo dobbiamo agli altri'. Viene qui mirabilmente esplicitato come l'essere umano, nel bene e nel male, sia il frutto di una complessa rete di relazioni".

Le **relazioni** col malato sono l'alfa e l'omega, il punto di partenza e il punto di arrivo della nostra attività diagnostica, curativa ed assistenziale. Queste relazioni influenzano lo stato d'animo del malato e quello delle persone che lo curano e lo assistono; possono provocare nei vari casi, e indipendentemente dalla natura della malattia, gioie o dolori, soddisfazioni o delusioni, collaborazione o dissenso, comprensioni o incomprensioni.

La relazione deve essere tale per cui il malato non è più inteso come oggetto dell'intervento professionale, bensì come soggetto che a questo

intervento collabora. Non si tratta pertanto di una relazione come abbellimento aggiunto alla prestazione, che allora può essere scambiato con cortesia, gradevolezza di approccio o quant'altro, ma dev'essere un tutt'uno con la prestazione stessa. Deve essere valore intrinseco della prestazione, assieme ai medicinali, alle apparecchiature sanitarie ecc.

"La relazione medico-paziente, poi, non può non tener conto della situazione sociale in cui s'inserisce, al fine di poter assicurare a ciascuno l'assistenza più equa possibile in base alle risorse disponibili". Per questa ragione la relazione implica anche l'integrazione, soprattutto quando si presentano pazienti di altre culture, ovvero *"considerare il nuovo paziente nella sua complessità fatta di relazioni, costumi, usanze proprie. Rendere possibile una mediazione tra i nostri principi (ai quali è indispensabile non venir meno) e il rispetto di altra culture credo sia (non solo per noi) una sfida che è solo all'inizio"*.

"La relazione è, pertanto, apertura, rapporto, dono; in una parola: reciprocità". *"La relazione è innata all'uomo, lo costituisce in quanto tale: non si dà uomo se non nella relazione"*.

Il rapporto medico-paziente rientra nel grande capitolo delle relazioni. Oggigiorno *"si tratta di un rapporto ricco di criticità anche perché è di*



per se squilibrato. Da una parte il medico depositario del sapere scientifico, che occupa quindi una posizione di dominanza, dall'altra il paziente debole per la sua malattia, oggettivamente in posizione subordinata. Certamente il nostro Codice Deontologico molto si spende allo scopo di riequilibrare questo rapporto, basti leggere buona parte della prima metà degli articoli che, a ben guardare, sono la diretta conseguenza dell'art. 3 dove si ricorda al medico che è suo DOVERE "la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo... **nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana...**". Va sottolineato che non si parla di paziente ma di **uomo o persona** e della sua dignità che il medico ha il dovere di tutelare".

Giulio Masotti, cattedratico di Geriatria all'Università di Firenze, in un suo articolo riguardante la fragilità dell'anziano - intesa come un equilibrio ancora stabile, ma che ha molto rischio di rompersi -, sottolinea l'importanza del rapporto medico-anziano malato: "Oggi, nell'era tecnologica, il contatto con il paziente molte volte viene trascurato. Con il paziente non si parla nemmeno e questo è ancora più grave perché non basta la visita clinica. L'occhio clinico non basta: ci vuole altro".

Un nostro collega scrive nel suo elaborato: "Il vecchio medico paternalista resta solo un ricordo, però di quella figura il medico di famiglia odierno deve conservare l'autorità e così del medico tecnocrate deve avere il saper fare. **Al MMG è indispensabile soprattutto l'umanità e la sensibilità per poter capire la cultura, la spiritualità dell'altro, il suo vissuto, le sue emozioni**".

La comunicazione. Per una corretta presa in carico del paziente, fondamentale è l'identificazione di quelli che sono i bisogni reali del malato, dalla gestione del disagio emozionale alla gestione della quotidianità dei problemi correlati alla malattia, al bisogno di essere ascoltati. La malattia diviene, pertanto, sempre più frequentemente in luogo d'incontro tra persone. Allo scopo è essenziale una adeguata comunicazione bidirezionale: curante-paziente, paziente-curante, coinvolgendo anche i familiari. "La tecnica di Stuart e Lieberman, permette in poche domande di focalizzare il punto fondamentale attorno a cui si è sviluppata la sofferenza ed il disagio di

una persona; punto che, molto spesso, è ignoto persino allo stesso individuo che soffre e la cui scoperta permette invece di comprendere la genesi di molti disturbi che altrimenti potrebbero essere interpretati come organici e quindi richiedere numerose inutili, dispendiose ed esasperanti indagini!"

Oltre a migliorare il rapporto con gli assistiti, una buona comunicazione riduce lo stress ed incomprensioni, creando condizioni di maggiore armonia e coordinamento anche tra coloro che prestano assistenza. Una comunicazione aperta e chiara, oltre ad essere un tramite di informazioni cliniche, diviene, pertanto, anche un prezioso strumento di collaborazione tra curanti e malati. Collaborare significa spartire speranza, impegno, difficoltà, problemi, preoccupazioni, obiettivi e progetti.

La **comunicazione** è uno strumento fondamentale del rapporto medico-malato; questo, a sua volta, è l'aspetto caratterizzante di ogni medicina efficace. L'atto medico può esprimere varia profondità di conoscenze, può condensare un bagaglio più o meno ricco di esperienza, può possedere un diverso contenuto tecnologico, ma se esso non è calato nella intimità sofferente del malato, se non è preceduto e sostenuto da una condivisione profonda, perde in partenza una parte essenziale della sua capacità terapeutica. La condivisione si realizza attraverso un contatto umano, spirituale e anche verbale, di cui la comunicazione è il tramite indispensabile.

Comunicare è, prima di tutto, ascoltare la voce di chi è nel bisogno, mettersi in atteggiamento di disponibilità interiore, di apertura d'animo, di capacità di empatizzare con lui.

L'ascolto è arte difficile: non è solo un gesto fisico, ma capacità di capire e di "accogliere" l'altro così com'è e non come vorremmo che fosse. Tutto ciò è possibile allorché si è stabilito un rapporto di reciproca fiducia. In sua assenza il rapporto diadico medico-paziente si trasforma in un triangolo, un angolo del quale è occupato da quello che i sociologi definiscono "l'altro", essendo considerato il medico soltanto un "prestatore d'opera" al pari di tanti altri.

L'altro sono i mass media, l'industria della salute, le associazioni dei cittadini, le risorse economiche, le scelte aziendali, la magistratura, Internet, i contratti e le convenzioni e le medicine alternative, che incombono e condizionano,

direttamente o indirettamente, quel rapporto tra due persone.

Osservano i nostri colleghi nei loro elaborati: “La comunicazione, a volte, presenta difficoltà che sono innanzitutto quelle linguistiche, non solo per la non conoscenza della lingua, ma anche per il ‘giusto’ significato da attribuire alle parole”.

Una “mancata comunicazione tra operatori sanitari, in particolare tra medici, e tra medici e personale paramedico, e un’organizzazione del lavoro pressapochista e mal coordinata, possono seriamente pregiudicare la salute e la vita delle persone”.

“L’elemento essenziale della funzione medica è l’ascolto. Saper ascoltare le idee, le voci, le istanze, saper mediare, soprattutto saper comunicare. Si perché l’esperienza dice che nella maggior parte delle questioni legali che insorgono tra paziente e medico, la causa principale è un difetto di comunicazione, dove da un lato vi è il medico, pressato su più fronti; dall’altro c’è il paziente sempre più esigente, ma anche sempre più cosciente e partecipe.

E alla fine ci si rende conto che comunicare non vuol dire unicamente parlare, ma tacere ed ascoltare”.

il dialogo, un gesto, uno sguardo si realizza la comunicazione. Queste riflessioni servono per instaurare un rapporto efficace con il malato che non deve scaricare sul suo medico i suoi problemi esistenziali e terapeutici, ma deve imparare a gestirli con l’aiuto del medico di fiducia”. E conclude: “ho sempre trattato ogni uomo come mio fratello, ogni donna come fosse mia moglie, ogni ragazzo come un figlio, ogni anziano come fosse mio padre o mia madre”.

Il rapporto medico-familiari del malato. Ancora Giulio Masotti, parlando della sua esperienza di geriatra, scrive: “Essere medico e comunicare con i familiari dei pazienti non va visto come il medico con un alone di stregone arrogante, che dà la notizia in quei dieci minuti e dopo si rintana. Noi non possiamo dare i parenti a chi non ce li ha, non possiamo dare il coniuge a chi non ce l’ha; però il nostro essere medici nel quotidiano può essere nettamente migliorato. Nel famoso slogan ‘umanizzazione’, c’è una cosa che fa rabbrivire. In un rapporto medico-paziente oggi si scopre ‘umanizzazione’, come se finora, prima che il termine fosse creato, la medicina fosse stata disumana”.

Il rapporto medico di famiglia e specialista: “Lo specialista può dare informazioni diverse se non opposte a quelle del medico di famiglia o addirittura esprimere giudizi negativi nei confronti del collega, danneggiando alla fine il paziente stesso. Si tratta anche qui di etica professionale, per mancanza spesso di comunicazione fra colleghi”.

Come pure si tratta di mancanza di etica professionale allorché non vi è **collaborazione tra medici ospedalieri e medici di medicina generale.** “Alludiamo a quella disagiata sensazione di stare – benché colleghi – su due sponde opposte, con inevitabili ricadute negative sia sull’immagine esterna della categoria, sia, ancor prima sulla gestione del paziente, a volte perfino “rimpiattato” tra il medico ospedaliero ed il medico di famiglia; tutto questo non per chissà quale ingiustificabile preconcetto, ma semplicemente per la mancanza di reciproca conoscenza e quantomeno lacunosa comunicazione”. (“Metodologia clinica a confronto tra medici ospedalieri e medici di famiglia: comunicare per integrare”, Notiziario OMCeO 1.11, p. 22)

Il rapporto medico di famiglia – paziente. Un collega scrive: “Grazie all’incontro con gli altri, che si stabilisce con la relazione, si comprende di più se stessi, si accoglie e si è accolti. Attraverso l’ascolto, la compassione, la riflessione,



La comunicazione dell'errore medico al malato. *“La comunicazione al malato di un danno legato ad un errore medico è un momento molto complesso ed emotivamente gravoso della relazione medico-paziente. La difficoltà del medico a comunicare il proprio errore dipende sia dal comprensibile impulso a proteggersi, che trova un razionale rinforzo nel fatto che il concetto di errore medico è tuttora discusso, sia dalla complessità della comunicazione che, per essere completa, deve rispondere a determinati requisiti e tener conto del sistema di valori e delle attese del paziente”.* Ed il nostro collega continua l'interessante approfondimento dell'argomento.

I diritti ed i doveri delle persone morenti e di chi dovrebbe accompagnarli nelle loro ultime fasi di vita. *“Si dovrebbe poter morire in modo pacifico, sereno e felice, ad un'unica condizione: permettere l'espressione dei sentimenti ed emozioni da parte di chi soffre nella sue fasi terminali, in presenza di un attento ascoltatore”.* *“Credo che le persone tendano ad affrontare il termine della loro vita secondo il modo in cui vivono ed il mondo in cui sono gettati ed immersi, secondo l'appartenenza alla famiglia, ai gruppi, alla comunità, al paese di appartenenza, ai rituali prescritti dalla loro religione (le tradizioni). Con il tempo, ho osservato come ci sia una grande diversità negli approcci umani alla propria e quella degli altri morte”.* Attesi gli scontri ideologici (l'etica, materia infiammabile appunto) circa la legge sulle “Dichiarazioni anticipate di trattamento”, questo argomento andrà ulteriormente approfondito.

Il rapporto tra medico e volontario socio-sanitario. *“Il medico che opera insieme ai volontari ha un ruolo molto delicato in quanto gli sono affidati, formalmente o informalmente, compiti di indirizzo, coordinamento, gestione, supervisione e controllo. Il volontario rispetto all'ammalato è una figura terza (talora estranea, almeno inizialmente) e che, comunque, non ha specifici vincoli di tipo contrattuale e tanto meno professionale nei suoi confronti. I vincoli che si formano sono legati all'assunzione di una “obbligazione morale” che fa riferimento al patrimonio etico e valoriale del singolo e/o alla eventuale adesione agli obiettivi e ai progetti di un'associazione o di un'altra forma di aggregazione sociale. Si tratta*

di motivazioni che si possono ritenere insindacabili ma che possono avere riflessi sulle modalità di svolgimento dell'assistenza e nelle relazioni con il malato e con terzi. È indispensabile garantire il rispetto delle reciproche convinzioni e idealità così come un atteggiamento egualitario, imparziale, discreto, funzionale”.

Riflessione finale

Una delle sfide della sanità in una prospettiva “etica” esige il passaggio dai protocolli del “curare” (cure), a quelli più esigenti, comprensivi e includenti del “prendersi cura” (care) e insieme del “farsi carico” (caring). Ciò presuppone da parte dei professionisti della sanità l'aver interiorizzato e ulteriormente sviluppato i concetti chiave brevemente accennati sopra. E tanti altri ancora.

I cinque incontri di “etica clinica” hanno avuto lo scopo di iniziare a “dissodare le zolle” in questa direzione. Altri seguiranno, come è implicito nella dizione, voluta dall'Ordine, di “**Scuola di etica**” che indica una continuità nel tempo, sia con nuovi corsi “di base” per i colleghi che vorranno parteciparvi, sia con aggiornamenti per i 24 colleghi che già hanno vissuto questa interessante esperienza. Ed è questo l'auspicio espresso da tutti i frequentatori sia negli elaborati che nei “Questionari di fine corso”. Scrive una collega: *“Ben vengano iniziative come questa organizzata dal nostro ordine provinciale e speriamo che ci sia un seguito che possa coinvolgere un sempre maggior numero di colleghi, in modo da diffondere la cultura dell'etica della medicina, smuovendo le nostre coscienze dal torpore in cui insensibilmente scivolano, trascinate dalla routine quotidiana che ci porta ad abituarci a qualunque cosa, anche a questa ‘marea’ umana che frequenta i nostri ambulatori, portando con sé un bagaglio di malattia fisica e di disagio psicologico a cui noi non sempre riusciamo a dare voce”.*

Olmo Tarantino

Attività
dell'Ordine

25

Il principio e la fine sono la stessa cosa

Eraclito

“Departures”, è il titolo di un film giapponese del 2008, diretto dal regista Y. Takita e vincitore del premio Oscar nel 2009 per il miglior film straniero, che ho visto poco tempo fa. La storia mi ha emozionato molto, nonostante l'argomento scabroso affrontato: le “**partenze**”, cioè la morte e l'abbellimento dei cadaveri, secondo il rito giapponese *nokanshi*, da parte di due becchini o preparatori di defunti. Questo make-up dei defunti sta a metà strada tra Caronte e Anubi e riflette un culto quasi egizio per i morti nella civiltà giapponese.

Le mie riflessioni critiche che propongo ai colleghi sono scaturite, oltre che dalla visione di questo film, dalla frequentazione del recente corso di Bioetica Medica, tenuto a Mestre nel 2011. Queste riguardano non tanto la preparazione estetica dei defunti (la **tanatoestetica**), ma i diritti ed i doveri delle persone morenti e di chi dovrebbe accompagnarli nelle loro ultime fasi di vita.

Nella visione della scoperta dell'io e della interiorità da parte della psicologia e psicoanalisi novecentesca e dell'approccio individualistico e narcisistico pervasivo nelle società moderne (occidentali soprattutto, ma non solo), si dovrebbe **poter morire in modo pacifico, sereno e felice**, ad un'unica condizione: permettere l'espressione dei sentimenti ed emozioni da parte di chi soffre nella sue fasi terminali, in presenza di un attento ascoltatore.

L'individualismo post-moderno di oggi propaganda in maniera suadente ed attraente l'idea laica che ogni persona abbia il diritto di poter scegliere il suo personale modo di morire (**il diritto di autodeterminazione**): scegliere dove morire in ospedale o in un hospice o a casa propria, con chi, come morire ma anche non soffrire troppo e pretendere le migliori cure palliative, potendo decidere, da solo, anche la soluzione eutanasi in casi estremi (vedi il caso Englaro e Welby).

Alcuni anni fa, lessi il libro di Elisabetta Kübler-

Ross *La morte e il morire* che riporta le sue riflessioni scaturite dalle trecento storie raccolte tra i pazienti terminali di cancro all'interno dell'Ospedale di Chicago negli anni Sessanta. Mi colpì, molto, allora la sua osservazione che le persone che ricevono una diagnosi di malattia terminale attraversino sempre cinque fasi precise che partono dal **rifiuto**: “*Non può essere vero!*”, alla **rabbia**: “*Perché proprio io?*”, infine alla **proroga**: “*lasciatemi ancora un po' di tempo per sistemare alcune cose*”, poi, alla **depressione**, e, ultima fase, all'**accettazione**.

Queste **cinque fasi** che le persone attraversano vennero da me viste da un punto di vista fisso e deterministico, come fossero risposte biologiche innate in tutti noi quando riceviamo un cattiva notizia che ci riguarda. Ora credo che dalle osservazioni raccolte nella mia pratica clinica ciò non sia vero in senso universale, perché alcune persone, specie quelle molto anziane, possono manifestare, invece, indifferenza, rassegnazione, apatia, stoicismo o non dare segno di sofferenza forte o di depressione o di rabbia. Sostengo ora che, nella consapevolezza di affrontare l'ultimo passaggio della vita, non vi siano emozioni giuste o sbagliate, nessuna tempistica prestabilita o modo corretto e giusto di affrontare una prognosi infausta.

L'altro messaggio importante di questa psichiatra neofreudiana che mi colpì, allora, fu che c'è un solo modo di aiutare le persone che stanno per morire: **farle parlare ed ascoltare cosa hanno da dire**. Tutti coloro che assistono quelli che sono nelle fasi terminali non dovrebbero dare vita alle cospirazioni del silenzio; è importante, ascoltando, lasciare che siano i pazienti stessi ad esprimere i propri sentimenti e/o raccontare la loro storia di vita. Solo in questa maniera le persone morenti potranno raggiungere naturalmente e progressivamente la tranquillità della fase finale, in un'atmosfera di amore incondizionato e di accettazione. Davvero, un messaggio forte,

spirituale e laico! Molto convincente allora ed, in parte, ancora adesso!

Ascoltare attentamente, attenzione compassionevole, essere con sono espressioni pronunciate spesso dalle persone cristiane e buddiste ma anche laiche che assistono i pazienti nelle loro fasi terminali (questi caregivers vengono chiamati nel mondo anglosassone **palliativisti**). Questi approcci umanistici nel nostro paese sono sostenuti dai **bioeticisti cattolici**.

Ma quando mi sono accorto che certe persone morenti, spesso quelle anziane, non hanno desiderio di parlare, di esprimere i propri sentimenti, di sfogare le emozioni definite “**represe**” ed altre non hanno niente di importante da dire sulla loro storia di vita e che, quindi, non soddisfano le mie aspettative prestabilite nel mettermi in ascolto, come bisogna allora relazionarsi con loro? Ti viene la voglia di pensare che rifiutino il passaggio spirituale laico dell’ aiuto all’ascolto, il quale, attraverso la comunicazione di emozioni con un’altra persona di loro fiducia, permetterebbe loro di avere una buona morte serena (**metodo catartico**).

Non è semplice liberarsi da queste concezioni teoriche che mi hanno influenzato anche in maniera inconsapevole. Il modello teorico di esperto nell’accompagnamento alla morte mi illuse, dandomi, con la sua strategia unica e fissa, un senso di sicurezza e di guida professionale. Allora, adesso, lasciare decidere alle singole persone morenti di morire come, con chi e quando a loro piace? Principio dell’autodeterminismo, sostenuto fortemente dai **bioeticisti laici**.

Oggi, credo che le persone tendano ad affrontare il termine della loro vita secondo il modo in cui vivono ed il mondo in cui sono gettati ed immersi, secondo l’appartenenza alla famiglia, ai gruppi, alla comunità, al paese di appartenenza, ai rituali prescritti dalla loro religione (**le tradizioni**). Con il tempo, ho osservato come ci sia una grande diversità negli approcci umani alla propria e quella degli altri morte.

Si muore sempre più in età avanzata, pochi in maniera felice e serena, molti in maniera dolorosa, in una sofferenza troppo prolungata. Altre persone, specialmente quelle in età molto vecchia, pensano di rendere felici i parenti nel liberarli dal problema del loro accudimento (“*oramai, dò solo fastidio, preoccupazione, sono solo*

un peso per loro..., lasciatemi andare...”). C’è chi muore, scegliendo di chiudersi in silenzio, in completa solitudine; altri sperano, fino all’ultimo momento, che il medico possa fare qualcosa per evitare la fine o, almeno, procrastinarla (credenza magica nella medicina moderna onnipotente). Inoltre, sempre più sento dirmi da parte di ultraottantenni che sono stanchi di vivere ancora a lungo, che è inutile prolungare oltre la loro esistenza e di non accanirsi terapeuticamente, in quanto hanno esaurito, da tempo, il loro ciclo vitale di esistenza (la morte come benedizione). Ne desumo da queste osservazioni che **molti e diversi sono gli approcci alla morte di ognuno di noi e che è necessario rispettarli**.

Dove è meglio, allora, trascorrere gli ultimi momenti, aspettando l’ultimo passaggio dal cancello? In ospedale? In un hospice? A casa propria?

Morire in ospedale è ancora molto frequente: capita troppo spesso, però, di morire qui senza ricevere una diagnosi od una prognosi chiare, nell’anonimato, nell’abbandono e nella solitudine od essere considerati persone sgradite, che creano solo imbarazzo e fastidio agli altri pazienti della stanza, agli infermieri ed ai medici del reparto il quale ha preminentemente finalità di diagnosi e terapia.

Venire assistiti da personale esperto in un hospice può sembrare la migliore soluzione per affrontare un morte più serena e consapevole, con il rischio, però, a mio avviso, che vi sia da parte del personale esperto palliativista una stretta regolamentazione delle paure ed emozioni intense di coloro che attendono di morire, senza libertà di scegliere altre modalità più individuali e/o tradizionali.

Le famiglie sono spesso angosciate di fronte al compito di assistere a domicilio il proprio familiare che si sta spegnendo, in particolare di cosa bisogna fare negli ultimi momenti di agonia. Quasi sempre regna la cospirazione del silenzio, anche da parte del medico curante. L’unico obiettivo terapeutico sembra essere quello del sollievo dal dolore. Bisogna ricordarsi che nel nostro territorio opera l’assistenza domiciliare infermieristica e medica ristretta solo ai pazienti oncologici terminali. I familiari ed il medico curante non hanno ancora a disposizione un’assistenza infermieristica adeguata o di sostegno, anche da parte

di gruppi del volontariato, per tutti gli altri casi. Il teologo Vito Mancuso ci invita a pensare alla nostra esistenza come paragonabile ad un libro: i primi giorni come al primo capitolo e la fine della nostra esistenza all'ultimo capitolo; questo libro (*the book of life* per parafrasare il titolo di un altro famoso film) può essere ben scritto come un romanzo di *Balzac* o frammentario come i *pensieri* di *Pascal* o le *memorie* di *Montaigne*; ben scritto o noioso; io aggiungo che questo libro dell'esistenza non può essere costruito e venduto senza anche la carta, il tipografo, un pubblico che lo legge nella propria lingua ed un prezzo più o meno adeguato. Non si può, cioè, vivere e

morire senza l'immersione nel mondo delle cose e delle persone. Noi abbiamo il bisogno di avere il mondo dentro di noi, ma siamo anche aperti al mondo che ci circonda e da cui siamo nutriti ed accuditi. Passiamo tutta la nostra vita, dall'inizio alla fine con un corpo, all'interno di un ambiente insieme con altri, accoppiati e non separati.

Morire come voglio io o come pretendono gli altri: costruiamo uno spazio fra queste due dimensioni estreme per allargarsi alla dimensione interculturale e alla differenza, ma anche alla profonda vicinanza che ci accomuna nel destino umano di mortalità.

Paolo Cappellotto

Operazioni rilevanti ai fini IVA di importo pari o superiore a 3.000,00 euro

Riepilogo della disciplina e dei chiarimenti ufficiali

PREMESSA

In data 1° luglio 2011 è diventato operativo lo **Spesometro**, strumento introdotto dall'art. 21 del Decreto Sviluppo – al fine di contrastare l'evasione fiscale e le frodi in materia di Iva. Si tratta dell'obbligo di comunicare telematicamente all'Agenzia delle Entrate le operazioni rilevanti ai fini Iva di ammontare pari o superiore a Euro 3.000,00 (25.000,00 per il 2010). In seguito alla conversione in legge del decreto, la parola è passata all'Agenzia delle Entrate, dei cui documenti emanati questa è la sintesi.

SOGGETTI OBBLIGATI

All'adempimento sono tenuti tutti i soggetti passivi Iva (ovvero tutti coloro che hanno partita Iva) che effettuano acquisti/vendite rilevanti ai fini Iva (imponibili/non imponibili/esenti) per un ammontare pari o superiore alla soglia di legge. Sono pertanto inclusi nell'ambito soggettivo della norma i **medici**.

Si segnalano gli effetti normativi per contribuenti minimi e le nuove iniziative professionali.

Contribuenti minimi e nuove iniziative professionali

Sono esclusi dall'obbligo di comunicazione i medici rientranti nel regime dei "minimi", salvo che - in corso d'anno - si verifichi una causa di decadenza dal regime;

I medici che hanno aderito al regime delle nuove iniziative imprenditoriali e professionali sono invece espressamente richiamati tra coloro che devono adempiere all'obbligo di comunicazione.

OGGETTO DELLA COMUNICAZIONE

La comunicazione ha per oggetto le operazioni rilevanti ai fini IVA, per le quali coesistono i presupposti impositivi (oggettivo, soggettivo e territoriale).

Tali operazioni sono:

- le operazioni **imponibili**;
- le operazioni non imponibili, se si tratta di cessioni all'esportazione (articolo 8 del decreto, con esclusione delle operazioni di cui al comma 1, lettere a) e b)), operazioni assimilate (articoli 8-bis, 8-quater, 71 e 72 del decreto), servizi internazionali (articolo 9 del decreto);
- le operazioni esenti, di cui all'articolo 10 del decreto Iva, tra le quali rientrano le prestazioni sanitarie effettuate dai medici.

Giova in questa sede segnalare gli effetti dell'applicazione normativa in riferimento ai **medici**:

- hanno l'obbligo di presentare all'Agenzia delle Entrate la comunicazione delle operazioni Iva esclusivamente in via telematica;

devono comunicare:

- le fatture/ricevute emesse per operazioni rilevanti ai fini Iva;

- le fatture ricevute da soggetti titolari di partita IVA;

- gli acquisti di beni e servizi non rientranti nell'attività di lavoro autonomo (es. arredamento per l'abitazione) - in quanto considerate operazioni rese a consumatore finale.

SOGLIE DI 3.000,00 e 3.600,00 EURO

In via generale, sono soggette all'obbligo di comunicazione le cessioni di beni e le prestazioni di servizi rese e ricevute da soggetti passivi IVA, per le quali i corrispettivi dovuti, secondo le condizioni contrattuali, sono di importo pari o superiore a euro 3.000 al netto dell'IVA.

La circolare A.E. 24/E dispone che "qualora per le predette operazioni rilevanti non ricorra l'obbligo di emissione della fattura, il predetto limite è elevato a euro 3.600 al lordo dell'IVA applicata" (quindi, ad esempio, le operazioni documentate a mezzo ricevuta fiscale o scontrino fiscale). Per la determinazione di dette soglie (3.000 ovvero 3.600 euro), non devono essere considerate le spese anticipate in nome e per conto del cliente, in quanto escluse dalla base imponibile IVA.

Disciplina transitoria

In via transitoria:

- per il periodo d'imposta 2010, le soglie di 3.000,00 e 3.600,00 euro sono elevate a 25.000,00 euro al netto dell'IVA e la comunicazione è limitata alle operazioni soggette all'obbligo di fatturazione;

- dall'1.1.2011 al 30.6.2011, la comunicazione è limitata alle operazioni soggette all'obbligo di fatturazione di importo pari o superiore a 3.000,00 euro, al netto dell'IVA.

CONTRATTI DA CUI DERIVANO CORRISPETTIVI PERIODICI E CONTRATTI TRA LORO COLLEGATI

Per i contratti:

- d'appalto, fornitura, somministrazione e gli altri contratti da cui derivano corrispettivi periodici

(es. contratti di locazione, noleggio, concessione, ecc.), la comunicazione è obbligatoria solo se i corrispettivi dovuti nell'intero anno solare sono di importo complessivo pari o superiore a 3.000,00 euro;

- tra loro collegati, ai fini del calcolo del limite di 3.000,00 euro, occorre considerare l'ammontare complessivo dei corrispettivi previsti per tutti i contratti.

Per i suddetti contratti, in caso di pagamento frazionato del corrispettivo, deve essere comunicato l'importo complessivo delle operazioni rese o ricevute nell'anno di riferimento, anche se il corrispettivo è inferiore alla soglia.

Il collegamento negoziale si verifica quando le parti perseguono un risultato economico unitario e complesso che viene realizzato non per mezzo di un singolo contratto, bensì mediante una pluralità coordinata di contratti.

OPERAZIONI ESCLUSE DALLA COMUNICAZIONE

Dall'obbligo di comunicazione sono escluse una serie di operazioni, tra le quali si segnalano, in questa sede, le operazioni effettuate nei confronti dei contribuenti non soggetti passivi IVA, qualora il pagamento del corrispettivo sia avvenuto mediante carte di credito, di debito o prepagate emesse da operatori finanziari soggetti all'obbligo di comunicazione; i contratti di assicurazione, i contratti di somministrazione di energia elettrica, acqua e gas, i contratti di mutuo e gli atti di compravendita di immobili; operazioni effettuate in ambito comunitario.

MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE COMUNICAZIONI

Le comunicazioni in esame devono essere trasmesse esclusivamente in via telematica:

- direttamente, utilizzando il servizio telematico Entratel o Fisconline;

- oppure avvalendosi degli intermediari abilitati (es. dottori commercialisti).

TERMINI

A regime, la comunicazione telematica deve essere inviata entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento.

In via transitoria, in relazione alla comunicazione relativa al periodo d'imposta 2010, il termine di

invio è prorogato al 31.10.2011, l'importo delle operazioni da comunicare è elevato ad euro 25.000 e la comunicazione è limitata alle sole operazioni soggette all'obbligo di fatturazione.

In sintesi:

- entro il 31 ottobre 2011, le operazioni di importo pari o superiore ai 25.000 euro al netto dell'I-VA rese e ricevute nel periodo d'imposta 2010, limitatamente a quelle per le quali è previsto l'obbligo di emissione della fattura;

- entro il 30 aprile 2012, le operazioni di importo pari o superiore a 3.000 euro, al netto dell'I-VA rese e ricevute nel periodo d'imposta 2011, per le quali è previsto l'obbligo di emissione della fattura;

- entro il 30 aprile 2012, le operazioni di importo pari o superiore a 3.600 euro, al lordo dell'imposta sul valore aggiunto per le quali non è previsto l'obbligo di emissione della fattura, con esclusivo riferimento a quelle rese e ricevute dal 1° luglio 2011.

Per il periodo d'imposta 2010 dovranno, quindi, essere comunicate soltanto le operazioni soggette all'obbligo di fatturazione di ammontare pari o superiore a 25.000 euro, al netto dell'imposta.

A regime, invece, la predetta soglia è fissata ad un ammontare pari o superiore a 3.000 euro, ovvero pari o superiore a 3.600 euro nel caso di operazioni non soggette all'obbligo di fatturazione e la comunicazione dovrà essere inviata all'Agenzia entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento.

SANZIONI

In caso di **omessa comunicazione**, ovvero di comunicazione con **dati incompleti** o non veritieri è applicabile la **sanzione da 258 euro a 2.065 euro**, ai sensi dell'art. 11, comma 1, D.Lgs. n. 471/1997.

Piero Cagnin

FEDER S.P. E V. - SEZIONE PROVINCIALE DI VENEZIA 48° Congresso Nazionale Feder S.P. e V. – ABANO TERME

AGGIORNAMENTI SUI PROBLEMI PREVIDENZIALI E FISCALI ANNO 2011

(Elaborato dalla presentazione del dott. Paolo Quarto)

PEREQUAZIONE E RIVALUTAZIONE DELLE PENSIONI

INPDAP e INPS

Rivalutazione pensioni pubbliche (perequazione automatica).

Variazione ISTAT anno 2011: 1,4 %.

1. al 100%: 1,4 % sulle pensioni fino a 3 minimi INPS (euro 1382,91)
2. al 90%: 1,26% sulle pensioni tra 3 e 5 minimi INPS (euro 921,94)

3. al 75%: 1,05% alla parte oltre 5 minimi INPS (euro 2304,85)

ENPAM

Perequazione automatica 2011

Variazione definitiva ISTAT anno 2011: 1,55% (minimo INPS del 2010 euro 460,97)

1. al 75%: 1,16 % sulla pensione fino euro 1997,53
2. al 50%: 0,78 % sulla parte oltre euro 1997,53.

ENPAV

Perequazione automatica 2011

Variazione ISTAT a giugno 2010, al 100% sull'intera pensione: 0,9%

ENPAF

Perequazione automatica 2011

Incremento annuale deliberato, di volta in volta, sull'intera pensione: 1,5%

La perequazione 2008 su pensioni INPDAP e INPS oltre euro 3489,12 (art.1 c.19 L.247/2007) è stata negata:

- a) ordine del giorno e disegno di legge dell'on. Cazzola, nulla di fatto.
- b) ricorso e ordinanza Tribunale del Lavoro di Vicenza, perché non fondata la questione di legittimità (sentenza 316 del 3 novembre 2010).

PRELIEVO E CONGUAGLI IRPEF SULLE PENSIONI

Il prelievo fiscale sulle pensioni è basato su criteri di progressività:

- 1) reddito pensionistico totale suddiviso in 5 scaglioni.
- 2) aliquote di prelievo crescenti su scaglioni progressivi.
- 3) detrazioni fiscali (sconti), per assicurare gradualità dell'imposizione e tener conto delle condizioni familiari.

Curve delle aliquote IRPEF per scaglioni di reddito: fino a 15000 23%

da 15001 a 28000 27%

da 28001 a 55000 38%

da 55001 a 75000 41%

oltre 75000 43%

Le detrazioni (sconti) devono essere richieste, ogni anno, all'INPDAP, all'INPS e all'ENPAM, massime per pensione di euro 1725,00 annui (per coniuge euro 800,00 annui e per i figli euro 910,00 annui, ridotte e azzerate a euro 55000, 00 80000,00 90000,00 di reddito).

Gli enti, a metà anno, effettuano conguagli fiscali sulla pensione e sulle pensioni:

- 1) la perequazione automatica annuale determina un incremento, anche se modesto, della pensione e delle pensioni annue lorde dello stesso titolare.
- 2) l'incremento si aggiunge e si va a collocare, pertanto, nello scaglione di reddito su cui incide l'aliquota IRPEF più elevata.
- 3) la comunicazione annuale al Casellario INPS della pensione adeguata, comporta la rideeterminazione dell'aliquota media IRPEF e la riduzione della detrazione d'imposta per reddito.
- 4) l'Ente che eroga la singola pensione deve quindi determinare l'IRPEF dovuta rispetto a quella già trattenuta, per tutti i ratei già erogati, a partire da gennaio.

FISCO ANNO 2011

La tassazione IRPEF invariata con aumento del prelievo da progressività.

Addizionali IRPEF incrementate localmente: piani sanitari di rientro.

Abolizione esenzione IRPEF su prestazioni assistenziali:

- i sussidi ENPAM sono ridotti di circa il 20% (al netto dell'IRPEF).
- il sussidio concesso e valutato dall'ENPAM come reddito, anche agli effetti della integrazione al minimo, determinandone la perdita.
- l'ENPAM eroga il sussidio, ma risparmia l'integrazione.

La FEDER S.P. E V. ha richiesto alla fondazione che la autonoma normativa interna ENPAM di attuazione della legge 144/1990 sull'integrazione al minimo per le casse dei professionisti, sia modificata in modo che i sussidi, anche se oggi per legge soggetti a prelievo fiscale, non costituiscano reddito per il diritto dell'integrazione.

Giuliano Sassi

FEDER
S.P.EV.



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA
Via Mestrina 86 – 30172 Mestre (VE)
Tel. 041 989479 – 989582 - Fax 041 989663 e-mail: info@ordinemedicivenezia.it

Prot. 3255

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA DEGLI ISCRITTI

A norma dell'art. 23 del D.P.R. 05.04.1950 N. 221, l'Assemblea annuale degli iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia è indetta in prima convocazione Venerdì 21.10.2011 alle ore 23.00 presso l'Ordine dei Medici – Via Mestrina 86 Mestre e, se non viene raggiunto il numero legale pari ad un quarto degli iscritti, in seconda convocazione (valida qualunque sia il numero degli intervenuti)

SABATO 22 OTTOBRE 2011 alle ore 13.30
Sala Conferenze "A. Barbiero" della Banca Santo Stefano Credito Cooperativo
Piazza della Vittoria 11, Martellago (VE)

ORDINE DEL GIORNO:

1. Relazione del Presidente;
2. Relazione del Presidente Commissione Albo Odontoiatri;
3. Relazione del Segretario;
4. Relazione del Tesoriere;
5. Relazione del Collegio dei Revisori dei Conti;
6. Approvazione Conto Consuntivo anno 2010;
7. Variazioni al bilancio di previsione anno 2011;
8. Approvazione bilancio Preventivo anno 2012;

A norma dell'art. 24 del D.P.R. 05.04.1950 N. 221 l'iscritto potrà delegare un collega mediante l'uso dell'originale del modulo in calce. Ogni iscritto non potrà essere portatore di più di due deleghe.

f.to Il Segretario
d.ssa Caterina Boscolo

f.to Il Presidente
dott. Maurizio Scassola

N.B. il Conto Consuntivo relativo all'anno 2010, le variazioni al bilancio di Previsione 2011 ed il bilancio Preventivo 2012, verranno depositati presso la segreteria dell'Ordine per la consultazione dei colleghi dal 01.10.2011.

Il sottoscritto dott. _____ delega con pieni poteri il dott. _____ a rappresentarlo all'Assemblea Ordinaria annuale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia.

data _____

firma _____

N.B. Il presente avviso ha validità di convocazione a tutti gli effetti ai sensi dell'art. 23 del D.P.R. 05.04.1950 N. 221.