

OMC eO

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

05.10

Anno LI - n. 05 del 15 dicembre 2010 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

**La giornata del medico e
l'assemblea dell'Ordine**

Fondo Sanità per i familiari a carico

Deja vu

Burnout: conoscere per curare

Il nuovo redditometro



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. 05 del 15 dicembre 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
Galeati Industrie Grafiche, Imola

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 dicembre 2010

- | | | | |
|----|--|----|--|
| 04 | La giornata del medico e l'assemblea dell'Ordine | 23 | Il rispetto reciproco: un obbligo deontologico o un'opportunità per la professione |
| 15 | Intervista al più giovane neolaureato, Manuel Dovico | 24 | Redditometro |
| 16 | Previdenza Fondo Sanità per i familiari a carico | 28 | FEDER S.P.E.V. Presidenza della sezione Provinciale di Venezia |
| 17 | Deja vu! | 30 | 1° Congresso Interregionale delle Tre Venezie
ATTUALITÀ IN COLONPROCTOLOGIA |
| 18 | La medicina basata sull'evidenza: riflessi sulla professione | | |
| 20 | Per stare meglio: partono i gruppi di aiuto per le donne operate al seno | | |
| 22 | Burnout: conoscere per curare | | |

Sommario

3

LA GIORNATA DEL MEDICO E L'ASSEMBLEA DELL'ORDINE

In una affollatissima sala dell'Ordine dei medici sabato 27 novembre a Mestre ha avuto luogo la festa dei medici, quale oramai è diventata la "giornata del medico", un festoso momento di incontro per tutti i medici e le loro famiglie che ha visto la partecipazione dei colleghi che festeggiano i 50 anni di laurea accanto ai giovani neolaureati che, col Giuramento di Ippocrate, entrano ufficialmente nella professione. Nel suo breve saluto il Presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Venezia dott. Maurizio Scassola ha ribadito quelle che sono divenute le "parole d'ordine" che hanno caratterizzato il suo mandato: riscoperta dell'orgoglio professionale, importanza della comunicazione tra medico e medico ancor prima di quella tra medico e paziente, necessità di riaffermare il ruolo del medico come interlocutore autorevole per la società e per il mondo della politica, "...Il medico è probabilmente la figura professionale che più soffre delle contraddizioni e delle incertezze del nostro tempo perché più esposto ai travolgenti mutamenti di rapporto tra un cittadino sempre più esigente

ed un sistema socio-sanitario in profonda crisi economico-gestionale "ha detto il Presidente Scassola", aggiungendo: "Siamo medici consapevoli di essere portatori di valori e di profili etico-culturali inviolabili ma pronti a confrontarci nella pratica quotidiana delle scelte condivisibili e praticabili con un vero spirito di servizio alla Persona". Dopo la proiezione di un breve filmato sui "Cento anni di storia degli Ordini dei Medici" – ricorre infatti nel 2010 il centenario dell'istituzione della Federazione degli Ordini dei medici – ha avuto luogo la Cerimonia di consegna delle medaglie d'oro e del volume "Centenario dell'Istituzione degli Ordini dei Medici – Cento anni di Professione al servizio del Paese "ai medici che festeggiano il 50° di laurea". Tra i 18 medici festeggiati con calore da colleghi e dalle loro famiglie ("alle famiglie dei medici va il nostro ringraziamento più sincero" – ha detto Scassola) una nota di umorismo e di colore l'ha portata il dott. Guido Cesco, ex primario pneumologo, che ha ricevuto la medaglia d'oro dalle mani del Presidente Scassola portando in testa il cappello rosso delle matricole di medicina.



Barbiero



Barbini



Bortolozzo



Carrucciu



Cesco



Catapano



Combi



Fabbri



Fiume



Maniscalco



Mello



Oselladore



Simeone



Visentin



Borellini



Fameli



Zennari



Stefani

A seguire, dopo un breve buffet di festa, il prof Angelo Fiori - Emerito di Medicina Legale della Università Cattolica del Sacro Cuore ha catturato l'attenzione dell'assemblea con la lettura magistrale: "Miti e realtà del consenso e dissenso informato".

Dopo essere stati chiamati ad uno ad uno dal Presidente, i 30 neolaureati si sono disposti a corona attorno al dottor Manuel Dovico, il più giovane tra loro (è un odontoiatra) che, a nome di tutti, ha letto con voce ferma il Giuramento Professionale.

In grande silenzio parteciperà l'assemblea ha ascoltato le solenni parole del Giuramento: "Consapevole



dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

- di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento rifiutando da ogni indebito condizionamento;
- di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale...".

Ad ogni neolaureato è stato consegnato il Documento di accoglienza e una copia del codice deontologico. Terminato il secondo momento di festa, alle ore 12.45 è iniziata l'assemblea annuale degli iscritti. Nel prendere la parola il Presidente Maurizio Scassola ha così esordito: "Vorrei, in questa prima parte della mia relazione, svolgere alcune riflessioni sulla figura e sul ruolo del medico nello sviluppo sociale del nostro Paese, parlare della sua sofferenza nella crisi del modello aziendalistico e ricordare come nei 100 anni di costituzione degli Ordini dei medici è concentrata una grande parte della storia moderna, unitaria e democratica del nostro Paese.

Siamo ancora una democrazia giovane ed una Nazione che con sofferenza cerca di individuare i comuni valori ed un modello di sviluppo socio-economico che possa rappresentare una mediazione tra le molte diversità in un mondo che ha

imboccato la via della globalizzazione e che ora - mortificato ed omologato da questa scelta - si dibatte nella più grave crisi economica della sua storia recente.

Il nostro Paese è in crisi di identità, sociale, economica e istituzionale. In questa cornice le professioni di aiuto si interrogano su nuovi ruoli, compiti e responsabilità. Il medico ha vissuto questa storia centenaria di cambiamenti sociali, istituzionali, legislativi e normativi con la fatica di chi si trova costantemente a vivere e lavorare con regole incerte e sempre più sottese alla logica della economia e non della salute. Siamo passati da un ruolo mutualistico retto da una visione assistenziale - paternalistica - onnipotente ad un professione che si deve confrontare con una persona che deve essere libera di autodeterminarsi. I Codici di Deontologia Medica si sono costantemente aggiornati seguendo l'evolvere di questa libera autonomia che si esplicita con il consenso, la corretta e compiuta informazione, la condivisione delle scelte che determinano l'iter diagnostico - terapeutico e riabilitativo.

La Costituzione specie nei suoi articoli 2 (diritti inviolabili e doveri inderogabili di solidarietà) - 3 (la pari dignità sociale) - 13 (la libertà personale e l'autodeterminazione) - 32 (il diritto alla salute), sancisce i diritti garantiti alla persona e vincola il sistema, i cittadini ed operatori al



rispetto delle regole democratiche. Il medico è probabilmente la figura professionale che più soffre delle contraddizioni e delle incertezze del nostro tempo perché più esposto ai travolgenti mutamenti di rapporto tra un cittadino sempre più esigente ed un sistema socio - sanitario in profonda crisi economico - gestionale. E' crisi di relazione umana, interpersonale, sottesa al rapporto inquinante tra salute ed economia che

incide pesantemente sulle scelte, le opzioni di cura e sostanzialmente sulla libertà e autonomia della professione medica. Stiamo assistendo alla aziendalizzazione della Salute ed il medico non può rimanere semplice spettatore e non deve soggiacere alle *suggerzioni* del direttore generale di turno.

Dobbiamo ricordarci quali sono i nostri doveri sia etici che deontologici.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

- Art. 14 - Sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico-

Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure.

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

- Art. 6 - Qualità professionale e gestionale -

Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse.

Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure.

Come posso conciliare le scelte più appropriate alla tutela del paziente e garantire equità? Sono un professionista autonomo nelle scelte o sono diventato uno strumento di contenimento dei costi?

Il bene - salute può soggiacere a pure logiche

economicistiche o rappresenta un investimento produttivo ad alto valore aggiunto?

Il medico è, o meglio, può oggi essere garante e responsabile nel sistema socio - assistenziale dei principi di eguaglianza, equità e universalità?

- Art. 3 - Doveri del medico -

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

- Art. 4 - Libertà e indipendenza della professione -

L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico.

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.

Il medico deve operare al fine di salvaguardare l'autonomia professionale e segnalare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale.

Abbiamo oggi il ruolo, le capacità, gli strumenti, il potere per applicare gli articoli 3 e 4 del nostro Codice di Deontologia?

Stiamo affrontando anche un radicale ed esplosivo cambiamento culturale: la rivoluzione tecnologica sta usurando la nostra capacità di "stare al passo". La nostra formazione è ostacolata da condizioni oggettive: mancano gli investimenti ed i progetti formativi strategici, manca il personale per un adeguato turnover formativo, è insufficiente il tempo che possiamo dedicare alla luce degli impegni assistenziali sempre più elevati, abbiamo un'età media elevata nella quale è più difficile affrontare i cambiamenti.

Non siamo soltanto noi ad avere una età media elevata ma lo è tutta la popolazione; questo impone una radicale rivisitazione formativa ed organizzativa: dalla patologia acuta ad una integrazione socio - sanitaria coerente con i bisogni delle patologie cronico - degenerative; un salto paradigmatico culturale, di approccio ai problemi, di organizzazione di reti relazionali - gestionali, di impegno sociale sempre più intenso e complesso. Da una parte il SSNN pretende nuovi compiti, inserisce nel sistema nuove figure professionali sanitarie e dall'altra lascia il medico solo in un orizzonte affollato di figure delle quali spesso sfuggono i profili di competenza e le cornici di responsabilità.

- Art. 19 - Aggiornamento e formazione professionale permanente -

Il medico ha l'obbligo di mantenersi aggiornato in materia tecnico-scientifica, etico - deontologica e gestionale - organizzativa, onde garantire lo sviluppo continuo delle sue conoscenze e competenze in ragione dell'evoluzione dei progressi della scienza, e di confrontare la sua pratica professionale con i mutamenti dell'organizzazione sanitaria e della domanda di salute dei cittadini.

Il medico deve altresì essere disponibile a trasmettere agli studenti e ai colleghi le proprie conoscenze e il patrimonio culturale ed etico della professione e dell'arte medica.

L'Ordine dei Medici di Venezia si è posto in modo critico nei confronti del nuovo sistema ECM. Crediamo che uno sviluppo professionale continuo meriti un sistema valutativo basato sui pilastri di una cultura positiva premiante e non su ipotesi di penalizzazioni, per gli inadempienti, che mortificano le basi stesse di un processo di acquisizione di conoscenze partecipate e motivate. Desideriamo sottolineare, in particolare, le criticità che dovrebbero essere analizzate in

termini di priorità. La macchina ECM è strumento molto complesso che manca di efficienza ed appare ad una prima analisi eccessivamente oneroso, sia per il sistema sanitario pubblico nazionale e regionale che per i diversi soggetti coinvolti (Provider, Ordini, Albi e Associazioni...); disperde risorse umane e finanziarie in una miriade di attività, pone agli Ordini professionali modelli organizzativi oggi insopportabili; ci pone il problema della formazione di nuove figure pro-

fessionali oggi non esistenti (Valutatori/Facilitatori di eventi e di dossier; commissioni con competenze specifiche all'interno degli OMCeO...). Noi consideriamo che lo sviluppo professionale continuo del medico attraverso il Sistema ECM deve essere un obbligo deontologico e porre quindi l'iscritto inadempiente di fronte al proprio Ordine e non alla competenza giuridico – amministrativa; deve inserirsi coerentemente in un sistema europeo che per definizione avrebbe bisogno di un immediato e non mediato riconoscimento dei crediti; deve prevedere la rivalutazione dei criteri di assegnazione dei punteggi che attualmente non garantiscono trasparenza e omogeneità alla luce della complessità ed eterogeneità della valutazione dell'evento.

L'E.C.M dovrebbe essere basato sulla organizzazione regionale con il COGEAPS come riferimento di anagrafe nazionale; ogni OMCeO dovrebbe valutare la coerenza del dossier formativo individuale non in termini di sistematicità ma con verifiche random; le Società scientifiche,

come elementi di autodisciplina della Professione, devono essere poste nelle condizioni di concorrere meno burocraticamente al sistema.

Dobbiamo, più che mai oggi, in un momento di crisi istituzionale, crescere nella consapevolezza e nella responsabilità di ruolo sociale che se da una parte è stato eroso e mortificato dalle scelte di una politica che ha sposato un liberismo delle clientele, dall'altra non ci vede ancora protagonisti nelle proposte e nella lotta per riconquistare credibilità ed autorevolezza: la classe medica ha bisogno vitale di unità e di strategie per una vera politica della salute che deve vedere tra i suoi obiettivi prioritari lo sviluppo sociale, economico ed ambientale. Non possiamo eludere il problema del rapporto tra salute e risorse economiche; non possiamo dimenticarci che esiste una correlazione diretta tra livelli socio – economici e salute; dobbiamo ricordare alla politica quale è il contributo del mondo della salute al P.I.L. del nostro Paese!

Dobbiamo fare politica!



qualsiasi ricerca. Un sottile scetticismo si cela spesso dietro ai richiami della *coscienza del medico...*”.

Sono questi gli uomini, i Colleghi che si offrono alla Professione! Consapevoli di essere portatori di valori e di profili etico – culturali specifici e inviolabili ma pronti a confrontarsi sulla pratica quotidiana delle scelte condivisibili e praticabili con un vero *spirito di servizio* alla Persona”... che ci permetta di riconoscere i problemi etici nell'ambito della salute e delle scienze della vita, di risolvere quelli che è possibile risolvere e di imparare a vivere con quelli che non ammettono soluzioni”. Noi cogliamo al volo questa disponibilità certi che la nostra istituzione, che deve preservare gelosamente il proprio spirito laico, abbia una grande occasione di crescita attraverso il confronto con chi storicamente agisce nella nostra comunità per la cura della persona fragile. La ricerca nell'Etica ci aiuta a far condividere la scienza con il mistero della esistenza, da significato al nostro agire condividendo quei valori assoluti per i quali spesso inconsapevolmente abbiamo fatto la scelta di essere medici; è un'etica dei comportamenti che vuole integrare i servizi e le figure professionali: è un'Etica della Politica!

E' in questo senso che anche la vera Alleanza

Terapeutica tra Medico e Paziente è una alleanza politica fondata su comuni interessi; qual è l'oggetto di questa alleanza se non la bioetica, intesa come l'analisi e la risposta ai problemi esistenziali / relazionali alle fasi estreme della vita?

Desidero concludere questa relazione con una riflessione sulla nostra sofferenza, sulla crisi profonda che sta vivendo la professione e che si esprime con in crescente disagio dentro la professione e spesso nella vita privata. E' evidente, dall'analisi di tanti indicatori, che viviamo costantemente “fuori giri”, ai limiti della sopportazione; le carenze organizzative si ripercuotono sulla qualità di vita e portano molti di noi sulla strada del burn out, della depressione e della grave sofferenza psico – fisica. Vogliamo offrire a tutti Colleghi una opportunità di ascolto e di sostegno ed abbiamo organizzato un Osservatorio specifico. Crediamo che questo strumento possa rappresentare un vero *servizio*, una occasione per conoscersi e per proporre soluzioni. Sotto questa ottica la collaborazione con le Aziende ulss diviene ineludibile perché il disagio del medico può avere ripercussioni dirette e indirette sulla qualità e la sicurezza del sistema delle cure.

Che senso ha parlare della sicurezza del Paziente se non partiamo da una visione unificante di sicurezza delle cure? La mia sicurezza di medico che

Art. 5 - Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente -

Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini.

A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile.

Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva.

Come si pone e cosa fa l'OMCeO di Venezia in questo contesto?

Abbiamo attivato numerosi gruppi di lavoro che progettano per aree di interessi prioritari: Comunicazione e Informazione, Etica e Deontologia, Medicina Territoriale e Ospedaliera, Pari Opportunità, Responsabilità Professionale, Previdenza e Assicurazioni, Libera Professione, Infanzia e Adolescenza, Osservatorio sul Disagio del medico.

Tutti i gruppi hanno elaborato progetti o stanno definendone la struttura; molte sono state le iniziative già realizzate.

Mi preme sottolineare due progetti in cantiere: la Scuola di Etica Medica e l'Osservatorio sul Disagio del Medico.

Ecco uno stralcio di una e-mail che mi inviò tempo fa il Collega Olmo Tarantino nella prospettiva di una collaborazione tra OMCeO e Pastorale della Salute per una Scuola di Etica Medica:

”...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, esasperati per di più dal progresso della medicina. Due atteggiamenti però sono inconciliabili con la ricerca etica: lo scetticismo e il dogmatismo. Quest'ultimo impone la propria verità come unità di misura, il primo rinuncia pregiudizialmente a

agisce in un ambiente lavorativo sereno e gratificante è altro rispetto alla sicurezza del paziente? Dobbiamo essere capaci di comunicare queste riflessioni a tutti i portatori di interesse ed alla politica perchè non rappresentano slogan ma il senso profondo della nostra vita professionale e del nostro impegno civile.

La Professione deve partecipare alla costruzione del futuro.

I nostri 100 anni di storia devono essere messi al servizio di questa consapevolezza, di questa

nostra maturità, di un vero impegno al servizio della democrazia. L'OMCeO di Venezia vuole essere *fattore di crescita* della Professione e della Nazione".

Nel presentare i Bilanci Consuntivo 2009 e Preventivo 2011 il Tesoriere OMCeO di Venezia Davide Roncali – affiancato dal Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti, dottor Renato Fameli, ha sostenuto che non ci sono grossi scostamenti di bilancio rispetto agli anni passati; ha informato l'assemblea che è stato cambiato partner bancario (l'OMCeO si



avvale ora della collaborazione della Banca Santo Stefano poiché offre una remunerazione maggiore rispetto agli attuali tassi praticati). Preoccupa l'ECM soprattutto per il carico burocratico della tenuta informatica dei crediti di 4200 iscritti !

Anche il dottor Roncali, come in precedenza il Presidente Scassola, ha ribadito la necessità di dotare l'OMCeO di Venezia di una nuova sede. Si è passati poi all'analisi del Bilancio Consuntivo 2009 e alla sua approvazione, avvenuta all'unanimità.

Introducendo infine le cifre del bilancio Preventivo 2011 e variazioni al bilancio Preventivo 2010 il dottor Roncali ha sostenuto che il bilancio 2011 non si discosterà dai precedenti pur essendo un anno di rinnovo elettorale; ha ricordato infine come la quota di iscrizione all'OMCeO di Venezia sia tra le più basse d'Italia. Messi ai voti sia

il bilancio Preventivo 2011 che le variazioni al bilancio Preventivo 2010, sono stati approvati dall'assemblea all'unanimità.

È stata poi la volta della dottoressa Boscolo, infaticabile Segretario OMCeO". Relazione brevemente all'Assemblea quelle che sono state le attività che ho seguito durante questo secondo anno, del secondo mandato, come Segretario dell'OMCeO Venezia.

Premetto che alcune mie abitudini sono rimaste invariate e anche quest'anno, coadiuvata dalla segreteria e dai consulenti, ho cercato di fare un servizio ai colleghi che avevano quesiti e domande da porre all'Ordine, cercando di dare risposte in tempi veloci e non trascurando mai il confronto diretto (telefonico o con incontri presso la sede). Questo è uno dei compiti che svolgo con maggiore soddisfazione perché mi fa



concretamente sentire il valore del mio servizio ai colleghi. Come già spiegato in passato, il mercoledì mattina per me è un giorno dedicato all'Ordine, in cui sono disponibile ad ascoltare tutti coloro che hanno bisogno di un consiglio e che mi consente di coordinare e supervisionare l'attività della segreteria, dei corsi di formazione e delle iniziative ordinistiche, di avere incontri istituzionali.

In tal senso, ho proseguito il lavoro già avviato in precedenza, ottimizzando le risorse di segreteria e cercando di trovare soluzioni di efficienza e di miglioramento per il servizio agli iscritti.

Il lavoro di implementazione dei dati, avviato l'anno scorso, è continuato anche quest'anno. Finalità di questo progetto è cercare di creare un sistema efficiente di comunicazione con l'iscritto, anche con l'ausilio dei mezzi informatici.

La Segreteria ha continuato a raccogliere dati attraverso le schede predisposte l'anno scorso e provvedendo all'inserimento dei dati raccolti nel programma di anagrafica.

Per dare un'idea ad oggi abbiamo raccolto 1659 caselle di posta elettronica ordinaria, 1450 moduli per la raccolta dati per un'implementazione di circa 1800 posizioni degli iscritti all'Ordine.

E' inoltre continuata l'assegnazione gratuita della caselle di Posta Elettronica. Ad oggi sono state assegnate 1396 caselle di posta, ma questo dato è in continua crescita e anche per quest'anno saremo in grado di fornire gratuitamente questo

servizio agli iscritti che l'hanno richiesto e a tutti quelli che ancora non l'hanno fatto.

Nell'ambito del progetto FNOMCeO di raccolta dati, tutte queste implementazioni sono molto importanti per la creazione di un'anagrafica nazionale della categoria.

Questo lavoro ha significato un importante impegno non ancora esaurito e che richiede formazione ed implementazione degli strumenti e che è stato possibile anche grazie all'avvio di un contratto a progetto che nel tempo si è sviluppato e che ad oggi ancora l'Ordine sta utilizzando, con una persona qualificata che si occupa solo di questo.

Continua e si rafforza l'attività di aggiornamento agli iscritti, attraverso eventi organizzati sia dall'Ordine che dalla Fondazione Ars Medica; la segreteria ha continuato ad implementare il supporto organizzativo e lo sviluppo delle procedure di accreditamento ECM, cercando di prestare un'attività razionale ed efficiente, ovviamente come segretario ho monitorato, affiancato ed organizzato in prima persona queste attività.

Quest'anno poi si è aperto un nuovo percorso per quanto riguarda l'accreditamento ECM, poiché sono state aggiornate le procedure di accreditamento dei provider e sono stati previsti nuovi oneri a carico dei singoli che gravano anche dal punto di vista istituzionale sul ruolo degli Ordini, con previsione ed implementazione di nuovi servizi che dovranno essere oggetto di un'attenta analisi. Il personale di segreteria ha seguito questi sviluppi, mantenendosi aggiornato e partecipando agli eventi Organizzati dalla FNOMCeO e dal Ministero della Salute. Nel momento in cui l'Ordine arriverà a scegliere il suo modello organizzativo su questo tema, la segreteria sarà pronta a partire con nuovi servizi agli iscritti.

Come segretario, attraverso la collaborazione con altri colleghi dotati di specifiche competenze ho prodotto i seguenti documenti:

- Prescrizioni farmaceutiche in ambito odontoiatrico, con un gruppo di lavoro misto di medici chirurghi-odontoiatri ed odontoiatri, coordinato dal dott. Stefano Berto
- Documento sulle problematiche della medicina estetica con un gruppo formato da vari professionisti del campo, coordinati dal dott. Casadei Alessandro, che hanno individuato criteri e competenze in modo da fornire alla Commis-

sione FNOMCeO esistente, uno strumento che aiuti a definire gli ambiti di quest'area della medicina

Nel merito dell'attività di vigilanza sulla tenuta dell'Albo mi preme sottolineare, non senza una certa soddisfazione, che la segreteria dell'Ordine è riuscita ad individuare e smascherare il tentativo di iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di un soggetto che non aveva alcun titolo. Questo è stato possibile grazie alle consolidate procedure di verifica sulle autocertificazioni che si sono rivelate fondamentali e di sicura utilità. Inoltre, un lavoro di collaborazione e condivisione con il personale della segreteria, ha consentito di avere una certa tempestività nel merito.

Vi è poi tutta l'attività legata alla pubblicità sanitaria, che da sempre mi impegna come segretario. Permane, in questo ambito, una fase di incertezza ed un problema di coordinamento non solo tra Ordini, ma soprattutto con le istituzioni Regionali e con i Comuni che purtroppo – a seguito dell'abrogazione della legge 175/92 e dell'entrata in vigore della cosiddetta Legge Bersani- concedono autorizzazioni sanitarie lacunose e difficili da gestire anche dal punto di vista della pubblicità. Lo sforzo dell'Ordine per il futuro dovrà essere anche quello di cercare di dare omogeneità ai soggetti che si occupano dell'iter di autorizzazione e fare chiarezza affinché l'iscrizione possa seguire un percorso virtuoso e corretto.

Prosegue regolarmente l'attività all'interno della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine, quest'anno coordinata dalla dott.ssa Pia Emanuela. Abbiamo ricevuto i più ampi consensi per il documento di accoglienza, inviato a tutti gli Ordini d'Italia e consegnato oggi anche ai neolaureati.

Dall'inizio dell'anno ho partecipato e curato la verbalizzazione di n. 12 riunioni del Consiglio Direttivo, n. 7 Commissioni Mediche ed ho partecipato a 10 riunioni della Commissione Pari Opportunità.

Quasi sempre poi sono stata presente agli eventi organizzate dall'Ordine e dalla Fondazione. Presso la sede dell'Ordine ho incontrato molti colleghi, ho avuto incontri con i Nas e vari soggetti istituzionali.

Non posso mancare infine di ringraziare la segreteria dell'Ordine che mi affianca in questo lavoro, i preziosi consulenti tecnici che danno supporto all'attività dell'istituzione, i Presidenti le Commissioni ed il Consiglio tutto per l'impegno”.

Con la consegna alla dottoressa Caterina Boscolo e alla dottoressa Carla Carli di un omaggio floreale da parte del Presidente, l'assemblea si è chiusa.

Franco Fabbro

Intervista al più giovane neolaureato Manuel Dovico, laureato in Odontoiatria

D: Quanti anni hai? Qual'è stato il tuo percorso di studi?

R.: Ho 24 anni. Ho conseguito la Maturità al Liceo Scientifico Galileo Galilei di Dolo con voto 100/100 nel luglio del 2004 e mi sono laureato in Odontoiatria all'Università di Padova l'8 Ottobre 2009 con voto 110/110 discutendo la tesi “La malocclusione di classe II: sono possibili errori diagnostici?” con la prof.ssa F.A. Miotti, Direttrice del reparto di Ortognatodonzia della Clinica Odontoiatrica di Padova.

D: Quando hai sentito la “vocazione” all'odontoiatria?

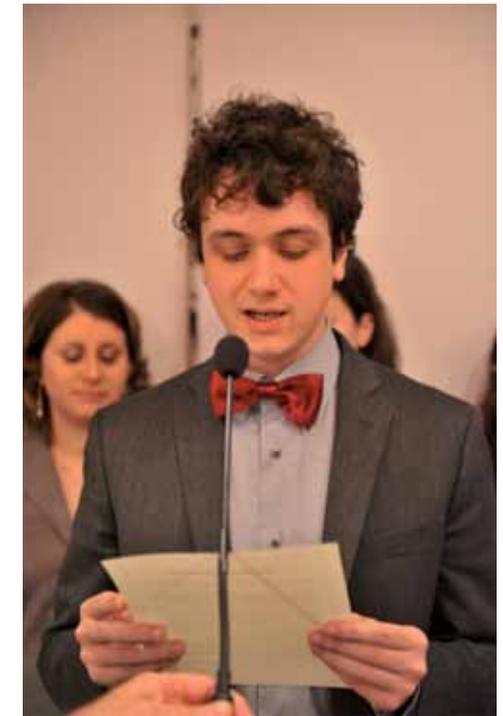
R: Ho avuto una “vocazione” piuttosto tardiva; negli ultimi anni del Liceo ho notato una mia predisposizione per le materie di tipo scientifico e un particolare interesse per insegnamenti quali Biologia e Chimica. Fino al quinto anno sono stato però indeciso se iscrivermi a Medicina oppure ad Odontoiatria. Poi ho scelto quest'ultima.

D: Sei stato soddisfatto della qualità dell'insegnamento universitario?

R: Sì, la qualità dell'insegnamento è stata complessivamente buona, favorita anche dal rapporto professore/studente molto “ravvicinato”, visto che eravamo in 30 studenti in corso. Ho incontrato numerosi professori capaci, motivati e soprattutto disponibili, qualità che ritengo tra le più importanti. Mi ritengo inoltre molto fortunato ad aver frequentato un ateneo prestigioso come quello patavino, la cui facoltà di medicina risulta sempre tra le migliori d'Italia.

D: Quali materie cambieresti o implementeresti tra quelle affrontate all'università?

R: Dal punto di vista dell'insegnamento teorico non ho particolari note di demerito da portare al mio corso di studi. Cosa che, in parte, invece mi sento di dire per quanto riguarda la parte pratica. Le strutture per i tirocini e le esercitazioni sui manichini sono piuttosto malridotte e quindi sarebbe opportuno un rinnovamento. Mentre dal punto di vista dei tirocini sui pazienti, sebbene dipenda molto dalla volontà del singolo studente,



se uno dimostra interesse ed impegno ha la possibilità di imparare molto anche durante il corso degli studi.

D: Cosa c'è nel tuo immediato futuro?

R: Nelle mie intenzioni c'è l'iscrizione ad un Master di Endodonzia, della durata di un anno, sempre all'Università di Padova, poi spererei di trovare lavoro nel settore privato o di fare qualche esperienza all'estero.

D: Un'ultima domanda: cosa ne pensi della separazione della professione medica ed odontoiatrica?

R: La separazione è secondo me sensata. Per chi vuole diventare odontoiatra l'interesse per la “medicina generale” è sicuramente presente, ma minore rispetto ad un medico. Quindi trovo sia meglio concentrarsi sugli insegnamenti che si ritengono più interessanti, senza divagare eccessivamente.

Franco Fabbro



Previdenza

Fondo sanità per i familiari a carico

Non passa giorno che sui mezzi d'informazione non si parli dell'allungamento delle prospettive di vita della popolazione e con esso del problema della previdenza o meglio della sostenibilità del fenomeno da parte dell'ente erogatore della pensione e dall'altro del problema del pensionato con una rendita pensionistica sempre più esigua ed erosa nel tempo anche dall'inflazione.

Da anni ormai si parla del **secondo pilastro previdenziale**: la **previdenza complementare** da affiancare alla previdenza obbligatoria che per le nuove generazioni riuscirà a garantire al massimo il 50% del reddito da lavoro, e ciò è tanto più vero tanto più si è giovani.

In sostanza **vita più lunga, redditi più bassi, ma maggiori bisogni**; ecco la necessità di ricorrere alla previdenza complementare.

I medici e gli odontoiatri sono gli unici professionisti, nel panorama professionale italiano, ad avere un fondo complementare autonomo, un fondo dei medici per i medici: **FONDO SANITÀ**.

Le somme versate al Fondo sono fiscalmente detraibili nel limite dei 5164€ l'anno. A titolo di esempio un professionista con un reddito di 80.000€ lordi annui su 5100€ ne investe 2800 perché 2300 sono quelli che verserebbe all'erario senza l'adesione al fondo complementare; resta beninteso che il suo rendimento sarà comunque determinato dai 5100€ versati. Nessun altro investimento ha una **redditività immediata così elevata**.

Il Fondo sconta poi una **fiscalità agevolata** al momento della pensione, cioè le prestazioni maturate sono sottoposte a tassazione mediante ritenuta operata a titolo definitivo. La tassazione della rendita vitalizia è del 15% e decresce dopo 15 anni di un ulteriore 0,30% annui fino a un minimo del 9%. In termini pratici si paga una **cedolare fissa**, indipendente dal reddito, cedolare che dal 15% può scendere al 9% e non mi pare sia cosa di poco conto.

Si deve poi ricordare che a Fondo Sanità possono essere iscritti anche i familiari a carico del professionista iscritto all'ordine.

Per familiari a carico si intendono il coniuge ed



i figli che hanno **la stessa residenza** del professionista e un **reddito non superiore** a € 2840,51 annui, particolare attenzione dev'essere posta alle borse di studio perché ognuna ha un regime fiscale diverso.

Una volta che venga a mancare uno di requisiti, il familiare a carico potrà rimanere iscritto a Fondo Sanità se iscritto al nostro ordine professionale o transitare in un altro fondo in cui comunque manterrà l'anzianità contributiva, utile ai fini della tassazione finale sulla rendita.

L'importo del contributo versato al Fondo dal familiare a carico è detraibile dal titolare sempre nel limite di € 5164 annui, ma si cumula con quello del professionista.

Pensando al futuro dei figli può essere un'idea **regalo vantaggiosa fiscalmente subito** per il nostro collega e molto **vantaggiosa nel futuro** per il beneficiario.

Si deve pensare oggi per il domani

Moreno Breda

Deja vu!

Le notizie di questi giorni hanno riportato alla ribalta, ahimè, un problema già sollevato!

Già tre anni fa il nostro Ordine dei Medici metteva allo scoperto un incredibile progetto alternativo ed innovativo dell'Ulss 10 "Veneto Orientale" che proponeva un vero e proprio reparto ospedaliero affidato alla responsabilità di un infermiere, il cosiddetto "case manager" mutuato dai paesi anglosassoni. (Vedi notiziario dell'Ordine dei medici di Venezia n.1 del 2007 pag 8.) Ora, con un ulteriore attacco alla nostra professione, ci provano le Regioni Toscana ed Emilia Romagna. La prima, per risolvere il problema dei "codici bianchi" nei pronto soccorso, parte con la sperimentazione "See & Treat" (Vedi e tratta) anche questa mutuata dai paesi anglosassoni. Il paziente che si reca in pronto soccorso con una patologia definita minore è accolto e trattato da un infermiere che, a suo giudizio, può inviare il paziente in consulenza specialistica.

La seconda, inizia la sperimentazione "Perimed", dove l'infermiere interviene nel preoperatorio di soggetti adulti candidati a procedura chirurgica d'elezione etichettato a basso rischio "valutandolo" secondo algoritmi o linee guida prestabilite. L'Ordine dei Medici di Bologna ha inviato un esposto alle procure della Repubblica di Firenze e di Bologna in cui, oltre a segnalare un'esondazione di pratica infermieristica in campo medico, mette in evidenza come spetti agli Ordini dei Medici tutelare la sicurezza del cittadino nonché la qualità e la sicurezza della professione che rappresenta.

La responsabilità civile e penale nella giurisdizione italiana continua ad essere del medico che è l'unico avente i titoli per curare il paziente.

A favore della sperimentazione si è schierata la SIMEU (Società Italiana di Emergenza ed Urgenza), avente al suo interno anche infermieri, che ritiene l'esposto "...del tutto inopportuno perché non consente di procedere a una corretta discussione sulle prospettive professionali di medici e infermieri" ed ancora "... il tentativo di spostare il confronto in tema di evoluzione professionale e culturale delle professioni sanitarie nei rapporti tra medici e infermieri nelle sedi giudiziarie, pare azione che mette in crisi, sia l'attuale assetto organizzativo dei Dipartimenti



d'Emergenza-Urgenza, 118 e Pronto soccorso, sia la sicurezza del cittadino, sia l'identità professionale degli Infermieri che operano nei servizi di emergenza-urgenza e infine vanifica i tentativi di collaborazione interprofessionale medico-infermiere oggi più che mai necessari nel settore dell'emergenza-urgenza, anche per il perdurante e progressivamente crescente problema del sovraccollamento".

Parrebbe quindi che la problematica del sovraccollamento dei PS sia un fatto incidentale o secondario e non prioritario come avviene nella realtà!

La sperimentazione messa in atto dalla Regione Toscana vuole quindi cercare di risolvere l'uso improprio delle strutture dei Pronto Soccorso non certo in maniera culturale, per esempio con campagne di sensibilizzazione tese a rendere edotti i cittadini che l'uso di una struttura altamente specialistica, creata per trattare patologie urgenti, non deve essere utilizzata come via di fuga per una risposta repentina, immediata, ai propri bisogni che devono essere trattati in altre sedi.

Si vuole invece minimizzare il controllo non risolvendolo ma solo rincorrendo il problema? Intraprendere tale percorso inoltre sicuramente abbassa il livello di cura.

Come non pensare all'approccio fisiopatologico

proprio del medico di fronte al malato?

Il percorso formativo degli infermieri non è sufficiente tanto è che, anche gli sperimentatori, hanno previsto un corso regionale di 180 ore (sic!) in cui i candidati infermieri saranno affiancati da un medico tutor (meno male!). Come giustamente si chiede il presidente della Confederazione Italiana Medici ospedalieri (CIMO-ASMD) Cassi "...i cittadini ne sono stati informati? La salute pubblica sarà tutelata?" o ancora è possibile "...attivare sperimentazioni e sviluppare nuove competenze sanitarie "a macchia di leopardo" senza alcuna normativa nazionale, al tempo stesso senza escludere il Medico dalla responsabilità civile e penale che comunque il giudice gli attribuisce?"

Occorre inoltre sottolineare, come ha fatto il presidente dell'Ordine dei medici di Latina Righetti

"...il principio che non è competenza regionale modificare, anche se limitatamente a una sperimentazione, il profilo dei professionisti della salute, trattandosi di materia riservata allo Stato, come in tal senso si è ripetutamente espressa la Corte Costituzionale".

Bene ha fatto il presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco affermando "...l'importanza che il ruolo del medico resti centrale e di garanzia per il cittadino nei percorsi di diagnosi e cura e che il medico non sia emarginato o "bypassato" evidenziando come il problema legato alla "delega di tali funzioni", è un problema complesso dal punto di vista giuridico e deontologico, e qualora s'intendesse mettere a regime un simile modello andrebbe ben chiarito il ruolo del medico.

Pasquale Picciano

La medicina basata sull'evidenza: riflessi sulla professione.

Il Medico, oggi (e lo sarà sempre più), è chiamato a svolgere compiti professionali sempre più qualificanti e di responsabilità.

All'atto sanitario devono essere intimamente connaturate efficacia ed appropriatezza. Ciò richiede preparazione, competenza e "professionalità". Ne consegue, evidentemente, il ruolo pregnante (oltreché vincolante, sul piano etico) dell'aggiornamento e la traduzione di quest'ultimo nella pratica clinica quotidiana.

La medicina basata sull'evidenza (EBM) è un movimento culturale secondo il quale è possibile basare le proprie decisioni diagnostico-terapeutiche tramite la valutazione critica dei risultati della letteratura scientifica.

L'EBM sta prendendo sempre più piede; infatti, per la complessità dei fenomeni pato-biologici, per la difficoltà a governarli e per l'onnipresente rischio di errore medico, vi è una spasmodica e continua ricerca di rigorosi metodi clinici e di precisi strumenti statistici idonei a misurare i risultati obiettivi raggiunti.

D'altro canto, però, esiste anche la cosiddetta "medicina delle scelte" che porta in risalto l'autonomia decisionale del Medico.



Ma se EBM e medicina delle scelte appaiono tra loro contrapposte, ciò non significa che siano anche inconciliabili: la scelta è un'opzione professionale espletata nell'interesse del paziente,

ma è anche il risultato di una esperienza personale e culturale suffragata da evidenze scientifiche e metodologiche.

L'EBM risulta essere la traduzione di dati clinici finalizzati ad un uso razionale delle risorse, utilizzando schemi predefiniti per un comportamento sanitario efficace.

Ma operando in tal maniera non c'è il rischio di trasferire la conoscenza in un più marginale dovere sanitario, relegando così la responsabilità a mero atto formale? Ed ecco, allora, scaturire l'importanza delle cosiddette linee guida, che altro non sono che semplici raccomandazioni di comportamento che il singolo Medico può o meno adottare: la loro traduzione in percorsi diagnostico-terapeutici va intesa come strumento efficace per migliorare la qualità assistenziale.

Ma la fedele applicazione di protocolli sanitari o di linee guida può evitare rischi di tipo medicolegale?

Se, da un lato, si deve ricordare che la "colpa" del Medico ha come caratteristica l'inosservanza di regole e norme di comportamento, dall'altro, si potrà venire chiamati a rispondere *solo* quando sarà provato – oltre ogni ragionevole dubbio – il nesso di causalità tra l'ipotetico errore commesso ed il danno patito dal paziente. Ed allora?

Le linee guida altro non sono che l'approccio più idoneo per affrontare una determinata situazione clinica: attraverso un ragionamento probabilistico, la loro adozione – e con alto grado di probabilità – è in grado di impedire il verificarsi di un

evento dannoso.

Il corretto utilizzo delle linee guida conferisce una sorta di "garanzia preventiva" sulla correttezza dell'operato da parte del Medico.

Tuttavia il Medico non è obbligato ad adottare pedissequamente le raccomandazioni contenute nelle linee guida: questi deve discostarsene ogni qualvolta ne ravvisi la necessità, nell'interesse ultimo del paziente, ed in considerazione della particolarità del caso clinico in questione. Ovviamente tutto ciò dovrà essere adeguatamente motivato.

Ecco, perciò - ricollegandomi al passaggio iniziale - che l'atto medico è e resta libero, ma non può godere di una libertà assoluta, cioè del libero arbitrio.

Infine, la rigorosa aprioristica applicazione e rispetto delle linee guida non elimina possibili contestazioni: la pedissequa adozione potrebbe essere interpretata come una condotta di *natura difensivistica* e, pertanto, inidonea ed inadatta agli interessi del paziente.

Le linee guida, quindi, non salvano né limitano la professionalità del Medico, ma, viceversa, lo costringono a confrontarsi continuamente con le evidenze scientifiche.

L'occasione mi è assai gradita per inviare a Voi ed alle Vostre Famiglie i miei più sinceri Auguri di un sereno e proficuo 2011!

Pierluigi Allibardi

PER STARE MEGLIO: partono i gruppi di aiuto per le donne operate al seno.

Nella storia della malattia di una donna operata al seno c'è un tempo in cui può essere utile condividere il proprio vissuto con altre donne che vivono la stessa esperienza. Sicuramente questo momento non è presente in tutte le fasi della malattia e in tutte le donne, ma quando e se la donna ne sente il bisogno è bene offrirle un'occasione.

L'Associazione Metabolé nasce nel 2007 e sviluppa un percorso di riflessione il cui tema portante è l'accettazione del corpo, liberi dai modelli imperanti che impongono stereotipi di bellezza e perfezione. Ha lo scopo di sviluppare attività che avvicinino le persone alla riflessione sui cambiamenti che avvengono nel corpo, dovuti a svariati motivi, malattie, traumi o il naturale invecchiamento.

Attualmente una certa cultura dell'immagine e dell'inseguimento dell'eterna giovinezza contribuisce alla nascita di un culto del corpo che può facilmente condurre ad oltrepassare i limiti della ricerca del benessere fisico e psichico, rischiando di inseguire il modello di un corpo privo di identità propria.

L'Associazione utilizza diverse forme di comunicazione: cinema, conferenze, pubblicazioni, mostre d'arte e si avvale del contributo di diverse forme di sapere (medicina, filosofia, psicologia). Promuove inoltre cicli di incontro di gruppi di aiuto per donne operate al seno.

CITTÀ DI
VENEZIAATTIVITÀ E PRODUZIONI CULTURALI,
DELLO SPETTACOLO E DELLA COMUNICAZIONE
SETTORE PRODUZIONI CULTURALI E SPETTACOLOServizio Cittadinanza delle donne
e culture delle differenze
CENTRO DONNA

RIPRENDONO I GRUPPI PER DONNE OPERATE AL SENO

L'Associazione Metabolé, in collaborazione con il Centro Donna, riprende l'attività dei gruppi di auto aiuto per donne operate al seno diretti da una psicoterapeuta specialista. Il confrontarsi in gruppo aiuta noi donne a trovare conforto nella condivisione di fragilità vissute in esperienze simili e a riscoprire le risorse personali in parte assopite dalla malattia. Nel gruppo ci si sente più libere di dire quello che non diremo a un nostro familiare o amica/amico dai quali abbiamo ricevuto anche tanta comprensione, ma forse non ci siamo mai sentite capite fino in fondo, perché fino in fondo è spesso difficile lasciarsi andare e mostrare le nostre difficoltà. Negli incontri del gruppo ci giochiamo un ruolo nuovo, diverso da quello che assumiamo in famiglia e nel lavoro, partiamo dalla nostra malattia, ma i discorsi e le inevitabili riflessioni che seguono ci portano a volte lontano dove ritroviamo un po' più noi stesse. Nel gruppo si sviluppa anche quel sentire solidale che ci dà forza nell'avviare nuovi percorsi per una ripresa della nostra vita con una consapevolezza diversa da prima, che porta più leggerezza e determinazione nell'affrontare le cose di tutti i giorni.

I gruppi si terranno presso il Centro Donna (Viale Garibaldi 155, Mestre) tutti mercoledì dalle 19,00 alle 20,30. Per iscriversi e chiedere informazioni è sufficiente inviare un messaggio al seguente indirizzo infoconsulenza@metabole.it oppure telefonare al numero 328-9626151.

Burnout: conoscere per curare

I recenti episodi nel Veneto, ma anche in altre regioni italiane, che si sono conclusi con il **suicidio** perseguito da alcuni Colleghi, ci inducono a riflettere accuratamente se la classe medica, soprattutto di dipendenza o convenzione, è soggetta a rischio **“sindrome di burnout”** e sulle cause che lo determinano, tenendo presente che **in medicina solo ciò che conosci diagnostichi e curi** e che la “politica dello struzzo” (negare a sé e agli altri le patologie che ci sovrastano) non è mai pagante, neppure per un medico.

Poiché è possibile che alcuni o molti di noi non sappiano che cosa è il **“burnout”** (dall'inglese, traducibile con il termine “bruciarsi”) si vuole precisare che con questo termine si intende il **bruciarsi per un lento e costante logoramento** determinato dal sommarsi dello stress personale con lo stress proveniente dalle persone che si desidera aiutare: non per nulla i primi casi di “burnout” furono riscontrati fra i religiosi.

Le **cause** che possono provocare “burnout” sono le più disparate: insoddisfazione sul lavoro per mancato riconoscimento dello stesso, iniquità nella valutazione del proprio operato, sovraccarico di lavoro o lavoro troppo superiore alle proprie forze, insoddisfazione per l'impotenza dinanzi a malattie non curabili, difficoltà di rapportarsi con i pazienti, burocratizzazione eccessiva che sottrae il tempo alle cose importanti della professione che sono diagnosi, cura e rapporti umani...

Le **fasi** di “burnout”, secondo gli studi, sono fondamentalmente quattro e vanno dal **passionale** approccio al lavoro visto come servizio, alla **stagnazione** dell'attività dinanzi ad ostacoli sempre più insormontabili, alla **demoralizzazione** quando ci si rende conto che tutto è diventato una battaglia inutile e donchisciottesca, fino all'**apatia** che è la morte del lavoro in cui si è sempre creduto, la morte della propria professionalità: alcuni recenti studi, fra cui uno olandese in Psychological Reports, hanno dimostrato “burnout” in fase avanzata in oltre il 30% dei medici. È evidente che il **lavoro** è diventato sempre più **ossessivo**, l'**informatizzazione** sempre più martellante, la **burocratizzazione** sempre più assillante e solitamente fine a se stessa o al sistema, non certo alla diagnosi, alla cura e ai rapporti umani, valori per cui si è studiato; così pure è



sempre più indiscutibile la **spersonalizzazione** del proprio lavoro, quasi fosse l'assemblare senza pensare dell'**operaio** nella fabbrica, mentre la medicina è ancora da ritenere **arte liberale** dal momento che per diagnosticare soprattutto, ma anche per curare e per prendersi cura del paziente, è necessario l'utilizzazione della mente e dello spirito.

E questa **“disumanizzazione”** del lavoro proprio mentre, sempre a maggior voce, viene richiesta dai pazienti e dai parenti dei pazienti una umanizzazione del rapporto medico – paziente!

Questa “disumanizzazione” può portare facilmente e fatalmente, come per un amante tradito, a ripulsa del lavoro con nocimento soprattutto per il paziente, ma anche per l'ente da cui si dipende, oppure può condurre il medico a stress sempre più intenso, con rischio di “burnout” e conseguente ricaduta sul paziente e sull'organizzazione del lavoro.

A tutto ciò, che porta a una inevitabile decadenza del lavoro, bisogna porre argine prima che sia troppo tardi nell'interesse del medico e soprattutto nell'interesse di chi fruisce delle sue prestazioni

Renato Fameli

6 NOVEMBRE 2010 CONVEGNO A SAN DONÀ DI PIAVE

IL RISPETTO RECIPROCO: un obbligo deontologico o un'opportunità per la professione

Nell'ambito della valorizzazione della comunicazione che questo Consiglio dell'Ordine dei Medici si è sempre dato fin dall'insediamento circa cinque anni fa, si è svolto a San Donà di Piave il 6 novembre scorso il Convegno: “Il Rispetto Reciproco: un obbligo deontologico o un'opportunità per la professione?” Infatti è solo la comunicazione tra Colleghi che ci porta alla conoscenza diretta delle cose, e se queste cose sono dei problemi, allora con la comunicazione possiamo tentare di risolverli. Un lavoro con meno problemi può significare minor perdita di tempo, minor stress, miglior qualità di vita.

Pur non avendo visto una grande partecipazione di pubblico la mattinata è risultata molto produttiva per i partecipanti perché anche in questa occasione si è capito che la necessità di parlarci tra le varie aree mediche è più necessaria che mai. Infatti ogni area tende a evidenziare i propri problemi scaricando sulle altre aree la responsabilità del disagio che può crearsi senza rendersi conto che, se il disagio in realtà parte da un'altra area, forse bisogna pensare al perché vero che è alla base del comportamento apparentemente inadeguato e non superficialmente valutare solo il comportamento in sé. Mi spiego con un esempio. Se un medico di medicina generale prescrive un esame con una priorità anticipata rispetto alla gravità del sospetto diagnostico, spesso il collega ospedaliero che lo riceve ha la sensazione di una prescrizione impropria. Ma se si va a guardare la vera motivazione di quella prescrizione si può scoprire che quella priorità è stata magari suggerita da un altro collega ospedaliero, o che vi sono motivi di medicina difensiva per il sospetto di un cancro, o che l'ansietà del paziente è ingestibile (vedi certe mamme). Allora alla fine si capisce che lo scaricabarile non porta da nessuna parte ed è solo comunicando direttamente che possiamo risolvere il disagio. Nel tentativo di superare questa impasse durante il convegno si è deciso di proporre in via sperimentale nell'ULSS 10 una Commissione che si occupi di analizzare quelle situazioni appa-



rentemente anomale per studiarle e valutarle meglio, per capire e trovare le opportune soluzioni. E sempre per migliorare la comunicazione, si è evidenziato che nel mondo moderno la comunicazione non può più essere legata alla penna (che spesso produce scritti illeggibile finendo per svaloriare quanto di buono l'atto Medico aveva prodotto) ma che la tecnologia deve coprire ogni prescrizione-referto per una comunicazione cartacea ottimale. Infine esperimento più ambizioso: si valuterà la possibilità di dotare ogni Medico dell'ULSS 10 del numero del cellulare di ogni altro collega operante nell'ULSS 10 in modo di avere un contatto rapido e diretto per quelle situazioni di “urgenza comunicativa” che occasionalmente si presentano. Così si eviterà di attendere in linea che i medici vengano rintracciati dal personale o risultino irraggiungibili e così non ci saranno più alibi per nessuno. Spero che queste proposte abbiano un seguito concreto perché la Comunicazione resta alla base dei nostri rapporti e non ne possiamo più fare a meno se vogliamo veramente che il rispetto tra i medici sia un punto di riferimento per la professione.

Gelli Giuseppe Fabris

REDDITOMETRO

A cura dello studio associato Cagnin Cavallin Martignon
Rovoletto Pianiga – Venezia (www.ccmassociati.it)

IL NUOVO REDDITOMETRO (D.L. 31.05.2010, n. 78)

Fonti “Banca dati del Sole 24 ore”

Una delle novità introdotte dalla recente manovra estiva (D.L. 78/2010 convertito nella L. 122/2010) è la revisione del redditometro, ossia dello strumento utilizzato dal Fisco, tenuto conto del tenore di vita e degli investimenti, per determinare in via induttiva il reddito “minimo” attribuibile al singolo contribuente. Tale reddito minimo (presunto) verrà posto a confronto con quello dichiarato: nell'ipotesi in cui il reddito presunto risultasse superiore di almeno il 20% rispetto a quello dichiarato, scatterà la procedura di accertamento nel corso della quale dovrà essere il contribuente a giustificare la differenza con il possesso di redditi esenti da imposta o con il possesso di risparmio, di beni o denaro pervenuti per eredità, o altro.

I principali indicatori utilizzati dal Fisco per misurare la capacità di spesa del contribuente saranno: il possesso di auto di lusso o minicar, le spese per viaggi o iscrizioni a centri benessere o circoli, il pagamento di contributi per lavoratori domestici, le spese per l'utilizzo dell'abitazione, le rette di scuole private e l'utilizzo di altri beni di lusso (aereo, natanti, cavalli). Verranno tenuti in considerazione anche la composizione del nucleo familiare ed il luogo di residenza, sia perché si terrà conto del numero dei familiari a carico ovvero dei redditi degli altri componenti la famiglia, sia perché il tenore di vita cambia a seconda che si risieda in una zona altamente sviluppata ovvero in una zona depressa.

NUOVO REDDITOMETRO

Il DL 78/2010 ha riformato interamente la materia, prevedendo, in sostanza, che:

- l'accertamento sintetico può basarsi su “spese di qualsiasi genere sostenute nel corso del periodo d'imposta”;
- sarà individuato, con apposito decreto ministeriale, il nuovo metodo di calcolo del “redditometro”, dando rilievo al nucleo familiare del

contribuente nonché all'ambito territoriale di appartenenza;

- ai fini della legittimità dell'accertamento, occorre che il reddito dichiarato dal contribuente si discosti, anche solo per un anno, del 20% rispetto a quello accertato tramite il “redditometro” o la “spesa patrimoniale”;
- per contestare il maggior reddito accertato, il contribuente può dimostrare che questo deriva dal possesso di redditi legalmente esclusi dalla formazione della base imponibile;
- prima di notificare l'accertamento, l'ufficio ha l'obbligo di invitare il contribuente a comparire di persona o a mezzo di rappresentante, anche al fine dell'eventuale stipula dell'accertamento con adesione;
- dal reddito determinato ai sensi dell'art. 38 del DPR 600/73 sono deducibili gli oneri previsti dall'art. 10 del TUIR e spettano le detrazioni d'imposta per oneri previste dalla legge (quali ad esempio le spese sanitarie e le spese di ristrutturazione o di riqualificazione energetica).

Si tratta pertanto di uno strumento che, proposto dall'art. 38, D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600, permette al Fisco di determinare il reddito imponibile delle sole persone fisiche tenendo conto del tenore di vita del contribuente stesso desumibile dalle spese per consumi e investimenti da questi assunte.

LA MAPPA DEGLI INDICATORI

Di seguito viene proposto un elenco delle nuove spese che, presumibilmente, dovrebbero essere assunte a riferimento per la determinazione sintetica del reddito in base al coefficiente di redditività stabilito, così come avviene per l'attuale formulazione del redditometro. Si ricorda, tuttavia, che il presente elenco è puramente indicativo e basato sulle indicazioni contenute nei documenti di prassi, in quanto, al momento della stesura della presente circolare non vi è ancora la pubblicazione del decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, preposto per l'individuazione delle spese di riferimento.

La Mappa degli Indicatori

Immobili	Mezzi di Trasporto	Tempo Libero	Altre Voci
<ul style="list-style-type: none"> ▪ case di proprietà ▪ mutui ▪ spese per l'affitto ▪ consumi energia elettrica e gas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ auto di lusso ▪ barche ▪ affitto posti barca ▪ auto ▪ moto ▪ aerei ▪ camper ▪ minicar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ centri ippici ▪ centri benessere ▪ case d'asta ▪ circoli sportivi ▪ circoli esclusivi ▪ viaggi turistici ▪ Gioielli e opere d'arte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ assicurazioni ▪ movimenti di capitale ▪ scuole private ▪ contributi previdenziali ▪ lavoratori domestici

CONTROLLI DELLA GUARDIA DI FINANZA

I controlli saranno eseguiti dai reparti operativi della Guardia di Finanza, tramite pattuglie stradali (per verificare il possesso di auto di grossa cilindrata), motovedette (per appurare la rotta delle imbarcazioni) e addirittura mediante elicotteri (al fine di localizzare piscine e ville di lusso). Inoltre, le verifiche sono indirizzate al rinvenimento dei c.d. “nuovi indici di capacità contributiva”, quali, ad esempio, le spese sostenute per l'iscrizione a circoli esclusivi, servizi di sicurezza personali, beauty farm e così via.

I dati provenienti dalle suddette verifiche confluiscono in varie banche dati e contribuiscono ad incrementare il patrimonio conoscitivo dell'Agenzia delle Entrate, sicché questa, per ogni contribuente “accertato”, avrà modo di esaminare in maniera approfondita la regolarità della sua posizione fiscale.

PARTECIPAZIONE DEI COMUNI ALL'ACCERTAMENTO

L'efficacia dell'accertamento sintetico è rafforzata da un'altra disposizione introdotta dal DL 78/2010, in tema di partecipazione dei Comuni all'accertamento. Il co. 2 dell'art. 44 del DPR 600/73, così come riformato dal DL 78/2010, stabilisce infatti che:

- l'Agenzia delle Entrate mette a disposizione dei Comuni le dichiarazioni dei redditi delle persone fisiche;

- prima dell'emanazione dell'accertamento sintetico, l'ufficio invia una segnalazione al Comune di domicilio fiscale del contribuente “accertato”;
- il Comune, entro 60 giorni dal suo ricevimento, comunica all'Agenzia delle Entrate ogni elemento utile alla determinazione del reddito.

PRESUPPOSTI PER L'APPLICAZIONE

Per far scattare l'accertamento basterà presentare uno scostamento tra il reddito complessivo dichiarato e il reddito complessivo accertato anche per un solo anno del 20%.

DECORRENZA

Il nuovo redditometro si riferisce in particolare ai redditi per i quali, alla data di entrata in vigore del D.L. 31 maggio 2010, n. 78 non era ancora scaduto il termine di dichiarazione; trova dunque applicazione dal periodo d'imposta 2009 e interesserà il modello dichiarativo trasmesso in settembre.

OBBLIGO DI CONTRADDITTORIO

Sulla scia dell'indirizzo dei giudizi di legittimità in tema di accertamenti standardizzati, il Legislatore della manovra correttiva ha stabilito l'obbligo per l'Amministrazione finanziaria di instaurare il contraddittorio con il contribuente prima di emettere e notificare l'avviso di accertamento ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 600/1973.

Questi andrà dunque convocato di persona o per mezzo del rappresentante per fornire indicazioni, dati e notizie al riguardo.

NOVITÀ DEL REDDITOMETRO IN SINTESI
Riferimento a spese di qualsiasi genere in luogo delle spese per consumi e investimenti; conseguente eliminazione della presunzione in materia di spese per investimenti (si presumevano sostenute, salvo prova contraria, con redditi conseguiti nell'anno di effettuazione e nei quattro precedenti)
Più ampia prova contraria in base alla presenza di redditi comunque legittimamente esclusi dalla formazione della base imponibile
Eliminazione della necessità di produrre idonea documentazione; rilevanza anche ai mezzi probatori diversi da quelli documentali
Scostamento tra reddito complessivo accertabile e dichiarato del 20%, in luogo del 25%; sufficienza dello scostamento per una sola annualità in sostituzione dei due periodo d'imposta anche non consecutivi
Nuova determinazione del reddito accertabile in presenza di oneri deducibili o detraibili
Redditometro modulato in base al nucleo familiare e all'area territoriale di appartenenza del contribuente
Contraddittorio preventivo obbligatorio prima dell'emissione dell'avviso di accertamento sintetico
Notifica al contribuente dell'invito a comparire ai fini dell'accertamento con adesione prima dell'avviso di accertamento sintetico
Invio di segnalazione dell'Agenzia delle Entrate al Comune di domicilio fiscale del contribuente per comunicazioni di elementi utili alla determinazione del reddito complessivo

Di seguito viene riportata una tabella comparativa tra il previgente redditometro e la nuova versione, al fine di evidenziare le differenze tra i due metodi accertativi

REDDITOMETRO PREVIGENTE	NUOVO REDDITOMETRO
Riferimento al possesso di determinati beni stabiliti dal D.M. 10.9.1992	Riferimento alla spesa sostenuta dal contribuente
Riferimento all'incremento patrimoniale	Introduzione di nuovi beni/spese indice
	Introduzione del concetto di nucleo familiare e ripartizione territoriale
Riferimento allo scostamento del 25% tra reddito dichiarato e reddito determinato sinteticamente per un biennio	Riferimento allo scostamento del 20% tra reddito dichiarato e reddito determinato sinteticamente anche per un solo anno
Riferimento al reddito lordo dichiarato	Riferimento al reddito netto dichiarato
	Attività di supporto da parte degli Enti
Prova contraria costituita dalla dimostrazione di aver percepito redditi esenti o soggetti a ritenuta alla fonte a titolo d'imposta e altri redditi legalmente esclusi dalla formazione della base imponibile	Prova contraria costituita dalla dimostrazione di aver percepito redditi esenti o soggetti a ritenuta alla fonte a titolo d'imposta
	Necessità di insaturazione del contraddittorio preventivo con il contribuente

REDDITOMETRO E STUDI DI SETTORE

Esistono profonde differenze fra i due strumenti che vale la pena ricordare. Innanzitutto è diversa la tipologia dei contribuenti nei cui confronti si possono utilizzare redditometro o studi di settore: il redditometro si applica nei confronti di tutti i contribuenti indipendentemente dalla tipologia di reddito prodotta o dichiarata (lavoro dipendente, lavoro autonomo, reddito d'impresa, reddito fondiario, reddito di capitale o altro); viceversa gli studi di settore si applicano esclusivamente nei confronti dei titolari di reddito d'impresa o di lavoro autonomo (possessori di partita IVA). Diversa è anche la finalità dello strumento, ossia l'oggetto delle misurazioni effettuate: nel

caso del redditometro viene stimato un reddito (elemento rilevante ai soli fini delle imposte sul reddito), nel caso degli studi di settore vengono misurati (e stimati) i ricavi, proventi o corrispettivi dell'attività esercitata con rilevanza non solo ai fini delle imposte sul reddito ma anche dell'IVA, dell'IRAP eventualmente dovuta e dei contributi previdenziali.

In entrambi i casi (redditometro e studi) è garantita al contribuente la possibilità del contraddittorio, vale a dire la possibilità di difesa e di giustificare gli scostamenti rispetto al risultato stimato dal Fisco. Restano da definire le procedure che potranno utilizzare gli uffici in caso di contemporanea applicazione dei due strumenti.



FEDER S.P.E V.

Presidenza della sezione Provinciale di Venezia

Elaborato di alcuni aggiornamenti sui problemi previdenziali e fiscali: trattati dal dott. Paolo Quarto al XLVII Congresso Nazionale di Caserta

PRIMA PARTE

PEREQUAZIONE E RIVALUTAZIONE DELLE PENSIONI INPDAP e INPS

Rivalutazione nel 2010.

Ricupero perequazione 2009 provvisoria del 3,3% e del 3,2% definitiva (-0,1% ricupero sui primi ratei del 2010).

Perequazione 2010 automatica annuale, secondo le variazioni ISTAT: per intero fino al 0,7% fino a 2.288,75 euro mensili, e al 75% pari al 0,52% su parte pensione oltre 2.288,75 euro mensili, con nessuna esclusione e nessun tetto.

Il 2010 è l'ultimo dei tre anni in cui la variazione ISTAT è stata applicata al 100% sulla parte di pensione fino a cinque volte il minimo INPS (anziché tre volte) art.5 c.6 L. 127/207.

Per mantenere nel 2011 questo modestissimo beneficio, occorrerebbe, entro il 2010, apposita norma di legge.

Mancata perequazione 2008 su pensioni INPDAP e INPS oltre 3.489,12 euro.

- Ordine del giorno "on. Cazzola" recepito nel 2009 dal Governo come raccomandazione senza alcun esito.
- Disegno di legge "on. Cazzola e altri" giacente in Parlamento.
- Ordinanza Tribunale del Lavoro di Vicenza (e altri), per questione legittimità art.1 c. 19 L. 247/2007, alla Corte costituzionale.
- Nessuna perequazione art. 1, c. 19 Legge 247/2009 se somma pensioni INPDAP e INPS superava 3.489,12 euro mensili lordi (nella somma non andavano incluse le pensioni di enti privatizzati ENPAM, ENPAV e ENPAF)



ENPAM

Perequazione automatica annuale 2010.

Variazione definitiva ISTAT 2010 0,75%: al 75% pari al 0,56% sulle pensioni fino a 1.983,63 euro, quattro volte il minimo INPS e al 50% pari al 0,38% sulla parte oltre 1.983,63 euro mensili.

ENPAV

Variazioni ISTAT giugno 2009 al 100% su intera pensione pari al 2,1%.

ENPAF

Incremento annuale deliberato di volta in volta.
Per il 2010 il 0,7%

MEDICI PENSIONATI ULTRA65ENNI CHE CONTINUANO A PRODURRE RED- DITO LIBERO PROFESSIONALE

PROGETTO POSEIDONE

Accertamenti sui redditi libero-professionali dal 2004, prescrizione degli anni precedenti.

L'INPS "Gestione Separata" ha richiesto o può richiedere il contributo obbligatorio (17% + sanzioni) imposto da L. 335/1995 anche su redditi professionali non soggetti a contribuzione presso Cassa di categoria.

Dal 1998, per i pensionati, la contribuzione ENPAM su reddito era facoltativa (al 2% o al 12,5%) al Fondo Generale "quota B".

Per i pensionati che non hanno versato, l'ENPAM ha "riaperto" i termini per consentire di versare (al 2% o al 12,5%) sui redditi dal 2004.

Chi aveva già 65 anni il 30/06/2001, come allora, mantiene la facoltà di non iscriversi alla Gestione Separata INPS (ex art 4 D.M. 282/1996).

Cosa fare ?

Per i redditi professionali dei pensionati negli anni 2004-2008:

- i pensionati che non hanno prodotto redditi sono fuori dal problema;
- i pensionati ultra65enni al 30/06/2001 e dopo tale data, che hanno prodotto redditi, possono opporre all'INPS la facoltà di non iscrizione alla "Gestione Separata" INPS (ex DM 282/1996 e circ. INPS 104/2001), oppure di aver già versato il contributo all'ENPAM per lo stesso reddito professionale;
- i pensionati ultra65enni che continuano attività mediche dal 2009 hanno l'obbligo contributivo con l'invio all'ENPAM, al 31 luglio, della dichiarazione mod. D del reddito libero professionale prodotto nell'anno precedente e scegliere l'aliquota di contribuzione (2% o 12,5%).

Il versamento di contributi dà diritto, ogni tre anni, a supplementi di pensione.

Giuliano Sassi



1° Congresso Interregionale delle Tre Venezie ATTUALITÀ IN COLONPROCTOLOGIA

Venezia-Mestre, 22 gennaio 2011

Padiglione Rama Ospedale dell'Angelo Mestre – Venezia
per iscrizioni <http://www.siccr.org/> - <http://www.ordinemedicivenezia.it/>
e on line su <http://www.seleneweb.com/calendario.php#>

PROGRAMMA

08.30 Saluti Autorità e introduzione al convegno

Presidente Nazionale SICCR A. Infantino
Direttore Generale AULSS 12 Veneziana A. Padoan
Comune di Venezia – Assessore al Turismo R. Panciera

SESSIONE I

Moderatori: *G. Zaninotto, R. Merenda*

09.00	Emorragia Ano-Rettale	<i>F. Martin</i>
09.15	Colonscopia	<i>G. Battaglia</i>
09.30	ColonTC	<i>S. Venturini</i>
09.45	Diagnostica con Videocapsula	<i>A. Saggioro</i>

Discussant: *A. Bulzacchi, P. Pagan*

10.00 Coffee Break

SESSIONE II

Moderatori: *D. Nitti, G. Terrosu*

10.30	RNM nel K del retto	<i>L. Cancian</i>
10.45	Ecografia Transanale: patologia maligna	<i>G.A. Santoro</i>
11.00	Stadiazione anatomico-patologica: le novità da sapere	<i>W. Marus</i>
11.15	Markers Tumoral per il Colon-Retto	<i>M. Gion</i>
11.30	PET-TC: indicazioni e risultati	<i>M. Sicolo</i>

Discussant : *P.M. Donisi, P. Sartori*

SEGRETERIA SCIENTIFICA

AULSS 12 Veneziana - S.C. di Chirurgia Generale - Ospedale SS. Giovanni e Paolo - Venezia
Docente e Direttore: Prof. Giovanni Zaninotto
S.S. Unità di Colonproctologia Responsabile: Dott. Giovanni Leoni
Rappresentante Triveneto S.I.C.C.R.
Tel. 0415294765 - leong@libero.it

SESSIONE III

Moderatori: *G.G. Delaini, A. Geccherle*

12.00	Perineografia, Tempi di transito intestinale: la statica e la dinamica	<i>M. Citton</i>
12.15	Studio ecografico del pavimento pelvico	<i>G.A. Santoro</i>
12.30	Manometria anorettale	<i>G. Betetto</i>
12.45	Biofeedback ano-rettale: indicazioni e risultati	<i>L. Polese</i>

Discussant : *L. Passarella, M. Zaffin*

13.00 Colazione di lavoro

SESSIONE IV

Moderatori: *M. Scassola, S. Barra.*

14.00 **SCREENING NEOPLASIE DEL COLON- RETTO
REGIONI FRIULI VENEZIA GIULIA, TRENTINO ALTO ADIGE, VENETO**

Introduce: *R. Sciarrone*

- Friuli Venezia Giulia *W. Marus*
- Trentino Alto Adige *S. Piffer*
- Veneto *M. Zorzi*

14.45 **TAVOLA ROTONDA**

PROBLEMI MEDICO-LEGALI NEL RITARDO DIAGNOSTICO E LISTE DI ATTESA

Moderatore: *D. Boresi*

Il PM	<i>C. Motta</i>
L'Avvocato	<i>F. Scagliotti</i>
Il Medico Legale	<i>D. Roncali</i>
Il Paziente - AVEIS	<i>P. Pecce</i>
Il Medico del Territorio – Ars Medica	<i>A. Frascati</i>
Il Chirurgo	<i>M. Rizzo</i>
Il Direttore Sanitario	<i>O. La Manna</i>

SESSIONE V

ATTUALITÀ TERAPEUTICHE

15:30 I Flebotonici: mito o realtà *G. Rispoli*

16.00 **TAVOLA ROTONDA**

LA CHIRURGIA DELLA PATOLOGIA EMORROIDARIA NEL 2011

Moderatori: *V. Pezzangora, F. Sandei*

- Milligan Morgan *G. Tegon*
- Ligasure Friuli *A. Del Bello*
- Stapler *L. Losacco*
- THD *R. Bellomo*
- Laser -tecnica HeLP *P. Giamundo*
- HPS System *M. Zaffin*

Discussants: *A. Ciancimino, F. Digito, M. Volpato*

17.00 Questionario ECM e Chiusura dei Lavori

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

SELENE S.R.L. - Eventi & Congressi - Via G. Medici 23 - 10143 TORINO
Tel. 011/7499601 - Fax 011/7499576
E-mail: siccr@seleneweb.com - www.seleneweb.com



L'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri
di Venezia augura ai colleghi e alle loro famiglie

Buone Feste

