

OMC e O

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

01.11

Anno LII - n. 01 del 14 febbraio 2011 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

**La formazione del medico e il piano
socio sanitario regionale**

Scuola di etica medica

Certificati di malattia online

Previdenza: guardiamo al futuro

Burn-out del medico, quale prevenzione

**Medici ospedalieri e di famiglia
comunicare per integrare**

Novità fiscali 2011



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. 01 del 14 febbraio 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
Valentina Remigi

Stampa
Grafiche Gifiex, Roncade (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 14 febbraio 2011

04 Un capitolo non eludibile nel futuro
piano socio-sanitario regionale:
LA FORMAZIONE DEL MEDICO

06 2+2=4?

09 Nasce la Scuola di etica
medica dell'Ordine

10 Scuola di etica medica
OMCeO-Ve

13 PREVIDENZA:
guardiamo al futuro

14 Aggiornamenti sulla battaglia
dei certificati on-line

16 Burn-out e medici
Presentazione del questionario

17 Burn-out: quale prevenzione?

21 È necessario comunicare
il sospetto/quesito diagnostico

22 CORSO DI FORMAZIONE
SUL CAMPO VEN - FSC 720

24 Alcune novità in materia
fiscale per l'anno 2011

27 L'estrazione del terzo molare
inferiore di sinistra

28 Eravamo quattro amici al bar

30 FEDER S.P.E.V.
Presidenza della sezione
Provinciale di Venezia

Sommario

3

Un capitolo non eludibile nel futuro piano socio-sanitario regionale: LA FORMAZIONE DEL MEDICO

4

La formazione è per il medico un obbligo deontologico, professionale, etico e deve rappresentare una strategia del SSNN. Desidero sottolineare con forza come qualsiasi rilettura e revisione del nostro sistema di welfare non possa prescindere da uno sviluppo professionale coerente con obiettivi di salute; la formazione del medico dovrebbe essere inserita tra gli obiettivi politici prioritari nella

programmazione socio-sanitaria della nostra Regione ed è uno strumento cardine per garantire equità, qualità, efficacia e sostenibilità del SSRR. La formazione viene affidata all'Università per il raggiungimento della Laurea e dei Diplomi di Specialità, diviene successivamente, nell'ambito dello sviluppo professionale continuo, uno dei compiti prioritari dell'attività medica che trova nell'Ordine professionale la difesa della qualità dell'atto medico e quindi la tutela del cittadino. Le strutture del SSRR devono rappresentare luoghi di formazione sul campo integrando, costantemente nei contenuti, negli strumenti e nei percorsi formativi, la formazione post laurea. Poiché al livello regionale è assegnata la responsabilità di programmazione e organizzazione della sanità, che determina un impegno economico di oltre il 70% del Bilancio Regionale, l'organizzazione della formazione continua diviene uno dei compiti prioritari della Regione, non tanto per garantire un punteggio ECM a minor costi, ma per assicurare un aggiornamento continuo teorico-pratico su temi clinici coerenti con obiettivi di salute e su corretti assetti gestionali in base alle linee di indirizzo regionali ed alle esigenze delle



single Aziende ulss. La Federazione Regionale degli Ordini dei medici rappresenta il primo interlocutore della Regione e dovrebbe sempre offrire pareri vincolanti sugli atti relativi alla formazione del medico e agli assetti organizzativi degli uffici per la Formazione delle Aziende ulss dove la presenza della professione medica dovrebbe essere garantita ai massimi livelli di responsabilità gestionale. Siamo di fronte ad un

cambiamento sostanziale nel rapporto tra la persona e il sistema delle cure; come cittadini, vogliamo essere protagonisti e ci presentiamo sempre più come esigenti; il retroterra socio-economico, culturale e personale condiziona atteggiamenti e comportamenti nei confronti dei servizi e degli operatori; sempre più il modello organizzativo incide sulle capacità di risposta ai bisogni, sulla qualità delle prestazioni, sulla responsabilità professionale e sul contenzioso tra medico e paziente.

Un sistema aziendalistico spinto può condizionare l'accesso alle cure e potrebbe minare drammaticamente i Livelli Essenziali di Assistenza.

Se è inaccettabile il concetto di aziendalizzazione della salute, d'altro canto è ineludibile definire quali siano oggi le priorità ed i modelli assistenziali: dobbiamo definire le nostre priorità come Comunità veneta in un contesto nazionale che impone livelli essenziali di cura.

È ormai vitale che medici e portatori di interesse (Associazioni a difesa del Malato e del Cittadino) affrontino, finalmente e insieme, anche il tema della sicurezza attraverso una lettura comune del sistema socio-sanitario regionale; informazione,

educazione, formazione e riorganizzazione del sistema dovranno essere i nostri strumenti di lotta civile.

È innegabile che la serenità di operatori che lavorano in un ambiente partecipato, affidabile, responsabile e nel quale possono sviluppare la loro professionalità ed i loro talenti, rappresenta una vera garanzia per la sicurezza della persona che entra in contatto con il sistema assistenziale. Voglio affermare, in sostanza, che sicurezza del paziente e sicurezza dell'operatore sono parte dello stesso problema!

La Federazione Regionale degli Ordini dei medici ritiene che, nelle politiche per la salute, le Associazioni a tutela dei malati e dei cittadini siano alleati naturali della professione medica. E' sotto questo angolo visuale che uno sviluppo professionale continuo è efficace se, coerente con obiettivi di salute, è accompagnato da una verifica e revisione sistematica dei processi organizzativi e della efficacia delle cure.

Questo percorso di qualità deve essere supportato da un corretto flusso di informazioni. Il grande capitale sociale della nostra Regione è la cultura e la solidarietà ed è su questa solida base che dobbiamo costruire il nostro futuro: partecipazione alle scelte, dati economico – gestionali leggibili ed interpretabili, chiare ed esplicite strategie di politica per la salute. È da queste riflessioni che poniamo anche il problema di una rivisitazione partecipata del sistema formativo pre e post laurea che non può più prescindere da strumenti di rilevamento dei bisogni espressi dalla nostra popolazione. Questa prospettiva partecipativa appare la sola che possa affrontare efficacemente la emergenza formativa nella quale siamo entrati

anche in ragione della *gobba demografica (51-59 anni)* in cui sono compresi il 52% dei medici occupati in regime di dipendenza (48%), di convenzionamento (62% mmg – 58% dei PLS – 55% specialisti convenzionati) e di professione odontoiatrica (doppi iscritti); ovvero il 38% di tutta la popolazione medica (28-70 anni). Vogliamo che siano rivisitati gli attuali criteri di programmazione agli accessi a Medicina, oggi strettamente correlati alla disponibilità di posti letto a direzione universitaria: *insieme all'Università*, si devono individuare indicatori di fabbisogno formativo e le competenze specifiche che dovranno incontrare gli indicatori demografici della popolazione e le necessità occupazionali del SSRR. Analogo discorso riguarda la Programmazione degli accessi alle Scuole di Specialità ed alla Formazione Specifica in Medicina Generale sulle quali, nei prossimi anni, graverà pesantemente la domanda di formazione con inevitabili ripercussioni sulla sostenibilità del sistema formativo. Nell'ambito delle Scuole di Specialità è auspicabile che, specie nel triennio formativo successivo all'area comune, avvenga quella auspicata integrazione tra processi formativi e clinico – assistenziali che vede le sedi ospedaliere periferiche come luoghi naturali della esperienza formativa e sbocco lavorativo privilegiato. Stiamo affrontando un periodo politico, sociale ed economico di grande incertezza; noi tutti possiamo contribuire a sostenere la politica regionale nel delineare nuovi obiettivi e nuove strategie in un percorso di solidarietà, di equità e di impegno civile.

Maurizio Scassola

Attività
dell'Ordine



2+2=4?

6

L 19 Ottobre si è tenuto nella sala convegni dell'Ordine un convegno sulla contraccezione d'emergenza.

Il primario della Ginecologia di Mestre, il dott. Tiziano Maggino ha svolto la prima relazione partendo dalla constatazione che la libertà del paziente è nel Sistema Sanitario attuale il criterio centrale delle nostre prestazioni e, se un medico del servizio pubblico non ritiene di prescrivere il Levonorgestrel, deve

accompagnare la paziente in modo che la stessa possa ricevere la prestazione che chiede.

Il dott. Bruno Mozzanega, ricercatore dell'università di Padova, ha illustrato i possibili meccanismi d'azione del farmaco ed ha mostrato che in letteratura viene nella sostanza esclusa la possibilità che possa avere una azione anti-ovulatoria, il che obbligherebbe a considerarlo un farmaco abortivo e non contraccettivo.

La dott.ssa Raffaella Michieli ha illustrato le dinamiche nelle quali si trova il medico di medicina Generale al quale viene fatta la richiesta di contraccezione d'emergenza.

La dott.ssa Anna Aprile ha illustrato le problematiche nelle quali si trova il medico a seconda del reale meccanismo d'azione del Levonorgestrel. Se si tratta di un contraccettivo, va prescritto come tale e quindi, per esempio, alla minorenni può essere prescritto senza il consenso né l'informazione dei genitori. Se viceversa è un abortivo, la prescrizione ricade sotto al legge 194 e, per esempio, i genitori del minore vanno avvisati.

A mio parere l'aspetto più sorprendente della mattinata è stato il conflitto tra il punto di vista scientifico e il punto di vista legale. Sembra quasi



che il meccanismo d'azione di un farmaco sia del tutto irrilevante: ciò che conta è ciò che sta scritto nel foglietto illustrativo e come è stato registrato dall'Agenzia Italiana del Farmaco.

Credo che su questo punto i colleghi iscritti all'Ordine non abbiano colto bene le dimensioni del problema. È vero che la sala era piena, ma il tema è talmente grave che stupisce ci sia stato qualche medico assente o indifferente.

Per capire la gravità dell'alternativa dobbiamo coglierla nella propria origine: quando si è posta l'alternativa tra la verità scientifica e la verità "burocratica"?

Se ripercorriamo la storia della sanità nel nostro paese scopriamo che dopo la pubblicazione del Codice di sanità ed igiene Pubblica di Crispi, le associazioni mediche nel loro complesso fecero uno sforzo immane per vedere riconosciuto il loro ruolo, e il ruolo dei propri rappresentanti, negli organismi politici e tecnici laddove si decidevano le politiche sanitarie del paese. Questa lotta era supportata dalla certezza che non si potesse discutere di sanità senza una solida base scientifica, che proprio la cultura scientifica abilitasse i medici a dire la loro opinione quando si trattava di discutere della lotta contro la malaria, la pellaagra, la tubercolosi.

Dobbiamo anche ricordare chi e come si oppose a questo sforzo: in Italia quando l'Ordine dei Medici fu sciolto, la condizione per esercitare la medicina divenne l'iscrizione al Sindacato Fascista. L'adesione ideologica divenne il criterio per la prestazione sanitaria.

Presso la sede dell'Ordine conserviamo ancora gli Albi dei Medici di quel periodo: tra le pagi-

ne iniziali le “linee guida” per l’esercizio della medicina erano firmate da Mussolini in persona, tra le norme per l’iscrizione all’albo vi era “la dichiarazione di appartenenza alla razza ariana”, il Direttorio prima dell’iscrizione doveva valutare la “capacità civile, politica e razziale”. Sappiamo che in Germania andò peggio e, solo per fare un esempio, i medici collaborarono ad eliminare 80.000 disabili tra il 1940 e il 1941.

Può apparire spropositato ricordare simili scenari, ma la spaccatura tra la verità scientifica e la realtà professionale quotidiana ci tocca tutti i giorni, tutti ce ne accorgiamo, ma non tutti ne identifichiamo la causa né, soprattutto, il rimedio. Tutti i giorni, per esempio, noi siamo a rischio di denuncia di malpratica, sulla quale denuncia un giudice chiamerà un perito ad esprimersi, il quale perito il più delle volte (posso documentare ampiamente questa affermazione, ma sono sicuro che è una nozione condivisa) non si esprimerà in base a certezze e/o verità scientifiche, ma in base ai propri personali convincimenti.

La verità scientifica non può essere una questione confessionale, non si può invocare la “clausola di coscienza” per giustificare una affermazione senza supporto razionale né bibliografico. Perché se il criterio è “il libero convincimento”, ci verremmo davvero a trovare in una babele nella quale qualcuno alla fine dovrà mettere ordine, e se i medici non ne sono capaci ci penserà lo Stato. Se il meccanismo d’azione di un farmaco è irrilevante, se ciò che fa testo è il “bugiardino” piuttosto che l’opinione personale di un qualunque perito o giudice, la nostra professione è davvero al proprio capolinea.

In questa prospettiva noi diveniamo puri esecutori di ordini altrui (paziente, Stato, ASL).

In questa prospettiva fa specie che l’epoca moderna inizi con una protesta di adesione alla verità oltre qualunque imposizione: alla dieta di Worms si dice che Lutero sostenne “*Hier stehe ich, ich kann nicht anders* - io sto qui, non posso fare altro”. Siamo arrivati al punto che qualcuno vorrebbe farci dire: io penso quello che voi volete che io pensi!

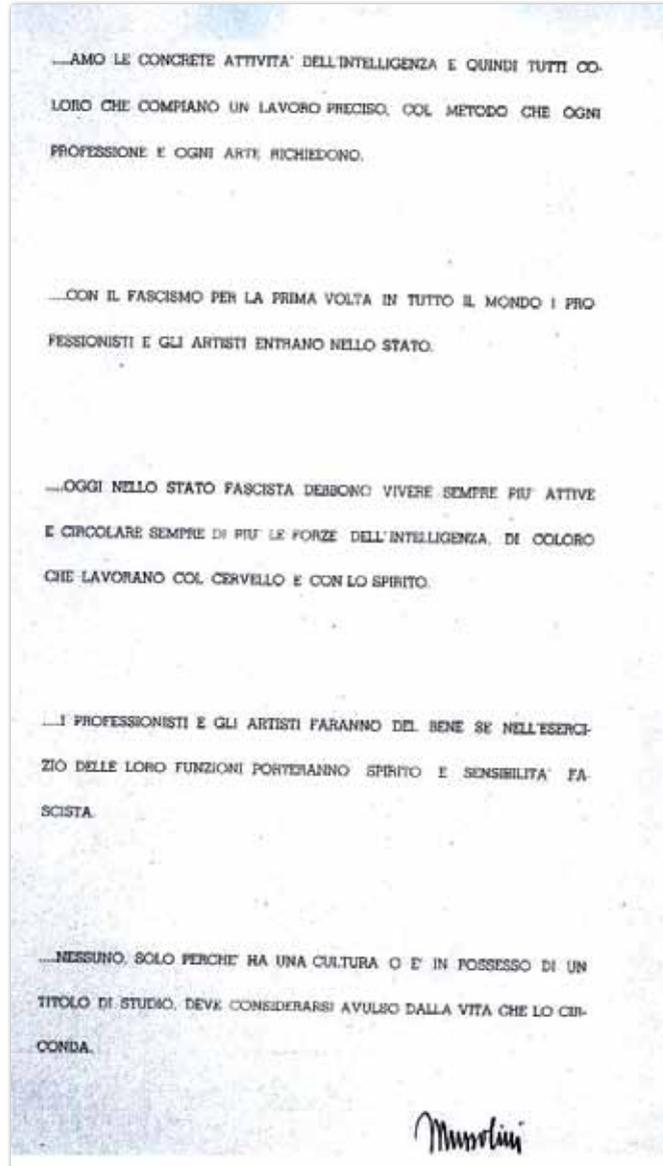
Ma c’è in tutta la vicenda un aspetto paradossale: il medico che muove la propria riflessione a partire dalla libertà del paziente come valore assoluto, ritiene che il diritto di informazione di questo paziente, a fondamento del consenso informato, non valga nulla. Il paziente non ha il diritto di sapere

come funziona quel farmaco che sta per assumere, ciò che conta è che non mi possa denunciare se glielo prescrivo o non glielo prescrivo!

La ripresa della dignità della nostra professione passa attraverso la riscoperta del valore oggettivo della ricerca scientifica. Dobbiamo tornare ad affermare che è importante sapere se $2+2=4$ e che è possibile saperlo.

Come medici, come odontoiatri, come cittadini.

Cosimo Tomaselli



Linee guida per l’esercizio professionale di Benito Mussolini

MA QUAL È IL LUOGO NEL QUALE DISCUTERE DELLA VERITÀ SCIENTIFICA?

Qualcuno sostiene che il consenso sulla verità scientifica vada ricercato all'interno delle società scientifiche, altri guardano invece al Consiglio Superiore di Sanità.

Per quel che riguarda le società scientifiche, i medici nel 1910 considerarono una importante conquista l'istituzione dell'Ordine dei Medici, appunto perché andava a costituire il luogo deputato dallo Stato a raccogliere e rappresentare tutti i medici, nel pullulare e duplicarsi incontrollato di società scientifiche dell'epoca. Attribuire alle società scientifiche il compito di formare un consenso unanime della professione su un qualunque punto scientifico, significa da un lato intraprendere un cammino dai confini molto incerti, dall'altro tornare indietro di almeno 100 anni.

Per quel che riguarda il Consiglio Superiore di Sanità si deve ricordare che i medici considerarono sempre una grande vittoria l'aver ottenuto di esservi rappresentati. Ma i medici che nel CSS rappresentano la professione, cosa dovrebbero rappresentare se non hanno un punto di vista della professione di cui farsi portavoce?

Brani tratti dagli atti del Convegno Nazionale su Etica e Deontologia di Inizio Vita, organiz- zato dalla FNOMCeO il 24/10/2008 a Ferrara, pubblicato sul vol.1/2009 de La Professione.

Valeria Dubini, vice Presidente dell'Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani – Aogoi, pg.29: “Se parliamo della pillola del giorno dopo ... credo che le evidenze scientifica vadano nel senso della dimostrazione che non si tratta di una interruzione di gravidanza, ma di una inibizione preconcenzionale.”

Nicola Natale, Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia – Sigo, pg.36: “...nessuna delle due posizioni, quella che considera il Levonorgestrel come un farmaco abortivo e quella che lo considera come contraccettivo, ha potuto dare una risposta definitiva... la Commissione Nazionale di Bioetica, nel 2004, ha definito all'unanimità il Levonorgestrel possibilmente abortivo”

Francesca Fiorillo, Associazione dei Ginecologi Territoriali – Agite, pg.39: “Condividiamo quindi appieno tutti i punti scientifici illustrati dalla dottoressa Dubini e dal dottor Natale”

Nasce la Scuola di etica medica dell'Ordine

Noi tutti nell'esercitare la nostra professione o in una corsia ospedaliera o nel territorio, affrontiamo ogni giorno le problematiche concrete del mondo sanitario.

Immersi in questa quotidianità constatiamo che la riflessione bioetica più elevata, in qualche modo più teorica, è un approfondimento sicuramente affascinante, però presenta un abisso rispetto alla realtà concreta.

Nel quotidiano si presentano problemi e dilemmi etici che impongono a ciascuno di noi la necessità di risolverli con urgenza. 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"? Dire o non dire la verità al malato? Come comportarsi quando valori importantissimi per noi medici arrivano a confliggere con altri valori importantissimi per il paziente? Quale valore attribuire all'autonomia (autodeterminazione) del paziente? Oltre all'obbligo del "consenso informato", sta prendendo piede, in base ad una recente sentenza, l'obbligo di rispettare il "dissenso preventivo" espresso dal paziente?

Si tratta di interrogativi angosciosi che suscitano in noi tutti disagio e malessere per la natura stessa dei problemi che concernono talvolta la vita e la morte.

Nelle risposte ad un questionario raccolte circa un anno fa in occasione di un convegno, molti colleghi hanno espresso la necessità di conoscere linee guida di *etica medica* o *etica pratica al letto del malato*, che ci orientino nella valutazione da fare e poi attuare nei riguardi di ogni singolo paziente nel rispetto del Codice deontologico, dell'etica, del credo religioso personale, ma anche nel rispetto delle convinzioni del paziente, della persona che a noi si affida.

Aderendo alla richiesta dei colleghi, nel programma allegato vengono illustrati i **cinque incontri di formazione di etica medica**, organizzati dall'OMCeO di Venezia.

Un tempo non lontano il medico veniva definito "Vir bonus sanandi peritus", quel "bonus" si

riferiva e si riferisce ad un medico dotato di una formazione nel campo dell'etica, della psicologia e delle altre scienze umane. Senza il "bonus" il medico è un "ingegnere degli organi malati", un tecnocrate sempre più costretto a mantenersi sulla difensiva, ma non un medico a pieno titolo della persona umana.

Il Gruppo di lavoro "Etica e deontologia" ti propone questo evento formativo, come palestra di discussione per incidere sul **saper essere** nella nostra professione di medico chirurgo od odontoiatra.

Il numero dei partecipanti ai cinque incontri di formazione di etica medica è limitato a 20 persone, per cui Ti preghiamo di leggere attentamente le informazioni pratiche in esso contenute. Alleghiamo anche la "Scheda di iscrizione", da rinviare al più presto alla Segreteria dell'OMCeO qualora Tu fossi interessato all'iniziativa.

Il gruppo di lavoro:

R. Fameli, P.Nardi, D.Roncali, M.Sinigaglia, O. Tarantino, C.Tomaselli

Attività
dell'Ordine

9



Nel corso degli ultimi decenni abbiamo assistito ad una vera esplosione tecnologica sia nel campo delle scienze biologiche che nel campo della medicina clinica. Il progresso tecnologico, se ha aumentato considerevolmente le possibilità diagnostiche e terapeutiche dei medici, ha accresciuto in modo imprevedibile le **responsabilità** etiche del personale sanitario il quale si trova sempre più spesso a dover rispondere all'interrogativo se sia moralmente lecito porre in atto ciò che è diventato tecnicamente possibile.

Quotidianamente il medico ha davanti a sé un

uomo concreto, con la sua storia, il suo nome e cognome ed un vissuto. Il professionista, per dare una risposta adeguata ai bisogni del singolo individuo, non può solo muoversi nella dimensione dei grandi principi etici, ma deve individuare i bisogni e offrire delle risposte che siano adeguate, che siano appropriate al caso clinico in esame. L'**etica medica** è la valutazione che il clinico deve fare e poi attuare nei riguardi di ogni singolo paziente nel rispetto della deontologia professionale, dell'etica, del credo religioso personale, ma anche nel rispetto delle convinzioni del paziente, della persona che a lui si affida.

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.

Programma

- **I Incontro:** giovedì 14 Aprile 2011

“Etica, bioetica e deontologia nella professione medica”: un'introduzione alla deontologia

Prof. Paolo Benciolini Professore di Medicina Legale presso Università di PD.

- **II Incontro:** giovedì 28 Aprile 2011

“I valori etici e la relazione medico-paziente: discussione di un caso clinico”

Prof. **Cesare Scandellari**, Ordinario di Medicina Interna presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di PD

- **III Incontro:** giovedì 12 Maggio 2011

Antropologia “Le risorse etiche (interiori) nella relazione medico-paziente

Prof. don **Corrado Cannizzaro**, docente di Bioetica presso lo Studium Marcianum di Venezia

- **IV Incontro:** giovedì 26 Maggio 2011

. Etica medica e legge: cosa fare quando Legge ed Etica non coincidono

Prof. **Angelo Fiori**, Ordinario emerito di Medicina Legale all'Università Cattolica di Roma.

- **V Incontro:** giovedì 9 Giugno 2011

Umanizzazione delle cure

Prof. Fabrizio Turoldo

Cattedra di Bioetica-Università Ca' Foscari VE

Responsabile della didattica: Dott. Maurizio Sinigaglia

Comitato scientifico: Dott. R. Fameli, Dott. P. Nardi, Dott. O. Tarantino, Dott. D. Roncali,

Dott. M. Sinigaglia, Dott. C. Tomaselli

Informazioni pratiche

Il corso è a numero chiuso di iscritti, limitato a **20 partecipanti** iscritti all'Ordine di Venezia, **che si impegnano all'effettiva frequenza ai 5 incontri** onde evitare che ad altri colleghi più disponibili, sia tolta questa possibilità

La frequenza è gratuita.

Iscrizioni presso la Segreteria OMCeO di Venezia, rinviando per fax o per e-mail l'allegata **“Scheda di iscrizione”**, compilata in ogni sua parte entro il 30/3/11

Criterio di accettazione delle iscrizioni: seguendo l'ordine e la data di arrivo delle "Schede di iscrizione" compilate alla Segreteria OMCeO fino a saturazione dei 20 posti disponibili.

Conferma dell'accettazione o meno dell'iscrizione verrà comunicata ai richiedenti dalla Segreteria tramite fax o e-mail.

Sede: Centro pastorale "Card. Giovanni Urbani" di Zelarino – via Visinoni 4/C
(ampio parcheggio)

Orari degli incontri: dalle ore **20,00 precise** alle ore **22,00** nel giorno indicato per ogni singolo incontro.

Crediti ECM e un Attestato di frequenza verranno rilasciati ai partecipanti che avranno frequentato con costanza i cinque incontri programmati

Metodologia. La metodologia utilizzata è quella propria dell'apprendimento attivo dell'adulto

Questionario di fine corso. Al termine dei 5 incontri verrà richiesta ai partecipanti la compilazione di un questionario di valutazione del corso.

L'OMCeO terrà conto dei giudizi espressi dai partecipanti anche nella prospettiva di ulteriori sviluppi nel programmare iniziative in tema di formazione di "*etica medica*"

Ulteriori informazioni presso la Segreteria OMCeO nei giorni feriali dalle ore 10 alle ore 12, telefonando al n. 041.989479, fax 041.989663, e-mail info@ordinemedicivenezia.it

L'OMCeO della Provincia di Venezia

Organizza la

Scuola di etica medica

Dal 14 Aprile 2011 al 9 Giugno 2011

Cinque incontri per affrontare

I temi dell'etica nella pratica professionale

Percorso formativo riservato a Medici-Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Venezia

Centro Pastorale "Card. Giovanni Urbani"
Via Visinoni 4/C - Zelarino

Attività
dell'Ordine



Scuola di etica medica

Cinque incontri di formazione di “etica medica” SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a dott. _____

abitante a _____

via _____ n. _____ tel. casa _____

esercitante la professione nel

Comune di _____

tel. studio _____ fax _____ cell. _____

e-mail _____

Medico MG

Ospedaliero o Specialista

(barrare l'attività svolta)

Anno di laurea _____ iscritto all'OMCeO di Venezia dall'anno _____

chiede di essere iscritto al corso di formazione di “etica medica”,
impegnandosi alla frequenza ai cinque incontri programmati.

Data _____ Firma (*leggibile*) _____

N.B. Essendo la frequenza al corso limitata a 20 iscritti, la conferma dell'accettazione verrà stabilita in base all'ordine e alla data di arrivo alla Segreteria della “scheda di iscrizione” compilata in ogni sua parte. La conferma o meno verrà comunicata dalla Segreteria o per fax o per e-mail.

Per favore: scrivere in stampatello leggibile o tramite computer

Garanzia di riservatezza (legge 695/96, art. 10)

I dati comuni e sensibili verranno rappresentati in forma anonima e solo a fini statistici e saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte dell'OMCeO di Venezia. Gli indirizzi saranno utilizzati solamente per inviare eventuali comunicazioni inerenti lo svolgimento del Corso.

PREVIDENZA: guardiamo al futuro.

Catturare l'attenzione: è uno degli obiettivi che l'ENPAM si è dato per l'immediato futuro.

L'attenzione di chi? L'attenzione di noi medici e odontoiatri, noi che contribuiamo all'Ente per averne in cambio, al raggiungimento dei requisiti, una pensione.

Pare quasi paradossale che sia l'Ente a porsi il problema di rendicontare i contributi versati e produrre da ciò una proiezione della corrispondente prestazione pensionistica.

È personale parere che ogni iscritto o professionista ha il compito, direi quasi l'obbligo-dovere di conoscere e pianificare la propria previdenza.

Vi sono dei dati che ognuno dovrebbe conoscere a cominciare dal proprio reddito "spendibile", alle proprie necessità economiche attuali e soprattutto future.

Chiedersi quindi se la futura pensione sarà sufficiente a soddisfare le future esigenze o da chi e come potrà essere garantito questo reddito nel tempo quando non ci sarà più l'introito da lavoro. Proverò ad evidenziare alcuni dei problemi oggi sul tappeto, prendendo in esame due soli parametri strettamente correlati tra loro: la sostenibilità economica nel tempo dei rendimenti pensionistici e l'aspettativa di vita.

Per non dilungarmi e tediare chi mi legge mi limito a fornire alcuni dati:

nel 1995 i medici iscritti all'ENPAM con meno di 44 anni erano il 64,4%, cioè molti giovani, professionalmente in ascesa che pagavano per i pochi pensionati;

nel 2009 gli under 44 anni sono scesi al 27,7%, pochi giovani che pagano per i molti che sono usciti dal lavoro;

tra il 2015 ed il 2025 lasceranno il lavoro 40.000 MMG in Italia.

A completamento del quadro teniamo presente un ulteriore dato:

nel 1988 l'aspettativa di vita a 65 anni, di un pensionato ENPAM, era di circa 8 anni; attualmente l'aspettativa di vita di un 65enne è di 18 anni se uomo e 21,5 se donna.

Aggiungiamo che il 15% degli ultra 65enni è anche non autosufficiente, e forse questo è il primo spauracchio per i nostri connazionali.

Ricette e soluzioni facili non credo ne esistano,



ognuno è chiamato a fare la sua parte.

Di recente un convegno sulla terza età ha portato a confronto ENPAM, FNOMCeO e ONAOSI con l'impegno per un coordinamento tra gli Enti onde evitare duplicazioni di servizi e offerte e miglior impiego delle risorse. In altri termini, la professione medica studia un "miniwelfare" al suo interno.

Nello stesso convegno si è giunti ad ipotizzare la riunificazione nello stesso ENTE per tutta la professione medica, un Ente di medici per i medici e in cui unire convenzionati, liberi professionisti e dipendenti.

Sarebbe forse opportuno che quando si sentono voci di autonomia e separazione, prima di tutto si illustrassero i problemi reali a scapito anche dei principi.

Che ruolo hanno o devono avere i medici e gli iscritti in questo scenario a tinte fosche che è il loro futuro? Ritengo che la risposta da dare sia una sola: sviluppare una conoscenza, una cultura della previdenza che attualmente risulta assai carente.

Un ultimo dato su cui riflettere: in Italia solo il 4% dei giovani anziani (50-64 anni), in attività lavorativa, ha una previdenza individuale, in Svezia questo dato sale al 70%.

Non basta più il primo pilastro previdenziale, la previdenza obbligatoria, urge sviluppare e credere nella previdenza complementare.

Buone riflessioni a tutti.

Attività
dell'Ordine

Moreno Breda

13

Aggiornamenti sulla battaglia dei certificati on-line

Nell'ambito del sistema di trasmissione on-line dei certificati di malattia, occorre fare alcune precisazioni su questa procedura che aggrava il nostro lavoro, lo distoglie dalla cura alla persona e dimostra drammaticamente come la politica viaggi su piani diversi della vita quotidiana dei cittadini e dei medici. La politica vuole trasformare i medici in controllori del SSNN che è a sua volta controllato da un Ministero della Economia e delle Finanze che è sempre più l'imbuto attraverso il quale passano le sorti del Paese: la *politica* ha lasciato il posto alla *ragioneria*. Questo modo temerario e irresponsabile di procedere deteriora la qualità del servizio, finalizzandolo alla realizzazione di obiettivi di controllo fiscale che pretendono risultati immediati e a costo zero; poco o nulla importa comprendere come lavorano i medici, di quali risorse e di quali modelli organizzativi avrebbero bisogno.

L'Ordine insieme alla FNOMCeO vuole essere fortemente presente e si pone il compito di affiancare i colleghi in un percorso non solo operativo e organizzativo ma anche di battaglia politica per garantire serenità, sicurezza e dignità alla professione! Vogliamo, in primo luogo, sottolineare che il sistema è in fase avanzata e che il nostro compito è di convincere la politica sulla necessità di una immediata verifica e revisione delle procedure; in secondo luogo dobbiamo eliminare ogni ipotesi di sanzione disciplinare non decisa all'interno di organismi gestiti anche dalla professione; in terzo luogo dobbiamo dare forza al senso di responsabilità che ci contraddistingue e che vede i nostri pazienti al centro dei nostri interessi.

Non vogliamo che questo momento critico per la professione rappresenti una occasione di spaccatura tra medici. Non è negando le rispettive responsabilità o peggio affermando che le attività di certificazione non ci competono che risolveremo i problemi individuali o di singola categoria. La certificazione è un obbligo deontologico che tutti i medici devono affrontare con competenza e responsabilità. La professione deve cogliere questa occasione di sofferenza come occasione di battaglia politica che riunisce i medici intorno ai valori della cura e del tempo adeguato alla cura della persona.

In questa fase è nostro dovere fornire a tutti i colleghi alcuni chiarimenti nel merito delle ultime circolari.

La CIRCOLARE n. 1 dell'11 MARZO 2010 fornisce indicazioni concrete sulle caratteristiche dell'illecito disciplinare ascrivibile ai soggetti destinatari degli adempimenti.

L'elemento materiale dell'obbligo di trasmissione

per via telematica richiede una **condotta attiva** perché vi sia la violazione delle prescrizioni (invio a soggetto diverso, invio in forma cartacea, invio di informazioni incomplete o errate, invio della certificazione con ingiustificato ritardo), ovvero una totale omissione degli adempimenti richiesti (mancato invio).

Sotto il profilo soggettivo la colpa va verificata anche in relazione alla disponibilità e al funzionamento dei mezzi telematici richiesti. La temporanea interruzione della connessione internet, costituisce per es. una causa di inesigibilità.

Nell'irrogazione della sanzione si deve tener conto della gravità della violazione od omissione, nonché del grado della colpa in concreto accertata ed ascrivibile al soggetto obbligato, nel rispetto del principio di proporzionalità e adeguatezza tra illecito e sanzione. La sanzione più grave del licenziamento può essere comminata solo in caso di RECIDIVA, ovvero in sede di irrogazione di una nuova sanzione a carico del soggetto già sanzionato per la violazione dell'obbligo e quindi nel caso in cui il soggetto manifesti apertamente la mancanza di volontà di adeguarsi.

La circolare n. 2 dl 28.09.2010, chiarisce invece la posizione dei medici sostituiti e precisa che il nuovo regime di trasmissione telematica riguarda anche i medici liberi professionisti; il mancato utilizzo della modalità telematica non è specificamente sanzionato per questa categoria di professionisti. Le procedure per l'accesso alla digitalizzazione delle certificazioni per questi soggetti non sono ancora state definitivamente stabilite e quindi al momento essi non possono essere inclusi tra i soggetti obbligati all'invio telematico.

Sino alla compiuta messa a regime del sistema, le amministrazioni sono tenute ad accettare i certificati e gli attestati medici in forma cartacea se provenienti dai liberi professionisti.

Inoltre sono emerse problematiche specifiche legate ai certificati ed agli attestati rilasciati dalle strutture ospedaliere in sede di pronto soccorso o per attestare un ricovero del paziente, con criticità nell'applicazione del nuovo modello di trasmissione. In questo caso occorre quindi individuare adeguate procedure ed attuare un monitoraggio con il concerto delle amministrazioni coinvolte, per verificare la funzionalità del servizio; ove l'attuazione non sia ancora avvenuta, continueranno ad essere rilasciati in forma cartacea fino ad adeguamento del sistema.

Anche la federazione nazionale degli ordini ha trasmesso alcune circolari (l'ultima è la n. 4 del

25.01.2011) che forniscono ipotetiche modalità di accesso al sistema da parte dei liberi professionisti, identificati in prevalenza, ma non in via esclusiva, con i medici sostituti.

In questo ambito il Ministero della Salute ha chiesto la collaborazione degli Ordini professionali, con un percorso che dovrebbe svilupparsi come di seguito.

- l'Ordine deve nominare un proprio soggetto in qualità di amministratore e comunicare il nominativo al SOGEI
- l'Ordine deve nominare uno o più dipendenti in qualità di utenti, cioè di soggetti che dovranno materialmente distribuire i PIN. Anche tali nominativi andranno comunicati al SOGEI.
- Gli amministratori dovranno partecipare ad un apposito corso di formazione al fine di acquisire i dati tecnici per l'accesso al sistema, che sarà effettuato dagli utenti
- In via informale, l'Ordine dovrà raccogliere le richieste di PIN per riuscire a segnalare un numero al SOGEI, che provvederà alla trasmissione dei PIN all'Ordine che provvederà alla loro distribuzione.

Al momento nessuno di questi passaggi è divenuto operativo e le procedure sono ancora in fase di valutazione e determinazione.

Come Ordine provinciale riteniamo comunque di poterci attivare per la raccolta dei nominativi dei soggetti interessati.

Con la segreteria abbiamo pertanto predisposto un modulo che i colleghi interessati possono compilare ed inviare via mail o fax alla segreteria che provvederà a raccogliere un elenco per l'assegnazione dei PIN.

Invitiamo inoltre i colleghi e collegarsi al sito dell'Ordine dove verranno pubblicate tempestivamente tutte le nuove informazioni.

Rimane comunque a disposizione il sottoscritto e la segreteria, in particolare il segretario, la dott. ssa Caterina Boscolo per qualsiasi informazione e dubbio.

*Il Presidente
Maurizio Scassola*

MODULO DI RICHIESTA PER INSERIMENTO IN ELENCO

per la distribuzione delle credenziali di accesso per l'invio telematico delle certificazioni di malattia (circolare FNOMCeO n. 4 del 25.01.2011)

il sottoscritto _____ c.f. _____

iscritto all'Albo _____ (specificare se Medici Chirurghi o Odontoiatri)
della provincia di Venezia al N. _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

E-mail _____ PEC _____

Tel. _____ cell. _____

Per l'esercizio della propria attività di

CHIEDE

DI ESSERE INSERITO NELL'ELENCO CHE L'ORDINE STA PREDISPONENDO PER LA DISTRIBUZIONE AI MEDICI PRIVATI DELLE CREDENZIALI (PIN) PER L'INVIO TELEMATICO DELLE CERTIFICAZIONI DI MALATTIA.

Data

Firma

Attività
dell'Ordine

15

Burn-out e medici

Presentazione del questionario

La letteratura medica è ricca di articoli sul Burn out ma poche sono le soluzioni concrete; ancora meno dati sono rinvenibili per la situazione italiana ed in modo particolare per la nostra area geografica.

Il questionario presente in questo Notiziario, elaborato dal gruppo di lavoro sul Burn- out, cercherà di far emergere se il fenomeno esiste nella nostra provincia e in quali dimensioni.

Ti preghiamo di rispondere e di inviare il modulo via fax o mail alla segreteria dell'Ordine.

Un piccolo tuo contributo per aiutarci a vivere TUTTI meglio la professione.

Sondaggio "BoeM" (Burn-out e Medici)

La sindrome di Burn-out, che colpisce soprattutto i professionisti dell'aiuto, purtroppo non esclude il Medico. È per considerare con maggiore attenzione e specificità tale fenomeno debilitante che l'Ordine dei Medici della Provincia di Venezia si fa promotore di questa Ricerca-Intervento tra i propri iscritti.

Due domande, ...solo due domande:

- I -

Quali pensi siano i motivi principali che causano lo stato di Burn-out nel Medico?

(dai il tuo valore da 1 a 4 a seconda dell'ordine di importanza: 1 il meno, 4 il più importante)

- A) Per cattivi rapporti con i colleghi e/o con altri operatori sanitari..... ()
- B) Per difficoltà di relazione con l'utenza, con i pazienti..... ()
- C) Per incompatibilità con l'organizzazione del lavoro..... ()
- D) Altro (specificare sinteticamente) ()

.....
.....
.....

- II -

Quali pensi siano le possibilità di intervento preferibili per trovare insieme soluzioni al problema?

(dai il tuo valore da 1 a 4 a seconda dell'ordine di importanza: 1 il meno, 4 il più importante)

- A) Colloqui individuali di sostegno ()
- B) Gruppi di discussione / di Auto-Mutuo Aiuto tra colleghi ()
- C) Cambiamenti sostanziali sul contesto-ambiente di lavoro ()
- D) Altro (specificare sinteticamente) ()

.....
.....
.....

data di compilazione:

(facoltativo ed in stampatello) **Dr./Dr.ssa**

(se vuoi essere contattato lascia un tuo recapito telefonico:)

Il Gruppo di Studio-Lavoro sul Burn-out formalizzatosi all'interno del nostro Ordine l'8/11/10
ti ringrazia per la cortese collaborazione. Inviare al fax 041989663 o per mail all'Ordine

Burn-out: quale prevenzione?

La sindrome del Burn-out, specifico malessere degli operatori dell'aiuto (Maslach, 1975), in questo ultimo ventennio ha coinvolto più categorie ed ambiti (scuola, sociale, sanità), tutte e tutti comunque accomunate/i da un'unica e sintetica definizione: la burning-out syndrome è un insieme di sintomi che testimoniano l'evenienza di una patologia comportamentale a carico di tutte le professioni ad elevata implicazione relazionale. Essa si distingue dallo stress, che eventualmente può essere una sua concausa; così come si distingue dalle diverse forme di nevrosi,

in quanto disturbo non della personalità ma del ruolo lavorativo.

Allo stadio conclamato essa si manifesta soprattutto attraverso tre categorie di sintomi, o meglio tipologie di comportamenti, spesso sequenziali e combinati tra loro:

- 1) comportamenti che testimoniano un forte disinvestimento sul lavoro (superficialità, futilità, distrazioni, assenteismo, inefficienza, ecc.);
- 2) comportamenti autodistruttivi (propensione a incidenti di vario tipo, disturbi psicosomatici, diminuzione delle difese immunitarie, ecc.);
- 3) comportamenti eterodistruttivi diretto all'utente (maleducazione, indifferenza, violenza, spersonalizzazione, crudeltà, ecc.).

Tra le cause principali della sindrome vi riscontriamo abitualmente tre variabili, fra loro collegate:

- a) l'eccessiva idealizzazione (precedente alla collocazione lavorativa) della professione d'aiuto;
- b) le mansioni frustranti o inadeguate (vissute come estranee o contrastanti) alle aspettative;
- c) l'organizzazione del lavoro (che risulta / è percepita) disfunzionale, problematica o patologica.

Queste concause evidenziano due nodi principali che, nella specifica professione del Medico, possono essere utili nella sua funzione sia preventiva che di cura del Burn-out stesso, oltre ed in generale in quella di far crescere la QUALITÀ dei Servizi Sanitari. - La prima è relativa alla formazione, alla selezione, nonché all'incarico dei Professionisti. - La seconda riguarda l'organizzazione del lavoro nei vari Sistemi a carattere sanitario.

ESSERE OPERATORI DELL'AIUTO

A tutt'oggi i "lavoratori dell'aiuto" scontano il retaggio di una forte concezione assistenziale: i Medici, oltre agli Psicologi, alle Assistenti Sociali, agli Infermieri, agli Educatori, agli Insegnanti, sono ancora immersi nel ruolo del missionario.

Le conseguenze di questa ideologia, molto criticata ma ancora molto diffusa a livello emotivo, toccano gli utenti, gli operatori e le organizzazioni a loro pertinenti.

Gli utenti, purtroppo, parte più debole del sistema, non hanno potere: più che coinvolti vengo-



no conformati alle necessità del professionista dell'aiuto. D'altro lato, gli operatori, animati da un forte spirito oblativo e salvifico, si sentono collocati automaticamente e totalmente "dalla parte del bene" (salute, sapienza, potenza, bontà). Non ultime, le "organizzazioni per la salute" presumono di essere estremamente utili e necessarie, pur non dando molto spesso alcuna spinta al raggiungimento dei loro obiettivi, che si dovrebbero identificare con l'aiuto prestato. In sintesi, svolgere una professione d'aiuto non è stato sinora del tutto considerato un vero e proprio lavoro, ma piuttosto una missione, una vocazione, un dovere civico, ...un atto totalmente gratuito di solidarietà.

DALLE MOTIVAZIONI PSICOLOGICHE ALLA PREVENZIONE DEL BURN-OUT

La scelta di una professione risponde sempre a motivazioni psicologiche che si fondano su aspettative alquanto personali e ragionate. Aspettative molto spesso legate all'immagine sociale della professione stessa, alle informazioni realistiche che la riguardano, alla appetibilità sul mercato del lavoro, ai livelli di remunerazione, alle possibilità di carriera. Considerato che, almeno negli ultimi trent'anni, le professioni d'aiuto, e quindi anche quella del Medico, hanno accumu-

lato in tutte queste voci un pesante passivo, viene da chiedersi: perché queste professioni vedono un costante aumento degli aspiranti? La risposta si può trovare proprio nelle motivazioni psicologiche, cioè nei bisogni profondi di coloro che desiderano diventare professionisti dell'aiuto.

La prima motivazione riguarda sicuramente il fatto che chi sceglie questo tipo di lavoro ha una forte necessità di aiutare. Aver bisogno di aiutare significa anzitutto mettersi al di qua della soglia del bisogno di essere aiutati. Per il Medico, ad esempio, essere preposti alla cura dei malati significa postulare la propria salute come inattaccabile. Dedicarsi alla psicoterapia implica una certificazione permanente di salute mentale. Assistere un soggetto in stato di bisogno (qualsiasi esso sia) offusca inevitabilmente la consapevolezza del proprio bisogno. Formarsi, modificarsi in un certo modo, significa salvarsi dal male esterno.

La seconda motivazione è legata alla prima. Porsi in un ruolo di bonificatore, benefattore, nonché salvatore, non solo esorcizza la paura del male esterno, ma garantisce una buona immagine di sé: chi dedica la vita agli altri, non può che essere buono; chi lotta contro il male, e per di più il male degli altri, è una nobile persona, un "cavaliere senza macchia".

La terza motivazione riguarda il potere. Chi ha bisogno di aiuto è sempre in stato di inferiorità, posseduto dal male e da esso depotenziato, come un bambino cattivo o un malato. Il professionista dell'aiuto si pone come grande madre accogliente e/o grande padre onnipotente. Esso può fare da contenitore di ogni negatività del paziente, controllarla col suo potere ed espungerla.

Da queste tre riflessioni emerge un immaginario dell'aspirante professionista dell'aiuto ed in particolare del Medico, che si fonda su tre pilastri fondamentali: la salute, la bontà ed il potere. Ovviamente queste motivazioni sono legittime e possono essere utili alla professione del Medico, come per tante altre, ove però siano consapevoli e controllate. Il fatto è che spesso non lo sono. La non consapevolezza e l'assenza di controllo di questi bisogni profondi, si trasformano facilmente in una serie di vissuti molto dannosi per l'operatore e di conseguenza per il suo utente. L'incontro con il bisogno, il disagio, il dolore e la morte attacca l'immagine del "risanatore-salvatore" e produce depressione e sentimenti



di impotenza. L'impossibilità ad aiutare facilita l'insorgenza del dubbio circa la propria bontà, fino a trasformarsi in un vissuto di malvagità. Infine, la scoperta dell'impotenza fa vivere come diabolico e persecutorio il potere negativo di cui il paziente è portatore. Questo groviglio di possibili vissuti che colgono il Medico, partito di certo da una enorme idealizzazione della professione, lo portano molto spesso alla frustrazione prima ed al Burn-out poi.

Aspetto importante in merito alla prevenzione della sindrome è quello relativo ai meccanismi di reclutamento, di formazione di base e di selezione degli operatori dell'aiuto. Molto spesso fondati solo ed esclusivamente sull'impegno volontaristico dimostrato precedentemente dal singolo.

Una volta che un allievo è ammesso ad una Scuola per una professione dell'aiuto, ci dovremmo aspettare almeno che il suo curriculum preveda una formazione delle skills psicologiche minime, cosa che invece non succede; neppure nelle Facoltà di Psicologia dove si preparano i futuri terapeuti a sviluppare consapevolezza e auto-controllo negli utenti, ciò non viene fatto per gli stessi Psicologi.

Medesima cosa dicasi per i Medici, nonché Psichiatri. Quindi è necessario comprendere che la **prevenzione del Burn-out** richiede principalmente una revisione completa dei sistemi di selezione, della formazione di base e ammissione in servizio. Essi devono fondarsi sull'analisi costante delle motivazioni personali e puntare sulla promozione dei livelli di consapevolezza e controllo del mondo interiore - e comunque - una volta inserito nell'organizzazione d'aiuto, l'operatore dovrebbe essere supportato in modo permanente da una apposita supervisione, relativa ai suoi mutanti vissuti professionali.

L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Il lavoro del medico ha per sua natura la necessità della libertà, che in questo caso significa il diritto alla ricerca ed alla formazione permanente, al rispetto del segreto professionale, alla discrezionalità dei mezzi impiegati. Nella realtà di molte organizzazioni sanitarie però le mansioni che il medico si trova a dover affrontare contengono spesso elementi fortemente dequalificanti, molto stressanti, sovente lontani dalle aspettative. Basta pensare al carico burocratico-amministrativo che

grava sui medici, in particolare sui Medici di Medicina Generale; o alla condizione mista di operatore dell'aiuto e della repressione cui sono in molti casi costretti (ad esempio nei Servizi a contatto con pazienti psichiatrici, tossicodipendenti o carcerati) ; o ancora alle situazioni di pazienti con gravi handicap, non autosufficienti o terminali, dove la terapia consiste essenzialmente nel prendersi cura, senza una reale aspettativa di concreti risultati. Un'efficace **prevenzione del burn-out** dovrebbe pertanto prevedere occasioni in cui il medico possa ritrovare maggiore potere e maggiore libertà. Al di là degli eventuali incentivi economici, spesso irraggiungibili, occorre allora trovare sistemi compensatori come la formazione e la supervisione permanenti, il coinvolgimento attivo in attività di ricerca e di confronto professionale e scientifico, la possibilità di spostamenti sia pure temporanei, in situazioni o servizi più gratificanti o comunque altri strumenti di incentivazione legati alla qualità delle prestazioni. Un'altra possibile causa dell'insorgenza del burn-out è il modo stesso col quale sono organizzati i sistemi nei quali i medici devono operare. Malgrado per sua natura sia un "professional", il medico opera spesso all'interno di sistemi di aiuto modellati sui principi organizzativi delle tradizionali organizzazioni burocratiche. Il lavoro dell'aiuto si fonda infatti sulla discrezionalità, la personalizzazione del rapporto, la integrazione delle competenze, il predominio del risultato. La contraddizione fra questi caratteri peculiari delle professioni dell'aiuto e il modo con cui sono organizzati i sistemi "contenitore" (in particolare l'Ospedale o molti Servizi sociosanitari), è palese. Su questo nodo generale si innesta poi un elemento specifico che facilita ulteriormente il burn-out: la difficoltà di verificare e valutare i risultati. In una impresa profit, sia materiale che immateriale, il risultato è il profitto. In un sistema d'aiuto, in cui si colloca il medico, il risultato è il benessere. Mentre il primo è facilmente quantificabile, il secondo lo è molto meno. Chi lavora in un sistema d'aiuto opera in un regime di risultati spesso incerti o opinabili e di responsabilità distribuite. La carenza di confronto individuale con gli effetti delle proprie azioni produce uno stato d'incertezza continua che trarrebbe notevoli benefici da occasioni in cui condividere difficoltà, metodologie e strategie. Nella realtà delle istituzioni, come si sa, ciò avviene di rado.

4) COMANDO, CONSENSO, EQUIPE

I sistemi d'aiuto presuppongono inoltre un diverso modo di interpretare il ruolo gerarchico che, nelle imprese tradizionali di tipo burocratico, si esplica essenzialmente a due livelli: il comando ed il controllo dell'esecuzione.

Nei sistemi d'aiuto il comando è possibile e praticabile solo su fattori marginali (orario di lavoro, assegnazione di utenze, mansioni transitorie), mentre è impossibile sul contenuto del lavoro: il medico, come professional dell'aiuto, opera con discrezionalità e non può essere comandato a fare o non fare un intervento. L'origine di questo "diritto alla discrezionalità" risiede nel fatto che l'operatore dell'aiuto e in certo modo "comandato" dai bisogni dell'utente. Anche il controllo dell'esecuzione non è uno strumento utile e possibile per l'autorità operante in questi contesti. Da una parte perché l'operatore d'aiuto non è controllabile a vista, dall'altra perché l'esecuzione del comando è discrezionale.

L'autorità in questi casi dovrebbe pertanto essere esercitata attraverso interventi specifici: il contenimento dell'ansia, il supporto, la consulenza, la stimolazione della qualità, l'utilizzo di meccanismi premianti, la creazione di strumenti di controllo dei risultati. Un'azione preventiva del burn-out da parte del ruolo di autorità si fonda quindi sull'uso articolato e combinato di questi interventi.

Fondamentale è poi il ruolo che, all'interno dell'organizzazione, svolge l'équipe, che rappresenta lo strumento della gestione ordinaria consensuale di un sistema d'aiuto, finalizzato ad accogliere la complessità del bisogno e fornire strategie di intervento integrate. L'équipe fornisce però all'operatore anche uno spazio di appartenenza e confronto, di supporto emotivo e di controllo: essa è un contenitore delle dimensioni affettivo-relazionali che sono implicite nel lavoro dell'aiuto. Naturalmente un'équipe svolge un forte ruolo preventivo del burn-out a patto che riesca a costruire al suo interno consenso e integrazione dei diversi apporti professionali e funzioni come reale contenitore emotivo. Occorre pertanto che ne venga costantemente fatta la necessaria "manutenzione" per evitare che viceversa le eccessive conflittualità o le situazioni paralizzanti non vadano a sommarsi alle altre difficoltà, accelerando il processo di burn-out. Più in generale si tende a sottovalutare l'impor-

tanza del "clima organizzativo" all'interno delle istituzioni. In realtà i sistemi di aiuto producono benessere per i clienti proprio attraverso il benessere degli operatori d'aiuto e il clima di una organizzazione d'aiuto è insieme causa ed effetto degli stati d'animo degli individui che ne fanno parte e delle loro relazioni. Un clima depressivo o conflittuale o disgregato è insieme spia e causa di una situazione generale che può facilmente esitare in un burn-out diffuso. Il controllo e l'azione di miglioramento del clima organizzativo è dunque una delle possibili leve di prevenzione del burn-out.

5) IL BURN-OUT DEL SISTEMA

Esiste infine la possibilità che il burn-out si estenda all'intero sistema di aiuto. Una simile evenienza favorisce ed alimenta i vari burn-out individuali.

Questo fenomeno si può riscontrare in quelle organizzazioni che nascono sulla spinta di una forte idealizzazione ma poi entrano in una routine frustrante e mettono in atto una organizzazione disfunzionale o patologica.

Frequente è il presentarsi di questa eventualità nei Servizi e nelle comunità per tossicodipendenti; nei Servizi per handicappati gravi, per anziani dementi o per malati terminali di AIDS; nei centri di accoglienza per nomadi o extracomunitari. In questi casi assistiamo a fenomeni collettivi di disinvestimento emotivo, di depressione o viceversa ad agiti aggressivi, espressione di rabbia e frustrazione incontrollate.

La prevenzione di questo burn-out istituzionale è possibile solo attraverso il monitoraggio periodico delle principali funzioni organizzative: clima, appartenenza e soddisfazione degli operatori, risultati, percezione dei clienti. In sostanza, come afferma M. Jahoda, l'organizzazione, si garantisce la salute solo attraverso una permanente ricerca su se stessa.

Nelio Fonte (Psicologo)
Pierguido Nardi (Psichiatra)



È necessario comunicare il sospetto/quesito diagnostico

La richiesta di visita specialistica o di accertamenti diagnostici in alcuni casi viene formulata senza comunicare il quesito o il sospetto diagnostico.

Se tale comportamento può trovare giustificazione in alcune situazioni particolari, nella generalità dei casi è contrario alla buona pratica clinica ed al Codice Deontologico (articolo 59 “Il medico curante deve proporre il consulto con altro collega o la consulenza presso idonee strutture di specifica qualificazione, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso, qualora la complessità del caso clinico o l’interesse del malato esigano il ricorso a specifiche competenze specialistiche diagnostiche e/o

terapeutiche” e articolo 62 “Tra medico curante e medici operanti nelle strutture pubbliche e private, anche per assicurare la corretta informazione all’ammalato, deve sussistere, nel rispetto dell’autonomia e del diritto alla riservatezza, un rapporto di consultazione, di collaborazione e di informazione reciproca al fine di garantire coerenza e continuità diagnostico-terapeutica”). È altrettanto indice di correttezza deontologica e di buona pratica clinica per tutti i medici riportare sulle richieste di accertamenti la data di emissione del documento, il timbro personale del medico proponente con firma - se possibile leggibile - oltretché come raccomandato l’indicazione del sospetto/quesito diagnostico.

Attività
dell’Ordine

“METODOLOGIA CLINICA A CONFRONTO TRA MEDICI OSPEDALIERI E MEDICI DI FAMIGLIA: COMUNICARE PER INTEGRARE”

Conclusa a fine novembre 2010 nella ASL 13 di Mirano-Dolo la seconda edizione del corso di formazione sul campo “METODOLOGIA CLINICA A CONFRONTO TRA MEDICI OSPEDALIERI E MEDICI DI FAMIGLIA: COMUNICARE PER INTEGRARE”, consistito nell’aver affiancato 26 medici ospedalieri o dei distretti socio-sanitari e 26 medici di famiglia all’interno dei rispettivi setting lavorativi.

Il corso aveva lo scopo di porre a confronto le metodologie cliniche normalmente usate nei due distinti ambiti (ospedale e territorio), nell’intenzione di promuovere una maggiore conoscenza dei rispettivi ambiti di lavoro che sia funzionale alla pratica di una più assidua e aperta comunicazione tra medici, rispettosa delle specificità di ciascuno, con il fine ultimo di migliorare la qualità delle cure erogate al paziente.

Sotto i riflettori la questione (vera, presunta, mai del tutto smentita?) della “**lontananza**” tra **ospedale e territorio**, ovvero l’annosa diatriba circa la **manca**za di 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 “rimpallato” tra il medico ospe-

daliero 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.

Puntando al superamento di questa inaccettabile contrapposizione di questi due mondi “geneticamente” affini perché declinazioni della stessa missione, l’Ordine dei Medici di Venezia promosse nel 2006 a Mirano (Ve) un convegno sulla Comunicazione tra Medici, dal quale scaturirono nel 2008 un primo corso sperimentale e quindi questo secondo Corso di Formazione sul Campo, con la dichiarata ambizione di tradurre in formazione permanente sul campo questa metodologia di affiancamento - nei rispettivi luoghi di lavoro - dei medici delle due “sponde”.

Nel 2010, tra giugno e novembre, 26 coppie costituite tra medici ospedalieri (e un medico della Dirigenza del Distretto Sanitario) e medici di famiglia hanno lavorato insieme per complessive 40 ore: per 20 ore l’ospedaliero ha frequentato l’ambulatorio del medico di Medicina Generale e l’ha accompagnato nella sua variegata attività di visite domiciliari e di pratiche burocratiche; così

come il medico di famiglia ha pure frequentato per altrettante 20 ore il reparto del collega ospedaliero, affiancandolo nella sua ordinaria attività quotidiana.

Per la precisione, tra le 26 coppie complessive, 5 sono risultate essere intraospe-



daliere, cioè costituite da due medici entrambi ospedalieri, che si sono affiancati nei rispettivi reparti, a testimoniare che spesso le difficoltà di comunicazione avvengono, per quanto possa sembrare paradossale, anche dentro le stesse mura del medesimo ospedale.

Brevemente richiamando alla mente l'analogo corso svoltosi in forma sperimentale nel 2008, sempre nella medesima ASL 13, va detto che allora vi parteciparono 34 coppie, pure costituite tra medici di famiglia e medici ospedalieri, per cui ad oggi possiamo concludere che complessivamente a questi corsi di formazione in ASL 13 hanno partecipato ben 93 medici, dei quali almeno 21 hanno già bissato nel 2010 l'esperienza del 2008, a testimonianza del loro coinvolgimento nella finalità della proposta e della soddisfazione ricavata da questo tipo di formazione.

Per completezza dobbiamo anche ricordare che in ASL 13 già sono prassi quotidiana piccoli gruppi "misti" di lavoro dove operano fianco a fianco medici ospedalieri e medici di famiglia, come il gruppo "Un passo alla volta" che correla UTAP Mira, UTAP Noale, C.A.D. Dolo e C.A.D. Mirano, e il "Progetto di Gestione Integrata del Paziente Diabetico".

Il gruppo di lavoro che ha coordinato i due corsi nell'ambito della ASL 13, sotto il patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia, auspica che questa esperienza possa diventare un luogo di formazione permanente per tutti i medici interessati a praticare un nuovo stile comunicativo, peraltro perfettamente in linea con la nuova impostazione dei corsi di aggiornamento dei medici (cfr. *Medicinae Doctor*, anno XVII, n° 3, 3 febbraio 2010, pagg. 6, 7 e nuove normative in corso di attuazione).

Infatti, la Commissione Nazionale ECM, nel promulgare le coordinate della riorganizzazione della formazione continua in medicina, ha auspicato la realizzazione di attività formative più interessanti e più coinvolgenti, quali appunto la formazione sul campo e la ricerca, piuttosto che l'incameramento di carnet di punti acquisiti con l'obsoleta modalità della lezione frontale ma spesso privi di un riscontro pratico-esperienziale. Peraltro le finalità di questo corso di formazione sul campo toccano nel profondo la nostra identità di medici: in un periodo nel quale la nostra professione registra i più disparati "attacchi" da parte di molteplici altre figure professionali, inte-

ressate a fraporsi tra il medico e il paziente, di fatto mirando a sostituirsi al medico, per non parlare delle richieste risarcitorie che tutta la classe medica si trova sempre più spesso a fronteggiare, questo corso di formazione sul campo si propone di aiutarci a ritrovare la nostra comune identità di medici per rifondare la nostra unità, sanando quelle divisioni che non sappiamo dire con precisione chi abbia instillato e come siano potute allignare tra di noi, ma che per certo ci hanno indebolito, a nostra sconvenienza e soprattutto a discapito della nostra capacità di servire in piena serenità di scienza e coscienza colui che si trova in stato di bisogno, ovvero il paziente.

Un ringraziamento sentito e doveroso va, da parte degli organizzatori del corso, a tutti i medici (Danieli Dorino, Meneghel Gina, Smajato Gianfranco, Pinzani Alessandro, Braga Anna, Longo Liliana, Libralesso Nicola, Bacilieri Sandra, Cotrino Cesira, Eterno Loredana, Marta Soave, Cazzaro Luigi, Vania Noventa, Stocco Francesca, Da Lio Corrado, Sellani Immacolata, Paola Piccione, Campanini Luca, Baracchi Tiziana, Rinaldo Emanuela, Marra Stefano, Vendrame Daniela, Lodi Pier Luigi, Oliva Olivia, Minniti Francesco, Rioda Manuela, Contin Maria Luisa, Zuin Fabio, Vescovi Giampaolo, Favaretto Enrico, Faedo Giuliano, Centomo Romano, Zanetti Elia, Sartore Francesco, Sarasin Paolo, Buoso Sandro, Polo Gabriele, Franzolin Raffaele, Cosma Alessandra, Menegazzo Elisabetta, Paganin Donatella, Pistorello Giovanna, Maria Stefani, Nicola Bragato, Tamponi Tiziana e Maria Grazia Bettin) che, impegnando con sincera dedizione il loro tempo, hanno reso possibile la realizzazione di questo progetto e l'affermazione del principio che è possibile parlarsi, è possibile comunicare, è possibile acquisire maggiore consapevolezza del lavoro del collega, per l'utilità comune.

Luca Barbacane e Moreno Scevola

Alcune novità in materia fiscale per l'anno 2011

Breve informativa su alcune delle novità in materia fiscale previste per l'anno 2011

Riportiamo alcune delle principali novità per l'anno 2011 stabilite dalle seguenti disposizioni di legge

“L. 13.12.2010 n. 220 (legge di stabilità ex legge finanziaria)”

“DL 29.12.2010 n. 225 (c.d. “milleproroghe”)”

Fonti

“Fiscooggi” rivista telematica dell’Agenzia delle Entrate”

“Banca dati del sole 24 ore”

“L. 13.12.2010 n. 220”

“DL 29.12.2010 n. 225

MODIFICHE AL RAVVEDIMENTO OPEROSO

Sono aumentate le sanzioni per la regolarizzazione delle violazioni, in caso di omesso o tardivo pagamento di tributi, mediante il ravvedimento operoso.

Dovranno essere determinate nei seguenti modi:

- **Regolarizzazione entro i 30 giorni dall'omesso versamento:** Nel caso di ritardato versamento e ravvedimento operoso preparato entro 30 giorni dalla scadenza ci si può ravvedere applicando una sanzione pari al 3% (un decimo - prima un dodicesimo - del minimo) con interessi che decorrono dalla data di omesso versamento fino alla data di pagamento secondo il nuovo tasso di interesse Legale;
- **Regolarizzazione oltre i 30 giorni dall'omesso versamento:** Nel caso di regolarizzazione in ritardo del versamento ed oltre i trenta giorni dalla originaria scadenza del tributo, allora la sanzione sale fino al 3,75% (un ottavo - prima un decimo - del minimo) più gli interessi legali 2011 che decorrono dalla data originaria di scadenza. La regolarizzazione degli errori e delle omissioni deve avvenire:
 - entro il termine di presentazione della dichiarazione relativa all'anno nel corso del quale è stata commessa la violazione;
 - ovvero entro un anno, quando non è prevista dichiarazione periodica;
- **Presentazione della dichiarazione dei redditi (o altre dichiarazioni periodiche)** entro 90 giorni dalla scadenza prevista, potrà essere sanata mediante il versamento del 3% a titolo di sanzione (un decimo - prima un dodicesimo - del minimo) di quella prevista per l'omissione della

dichiarazione.

Le nuove misure delle sanzioni ridotte si applicano alle violazioni commesse dall'1.2.2011.

Per le violazioni commesse fino al 31.1.2011 rimangono applicabili le precedenti sanzioni ridotte, anche se il ravvedimento avviene dopo tale data, fa fede la data dell'avvenuta violazione. Inoltre, a decorrere dall'1.1.2011, il tasso di interesse legale è l'1,5%, rispetto all'1% vigente fino al 31.12.2010.

Avvisi Bonari

Per quanto riguarda gli Avvisi Bonari non sono state modificate le Sanzioni ridotte che rimangono pertanto:

- **un terzo**, in caso di avvisi bonari relativi alla liquidazione automatica delle dichiarazioni;
- **due terzi**, in caso di avvisi bonari relativi al controllo formale delle dichiarazioni.

MODELLO EAS

E' stato riaperto il termine di presentazione del modello “EAS” da parte degli enti non commerciali di tipo associativo e delle società sportive dilettantistiche, al fine di beneficiare della non imponibilità dei corrispettivi, delle quote e dei contributi ai fini IRES (ai sensi dell'art. 148 del TUIR) e IVA (ai sensi dell'art. 4 del DPR 633/72).

I nuovi termini sono:

- per gli enti già costituiti entro il **31.3.2011**;
- per gli enti costituitisi dal 31.1.2011, entro 60 giorni dalla data di costituzione.

L'omessa presentazione del modello “EAS” nei termini previsti comporta l'inapplicabilità dei suddetti benefici fiscali.

Si ricorda che il modello "EAS":

- deve essere presentato almeno una prima volta per comunicare all'Agenzia delle Entrate i dati e le notizie fiscalmente rilevanti, al fine di consentire gli opportuni controlli e, successivamente, deve essere ripresentato solo in presenza di variazioni rilevanti nei dati comunicati, oppure per comunicare la perdita dei requisiti necessari per usufruire delle agevolazioni.

DETAZZAZIONE DEI PREMI DI PRODUTTIVITÀ DIPENDENTI PRIVATI

La detassazione è stata prorogata al 31.12.2011 e interessa lavoratori dipendenti del settore privato e hanno per oggetto gli emolumenti retributivi corrisposti in relazione a incrementi di produttività, innovazione ed efficienza organizzativa e altri elementi di competitività e redditività legati all'andamento economico dell'impresa. Il lavoratore dipendente può optare per l'applicazione di un'imposta sostitutiva (10%) in luogo dell'Irpef e relative addizionali, sui redditi percepiti in relazione a incrementi di produttività e lavoro straordinario

Viene confermato l'importo massimo delle somme detassabili in 6.000,00 euro e viene modificato da 35.000,00 a 40.000,00 euro il limite reddituale, riferito all'anno precedente, a cui è subordinato l'accesso all'incentivo.

PROROGA DELLA DETRAZIONE DEL 55%

E' stata prorogata la possibilità di detrarre le spese per gli interventi di riqualificazione energetica degli edifici.

Per i soggetti non titolari di reddito d'impresa potrà essere applicata la detrazione del 55% anche alle spese pagate con bonifico nel 2011 (principio di cassa), mentre per i soggetti titolari d'impresa potrà essere applicata per le spese imputabili al periodo d'imposta in corso al 31.12.2011 (principio di competenza).

Rimangono invariate le regole precedenti per l'applicazione dell'agevolazione escluso il numero delle rate in cui deve essere suddivisa la detrazione che deve essere ripartita in 10 rate anziché le 5 previste in precedenza.

Si ricorda che anche per il 2011 rimane in vigore la detrazione del 36% sulle spese di ristrutturazione.

COMUNICAZIONE OPERAZIONI SUPERIORI A 3.000 EURO

Una ulteriore novità prevista per i prossimi anni è il così detto "Spesometro", cioè lo strumento con il quale l'Agenzia delle entrate dovrebbe essere in grado di monitorare la capacità di spesa di ciascun contribuente, strumento che sarà di supporto al "Redditometro".

Infatti con il provvedimento dell'Agenzia delle Entrate 22.12.2010, è stata instaurato l'obbligo di comunicazione telematica delle operazioni rilevanti ai fini IVA di importo pari o superiore a 3.000,00 euro, previsto dall'art. 21 del DL 78/2010 convertito nella L. 122/2010.

L'obbligo di comunicazione riguarda tutti i soggetti passivi IVA che effettuano operazioni rilevanti ai fini IVA e anche coloro che effettuano prestazione Esenti (ad esempio prestazioni mediche).

Devono essere comunicate le cessioni di beni e le prestazioni di servizi rese e ricevute, per le quali i corrispettivi dovuti sono d'importo pari o superiore a 3.000,00 euro, al netto dell'IVA.

Per le operazioni rilevanti ai fini IVA senza obbligo di emissione della fattura, il predetto limite è elevato a 3.600,00 euro, al lordo dell'IVA (si tratta della maggior parte delle operazioni per le quali il cessionario/committente è il consumatore finale).

Per i contratti d'appalto, fornitura, somministrazione e gli altri contratti da cui derivano corrispettivi periodici, la comunicazione è obbligatoria solo se i corrispettivi dovuti nell'intero anno solare sono d'importo complessivo non inferiore a 3.000,00 euro;

Fino al 30.4.2011, sono escluse dall'obbligo di comunicazione le operazioni, rilevanti ai fini IVA, per le quali non è obbligatoria l'emissione della fattura.

La Norma entrerà in vigore gradualmente:

per il periodo d'imposta 2010:

- i limiti di 3.000,00 e 3.600,00 euro sono elevati a 25.000,00 euro;
- la comunicazione è limitata alle sole operazioni soggette all'obbligo di fatturazione.

• la comunicazione dovrà essere inviata entro il **31.10.2011**

per il periodo d'imposta 2011 e successivi:

- i limiti ritorneranno 3.000,00 e 3.600,00 euro;
- la comunicazione deve essere inviata

entro il **30 aprile** dell'anno successivo a quello di riferimento.

DENUNCIA DEI C.D. “IMMOBILI FANTASMA”

Entro il 31.3.2011 bisogna denunciare (tramite la procedura DOCFA) i fabbricati non iscritti in Catasto (c.d. “immobili fantasma”), ivi inclusi gli ex rurali, ed i fabbricati che, anche se censiti in Catasto, hanno, successivamente, subito modifiche che avrebbero dovuto essere oggetto di denuncia. Scaduto tale termine senza l'avvenuta denuncia da parte del contribuente l'Agenzia del Territorio iscriverà transitoriamente una rendita presunta (art. 19 co. 10 del DL 78/2010), sulla cui base dovranno essere assolti gli obblighi fiscali.

DESTINAZIONE 5 PER MILLE

Per effetto c.d. “milleproroghe”, la facoltà di destinazione del 5 per mille dell'IRPEF è stata prorogata anche in relazione alle dichiarazioni relative ai redditi prodotti nel 2010:

- secondo le stesse modalità applicate nel 2010;
- nel limite massimo di spesa di 400 milioni di euro.

Per l'anno finanziario 2011, il 5 per mille è destinato alle seguenti aree ed enti:

- finanziamento degli enti del volontariato:
 - Onlus - Organizzazioni non lucrative di utilità sociale (articolo 10 del Dlgs 460/1997);
 - associazioni di promozione sociale iscritte nei registri nazionale, regionali e provinciali (articolo 7, commi da 1 a 4, legge 383/2000);
 - associazioni riconosciute che operano nei settori indicati dall'articolo 10, comma 1, lettera a) del Dlgs 460/1997;

- fondazioni riconosciute che operano nei settori indicati dall'articolo 10, comma 1, lettera a) del Dlgs 460/1997;

Si riassumono brevemente i settori: assistenza sociale e socio-sanitaria; assistenza sanitaria; beneficenza; istruzione; formazione; sport dilettantistico; tutela, promozione e valorizzazione delle cose d'interesse artistico e storico; tutela e valorizzazione della natura e dell'ambiente; promozione della cultura e dell'arte; tutela dei diritti civili; ricerca scientifica di particolare interesse sociale;

- finanziamento agli enti della ricerca scientifica e dell'università;
 - finanziamento agli enti della ricerca sanitaria;
 - sostegno delle attività sociali svolte dal Comune di residenza del contribuente;
- sostegno alle associazioni sportive dilettantistiche riconosciute dal Coni a norma di legge (articolo 90, legge 289/2002 - pdf) che svolgono una rilevante attività di interesse sociale.

Gli enti per partecipare al riparto del 5 per mille dell'IRPEF debbono essere iscritti in un apposito elenco tenuto dall'Agenzia delle Entrate. Tale iscrizione dovrà essere effettuata a pena di decadenza entro il 7.5.2011.

Rendicontazione: i soggetti ammessi al riparto del 5 per mille per l'anno finanziario 2011 e che hanno ricevuto somme superiori a 20.000 euro devono redigere un apposito e separato rendiconto dal quale risulti, anche a mezzo di una relazione illustrativa, in modo chiaro e trasparente, la destinazione delle somme attribuite.

Pietro Cagnin

L'estrazione del terzo molare inferiore di sinistra

Sabato 22 gennaio presso la sala dell'Ordine dei Medici si è tenuto un corso di aggiornamento sull'estrazione del terzo molare inferiore sinistro, relatori i dottori Cristian Bacci, Fabio Furlan e Gabriele Crivellenti. A nostra conoscenza è il primo evento organizzato in Italia con tale obiettivo formativo e dobbiamo dire che i relatori si sono dimostrati sorpresi quando l'abbiamo proposto loro. L'estrazione di un molare nell'arcata destra o sinistra non è equivalente. Cambia la posizione ideale dell'operatore e dell'assistente, cambia chi e come trattiene il lembo vestibolare e quello linguale, cambia il modo di impugnare e utilizzare gli strumenti rotanti diritti e contrangoli, il bisturi, lo scollaperiostio. Le considerazioni esposte sono rilevanti ai fini dell'esecuzione della prestazione ma anche della sua qualità. Non c'è dubbio che un operatore può lavorare sia in posizione 9 che 13, che può lavorare con o senza assistente, con una assistente che guarda o che assiste. Alla fine probabilmente in qualche modo il lavoro verrà finito, comunque. Per usare la terminologia di Levin RP (*Moving beyond customer service*, JADA (2008)139: 488-489) si tratta di due visuali differenti: Functionality versus Value creation. L'obiettivo è che in qualche modo il dentista finisca il proprio lavoro, o che il paziente riceva un servizio di qualità? Qualità vuol dire non solo togliere il dente in qualche modo, ma anche ridurre i tempi operativi, diminuire lo stress dei tessuti, non togliere osso in eccesso. Ma anche non sovraccaricare l'operatore e non correre rischi inutili. A valle di tutto questo ragionamento poi c'è il fatto che quando va tutto bene, nessuno ha nulla da dire, ma quando c'è una complicanza ecco che sorgono le domande. In particolare durante la giornata di aggiornamento è stato affrontato dal punto di vista medico-legale il problema delle competenze dell'assistente. All'assistente infatti può essere delegata l'aspirazione, la divaricazione del lembo e la protezione dei tessuti dall'azione di leve, pinze e strumenti rotanti. Le conseguenze di un eventuale errore dell'assistente sono diverse a seconda dell'ambito lavorativo. In uno studio privato non vi è dubbio che dell'operato dell'assistente risponde totalmente il professionista, il quale ha

la responsabilità dell'assistente in eligendo e in vigilando, cioè nella scelta della persona adeguata a quel compito e nella sorveglianza sull'operato della stessa. Il discorso è parzialmente diverso in un ambito pubblico, dove il medico non può scegliere il personale, il quale viene assunto e/o licenziato dall'amministrazione. Tuttavia neppure in ambito pubblico un medico, di fronte ad un errore dell'assistente, può chiamarsi del tutto fuori. In ogni caso se l'incompetenza dell'assistente è evidente, egli doveva segnalarlo, quindi in ogni caso anche per il medico che lavora in una struttura pubblica permane una responsabilità in vigilando. Rispetto allo studio privato nella struttura pubblica si pone la necessità che l'assistente sia fornita di un titolo che ne comprovi le capacità, e su questo ci sarebbe molto da dire, tra lauree infermieristiche e diplomi OSSO. Per gli ambulatori, strutture complesse autorizzate ex art.193 e provviste di un direttore sanitario, la situazione è intermedia. Il personale ausiliario non necessita di un titolo per l'assunzione, la responsabilità in eligendo ricade sul direttore sanitario, il quale non può delegare o farsi esautorare dalla Proprietà dell'ambulatorio nella valutazione dell'idoneità del personale. Anche gli altri medici tuttavia condividono la responsabilità in vigilando e in caso di malpratica devono dimostrare di aver segnalato per tempo non sospetto l'eventuale inadeguatezza del personale. Riassumendo, per la responsabilità in eligendo nello studio privato essa ricade sul professionista, nell'ambulatorio sul direttore sanitario, e in entrambi i casi non è richiesto alcun titolo professionale per l'assunzione del personale ausiliario. Nelle strutture pubbliche, laddove l'assunzione si fa per concorso, l'idoneità del personale è invece opportuno che venga validata da opportuni titoli professionali. Per la responsabilità in vigilando, invece, essa ricade sempre e comunque sul medico che sta operando in quel momento, il quale deve in ogni caso rispondere anche dell'operato del suo personale di assistenza.

**Gabriele Crivellenti
Cosimo Tomaselli**

Attività
dell'Ordine

27



Eravamo quattro amici al bar

Ovvero dai musicanti dei fratelli Grimm (campo pediatrico) agli amici che volevano cambiare il mondo (medicina tout court).

Il mondo non lo cambieremo, ma l'asino porta in groppa il cane, il gatto e il gallo, e la compagnia si amplia più rapidamente di quanto ci saremmo mai aspettati quando abbiamo cominciato. Ma cosa fanno, questi?

Partiamo dai musicanti: eravamo solo pediatri, quattro anni fa. Adesso al bar ci hanno raggiunto mmg, radiologi, gastroenterologi, fisiatri, odontoiatri, infermieri e anche studenti.

In anticipo su quello che avevamo previsto, l'assistenza sanitaria continuativa nella zona di Ol Moran è una realtà consolidata e che si sta ampliando.

Inizialmente volevamo seguire i bambini della zona e addestrare il personale locale, adesso assistiamo tutta la popolazione, soprattutto adulti e anziani, e cominciamo a vedere il cambiamento nell'operato delle infermiere in loco.

Ma come fanno: non hanno famiglia, ambulatorio, ospedale, ecc.?

Proprio perché abbiamo famiglia, ambulatorio, ospedale, ecc., abbiamo deciso di volare basso. Non pensiamo di essere ancora in grado di lavorare in ospedale, cosa che richiede una permanenza prolungata, che non ci possiamo permettere, per cui ci occupiamo di assistenza territoriale. Anche se il territorio è un po' particolare.

I nostri gruppi, autogestiti, stanno via un paio di settimane, circa una volta al mese, e ognuno di noi, ogni anno, si prende 15 giorni sabatici, nei quali lavora dall'altra parte del mondo. Si viene ospitati nella missione di Ol Moran, o in quelle limitrofe, dove si trovano i dispensari nei quali si lavora, quando non si va a fare "Clinica Mobile".

Niente di impossibile, quindi. Basta solo avere un po' di voglia di provare: due giorni per il viaggio di andata, due per il ritorno e il tempo che avanza a fare il dottore.

Però non è finita qui.

Dobbiamo pensare a cosa fare da grandi.

I prossimi progetti ci porteranno, probabilmente, nello slum di Kibera. Si tratta di una baraccopoli all'interno di Nairobi, dove "vive" un milione di persone. La trovate anche su Youtube, basta digitare Kibera.

In questo caso il periodo di lavoro sarà probabilmente minore, nell'ordine della settimana, visto che la logistica è più semplice.



Attività
dell'Ordine

Per gli specialisti in fisioterapia e neurologia, il compito è più "semplice": si tratta di migliorare le prestazioni sanitarie offerte dal centro di riabilitazione Saint Martin di Nyahururu. Già opera del personale formato da fisioterapisti padovani, dove, ora, cerchiamo di migliorare alcune tecniche.

Analogamente a quanto succede per l'ambulatorio di ecografia ed endoscopia digestiva, attualmente un po' così...

Andrea Passarella

Maggiori informazioni le trovate sul nostro sito: www.rafikiforafrica.org

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

SECONDA PARTE

SVILUPPI QUESTIONI SU INDENNITÀ INTEGRATIVA SPECIALE (I.I.S.) PENSIONI INPDAP

30

1) IIS al 100% su reversibilità nata dopo il 1994 di pensione diretta con (I.I.S.), ante 1995, fino al 2006 (su ricorso) sempre riconosciuta da Corte Conti (ex art.15 c.5 L724/1994): ora non più. Dal 2007 (Legge Finanziaria 296/2006) interpretazione autentica retroattiva:

art 1 c. 774 IIS spetta nella misura del 60%

art 1 c. 775 IIS su ricorso già al 100% rimane (salvo riassorbimenti futuri)

art 1 c. 776 abroga definitivamente art.15 c. 5 L724/1994

Ricorsi 2008 Corte Conti a Corte Costituzionale che rigetta (sentenza 74/2008).

La legge 296/2006, per il contenzioso ancora in corso sulla I.I.S., violerebbe il principio dell'equo processo assicurato dalla CEDU.

Nuovo ricorso da II^ sezione Centrale Corte Conti (ordinanza 16 novembre 2009): Se Corte Costituzionale accoglie eccezione legittimità, chi aveva ricorso prima del 2007 potrà ottenere IIS al 100% su reversibilità post 1995.

2) Doppia I.I.S. su due pensioni INPDAP, a superstiti e diretta: se liquidate prima del 1995. Dopo una serie di ricorsi, un'ordinanza della Corte Costituzionale (119/2009) evidenzia nuova situazione giuridica L. 296/2006 circa la seconda I.I.S. ante 1995, dal 1 gennaio 2007: abrogazione definitiva.

Sulla reversibilità della I.I.S. le sezioni regionali Corte Conti emettono decisioni divergenti: rimane un assegno accessorio alla pensione base o è conglobata nella pensione e quindi, non apprendo, è cumulabile, dal 1995 o soltanto dal 2007.

Sezioni Riunite Corte Conti 1 QM/2009 la ritengono assegno accessorio, cumulabile con altra nel limite del minimo INPS o conglobata (inesistente) con altra soltanto per le reversibilità liquidate dal 2007.

Continuare a ricorrere ? Forse possibili appelli INPDAP a Sezioni Centrali per restituzione I.I.S. e arretrati.

PENALIZZAZIONE CUMULO PENSIONE A SUPERSTITI CON REDDITI (ART.1 COMMA 41 L.335/1995)

Pensione al coniuge superstite, indipendentemente dai redditi posseduti:

ENPAMà 70%

ENPAV à 60%

ENPAF à 60%

Solo se il coniuge ha redditi inferiori a 3 volte il minimo INPS:

INPDAP e INPS à 60

Altrimenti con redditi annui

3 volte minimo il minimo INPS (€ 17.974,32) à 45%

4 volte minimo il minimo INPS (€ 23.965.76) à 36%

5 volte minimo il minimo INPS (€ 29.957,20) à 30%

In caso di riduzione del reddito, si recupera la quota più alta.

Trattasi di pensioni liquidate dopo l'8 settembre 1995 con redditi personali da lavoro, da pensione, da seconde case, da altri redditi propri.

Ricorso per dichiarazione illegittimità (respinto da Corte Costituzionale con sentenza 446/2002).

Varie e numerose proposte legge (di diversi gruppi politici, senza seguito ed esito).

Proposta di legge di iniziativa popolare (nel 2007, d'intesa con l'ANLA, sollecitata alla Presidenza delle assemblee per l'esame, senza esito).

Ricorso in atto presso Corte Giustizia Europea (nel 2007, d'intesa con Associazione Consorti Dirigenti M. Esteri).

Proposta di legge " Lorenzin e altri" (ottobre 2009).

Solleciti recenti a Presidenze Senato e Camera (per l'esame).

CONGELAMENTO PENSIONE A SUPERSTITI ANTE 1995

Pensioni già esistenti all'entrata in vigore della legge 335.

Sono fatti salvi i trattamenti più favorevoli con riassorbimento sui futuri miglioramenti. Ante 1996 non ridotte per cumulo con redditi, ma cristallizzate, senza perequazione annuale dalla suddetta data. SSR R Corte Conti 13QM 2000: "la perequazione automatica della pensione non è miglioramento in senso tecnico, ma semplice adeguamento monetario diretto a mantenere inalterato il potere di acquisto".

Tesi confermata da sentenze del Tribunale del Lavoro di Roma (pensione INPS) e dalla Corte dei Conti del Lazio (pensione INPDAP).

Ma la Corte dei Conti Sezioni Riunite: sentenza 7/QM del 19 novembre 2009: gli aumenti perequativi ex art.11 d.l.vo 503/1992 costituiscono miglioramenti ai fini del riassorbimento disposto dall'art 1 co. 41 della legge 335/ 1995.

Ciò che è stato scritto è giusta informazione che rivela però quanta legalità è ancora molto distante dall'assoluta priorità di giustizia sociale.

FEDER S.P.E.V.

Giuliano Sassi

31

AVVISO IMPORTANTE

Si ricorda a tutti gli iscritti il servizio gratuito offerto dall'Omceo che fornisce una casella di posta elettronica certificata gratuita a tutti gli iscritti che ne facciano richiesta tramite modulo scaricabile dal sito dell'Ordine www.ordinemedicivenezia.it. Inoltre, si invita coloro che sono già in possesso della casella PEC di verificarne la corretta attivazione.

