

OMC eO

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

Anno XXXIX - n. 05 del 5 ottobre 2007 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

**Tempo di verifiche,
tempo di scelte**

L'arte del compromesso

**Un innovativo progetto
nella AULSS 13**

**Lettera aperta del
Presidente Nazionale CAO**

Desistenza terapeutica

**Parere del fiscalista su
parcelle odontoiatriche**



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

05.07

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. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott. MORENO BREDA
dott. GIUSEPPE COLLURA
dott. GELLI GIUSEPPE FABRIS
dott. ALESSANDRA GALLO
dott. GIOVANNI LEONI
dott. MALEK MEDIATI
dott. GIORGIO MENEGHELLI
dott. GIULIANO NICOLIN
dott. ALFREDO SAGGIORO
dott. MORENO SCEVOLA
dott. MAURIZIO SINIGAGLIA

Collegio dei Revisori dei Conti

Effettivi

dott. RENATO FAMELI (Presidente)
dott. PASQUALE PICCIANO
dott. GIULIANO SASSI

Supplente

dott. ALBERTO COSSATO

Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

dott. COSIMO TOMASELLI (Presidente)
dott. FRANCESCO TOME' (Segretario)
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott. MICHELA MORANDO
dott. GIULIANO NICOLIN



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

Anno XXXIX - n. 05 del 5 ottobre 2007
Aut. Tribunale di Ve n. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale
Maurizio Scassola

Direttore Responsabile
Franco Fabbro

Comitato di redazione
Maurizio Sinigaglia, Giuliano Sassi,
Giovanni Leoni, Michela Morando,
Antonio Lo Giudice, Cristiano Samuelli

Sede e Redazione
Via Mestrina, 86 - 30172 Mestre (VE)
Tel. 041.989479 - Fax 041.989663

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

Progetto Grafico
Fabio Targa

Stampa
Linea Grafica - Castelfranco Veneto (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 5 ottobre 2007

- 04 Tempo di verifiche,
tempo di scelte
- 05 L'Arte del Compromesso
- 07 Corso Tutoriale
di Formazione e Aggiornamento
- 09 1° Dicembre 2007,
un'occasione da non perdere!
- 10 Nuovo profilo professionale
dell'odontotecnico
- 12 Vaccini e strategia delle
vaccinazioni: la strana
situazione italiana
- 14 A proposito di parcelle
- 15 La "mano lunga"
(e discriminatoria)
dell'Agenzia delle Entrate
- 17 Un problema aperto:
la desistenza terapeutica
- 18 Ruolo della Specialistica
Ambulatoriale nella
Continuità Assistenziale
- 20 Comunicazioni del tesoriere
in vista dell'Assemblea
del 1° dicembre
- 22 Osteoporosi e
nuovi criteri LEA
- 25 Le fotografie scattate ai fini
di interventi chirurgici
sono dati personali
- 26 Trattamento dei
dati genetici
- 27 La strana storia
del dott. Jekyll
e del dott. House
- 28 Ancora sull'Errore in Medicina
- 29 FEDER.S.P. E V.
Comunicato stampa
- 30 FEDER.S.P. E V.
Sindacato o altro?
- 31 Convegni:
Il nuovo codice di deontologia
medica: strumento
indispensabile nella professione
- 32 Convocazione Assemblea
Ordinaria degli Iscritti

Sommario

3

Tempo di verifiche, tempo di scelte

Siamo arrivati, in questo 2007, ad un momento delicato della nostra vita sia come professionisti sia come cittadini. Abbiamo di fronte scadenze, problemi irrisolti e molti nodi che presto verranno al pettine.

La scadenza del mandato dei Direttori Generali delle nostre Aulss è senz'altro un argomento "piccante" perché rappresenta sia la sintesi operativa delle scelte politiche sia la fotografia della capacità manageriale. Noi crediamo sia importante che i medici intervengano con le loro valutazioni e con le loro proposte in un momento in cui la politica non riesce a riconquistare la propria credibilità perché incapace di avvicinare e di rappresentare i bisogni delle nostre popolazioni; i medici devono contribuire a stimolare il rinnovamento delle strutture e delle attività di cura.

I manager rappresentano nel bene e nel male le scelte della politica ma non devono essere valutati solo dalla politica ma da tutti gli operatori della salute che dovrebbero essere ascoltati come soggetti "competenti", capaci di portare riflessioni e proposte; oggi è necessario avere coraggio e incentivare la partecipazione perché il sistema delle cure va ridisegnato/ricalibrato.

Il nuovo ospedale di Mestre, la rete ospedaliera provinciale, le nuove organizzazioni della assistenza territoriale, la possibile fusione della Azienda 14 con l'Azienda 12 sono altre questioni sul tappeto.

Vi è grande ed ansiosa attesa per l'entrata in funzione del nuovo ospedale di Mestre; quest'opera rappresenta una conquista ed una occasione di rivisitazione del modello organizzativo e strutturale dell'assistenza ospedaliera. La "ansiosa attesa" nasce e cresce di giorno in giorno ed è proporzionale al vuoto, all'assenza della politica che, ancora oggi, è incapace di esplicitare quali saranno le ripercussioni di questa grande realizzazione sul territorio della nostra provincia. Abbiamo l'impressione (!?) che questa "assenza" esprima il disagio per un vuoto di programmazione: l'ospedale di Mestre è già l'espressione di una occasione mancata? E' corretto ed è compito di civiltà che l'OMCeO di Venezia si faccia interprete della grande contrarietà di tutta la categoria medica che si vede ancora una volta esclusa da decisioni che

ricadranno inevitabilmente sulla responsabilità professionale degli operatori (non solo medici) che lavoreranno in un ambiente con modelli organizzativi completamente nuovi (la piastra dipartimentale) e sostanzialmente sconosciuti!

Vi è un'altra domanda che ci arrovella: quali saranno le integrazioni funzionali tra gli ospedali di rete provinciale con l'entrata in esercizio del nuovo ospedale? Quale sarà sostanzialmente la distribuzione in rete delle competenze? Come si garantiranno, in una logica di rete efficiente che va ad accorpate e a ridisegnare, i Livelli Essenziali di Assistenza?

Nella logica della continuità della cura la nuova riorganizzazione dovrà prevedere la revisione della Assistenza Territoriale. Sarebbe un grave errore strategico-logico ridisegnare il territorio in funzione dei bisogni degli ospedali! Anche qui noi speriamo che la Politica sappia individuare una corretta ricerca dei bisogni assistenziali e su questi possa progettare, con tutti i soggetti interessati, coerenti modelli organizzativi. E' in questa logica che si crea il vero rapporto Ospedale/Territorio: nella prospettiva della continuità della cura alla Persona.

Si è molto parlato, in queste settimane, del possibile accorpamento tra la Aulss 14 e la Aulss 12; anche qui i medici devono subito intervenire nel dibattito e nelle proposte! Non è ovviamente solo un problema "medico" ma la categoria vuole alzare una voce autorevole sui possibili scenari per scelte anche qui condivise con la Politica e con tutti i portatori di interesse. Questo Ordine si farà da subito promotore per confronti istituzionali. Il dibattito in questo caso è appena iniziato e non credo vedremo accelerazioni "decisionistiche" che non potrebbero che portare a dure prese di posizione della Professione!

Sono quindi molte le questioni aperte e tutte strategiche per il nostro futuro! Questo Consiglio ha l'ambizione di poter rilanciare il ruolo della nostra Istituzione con il confronto costante con Voi tutti, con le nostre Comunità e con le Istituzioni; non saremo spettatori inerti ma soggetto politico, capace e competente, osservatorio e laboratorio nella ricerca di una costante partecipazione.

E' con questa forte convinzione che Vi invitiamo tutti al Convegno del prossimo 1° dicembre "Il Nuovo Codice di Deontologia Medica: Strumento Indispensabile nella Professione". Desideriamo confrontarci sui valori che ci uniscono ma anche svolgere una lettura del Codice

sotto la duplice veste di strumento a difesa del Cittadino e della Professione. Solo un confronto "comunitario" permetterà di trovare, nell'analisi delle comuni radici e nel confronto dei comuni valori, il senso del nostro viaggio.

Maurizio Scassola

L'Arte del Compromesso

La politica è senza dubbio l'arte del compromesso. Tuttavia, dobbiamo essere chiari su cosa intendiamo per "compromesso". Fare un compromesso significa certo che ciascuno sacrifica qualcosa, ma non per il gusto o la necessità di fare un accordo ad ogni costo.

Ciò che giustifica il compromesso è il bene comune.

Dei numerosi sacrifici richiesti in questi ultimi anni ai dentisti, ce ne sono ben pochi che abbiano davvero portato qualcosa alla società nel suo complesso, ma di qualcuno non vi è stato neppure lo sforzo di mostrare quale bene comune si volesse ottenere. Per fare un esempio di questo ultimo tipo, cito per tutte la legge 22/2002 della Regione Veneto sulle autorizzazioni: alla fine del 2005 molti dentisti sono stati convinti/costrretti a fare tale domanda, a compiere talvolta interventi strutturali sui loro studi con esborsi economici anche notevoli. A cosa sono serviti questi sacrifici imposti agli odontoiatri e ricaduti sulla collettività? In due anni quante infezioni in meno sono state contratte nei nostri studi? L'aumento della sicurezza per il paziente in quanti minori danni si è manifestata? Nei nostri studi nel 2006 e nel 2007 sono morti meno pazienti rispetto agli anni precedenti? Domande che fanno di noir.

E' ovvio che su sacrifici di questo genere non si può chiedere alla professione alcun compromesso, perché non c'è alcun bene comune che li giustifichi. Coloro i quali vanno a fare compromessi con la Regione su questo terreno devono spiegarci quali accordi sono stati presi, magari informali, per consentire, se non di condividere, perlomeno di discutere.

Su altri terreni il discorso cambia, anche se non di molto. Il decreto Bersani sulle liberalizzazioni ha l'obiettivo di aumentare la concorrenza tra i professionisti per diminuire i costi dei servizi professionali. Su questo obiettivo si può discutere. Ci

sono categorie chiuse che esercitano in regime di monopolio e che stabiliscono a priori le proprie tariffe a prescindere dal mercato. Ci sono altre categorie nelle quali la pleora dei professionisti impedisce di parlare di monopolio, e non sono solo i dentisti a soffrire di questo eccesso di offerta.

Nei confronti di queste categorie inflazionate, ovviamente, le armi del ministro Bersani sono nate spuntate.

Analizziamo più da vicino le conseguenze del decreto Bersani sulla nostra categoria, ad un anno quasi dalla sua promulgazione. Per quanto riguarda la pubblicità, già questa estate abbiamo visto colleghi della provincia acquistare pagine intere sui giornali locali per fare pubblicità alla propria attività. Questa pubblicità ha portato qualche vantaggio ai pazienti che compensi il maggior costo delle cure determinato dall'investimento pubblicitario? Distinguiamo allora le informazioni trasmesse con questi mezzi.

Un collega informava che nel suo studio si effettuano prestazioni che io credo alla portata della stragrande maggioranza dei nostri iscritti: impianti post-estrattivi, ceramiche in una seduta, eccetera (nel caso vi siano in provincia molti colleghi che ritengono di non essere in grado di effettuare queste prestazioni mi impegno personalmente ad organizzare corsi di formazione ad hoc: telefonatemi pure liberamente!).

Ora, se i cittadini leggendo quella pagina hanno creduto di capire che quelle prestazioni sono di avanguardia ed effettuate solo in quello studio, il decreto Bersani ha consentito una disinformazione e quindi ha prodotto un danno anziché un vantaggio al cittadino. In caso contrario, ha solo fatto spendere al dentista soldi per nulla, spese ricadute sulle tasche del paziente, e quindi ancora un danno.

Poi il collega informava circa i propri orari di

apertura e dava il proprio numero di telefono. Effettivamente questo è un servizio di cui anche l'OMCeO di Venezia comprende l'utilità, tanto che abbiamo ritenuto di dedicare uno spazio del nostro sito WEB proprio per rendere pubblici indirizzi ed orari dei nostri iscritti, e comunque non c'era bisogno di Bersani per pubblicizzare questi dati. Pertanto, rispetto a ciò che avremmo fatto anche senza il decreto in questione, sono solo aumentate le spese.

L'altro fronte del decreto si apre sulle tariffe. Il tariffario minimo delle prestazioni odontoiatriche ha da sempre due grossi problemi.

Da un lato l'aggiornamento con ritmi epocali. Chi di noi nel 2005 avesse voluto praticare le tariffe minime consentite avrebbe dovuto chiedere una colletta per lavorare, essendo tutte di gran lunga sotto il costo vivo di ogni prestazione.

Dall'altro il nomenclatore. Io ho partecipato al gruppo di lavoro nazionale dell'ANDI sul nomenclatore e mi sono reso conto delle difficoltà connesse. L'ANDI di Verona pubblicò successivamente un nomenclatore sperimentale che è a tutt'oggi il meglio a nostra disposizione. Il problema del tariffario consiste nel fatto che non è sufficiente dire il prezzo minimo di una prestazione, poniamo una otturazione in composito. Il problema è che, quando si parla di una prestazione, si parla anche di una procedura, di un protocollo, e dei risultati connessi. Possiamo noi accettare una otturazione in composito senza diga? Un adesivo Self Etching è equivalente ad uno Double-Step? Una lampada al plasma, una alogena o una ai led sono interscambiabili? Il controllo dell'intensità luminosa della lampada è opzionale?

E fin qui sono solo domande tecniche. Sul piano commerciale-giuridico, un impianto non integrato va pagato ugualmente? Il nostro codice deontologico non ha dubbi quando proibisce gli onorari vincolati al risultato, ma credo che i giudici non siano tutti sulla stessa lunghezza d'onda.

Tenendo conto di queste due enormi falle, l'abolizione delle tariffe minime ha lasciato del tutto indifferente la nostra categoria.

Ancora un altro fronte sono le convenzioni. Si tratta ovviamente di strumenti di marketing e un Ordine Professionale deve rispettare tutte le scelte professionali dei propri iscritti che avvengono nei limiti imposti dalla legge. Possiamo ovviamente stimolare una riflessione politica generale sull'utilità di questi strumenti di lavoro così come abbiamo riflettuto su pubblicità e tariffe, e l'abbiamo fatto più volte su questo stesso bollettino. Tuttavia in questo contesto abbiamo assistito ad

una evoluzione estremamente pericolosa. Un dirigente sindacale veneziano commentando la stipula di convenzioni da parte degli aderenti ad un altro sindacato, ha avanzato su di un organo sulla stampa del settore dei dubbi circa la qualità delle cure effettuate da questi colleghi e nello stesso tempo, magnificando la preparazione e la prassi dei colleghi iscritti al proprio sindacato, ha lasciato trapelare l'ipotesi che gli stessi siano più preparati ed effettuino prestazioni di qualità superiore rispetto agli odontoiatri non iscritti a quel sindacato.

Tale deriva dal punto di vista deontologico è assolutamente censurabile, la preparazione e la qualità delle cure degli odontoiatri è sotto l'esclusiva pertinenza dell'Ordine professionale, o eventualmente della magistratura. Non possiamo accettare di vedere colleghi infangarsi reciprocamente sugli organi di informazione e riteniamo che tale evenienza vada scongiurata in ogni caso. A parte questi atteggiamenti anti-deontologici in ogni caso è evidente che il decreto Bersani partendo da una analisi, per quel che riguarda il dentale, a nostro avviso, lacunosa, pur con intenzioni condivisibili, propone rimedi inefficaci.

Il bene comune inteso come libertà di accesso ai servizi professionali in genere ed odontoiatrici in particolare, libertà dai condizionamenti economici ovviamente, sta a cuore a tutti e a noi odontoiatri in prima persona. Ma va affrontato seriamente e con competenza.

Dal 2004 al 2006 la spesa per cure sanitarie della famiglia veneta è scesa dal 4.2 al 3.7%, mentre la spesa media per famiglia è aumentata da 2.200 a 2.400 E/mese. Nel rapporto annuale l'ISTAT ripete di anno in anno in modo ossessivo che nelle spese per la salute le spese dentarie sono molto pesanti, quasi un terzo del totale, e continua a ripeterlo anche quando tra tutte le voci di spesa l'unica a diminuire è quella del dentista!

In questo contesto dobbiamo chiederci se l'abolizione del controllo dell'Ordine su tariffe, pubblicità e convenzioni sia un sacrificio giustificato dal bene comune. La mia impressione è negativa, e tuttavia credo che questo sia proprio un terreno su cui accettare un compromesso.

Credo, infatti, che la situazione degli Ordini Professionali pre-Bersani fornisce, a coloro che lo cercavano, l'alibi per attribuire alla chiusura corporativa delle professioni le nostre tariffe professionali.

Oggi come oggi costoro sono rimasti senza argomenti. Se in assenza di tariffe minime, con libertà di pubblicità e di convenzioni, con un numero di odontoiatri doppio rispetto all'ottimale, le

tariffe restano quel che sono, dobbiamo arrenderci all'evidenza che stiamo raschiando il fondo ed andare a cercare i fattori strutturali che concorrono ad aumentare i costi.

Il nostro Ordine chiede da tempo a tutte le parti sociali di collaborare al bene comune, richiama concretizzandosi con l'istituzione di un Tavolo Dentale. La sincerità della preoccupazione per il costo delle cure si misura dalla serietà del confronto a questo tavolo. Coloro che continuano a lamentarsi delle nostre tariffe ma non si confrontano con i fattori strutturali su cui noi, in quanto Odontoiatri, non possiamo nulla (burocrazia, LR

22/2002, DL 262/94, costo del lavoro dipendente, deduzione delle spese sanitarie dalla dichiarazione dei redditi, spese parassite, contenzioso, etc.) dimostrano la propria cattiva fede.

Ma contemporaneamente dobbiamo anche constatare che, nel mondo delle prestazioni professionali, gli studi odontoiatrici attrezzati con tecnologie e materiali d'avanguardia, con personale dipendente competente e preparato, forniscono prestazioni decisamente economiche nel complesso e garantiscono una salute orale alla nostra popolazione di cui possiamo andare fieri.

Cosimo Tomaselli

Corso Tutoriale di Formazione e Aggiornamento

Ormai in corso di attuazione il **Progetto Pilota denominato "Corso Tutoriale di Formazione e Aggiornamento 2007 - 2008 rivolto ai Medici di Medicina Generale e ai Medici Ospedalieri"**, proposto in occasione del Convegno su **"La comunicazione tra medici: strumento indispensabile per un percorso di cura di qualità"** svoltosi il 4 novembre 2006 a Mirano sotto l'egida dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia (OMCeO) e successivamente ripreso dal Bollettino dell'Ordine dei Medici n° 5/06.

Obiettivo del corso è migliorare i processi di comunicazione tra medici, nonché individuare strumenti e percorsi facilitanti la collaborazione tra le diverse figure professionali mediche, medici di famiglia e medici ospedalieri, nel rispetto dei diversi ruoli; tutto ciò allo scopo prioritario di migliorare l'assistenza fornita al paziente e al tempo stesso di aumentare la soddisfazione e la considerazione di tutta la classe medica.

Tale **progetto pilota** si proponeva inizialmente di reclutare - nell'ambito della AULSS 13 - quaranta medici, fra Medici di Medicina Generale (MMG) e Medici Ospedalieri (MO). La risposta è stata invece ben superiore alle attese, avendo aderito quasi un centinaio di medici, di cui 31



Moreno Scevola

MMG, 52 MO e 7 medici operanti nei due Distretti Sanitari (Area Nord e Area Sud) della AULSS 13.

Il corso consiste nell'affiancamento del Medico di Medicina Generale al Medico Ospedaliero, e viceversa, durante lo svolgimento delle normali attività lavorative di ciascuno dei due: il Medico Ospedaliero frequenterà per tre giorni il collega di Medicina Generale, affiancandolo per un mini-

mo di 4 ore e mezza al giorno – il massimo di ore giornaliere sarà a discrezione di ogni singola coppia – nel suo ambulatorio e nelle sue attività sul territorio (visite domiciliari, Assistenza Domiciliare Programmata, ...); altrettanto farà il Medico di Medicina Generale, per gli altri tre giorni della medesima settimana, ospite del collega ospedaliero, a lui affiancato nella sua attività di corsia, secondo la preferenza di reparto espressa da ogni medico di famiglia.

I Medici Ospedalieri aderenti al corso appartengono a molteplici specialità: oltre ai reparti di Medicina, Geriatria, Oncologia, Cardiologia, Chirurgia Generale e Ortopedia, da subito invitati a supportare l'iniziativa, si sono proposti per questo "scambio" colleghi specialisti di (n.d.r. in ordine strettamente alfabetico) Anatomia Patologica, Anestesia e Rianimazione, Fisiatria, Igiene Pubblica, Medicina di Laboratorio, Nefrologia, Neurologia, Oculistica, Pediatria, Pneumologia, Pronto Soccorso, Psichiatria, Radiologia, Urologia.

Inoltre, come già detto, 7 medici operanti nelle strutture territoriali dei due Distretti Sanitari (Area Nord e Area Sud) della AULSS 13 hanno formalizzato la loro adesione al progetto, prendendo in un certo senso "in contropiede" gli organizzatori, ma in questo modo spontaneamente evidenziando una realtà di cui manchevolmente non si era tenuto conto in fase di progettazione del corso, ovvero l'interesse anche da parte dei colleghi dei Distretti Sanitari di entrare in una relazione più stretta con le altre figure mediche del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Pur sapendo bene quanto il confronto clinico tra colleghi sia sempre formativo, **obiettivo di tale corso non è prioritariamente formare o aggiornare il medico in senso culturale**, anche se sarà certamente gradita, da parte di ciascun partecipante, la inevitabile ricaduta in termini di ampliamento della propria conoscenza medica.

Finalità principale del corso vuole essere, attraverso il confronto diretto tra colleghi sul campo di lavoro, **il conseguimento della comprensione delle reali difficoltà operative nelle quali ciascuna figura medica si trova quotidianamente a**

esercitare, dalla quale comprensione possa scaturire non solo un **maggiore rispetto verso le differenti professionalità**, ma, posto che tale rispetto non sia incrementabile perché già massimale, si possano **individuare e successivamente organizzare quegli strumenti di lavoro e di comunicazione con i colleghi** (dalla refertazione sempre leggibile, allo snellimento delle procedure burocratiche, dalla definizione dei momenti adatti a parlarci al telefono, alla dinamica costruzione di un portale aziendale capace di favorire il contatto e il tempestivo scambio di informazioni tra tutte le figure mediche che si occupano del medesimo paziente, etc.) **che inevitabilmente miglioreranno e renderanno più efficiente il nostro comune sforzo nell'interesse della persona malata – cittadino utente**.

Il corso inizierà di fatto, con le prime tre coppie, lunedì 10 dicembre 2007 e si concluderà entro il mese di marzo 2008.

L'Azienda AULSS 13 partecipa all'iniziativa garantendo il supporto tecnico – amministrativo, finalizzato all'accredimento del corso in ambito ECM.

I risultati di questo progetto pilota saranno successivamente presentati e discussi in un convegno ad hoc, che sarà cura dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia organizzare per la fine del 2008.

I referenti del progetto prestano a titolo gratuito la loro opera per questa prima esperienza.

La "ricompensa" che ci attendiamo è l'adesione generosa di ogni collega, come noi motivato a migliorare il livello di comunicazione tra i medici, allo scopo di vedere maggiormente valorizzata ed apprezzata da parte dell'opinione pubblica l'immagine collettiva di una categoria che quotidianamente si prodiga per la cura della persona.

Dott. Moreno Scevola,
Ospedaliero U.O. Medicina Mirano,
AULSS 13 Regione Veneto

Dott. Luca Barbacane,
Medico di Medicina Generale,
AULSS 13 Regione Veneto

1° Dicembre 2007, un'occasione da non perdere!

Gli argomenti preferiti nelle conversazioni degli Italiani da sempre sono il calcio e lo sproloquio sul Bel Paese. Il tutto naturalmente innescato da televisioni e giornali sempre alla caccia di uno scoop scandalistico che possa garantire la sopravvivenza di qualche testata o la carriera di qualche giornalista. Ovviamente questo non è un discorso generalizzabile, i professionisti seri esistono anche nel campo della comunicazione anche se faccio fatica a riempire tutte le dita delle mie mani. Noi medici questo lo sappiamo benissimo, costituiamo un obiettivo facile da raggiungere ed una fonte di reddito sicura anche per altri professionisti. La tranquillità con cui si può denunciare penalmente un medico (costume tipico del sistema giuridico italiano fra i paesi europei) senza poi pagarne "in automatico" le conseguenze in caso di assoluzione costituisce un obiettivo sul quale vale pena confrontarsi e stabilire una linea d'attacco comune.

Un bel giorno poi ti svegli, leggi la rassegna stampa e resti sbalordito da articoli come quello recentemente pubblicato dal BMJ, in riferimento ad un'indagine OMS, nel quale il Sistema Sanitario Italiano è considerato il secondo al

mondo in termini di sicurezza ed efficacia delle cure.

Quelle televisioni e giornali sopramenzionati ora hanno un bel problema: come riferire questa notizia positiva dopo che per anni hanno infiammato la discussione intorno alla nostra professionalità, raffigurandoci come una delle cause principali di morte della popolazione dovuta alla famigerata malpractice.

Tutto ciò che è scritto nell'articolo del BMJ noi lo sapevamo già, non ci è stata mai data l'occasione di poterlo riferire, la notizia non fa audience, non aumenta la tiratura.

L'1 Dicembre 2007 pertanto diventa una data importante di confronto all'interno della nostra professione specialmente in questo momento che la nostra professione di medico-chirurgo si è avviata verso una pericolosa deriva medico-legale. Questo è il momento di urlare a gran voce. Non siamo avvocati, non siamo in grado di usare come strumento professionale le leggi o i meccanismi delle sentenze, il nostro unico strumento di difesa è il Codice di Deontologia anche se purtroppo conosciamo poco anche quello. Un medico che applica quotidianamente nello svolgimento professionale i principi del Codice dovrebbe essere garantito da incursioni di tipo giudiziario. Questo è ciò che chiederemo il 1° Dicembre 2007 ai vari rappresentanti presenti al dibattito: il Codice di Deontologia deve avere anche un valore giuridico o comunque in caso di contenzioso, il giudizio sul comportamento del medico alla luce del Codice deve avere un ruolo prevalente. Nelle notizie riportate dai media quando sono in corso contenziosi fra medici e pazienti, sono sempre presenti lunghe liste violate di Diritti del Cittadino. Non dimentichiamo però che il contenzioso medico-paziente non è una disputa fra un extraterrestre e un cittadino, ma una controversia fra due cittadini, perché il medico è prima di tutto un cittadino, esattamente come chi lo accusa e come tale forte dei propri diritti.

Vi aspetto tutti il 1° Dicembre 2007



Salvatore Ramuscello

Salvatore Ramuscello

Nuovo profilo professionale dell'odontotecnico



FNOmCeO

*Il Presidente
della Commissione per gli iscritti
all'Albo degli Odontoiatri*

Lettera aperta agli Odontoiatri italiani

Le recenti polemiche, derivanti dalla posizione espressa dalla Commissione Nazionale per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri sul problema dell'ipotizzata istituzione del nuovo profilo professionale dell'odontotecnico, mi inducono a svolgere qualche considerazione più generale sul ruolo e sulle responsabilità della rappresentanza ordinistica dell'odontoiatria.

È necessario ancora una volta ricordare che spetta soltanto alla CAO Nazionale il ruolo di rappresentare tutta l'Odontoiatria Italiana considerando che la natura pubblica dell'Ordine garantisce quella "terzietà" rispetto agli interessi particolari, che differenzia l'istituzione ordinistica da qualsivoglia Associazione di natura privata che, con pieno diritto, non può che tutelare interessi settoriali.

Questa precisazione, anche se apparentemente scontata, deve comunque essere di nuovo evidenziata anche per evitare che, come è accaduto nel recente passato, prevalgano i tentativi di trascinare la nostra istituzione in polemiche inutili e strumentali che, ripeto, non hanno alcun senso nell'ambito della funzione di Ente pubblico ausiliario della Pubblica Amministrazioni che competete all'Ordine.

Vorrei anche rappresentare il nostro impegno ad ascoltare la voce di tutti gli Odontoiatri Italiani per comprendere insieme quali sono i nuovi scenari con cui dovrà confrontarsi la nostra professione, nell'ambito di un responsabile atteggiamento volto a privilegiare il futuro e non diretto a inutili e superati atteggiamenti di mera conservazione dell'attuale. È già iniziata una riflessione sui compiti di tutela della salute dei cittadini che devono vedere in primo piano il rilancio della prevenzione come elemento fondamentale dell'assistenza odontoiatrica.

È poi indispensabile riflettere su un nuovo modo di intendere la formazione del professionista mirato a privilegiare una figura in grado di rispondere all'esigenza dei cittadini. Troppo spesso, infatti, il mondo universitario si è preoccupato solo di moltiplicare le cattedre senza una reale programmazione delle vere esigenze della formazione.

Il motivo principale per cui la FNOmCeO ha ritenuto di evidenziare e denunciare le negatività derivate da un "modello" che nulla di migliorativo ha portato in termini di qualità delle prestazioni ai cittadini utenti, nel mentre ha provocato all'interno della rappresentanza del mondo accademico l'evidente malessere di un corpo docente demotivato e scontento perché non più chiamato a formare professionisti, ma costretto a gestire un diplomificio.

Un dato deve fare riflettere: La facoltà di Medicina e Chirurgia, ormai impegnata in massima parte a formare non medici, ha perso di vista la propria missione.

Occorre una adeguata applicazione delle Direttive comunitarie per mantenere l'odontoiatria italiana all'avanguardia in Europa coerentemente, del resto, al sempre riconosciuto alto livello scientifico - culturale dei nostri professionisti, ma questo deve andare di pari passo ad una verifica attenta e seria delle offerte formative, dell'attuazione dei processi formativi e una corretta programmazione degli accessi, cioè, non per ultimo ma, anche, per non vedere ancora penalizzati i nostri giovani e premiati i furbi.

Nel ringraziarVi per l'attenzione che spero dedicherete a queste mie righe rinnovo ancora una volta la disponibilità della CAO Nazionale ad ascoltare la voce di tutti gli odontoiatri italiani. A questo proposito è auspicabile, ovviamente senza alcun onere economico e organizzativo a carico della Federazione, la partecipazione alla prossima Assemblea dei Presidenti CAO, che si svolgerà a Caserta il 29 settembre p.v., anche dei componenti delle Commissioni che potranno intervenire.

Dobbiamo, tutti insieme, collaborare al rilancio della nostra professione, che deve saper trovare la forza per affrontare le nuove sfide senza lasciarsi condizionare da polemiche settoriali, che per loro natura sono sterili e soprattutto non portano da nessuna parte.

Cordiali saluti.

Giuseppe Renzo



Giuseppe Renzo

Vaccini e strategia delle vaccinazioni: la strana situazione italiana

I vaccini sono al primo posto tra le armi sanitarie della Medicina per capacità di fornire incrementi di salute (stimati 20 anni di vita umana guadagnati) e risultati in costo-efficienza nel rapporto spesa sostenuta verso riduzione di costi sanitari e sociali (Plotkin J, 1994).

I vaccini costituiscono una vera ricchezza per le Nazioni e i loro Sistemi Sanitari in un settore (la Sanità) dove le risorse non bastano mai (Zinkermagel R, Nobel per la medicina, 1999).

Queste premesse non sono più scientificamente discutibili dopo che varie malattie sono state eradiccate o eliminate o fortemente contenute solo con le vaccinazioni. A questo proposito basta consultare l'allegata tabella 1 compilata su dati ISTAT dal prof. Bartolozzi per renderci conto della rivoluzione positiva di salute apportata dai vaccini.

Nuovi vaccini sono già disponibili per contenere malattie importanti e circa 40 vaccini sono in corso di preparazione per varie patologie: le potenzialità del settore vaccinale già enormemente sfruttate in passato aumenteranno ancora in futuro.

Tuttavia la vittoria sulle malattie vaccino-prevenibili dipende molto nei tempi e nella quantità dalla strategia adottata che in pratica si traduce per ogni Nazione nella tipologia del "Calendario nazionale delle vaccinazioni" o "Piano Sanitario Nazionale Vaccini" (PSNV). Questo è un punto importante: il Calendario è un compromesso che tiene conto delle priorità, delle risorse umane ed economiche, del variare delle epidemiologie, dei progressi delle vaccinazioni etc

L'Italia sta affrontando bene in questi ultimi anni il problema "Calendario"? Le critiche degli addetti ai lavori non sono poche e, riassumendo, sono principalmente due.

1. Il PSNV italiano vigente 2005-7 ha abdicato la sua identità nazionale per lasciare il posto a strategie autonomamente decise dalle Regioni col risultato di vaccinazioni a macchia di

leopardo sul territorio nazionale. In pratica alcune Regioni (poche) offrono diversi vaccini in più rispetto ad altre (la maggior parte) dove tali vaccini non sono indisponibili in offerta attiva e gratuita da parte del SSN. Sul piano strategico ciò è scientificamente sbagliato e moralmente ingiusto in quanto si determina una protezione vaccinale diversa ai bambini a seconda del loro luogo di nascita (Ugazio A, 2005).

2. L'aggiornamento dei PSNV è un obbligo non solo per la continua disponibilità di nuovi vaccini, ma anche per la necessità di rivedere le strategie per delle malattie a seconda dei dati epidemiologici. Gli USA consultano un Comitato Nazionale, l'ACIP, ritenuto il più autorevole del mondo, aggiornando le schede del PSNV ogni 6 mesi. Questo Paese che ha una popolazione pediatrica 8 volte superiore all'Italia ma, nonostante la grande distanza tra Stati federali diversi, il Calendario è unico, con immediata applicazione di ogni sua modifica a tutti i bambini americani. In Italia abbiamo avuto un PSNV 1998-2000, seguito da quello 2003-5, oggi vige il PSNV 2005-7. Gli aggiornamenti sono troppo lontani. Il nuovo

Tabella 1

Tabella 2

PSNV vedrà la luce, se tutto va bene, nel 2008. Nel frattempo molto è cambiato sia nella epidemiologia infettiva sia nella disponibilità di nuovi vaccini. Questi ritardi li paga la popolazione in termini di minori risultati preventivi, il SSN in termini di maggiori costi economici sanitari, la Società in termini di spesa monetaria più alta e di costi intangibili più elevati (morti o malattie evitabili).

Regione Veneto. A riprova di quanto sopra descritto la nostra Regione, dopo un lungo percorso di studio della Commissione Regionale Vaccini del Veneto, ha varato dal 1° Gennaio 2007 un Nuovo Calendario Regionale Vaccini che sfruttava le indicazioni del PSNV 2003-2005 (vedi Tabella 2). In pratica per i bambini veneti sono disponibili in offerta gratuita ed universale 3 nuovi vaccini contro il Pneumococco, il Menigococco C e la Varicella. Nel giro di pochi anni il Veneto punta al forte contenimento delle malattie causate da questi agenti infettanti.

Il futuro. Bussano alle porte altri due vaccini già approvati nel 2007 da FDA ed EMEA: contro il Rotavirus (300.000 enteriti/anno in Italia) e contro il Papillomavirus (HPV) (700 morti/anno prevenibili per cancro della cervice uterina). Con rapidità mai notata in precedenza il Ministro della Salute ha promesso un piano di vaccinazione universale anti-HPV per le adolescenti italiane a partire dal 1° Gennaio 2008. La Sanità pubblica sembra per contro non interessata al vaccino anti-Rotavirus su cui non ha emesso alcun pronunciamento. Non possiamo approfondire qui la tematica, ma certamente insinua qualche dubbio da una parte il decisionismo per l'HPV e dall'al-

tra parte l'assenza anche di un solo accenno per l'anti-Rotavirus.

L'ACIP-USA, per contro, non ha perso tempo: ha già introdotto nel suo ultimo aggiornamento 2007 entrambi i due vaccini in oggetto.

Conclusioni essenziali. Pur avendo affrontato un problema complesso coi limiti di una sintesi riassuntiva emergono proprio dalle valutazioni sul PSNV 2005-7 italiano i seguenti problemi:

1. I Calendari vaccinali vanno aggiornati almeno annualmente perché la globalità delle conoscenze scientifiche di settore muta troppo velocemente.

2. Il Calendario Nazionale Vaccini, pur concordato con le Regioni, deve essere

unico anche in Italia onde permettere risultati ottimali in tempi rapidi. L'equità di offerta alla popolazione e la crescita veloce ed uniforme delle coperture vaccinali per ridurre al più presto le patologie vaccino-prevenibili sono due punti irrinunciabili sul piano morale (il primo) e tecnico-scientifico (il secondo).

3. In tempi di risorse limitate esiste il problema delle priorità delle scelte. Non disponiamo al momento di un organismo autorevole come l'ACIP che garantisca l'equilibrio delle scelte in campo vaccinale. La prevenzione vaccinale nonostante gli enormi risultati è sotto-finanziata da sempre (solo l'1,5% delle risorse totali del SSN). In pratica tutti i vaccini costano al SSN come una sola molecola farmacologica di recente produzione (possibili molti esempi) pur dando all'intera comunità (e non al singolo come per i farmaci somministrati a singoli soggetti) risultati enormemente maggiori (vedi tabella 3).

Giorgio Meneghelli

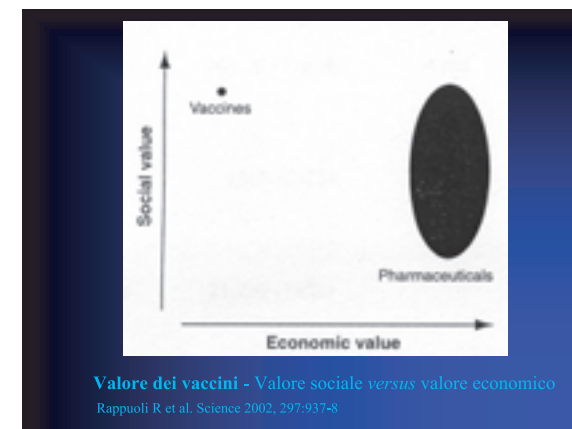


Tabella 3

A proposito di parcelle



Agenzia delle Entrate

DIREZIONE CENTRALE NORMATIVA E CONTENZIOSO

Risoluzione del 13/07/2007 n. 171

Oggetto:

Applicabilità agli odontoiatri/medici dentisti dei commi da 38 a 42 dell'articolo unico della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (finanziaria 2007)

Testo:

QUESITO

Codesta Associazione ha posto un quesito in relazione alla applicabilità dei nuovi obblighi previsti dai commi da 38 a 42 dell'articolo unico della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (finanziaria 2007) a carico delle strutture private che si avvalgono dell'opera di lavoratori autonomi in qualità di medici e paramedici.

In particolare, l'Associazione Nazionale Dentisti chiede di escludere dalla fattispecie "struttura sanitaria privata" i medici/dentisti/odontoiatri organizzati sia in forma individuale che in forma associata, sulla base del presupposto che costoro si differenzerebbero in virtù delle loro intrinseche caratteristiche (modalità organizzativa, tipologia dell'attività, tipologia dei pazienti) dagli altri soggetti interessati alla normativa di cui ai commi da 38 a 42 dell'articolo 1 della finanziaria 2007.

RISPOSTA DELLA DIREZIONE

L'articolo 1, commi da 38 a 42 della legge del 27 dicembre 2006, n. 296, ha introdotto, a decorrere dal 1 marzo 2007, l'obbligo della riscossione accentrata dei compensi dovuti per attività di lavoro autonomo mediche e paramediche svolte nell'ambito di strutture sanitarie private.

In particolare, il comma 38 della finanziaria sopra citata stabilisce che le strutture sanitarie private saranno tenute a:

a) incassare il compenso in nome e per conto del prestatore di lavoro autonomo e a riversarlo contestualmente al medesimo;

b) registrare nelle scritture contabili obbligatorie, ovvero in apposito registro, il compenso incassato per ciascuna prestazione di lavoro autonomo resa nell'ambito della struttura".

Il comma 39, prevede, poi, che "Le strutture sanitarie di cui al comma 38 comunicano telematicamente all'agenzia delle entrate l'ammontare dei compensi complessivamente riscossi per ciascun percipiente".

La ratio della norma introdotta in finanziaria e', dunque, da rinvenire nell'esigenza di favorire la tracciabilità e la trasparenza dei pagamenti.

Al fine di stabilire se i medici/dentisti/odontoiatri organizzati sia in forma individuale che in forma associata debbano essere esclusi dagli obblighi sopra menzionati, e' necessario preliminarmente esaminare il concetto stesso di "strutture sanitarie private".

Al riguardo, la scrivente Direzione ha già individuato, nella circolare del 15 marzo 2007, n. 13, quali debbano essere considerati i soggetti interessati alla disposizione in esame.

Si tratta delle strutture sanitarie private che mettono a disposizione o concedono in affitto ai professionisti i locali della struttura aziendale per l'esercizio di attività di lavoro autonomo mediche o paramediche.

In particolare, la circolare definisce strutture sanitarie private "le società, gli istituti, le associazioni, i centri medici e diagnostici e ogni altro ente o soggetto privato, in qualsiasi forma organizzati, che operano nel settore dei servizi sanitari e veterinari".

Risoluzione del 13/07/2007 n. 171

Pertanto, dalla circolare, si evince chiaramente che le norme introdotte in finanziaria, riguardano l'attività svolta nel campo sanitario e veterinario da qualsiasi soggetto organizzato, indipendentemente dalla modalità organizzativa stessa.

Nella circolare, la scrivente ha anche precisato che rientrano nell'ambito applicativo della norma tutti i compensi correlati alle prestazioni di natura sanitaria rese dal professionista in esecuzione di un rapporto intrattenuto direttamente con il paziente".

Di contro, esulano dall'ambito applicativo le prestazioni rese direttamente dalla struttura sanitaria al paziente, per il tramite del professionista, nell'ambito di un rapporto che vede la struttura sanitaria stessa nella qualità di parte del rapporto contrattuale instaurato con il cliente.

Equamente, esulano dall'ambito applicativo della norma le prestazioni rese dal sanitario in regime di inquadramento, poiché in questo caso il medico opera in un rapporto assimilabile a quello di lavoro dipendente.

Pertanto, alla luce dell'interpretazione già fornita dalla scrivente Direzione, ne consegue che gli odontoiatri/medici/dentisti, organizzati in studi individuali o associati, non potranno essere esclusi dall'ambito applicativo della disposizione oggetto della presente consulenza.

Servizio di documentazione tributaria

La "mano lunga" (e discriminatoria) dell'Agenzia delle Entrate

La circolare n° 13 è talmente chiara ed esplicativa ove descrive cosa intende per strutture sanitarie private " le società, gli istituti, le associazioni, i centri medici e diagnostici e ogni altro ente o soggetto privato, in qualsiasi forma organizzati, che operano nel settore dei servizi sani-

tari e veterinari" (testuale da circ. 13/E) che mi stupisce il quesito posto dall'Associazione Nazionale Dentisti incentrato tutto nel cercare di dimostrare che "...i medici/dentisti/odontoiatri organizzati sia in forma individuale che in forma associata, sulla base del presupposto che

costoro si differenzierebbero in virtù delle loro intrinseche caratteristiche (modalità organizzativa, tipologia dell'attività, tipologia dei pazienti) dagli altri soggetti interessati alla normativa di cui ai commi da 38 a 42" (testuale dal quesito posto come compare nella risoluzione di cui trattasi).

Stupisce e risulta francamente incomprensibile capire come, di fronte a così chiare precisazioni della circolare "in qualsiasi forma organizzati", si potessero attendere risultati favorevoli ad una richiesta così anodina.

Mi sarei aspettata qualche cosa di diverso, di più clamoroso e con maggiori possibilità di successo. "la ratio della norma introdotta in finanziaria, è dunque, da rinvenire nell'esigenza di favorire la tracciabilità e la trasparenza dei pagamenti" riconferma ancora l'Agenzia delle Entrate nella Risoluzione (così come nella finanziaria e nella circ. 13).

Si poteva magari provare anche la semplice strada dell'"interpello", ad esempio, partendo da questa enunciazione e aggiungendo una serie di considerazioni logiche sull'organizzazione dovuta per far fronte a siffatta norma impositiva. L'interpello è l'istanza che il contribuente presenta personalmente per significare, in base alle regole, norme, leggi e logiche operative, quale sia l'atteggiamento che lo scrivente intende adottare per una determinata fattispecie di comportamento.

Se il contribuente non riceve diniego entro 90 giorni, in base alla regola del "silenzio-assenso" è da ritenersi, il suo, comportamento corretto. La presentazione di un nutrito numero di istanze d'interpello, rappresentative di casi vari e diversificati da presentarsi distintamente, quasi certamente avrebbe ricevuto diniego per tutte, ma si sarebbe mosso un tale polverone e provocato una tale rumeur cacofonica, a più voci, udibilissimo e difficilmente occultabile e del quale avrebbero dovuto, necessariamente, tenere conto.

Da qui si sarebbe potuti partire per ridiscutere la norma che risulta davvero discriminatoria se si considera che si riferisce solo al comparto sanitario e parasanitario (sono compresi anche i veterinari) quasi che solo nel sanitario si nascondano i professionisti "evasori".

Per attenersi alle regole della circolare 13 la struttura sanitaria ospitante, per riscuotere per conto dell'ospitato, dovrebbe avere in sua mano la fattura del professionista per cui riscuote intestata al paziente di quest'ultimo, riscuotere il compenso, rilasciare ricevuta e consegnare la fattura, registrare contabilmente la transazione, passare

quanto prima i soldi al professionista che ha emesso fattura, trasmettere telematicamente all'Agenzia le movimentazioni.

Una serie di impegni che costringerebbero lo studio a tempi organizzativi costosi ed anche inutili ai fini delle premesse messe a base: "favorire la tracciabilità e la trasparenza dei pagamenti". Precauzioni totalmente inutili quelle dell'Agenzia in quanto il professionista ospitato, se vuole evadere ha la possibilità di accordarsi col paziente, chiuso nel proprio studio in affitto, ed intascare in nera.

A meno non si voglia trasformare lo studio ospitante in una sorta di mano longa dell'Agenzia con compiti di controllo e repressione.

Queste regole oppressive e, ripeto, inutili la dicono lunga sulla situazione totalmente deficitaria dei controlli sull'evasione nonostante i proclami di successi che l'Agenzia ci propina continuamente.

C'è di più ed insisto sul carattere discriminatorio di queste regole.

Ricordate il Decreto 223 del 4 Luglio 2006, convertito nella Legge n. 248 il 4 Agosto, con modificazioni ?

Quello che istituiva, tra le altre cose, la tracciabilità del contante incassato dai professionisti di tutte le discipline, inseriva le plusvalenze e minusvalenze a fronte di cessione di attrezzature e/o della clientela da parte di tutti i professionisti?

Ebbene, nel decreto citato e nelle successive circolari esplicative si argomentava che queste norme erano state introdotte per "l'esigenza di favorire la tracciabilità e la trasparenza dei pagamenti" ed era rivolta a tutte le professioni.

Perché nel caso di specie si è ritenuto invece di rivolgersi solo al comparto sanitario ?

Vuol dire che i Notai, gli Avvocati, gli Architetti e una vasta e nutrita serie di altri professionisti non danno mai e poi mai in uso, in affitto, in comodato o quant'altro ad altri professionisti, con loro individuale clientela, un locale ove svolgere la propria attività ?

Suvvia!

Questa è la strada da battere. Qui, a mia opinione, si dovrebbe puntare!

A meno non si voglia accettare supinamente l'oltraggio e la beffa che sottendono che solo nel Sanitario si nasconde l'evasione.

Carla Frigeri Franzelli

Fiscalista e tributarista, Milano

Esperta fiscale del settore sanitario dentale di COI-AIOG, MILANO

Un problema aperto: la desistenza terapeutica

Negli ultimi anni si è iniziato ad affrontare con sempre maggiore attenzione il problema del limite che il medico avrebbe o non avrebbe nel mantenere in vita un paziente in condizioni critiche, sorto soprattutto in conseguenza della comparsa di nuove strategie d'intervento nel campo delle terapie intensive che ne hanno fatto accrescere la portata terapeutica. In questo contesto si è inserito sempre più il concetto di desistenza terapeutica.

Già in un articolo del Corriere salute (Insero del Corriere della sera) del 12 giugno 2003 veniva intervistato Davide Mazzon, coordinatore della Commissione di bioetica della Siaarti (Società italiana di anestesia analgesia rianimazione terapia intensiva), direttore del reparto di Anestesia e rianimazione dell'Ospedale di Belluno e membro del GiViTi (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva) che così rispondeva riguardo al concetto di desistenza terapeutica: "La finalità dei trattamenti effettuati in Terapia intensiva è quella di sostenere temporaneamente le funzioni vitali, soprattutto quella respiratoria e quella cardiocircolatoria, di un organismo gravemente malato. L'obiettivo è guadagnare tempo, mentre si cerca di trattare la malattia di base. Nella pratica può, però, accadere che quest'ultima non sia più curabile e ciò rende la sostituzione delle funzioni vitali progressivamente inefficace, fino a constatare il sicuro insuccesso dei trattamenti in atto. Quando ciò accade, diviene addirittura doveroso desistere da quei trattamenti che hanno come unica conseguenza un penoso e inutile prolungamento dell'agonia del malato giunto alla fase terminale...". Il concetto di desistenza terapeutica si è però imposto all'attenzione istituzionale con la seguente dichiarazione del 7 marzo 2007 del senatore Ignazio Marino presidente della commissione Sanità:

"Sono estremamente interessanti e utili per il nostro lavoro sui disegni di legge sul testamento biologico, i dati illustrati oggi presso la Commissione Sanità del Senato, dal Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva, un gruppo di studio che moni-

torizza oltre 300 rianimazioni italiane (su un totale di poco più di 400). I dati relativi alle decisioni terapeutiche di fine vita raccolti con un lavoro serio e rigoroso che dura dal 1991 devono essere esaminati con grande attenzione da parte di chi deve prendere una decisione di tipo legislativo. In particolare, mi ha molto colpito il dato relativo alla "desistenza terapeutica" che precederebbe nel 62% dei casi la morte del paziente in un campione di 5000 decessi su circa 30.000 che avvengono ogni anno nelle rianimazioni italiane. In molti casi questa decisione è presa collegialmente, ma in altri casi è presa da un singolo medico..."

Il senatore Marino si riferiva agli ultimi dati dello studio "Decisioni di fine vita" promosso dal GiViTi che era stato oggetto di un iniziale comunicato stampa il 19 ottobre 2006 da parte dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Bergamo in cui si affermava che "circa 8 su 10 ricoverati nelle Terapie Intensive Italiane sopravvivono e vengono trasferiti ad altri reparti degli Ospedali ma 2 su 10 purtroppo muoiono. La morte di questi pazienti può essere un evento inatteso, anche se le loro condizioni erano dall'inizio molto compromesse; in tali casi fino alla fine non si possono escludere probabilità di recupero ed ogni trattamento intensivo risulta appropriato. Spesso invece la morte diventa espressione dell'impossibilità di "guarire" ed i trattamenti intensivi intrapresi non fanno altro che prolungare un processo di morte divenuto ormai inarrestabile... Le prime e non definitive elaborazioni dei dati raccolti riguardano 3648 pazienti deceduti in 84 unità di Terapia Intensiva che nel 2005 hanno ammesso 21428 pazienti. In oltre l'80% dei pazienti studiati, questi sono stati considerati non in grado di esprimere un consenso valido al piano di cure al momento dell'ammissione in Terapia Intensiva. Le ragioni di questo sono: alterazioni della coscienza, condizioni di estremo stress, anestesia, ecc. Ne risulta che il paziente raramente può decidere per se stesso e solo in pochi casi (8%) è disponibile una testimonianza formale ed anticipata delle proprie volontà (testamento bio-

logico). Un trattamento intensivo senza limitazioni è stato assicurato a oltre 60% dei pazienti fino al momento del decesso. La maggior parte di essi è morta precocemente per la gravità delle condizioni e prima che le cure potessero mostrarsi efficaci. Nel restante gruppo di pazienti deceduti vi è stata una limitazione dei trattamenti intensivi. Queste decisioni avvengono più tardi nel decorso clinico, quando la prognosi infausta diventa evidente e le motivazioni più frequentemente riportate sono “evitare cure inappropriate per eccesso”, cioè trattamenti senza alcuna prospettiva di dare giovamento...”

Sembrirebbe che tali considerazioni ben si adattino a quelle del Comitato Nazionale per la Bioetica che, “muovendo dalla premessa che la morte non può essere considerata come un mero

evento biologico o medico, essendo essa portatrice di un significato nel quale deve essere individuata la radice della dignità dell'essere umano, considera criticamente ogni ipotesi di accanimento terapeutico, che volendo prolungare indebitamente il processo irreversibile del morire si pone contro la consapevolezza del soggetto alla propria invincibile caducità”.

Queste considerazioni sottolineano che la desistenza terapeutica, la rinuncia all'accanimento terapeutico e il prodigarsi nelle cure palliative sono sicuramente atti medici importanti e dovuti al paziente anche se troppo spesso le decisioni più importanti non vengono prese da quest'ultimo ormai incosciente ma dal suo curante.

Ma questo è un altro discorso.

Cristiano Samuelli

Ruolo della Specialistica Ambulatoriale nella Continuità Assistenziale

Il Ruolo dello Specialista Ambulatoriale Interno.

Un modello d'attività assistenziale integrata tra Territorio ed Ospedale in Azienda ULSS 12.

Formazione e Network: punti strategici d'integrazione.

Dalla comunicazione ad personam a quella normata e condivisa in network.

Il Ruolo dello Specialista Ambulatoriale Interno.

Lo Specialista Ambulatoriale che opera nelle strutture aziendali territoriali si prende carico del paziente inviato dal Collega Medico di Medicina Generale fino a completamento dell'iter diagnostico. S'interfaccia con il Collega ospedaliero ogniqualvolta il percorso assistenziale – terapeutico (PAT) richiede interventi di 3° livello o manovre diagnostiche cruciali.

Le co-morbilità, quando presenti, sono gestite con i Colleghi delle altre branche operativi nella



stessa sede ambulatoriale o, in mancanza, con gli specialisti ospedalieri. Terminato il PAT, il paziente ritorna con l'esito della consultazione al Curante.

Lo Specialista Territoriale interloquisce, quindi, sia con il Medico di Medicina Generale che con lo/gli

Specialista/i che operano nel Territorio/Struttura ospedaliera.

L'attività ambulatoriale comprende le aree della prevenzione primaria e secondaria (condivise con la medicina di base), diagnostica – strumentale e terapeutica (condivise con la specialistica ospedaliera); vi accedono, utenti in accertamento o già riconosciuti portatori di patologia.

Gli assistiti hanno un'età media di 70 anni, nel ~50% dei casi sono “anziani fragili” con co-morbilità e, generalmente, dopo ripetute ospedalizzazioni.

Un modello d'attività assistenziale integrata tra Territorio ed Ospedale in Azienda ULSS 12.

E' in atto, da parte della specialistica ambulatoriale interna a livello progettuale, una proposta rivolta a riorganizzare l'attività specialistica secondo **percorsi assistenziali terapeutici (PAT)** integrati da condividere, nella pratica clinica, con tutte le articolazioni assistenziali delle U.O. di Cure Primarie e con la specialistica ospedaliera; in quest'ultimo caso le attività assistenziali e terapeutiche sono attivate mediante richiesta su ricettario o comunicazione ad personam con il Collega Ospedaliero, non essendo normate da linee guida concordate.

Dal settembre 2006 è in atto, a livello aziendale AULSS 12, l'elaborazione di un modello di gestione integrata e condivisa di percorso assistenziale e terapeutico (PAT) del **paziente deospedalizzato dopo scompenso cardiaco acuto**. Allo stesso tavolo si sono confrontati tutti gli operatori medici e amministrativi che intervengono in tale percorso: Cardiologo ospedaliero e Ambulatoriale Interno, Medico di Medicina Generale e Dirigenti delle 4 Unità Operative di Cure Primarie distrettuali, allo scopo di definire linee guida condivise e creare un network in cui entrare a seconda dei bisogni e della strutturazione dei nodi.

Tale modello e l'esperienza maturata da tutti i componenti dello staff si pongono come modello per l'elaborazione di altri percorsi assistenziali e terapeutici per pazienti portatori di patologie croniche, da implementare quando siano presenti comorbilità.

La continuità assistenziale, i cui obiettivi sono definiti ai punti 4.2 - - > 4.5 del Patto Stato - Regioni per il triennio 2007 - 2009, necessita, infatti, di un patto condiviso tra Ospedale, Medicina Generale e Distretto (specialistica ambulatoriale interna, assistenza domiciliare: ADP e ADI), al fine di assicurare la continuità assistenziale al paziente portatore di patologia cronica.

Formazione e network: punti strategici di integrazione tra i Professionisti della Salute.

Dal 1° gennaio 2002 i Professionisti della Salute registrano in Italia crediti formativi maturati con la partecipazione ad attività ed eventi di formazione nell'ambito del progetto Educazione Continua in Medicina (ECM). Sino al 2005, l'attribuzione dei crediti a fini ECM è stata raggiunta, prevalentemente, con la Formazione Residenziale realizzata mediante la partecipazione a conferenze, lezioni, seminari e convegni; a

partire dal 2005 si è aggiunta la Formazione a Distanza (FAD) e, più recentemente, la Formazione Sul Campo (FSC). Con quest'ultima tipologia di formazione il luogo di lavoro diventa il setting privilegiato per utilizzare l'esperienza di lavoro come fonte d'apprendimento, condividere con i colleghi i processi formativi e le loro ricadute operative, riflettere sugli errori e sulle criticità della pratica attraverso un processo di audit interno.

I cardiologi ambulatoriali hanno elaborato un progetto di ricerca di prevenzione primaria al rischio cardiovascolare che, attraverso l'Azienda ULSS 12 è stato selezionato a concorrere al bando emesso dalla Giunta Regionale del Veneto nell'anno 2004 come Ricerca Sanitaria finalizzata. Lo studio è stata accolto favorevolmente dalla commissione regionale e regolamentato mediante convenzione con provvedimento n. 4309 del 29/12/04. Lo stesso progetto ha ottenuto il pre-accreditamento come FSC dalla Commissione Regionale ECM e dal Comitato Tecnico Scientifico il 26 settembre 2006 perché in linea con i criteri che caratterizzano quel tipo di formazione.

Gli obiettivi dello studio con l'arruolamento di 1990 assistiti di ambedue i generi selezionati a random ed appartenenti a tre fasce d'età comprese tra i 40 e i 69 anni, sono: conoscere l'esposizione della popolazione dei distretti 1, 2 e 3 (inferibile a tutto l'universo dei cittadini dell'Azienda ULSS12) al rischio cardiovascolare attraverso la rilevazione dei fattori di rischio bio-metabolici maggiori, l'abitudine al fumo, l'ipertensione arteriosa e sovrappeso/obesità; verificare se e in quale misura i cittadini residenti nelle diverse realtà territoriali dell'AULSS 12: Isole, Centro Storico, Terraferma come area industriale e di nuova urbanizzazione, si differenziano nei fattori di rischio cardiovascolare; eseguire una valutazione multidimensionale individuale del rischio cardiovascolare utilizzando la Carta del Rischio Cardiovascolare - 2004; ridurre l'impatto sociale delle malattie cardiovascolari attraverso una maggiore sensibilizzazione della popolazione alla gravità ed attualità del rischio cardiovascolare; comunicare corretti stili di vita; arricchire il back ground cognitivo e formativo nel rapporto “medico - paziente” ed infine verificare, nella propria realtà territoriale, le misure in atto di prevenzione primaria al rischio cardiovascolare atte a prevenire cardiopatia ischemica e stroke.

I dati finali saranno analizzati in un tavolo tecnico operativo in sede di coordinamento distrettuale insieme a Medici di Medicina Generale,

Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Dirigenti delle U.O. di Cure Primarie ed aperto agli Operatori dei presidi socio-sanitari e delle istituzioni locali che si dedicano alla prevenzione primaria del rischio malattia in genere e di quello cardiovascolare in particolare.

Dalla comunicazione ad personam a quella normata e condivisa in network.

La prevenzione primaria è un tema fondante per tutti i Professionisti della Salute che operano nel Territorio; a tutt'oggi ogni comparto lavora e conduce ricerche isolatamente, i medici dello stesso comparto lavorano, spesso, isolatamente. La formazione stessa è attuata per comparti senza progetti unificanti tra categorie, trascurando che il bene salute è centrato sull'Assistito e l'Assistito nel suo percorso assistenziale incontra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Specialisti Ospedalieri e, di nuovo, l'assistenza territoriale.

Si parla tanto di far sistema, ma la strada rimane in salita.

La Specialistica Ambulatoriale è, di fatto, per i pazienti con malattie croniche o post - acuti, un trait d'union tra medicina di base e specialistica

ospedaliera ma l'interfaccia è lasciata alla telefonata, con consumo della risorsa tempo, o alla richiesta formulata sul ricettario nazionale.

Network e Formazione sono punti strategici di comunicazione. I verbali degli incontri tra comparti a livello distrettuale rimangono in sede come comunicazioni ad personam e perciò isolati invece di venire esplosi in una rete che non c'è. Non si fa sistema se prima non si realizzano reti tra ospedale, servizi territoriali (MMG, PLS, SAI, CA) e servizi Socio - Sanitari.

L'attuale situazione è il risultato di una concomitanza di fattori negativi fino ad oggi non contrastati con efficacia: fattori strutturali, dimensionali, organizzativo-funzionali, economici e sindacali. Lo sviluppo di un sistema a rete per la gestione del percorso complessivo del paziente è una scelta possibile e percorribile. E' una necessità percepibile in noi Medici e percepita dal Cittadino, in particolare dalla parte più fragile della popolazione e perciò più bisognosa di continuità assistenziale.

Al di là della comunicazione cartacea/telefonica, fino a quando continueremo ad aspettare il "nostro" Godot?

Ada Innecco

Vice segretario Provinciale SUMAI

Comunicazioni del tesoriere in vista dell'Assemblea del 1° dicembre

Cari Colleghi, sono passati quasi due anni dal momento dell'insediamento del nuovo Consiglio dell'Ordine e credo sia importante fare il "punto" della situazione in considerazione del ruolo di Tesoriere che mi è stato assegnato dai colleghi consiglieri all'inizio del mandato.

Fare il Tesoriere significa occuparsi delle condizioni dei conti e del loro mantenimento in linea con le attese degli iscritti, consentendo al Consiglio di svolgere la propria attività, tutte cose che poco c'entrano con il "fare" medicina e molto di più attengono alla professione di com-

mercialisti od altri soggetti con professionalità analoghe, ma tant'è e la normativa vigente prevede che il Tesoriere debba essere necessariamente un medico.

Vi confesso che sino ad oggi sono riuscito a svolgere tale delicato compito grazie all'aiuto indispensabile del nostro tecnico, Piero Cagnin e con il sostegno della Direttrice, Carla Carli oltre che di tutte le nostre valenti segretarie.

Il tutto è stato possibile anche per la presenza fattiva innanzitutto dei colleghi dell'Esecutivo, ovvero Presidente, Segretario, Vice Presidente e di tutti i Consiglieri, Revisori dei Conti e compo-



Davide Roncalli

nenti della Commissione Odontoiatri.

L'armonia che ha consentito il rilancio dell'attività ordinistica, ha consentito anche a me di svolgere senza preoccupazioni questa delicata funzione ed oggi con orgoglio posso comunicarVi che l'Ordine da un punto di vista finanziario gode di buona salute, nonostante la non felice congiuntura economica ed il fatto, non secondario, che ci sia trovati a riprendere l'attività dopo alcuni anni "difficili" durante i quali le attività nel loro complesso si erano significativamente ridotte; con l'anno scorso peraltro abbiamo anche finito di pagare il mutuo che era stato acceso sulla sede ordinistica che è ora definitivamente di nostra proprietà.

Nel 2006 prima e poi durante i primi otto mesi del 2007 hanno ricominciato a lavorare concretamente le Commissioni consiliari che hanno visto il coinvolgimento di molti Colleghi esterni al Consiglio e sono stati programmati convegni su tematiche d'interesse a San Donà di Piave, Mirano e Chioggia. Ha ripreso inoltre vita la Fondazione Ars Medica, sono inoltre già in programma numerose iniziative anche per il prossimo futuro che culmineranno l'1 Dicembre prossimo in un Convegno sulla bioetica e la responsabilità professionale che ci introdurrà

all'Assemblea annuale del pomeriggio.

Al di là delle discussioni sull'utilità dell'Ordine per come oggi si configura, peraltro previsto da una normativa ancora in vigore per tutte le professioni "liberali", laddove a questo proposito ben sapete come io ritenga comunque importante che la classe medica possa disporre di una propria associazione indipendente che le consenta di confrontarsi con tutte le istituzioni nel contesto di una società complessa quale quella dei nostri giorni, ritengo che i Colleghi della provincia veneziana possano essere soddisfatti dell'aver ritrovato un luogo di incontro e di confronto che da troppo tempo era mancato.

Va aggiunto che da molti anni il nostro Ordine ha mantenuto invariata la quota annuale di iscrizione che è oggi la più bassa del Veneto ed a fronte delle molteplici attività da svolgere si impone ora un aggiornamento della stessa almeno in piccola parte, necessaria per continuare a svolgere tutte le molteplici attività senza che venga intaccato il patrimonio di riserva che è utile per affrontare le situazioni di emergenza.

La volontà di amministrare la nostra associazione con lo stile del buon padre di famiglia mi impone di informarVi anche di questa "spiacevole" necessità e sono certo che vorrete comprendere come una piccola cifra rappresenti, alla luce della situazione attuale, un sacrificio accettabile.

La volontà è quella di contenere l'aumento entro termini che non complichino la vita di nessuno degli iscritti e con la volontà di studiare anche la possibilità di favorire alcune particolari categorie di colleghi, quali i giovani medici od i pensionati non più in attività, e si tratterà comunque di poche decine di euro a fronte di un'attività che vogliamo sia sempre più attenta alle diverse e particolari reali esigenze della professione complessivamente intesa.

Vi ringrazio di cuore per l'attenzione e per il sostegno che vorrete concedere alle nostre prossime iniziative cui Vi invito a partecipare numerosi, cordialmente

Davide Roncalli
Tesoriere

Osteoporosi e nuovi criteri LEA

L'osteoporosi si è messa in evidenza come patologia "di massa", particolarmente negli ultimi decenni, nel corso dei quali è significativamente incrementata la speranza di vita, per i miglioramenti socio-economici e sanitari riscontrati dal tardo dopoguerra.

Vivere più a lungo significa essere esposti più a lungo ad ogni genere di rischio, perciò anche a quello di frattura. E' un dato di fatto che il numero di fratture osteoporotiche vertebrali e femorali aumenta con l'età, in misura ben più che lineare.

La frattura femorale è la più nota e temuta delle fratture osteoporotiche ed è anche quella che più impegna il Servizio Sanitario Nazionale e l'intera Società sul piano delle risorse, umane ed economiche.

L'epidemiologia ha raccolto vari elementi statistici allo scopo di individuare quali siano i soggetti più a rischio.

E' facilmente classificabile come a maggior rischio chi ha un'osteoporosi secondaria ad altra patologia (ad es. l'ipertiroidismo, l'iperparatiroidismo) o all'utilizzo cronico di farmaci (ad es. i cortisonici), rischio che può peraltro essere modificato rimuovendo, quando possibile, la causa inducente.

E' più difficilmente prevedibile il rischio per tutta la restante popolazione, per la grande maggioranza femminile, con possibile osteoporosi "primitiva", così come viene definita la postmenopausale.

Sia nelle osteoporosi primitive che nelle secondarie, per la quantificazione del rischio da più di due decenni viene utilizzata la densitometria ossea a doppio fotone X (DEXA). La DEXA è il gold standard per la stima della quantità di minerale, la cosiddetta "densità minerale ossea" (BMD), presente a livello vertebrale e femorale, cioè nelle sedi a maggior rischio di frattura. Proprio sul dato densitometrico su colonna e femore rispetto ai valori del giovane adulto, l'O.M.S. ha definito l'osteoporosi (valore che dista più di 2.5 deviazioni standard rispetto alla media della popolazione femminile, di fenotipo bianco in postmenopausa).

E' sufficientemente dimostrato che il valore di BMD è inversamente correlato con il rischio di frattura e che alle sue variazioni, fisiologiche o farmacologicamente indotte, corrisponde una variazione, più o meno significativa, del rischio stesso.

Pertanto la Densità Minerale Ossea rimane fattore determinante nella decisione terapeutica e ciò è ribadito dalla nuova nota AIFA n° 79 che permette la prescrizione di farmaci anti fratturativi a carico del SSN in pazienti con massa ossea particolarmente ridotta, documentata con densitometria (DEXA o ad ultrasuoni per falangi e/o calcagno) eseguita solo presso strutture pubbliche o centri in cui l'esame è convenzionato con il SSN stesso.

Bisogna ricordare che ci sono altri elementi, anche relativi alla qualità dell'osso, che svolgono spesso un ruolo importante nel determinismo della frattura ma, al momento attuale, la BMD è il solo dato osseo facilmente e affidabilmente misurabile per una previsione del rischio.

Molto ampia è la popolazione potenzialmente studiabile con la DEXA per l'identificazione dei soggetti a rischio, corrispondendo, in teoria, almeno a tutte le donne in postmenopausa. Ci sono evidenti motivi logistici, statistici ed economici che impediscono uno screening densitometrico.

Date le necessarie limitazioni alla spesa pubblica, il legislatore ha chiesto alle Società Scientifiche del settore di fornire dei criteri di selezione dei pazienti che permettano di indirizzare all'indagine densitometrica solo i soggetti con maggiori probabilità a priori di avere un deficit della densità minerale.

Ai soggetti identificati in base a tali criteri è consentito di eseguire la densitometria con il solo pagamento del ticket (attualmente 36.15 euro) e l'indagine può essere prescritta su normale ricetta del SSN.

Per tutti gli altri, la DEXA è a pagamento totale e l'indagine deve essere prescritta su ricetta "bianca".

I criteri di selezione sono perciò il corretto filtro, ritenuto indispensabile dal legislatore, attraverso cui si giudica se il singolo paziente può o meno rientrare nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Per la densitometria ossea ogni altro tipo di esenzione è secondario ai LEA: prima il soggetto deve rientrare nei LEA e poi si possono applicare le altre eventuali esenzioni di cui fosse beneficiario (per patologia, per reddito, etc.).

Il sistema è entrato in vigore nel 2002 con risultati che, dal nostro osservatorio epidemiologico, possiamo definire senz'altro positivi, in quanto si sono ridotti significativamente gli esami "normali" a carico del SSN e le liste d'attesa, anche se ancora un po' di confusione viene riscontrata tra i medici prescrittori dell'esame.

Recentemente, con il DGRV 1433/2007 i criteri sono stati parzialmente modificati e meritano perciò una rinnovata attenzione da parte dei MMG e degli Specialisti.

Molti dei criteri, anche se espressi con ordine e definizione diversi, ricalcano i precedenti. Segnaliamo quella che probabilmente è stata la variazione maggiore, che può essere particolarmente fuorviante: la soglia dei 65 anni, non è più un limite al di là del quale si ha l'automatico diritto al solo pagamento del ticket. Nei nuovi criteri l'età superiore ai 65 anni viene considerata fattore di rischio minore e deve essere associata ad almeno altri due fattori di rischio minori per poter far ammettere (ovviamente in assenza di altri fattori di rischio maggiori) il/la paziente all'esame densitometrico in regime di LEA.

In conclusione, i criteri LEA costituiscono un'ottimo sistema preliminare di stratificazione del rischio di frattura, cui la DEXA aggiungerà il proprio peso determinante, attenuando o accentuando il rischio individuale. Riportiamo di seguito i nuovi criteri di selezione approvati il 15 maggio 2007 (Allegato A, Dgr n.1433 della Giunta della Regione Veneto):

1. Densitometria ossea

1.1. Prestazioni la cui erogabilità è sospesa per assenza di indicazioni cliniche

- Densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi X Total body Codice 88.99.3
- Densitometria ossea ad ultrasuoni – Patella Codice 88.99.5

1.2. Prestazioni parzialmente incluse nei LEA

- Densitometria ossea con tecnica di assorbimento a fotone singolo o doppio (Polso o caviglia) Codice 88.99.1

- Densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi X (lombare, femorale, ultradi-stale) Codice 88.99.2

- Densitometria ossea con TC Lombare Codice 88.99.4

- Densitometria ossea ad ultrasuoni – Calcagno, Falangi Codice 88.99.5

Queste prestazioni sono erogabili, **ad intervalli di tempo non inferiori a 18 mesi**, limitatamente ai soggetti che presentino i seguenti fattori di rischio.

1.3. Fattori di rischio maggiori

L'indagine densitometrica è indicata in presenza di uno dei seguenti fattori di rischio maggiori:

1.3.1 Per soggetti di ogni età, di sesso femminile e maschile:

- precedenti fratture da fragilità (causate da trauma minimo) o riscontro radiologico di fratture vertebrali;
- riscontro radiologico di osteoporosi;
- terapie croniche, (attuato o previste):

ALLEGATO A alla Dgr n. 1433 del 15 maggio 2007 pag. 2/3

corticosteroidi sistemici (per più di 3 mesi a posologia \geq 5mg/die di equivalente prednisonico);

levotiroxina (a dosi soppressive);

antiepilettici;

anticoagulanti (eparina);

immunosoppressori;

antiretrovirali;

sali di litio;

agonisti del GnRH;

chemioterapia in età pediatrica (1);

radioterapia in età pediatrica (2).

d. Patologie a rischio di osteoporosi:

malattie endocrine con rilevante coinvolgimento osseo (amenorrea primaria non trattata, amenorrea secondaria per oltre un anno, ipogonadismi, iperparatiroidismo, ipertiroidismo, sindrome di Cushing, acromegalia, deficit di GH, iperprolattinemia, diabete mellito tipo 1);
rachitismi/osteomalacia;

sindromi da denutrizione, compresa l'anorexia nervosa e le sindromi correlate; celiachia e sindromi da malassorbimento; malattie infiammatorie intestinali croniche severe; epatopatie croniche colestatiche; fibrosi cistica; insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica, nefrotubulopatie croniche e ipercalcemia idiomatica; emopatie con rilevante coinvolgimento osseo (mieloma, linfoma, leucemia, talassemia, drepanocitosi, mastocitosi); artrite reumatoide (incluso Morbo di Still), spondilite anchilosante, artropatia psoriasica, connettiviti sistemiche; patologie genetiche con alterazioni metaboliche e displasiche dell'apparato scheletrico; trapianto d'organo; allattamento e immobilizzazioni prolungate (>3 mesi); paralisi cerebrale, distrofia muscolare, atrofia muscolare e spinale.

1.3.2.Limitatamente a donne in menopausa:
a. anamnesi familiare materna di frattura osteoporotica in età inferiore a 75 anni;
b. menopausa prima di 45 anni;
c. magrezza: indice di massa corporea <19Kg/m².

1.4. Fattori di rischio minori

L'indagine densitometrica è, inoltre, indicata in presenza di:

3 o più fattori di rischio minori per le donne in menopausa:

ALLEGATO A alla Dgr n. 1433 del 15 maggio 2007 pag. 3/3

1. età superiore a 65 anni;
2. anamnesi familiare per severa osteoporosi;
3. periodi superiori a 6 mesi di amenorrea premenopausale;
4. inadeguato apporto di calcio (<1200 mmg/die);
5. fumo > 20 sigarette/die;
6. abuso alcolico (>60g/die di alcool).

3 o più fattori di rischio minori per gli uomini di età superiore a 60 anni:

1. anamnesi familiare per severa osteoporosi;

2. magrezza (indice di massa corporea <a 19 Kg/m²);
3. inadeguato apporto di calcio (<1200 mmg/die);
4. fumo > 20 sigarette/die;
5. abuso alcolico (>60g/die di alcool).

1.5. Prestazioni escluse

In riferimento alle prestazioni che, per effetto di quanto previsto ai punti 1.1 e 1.2, restano escluse dai LEA, esse continuano ad essere erogate dai presidi specialistici pubblici, con messa a carico dell'utente dell'intero importo tariffario previsto dal vigente Nomenclatore Tariffario.

Tali importi saranno aggiornati con successivo provvedimento deliberativo della Giunta Regionale, su istruttoria congiunta delle competenti Direzioni regionali.

(1) La chemioterapia è prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a tre o più criteri minori.

(2) La radioterapia è prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a tre o più criteri minori.

Speriamo, con queste note, di contribuire a migliorare la gestione del paziente e di facilitare il lavoro di Tutti i Colleghi con i quali collaboriamo.

Un ringraziamento particolare all'Ordine dei Medici per avere concesso questo spazio nel Notiziario dimostrando ancora una volta come l'Ordine possa svolgere un ruolo importante nell'interfacciare MMG e Specialisti per una più efficiente collaborazione nell'attività quotidiana.

*Dott. Adriano Bonazza,
Dott. Roberto Mameli,
Dott. Paolo Morachiello*

Servizio di Medicina Nucleare (Unità di diagnosi e terapia dell'Osteoporosi Ospedale SS.Giovanni e Paolo (Venezia); Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi Ospedale Umberto I Mestre; Ambulatorio Integrato del metabolismo minerale e osteoprosi (Via Cappuccina, Mestre)

Le fotografie scattate ai fini di interventi chirurgici sono dati personali

Le fotografie scattate ai fini di interventi chirurgici sono dati personali e, quindi, è pienamente legittima la richiesta da parte del paziente dell'acquisizione di questa documentazione; infatti, il codice riconosce ad ognuno il diritto di accedere a tutti i propri dati personali, comprese le fotografie che ritraggono in tutto o in parte il proprio corpo (Newsletter del Garante per la privacy n. 240 del 3-9 gennaio 2005).

In particolare, le fotografie scattate durante la degenza con la autorizzazione del paziente e immesse nella cartella clinica formano e costituiscono parte della cartella stessa. Le cartelle cliniche degli ospedali (circolare n. 61 del 19 dicembre 1986 del Ministero della Sanità- Direzione generale ospedali prot.900.2/Ag. 464/260) e delle case di cura (D.M. 5 agosto 1977 art. 24), unitamente ai relativi referti, vanno conservate illimitatamente poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, oltre a costituire preziosa fonte documentaria per le ricerche di carattere storico sanitario.

In merito alla conservazione della documentazione allegata (radiografie, tracciati elettrocardiografici, ecc.), il minimo della conservazione è fissato in anni venti e comunque ogni eventuale scarto è condizionato al preventivo nulla osta del competente soprintendente archivistico, in base all'art. 35 del D.P.R. n. 4409/1963.

Ricordiamo che differente è, invece, la natura della cartella clinica ospedaliera da quella della casa di cura per prestazioni non convenzionate o accreditate (in questo caso la cartella clinica è assimilata a quella ospedaliera); nel primo caso sono documenti ufficiali, nel secondo sono scritture private. Indipendentemente dalla loro natura e dei conseguenti risvolti giuridici, in ogni

momento il paziente (e in caso di minori o di interdetti chi esercita la potestà tutoria) ha il diritto di vedere la propria cartella clinica coi documenti annessi e di averne copia; non può invece farsi consegnare l'originale e portarselo a casa.

Ma mentre la conservazione delle cartelle cliniche ospedaliere e delle case di cura è a tempo illimitato, nessuna norma prevede che il libero professionista debba conservare (e per quanto tempo) la scheda clinica dei propri pazienti e la documentazione allegata. Ricordiamo che per conservare ogni dato sensibile va richiesta l'autorizzazione al paziente, in caso contrario si deve distruggere ogni documento compilato tranne che sia di proprietà del paziente, nel qual caso va restituito.

È ovvio che in caso di possesso il medico libero professionista ha il dovere (giuridico e deontologico) di far vedere al paziente che ne faccia richiesta, la scheda clinica coi relativi documenti e, a richiesta, darne copia. La documentazione allegata non può essere l'originale raccolta durante la degenza in ospedale o nella casa di cura, eventualmente può essere una copia.

Tuttavia, nel caso specifico, ogni fotografia scattata con il permesso del paziente in attività privata non in regime di ricovero può essere inserita nella scheda clinica personale e con l'autorizzazione del paziente conservata per il tempo che il medico riterrà opportuno, non essendo vincolato alla conservazione da specifica normativa.

Va peraltro tenuto presente che, in base agli articoli 7 e 16 del decreto legislativo 196/2003, in caso di eliminazione di dati sensibili ne dovrebbe essere data informazione all'interessato, comprese le modalità adottate.

Marco Perelli Ercolini

Trattamento dei dati genetici

Paternità, malattie rare, rischio Alzheimer, anomalie cromosomiche...l'elenco dei test genetici potrebbe continuare, perché in Italia – e non solo – se ne abusa.. Ma è discutibile anche l'utilità di molti test. Nel nostro paese, stando ad un censimento della Società italiana di genetica medica, nel 2002 c'erano 373 strutture che hanno fornito 25.000 analisi del Dna all'anno (quasi il doppio rispetto alla Francia). Il provvedimento del Garante della Privacy sul trattamento dei dati genetici, commentato dal Presidente Fnomceo Amedeo Bianco, fornisce importanti disposizioni.

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 65 del 19 marzo 2007 è stato pubblicato il provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali 22 febbraio 2007 recante "Autorizzazione generale del trattamento dei dati genetici".

L'art. 90, comma 1, del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, dispone che il trattamento dei dati genetici da chiunque effettuato è consentito nei soli casi previsti da apposita autorizzazione rilasciata dal Garante, sentito il Ministro della Salute, che acquisisce a tal fine il parere del Consiglio Superiore di Sanità.

Con il provvedimento indicato in oggetto il Garante ha così definito le regole per la raccolta e l'uso dei dati genetici ai fini di ricerca e tutela della salute. Su autorizzazione del Garante, con decorrenza 1° aprile 2007, i laboratori di genetica, gli istituti di ricerca, i medici e farmacisti hanno l'obbligo di assicurare opportune garanzie nel trattamento dei dati genetici per fini di cura e ricerca.

I dati genetici possono essere utilizzati per fini di prevenzione, di diagnosi o di terapia nei confronti dell'interessato, ovvero per finalità di ricerca scientifica o per finalità probatorie in sede civile o penale. Il provvedimento ha efficacia dal 1°

aprile 2007 al 31 dicembre 2008. I soggetti che al momento della pubblicazione in G.U. non siano in regola con le prescrizioni contenute nella autorizzazione potranno beneficiare di un periodo di cinque mesi per adeguarsi.

Nella fattispecie i medici dovranno predisporre misure specifiche atte ad accertare in modo univoco l'identità del soggetto a cui venga prelevato il materiale genetico; i dati identificativi dovranno essere tenuti sempre separati già al momento della raccolta.

Salvo che per i trattamenti non sistematici dei dati genetici effettuati dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta, sarà necessario informare l'interessato sugli scopi perseguiti, sui risultati conseguibili, sul periodo di conservazione dei dati e dei campioni biologici. Per poter trattare i dati genetici e utilizzare i campioni biologici è obbligatorio il consenso scritto dell'interessato revocabile in qualsiasi momento. Per le informazioni relative ai nascituri il consenso è espresso dalla gestante. Nel caso l'esame possa rilevare l'insorgenza di patologie del padre, anche da quest'ultimo.

Con riferimento alle misure di sicurezza da adottare si precisa che i dati genetici e i campioni biologici contenuti nelle banche dati dovranno essere trattati con tecniche di cifratura o mediante l'utilizzazione di codici di identificazione. Per trasmettere i dati in formato elettronico si dovrà usare la posta elettronica certificata.

Per quanto concerne la conservazione dei dati e dei campioni il provvedimento stabilisce che essi non potranno essere conservati per un periodo di tempo superiore a quello strettamente necessario per perseguire gli scopi per i quali sono stati raccolti e utilizzati. I dati genetici non possono essere diffusi. I risultati delle ricerche possono essere diffusi solo in forma aggregata, ovvero secondo modalità che non rendano identificabili gli interessati.

Ai fini di un esame più approfondito della materia è possibile consultare il provvedimento sul sito della FNOMCeO al link Gazzetta Ufficiale.

Cordiali saluti

Il Presidente
Amedeo Bianco

La strana storia del dott. Jekyll e del dott. House

E' il personaggio del momento. Ha fatto la sua comparsa qualche mese fa sulle emittenti televisive commerciali. Si è rivelato subito un fenomeno mediatico. La sua particolarità è quella di essere un medico un po' "fuori" dagli schemi classici. Il dottor House, interpretato dall'attore Hugh Laurie, lavora in una clinica modello americana, la Princeton Plainsboro, ha una cinquantina d'anni e porta su di sé i postumi di un grave problema muscolare ad una gamba. Fa un uso apparentemente smodato di codeina, motivo per il quale è spesso criticato dai colleghi, ma ciò che fa di lui uno strano medico è senza dubbio un cinismo al di fuori di qualsiasi immaginazione: tratta male i pazienti tanto quanto i suoi collaboratori più stretti, viola sistematicamente le norme del codice di deontologia medica in virtù della filosofia machiavellica che quello che conta è il risultato, veste un po' troppo *casual* per un responsabile di Reparto ma lui se ne fa un vanto, anzi non indossa mai un camice, nemmeno quando esegue una rachicentesi! E' insopportabile a qualsiasi forma di autorità o di regola costituita: questo gli è costato in passato il licenziamento da altre cliniche. Il trailer lo enfatizza affermando: "Non tollera i colleghi, non sopporta i pazienti. Non si appoggia a nessuno, tranne che al suo bastone".

Ma allora cos'è che fa del dottor House un "fuoriclasse"? Ha una memoria prodigiosa, è un Pico della Mirandola della Medicina; forse ha un *chip* impiantato nel cervello con tutte le edizioni dell'Harrison dalla prima all'ultima, considerato che non c'è argomento clinico nel quale non dimostri una padronanza assoluta. Forse un po' precipitoso nel primo giudizio diagnostico, sa anche ammettere i propri errori e corregge sempre il tiro risolvendo casi apparentemente impossibili e rari come sono quelli che lui è chiamato a risolvere.

Misogino quanto basta, è stato sposato con l'attuale avvocatessa dello studio legale della clinica, con la quale continua ad avere spesso contraddi-



tori verbali e di modo. Il dottor House è certamente un personaggio antipatico: il suo narcisismo personale e professionale è spinto all'inverosimile, facendo di lui un personaggio tutt'altro che credibile, una specie di mito al negativo.

La mania dei super-eroi medici, buoni o cattivi che siano, non è soltanto americana; ricordo ancora il lancio del libro del Prof. Trecca intitolato "Johnny Lancet chirurgo del

Pentagono" pubblicato nel 1978, nel quale si faceva riferimento a probabili aspetti autobiografici di questo romanzo. Il suo autore infatti, oltre essere stato allievo del Prof. Paride Stefanini, era un chirurgo molto noto, docente universitario di Chirurgia d'Urgenza all'Università dell'Aquila nonché pilota di bolidi, paracadutista, pilota d'aereo e prestigiatore. Attualmente va spesso in televisione a fare il conduttore.

Non è forse che stia nascendo, almeno negli States, una nuova tipologia di medico, efficiente quanto arrogante e beffardo, intelligente ma allo stesso tempo profondamente maleducato, fuori dagli schemi, iconoclasta e ribelle? Nelle nostre università nessuno si preoccupa di coniare particolari modelli medici di riferimento; il rischio è che in mancanza di qualsiasi modello, si vogliono acquisire prodotti preconfezionati che la TV magistralmente ci propina, basti pensare alla fortunata serie di "ER medici in prima linea". Il sangue fa sempre effetto e le storie dei medici in corsia, al pari forse dei western alla Leone, tengono sempre banco e vantano sempre ottimi *share*.

David Shore, che ha inventato il personaggio, fa dire al dottor House davanti ad un paziente che si lamenta dei suoi modi bruschi: "Cosa preferisce - un medico che le tiene la mano mentre muore o che la ignora mentre migliora?"

Almeno il buon Henry Jekyll, uscito dalla penna di Robert Louis Stevenson, era un gran signore: l'unico suo problema era semmai quello di accettare il proprio *alter ego* e se ci riusciva non lo faceva troppo bene.

E' difficile comprendere il personaggio di House perché tutta la sua psicologia è sfuggente. A dire il vero la tentazione di una diagnosi psichiatrica ti viene voglia di farla vedendo i suoi telefilm. Sembra non avere ideali ma poi si batte fino alla fine per trovare una soluzione e dà l'idea di farlo non per il bene del paziente che ha in cura ma per dimostrare che è il migliore ed il più forte: ma, come si sa, il fine giustifica i mezzi; forse è per questo che i suoi collaboratori lo detestano ma fanno a gara per lavorare con lui rasentando i limiti del più cupo masochismo. Narcisista a tutti i costi? Forse, ma nel personaggio di House non c'è spazio per il sentimento, non vi è un attimo di

umanità: qualunque siano le condizioni del paziente che ha davanti, traspare solo cinismo, almeno così sembra. Ma forse lo stretto sentiero che conduce alla verità è più contorto e nella *fiction* spesso giustificato dal dolore alla gamba e dall'astinenza di Vicodin.

“Tutti commettiamo errori e tutti ne paghiamo il prezzo!” dice House, ma afferma ancora “Scegli lo specialista ed hai scelto la malattia” senza contare, come a giustificare se stesso che “Non si può pretendere di essere buoni ed anche equilibrati”.

Giulio Bergamasco

Ancora sull'Errore in Medicina

Più volte è stato scritto e ribadito che l'errore in medicina non è azzerabile ma solo contenibile e che non esiste un'equivalenza tra errore e colpa. E quando si affronta l'argomento “errore” si è portati immediatamente a considerare la responsabilità professionale individuale. Oggi, invece, vorrei spostare l'attenzione su quanto e come la “struttura”, cioè ove il Medico esplica la propria attività, possa contribuire all'insorgenza dell'errore e quindi al rischio clinico.

Le organizzazioni sanitarie pubbliche, divenute Aziende, possono incidere sensibilmente sull'errore in medicina: basti pensare quanto, oggi, l'aspetto economico influenzi i concetti di efficienza-efficacia. A questo, poi, si aggiungano i vincoli di bilancio imposti dalle leggi finanziarie nazionali e dalle successive ricadute dei patti per la salute tra Stato-Regioni. L'utilizzo e la suddivisione delle risorse disponibili, in una stessa Regione, tra soggetti diversi (ad esempio: ospedale e territorio, assistenza e ricerca, costruzione e tecnologia, spesa routinaria ed innovativa), con modelli assistenziali differenti, può favorire l'insorgenza di conflitti d'interesse.

Si è passati da un'organizzazione sanitaria basata sul professionista (medical oriented) ed al suo servizio ad una ove è prevalente l'assetto aziendalistico (factory oriented) che, viceversa, condiziona il singolo professionista.

Il Medico si trova ad operare in un contesto ove è prioritario l'equilibrio di bilancio rispetto alla tutela della salute, all'interno di strutture diparti-

mentali multifunzionali sempre più esposte a rischio, sia per la limitata conoscenza medica diretta dei pazienti che per le sempre più carenti tutele dell'emergenza sanitaria.

Se l'errore è l'atto finale di una sequenza di eventi, è altrettanto evidente che l'asaperata frammentazione delle attività – in assenza di una chiara piramide gerarchica di comando – non può che amplificare il rischio clinico sia per il paziente che per il gran numero di sanitari (Medici e non) oggi coinvolti. Il paziente è “unico” ma, viceversa, molte persone collaborano alla “sua gestione”: medici dirigenti, professionals, infermieri laureati e non, dirigenza infermieristica.

Nell'ambito dell'attività ospedaliera l'errore può essere la conseguenza di parecchi diversi elementi: il management, le risorse, le strutture (edifici, strumentazione), l'organizzazione sanitaria, i carichi di lavoro, i professionisti medici, il personale di supporto.

Da dati anglosassoni si evince che l'assenza di prevenzione, le carenze igieniche e la cattiva organizzazione sono assai più importanti nel favorire l'errore di quanto non lo siano i ritardi diagnostico-terapeutici. A tal punto che il soggetto che concretamente commette l'errore può anche non esserne il maggior responsabile.

Ed ecco comparire l'“incidente” da carenze organizzative, indipendenti dalla professionalità degli operatori e dal rispetto delle procedure e dei corretti percorsi clinico-diagnostici. Carenze orga-

nizzative di quella data struttura assai spesso latenti, specie se in presenza di sistemi assai complessi.

In un sistema che oggi privilegia la logica economico-finanziaria, le regole di aggiudicazione di una qualunque fornitura medica, basate sul principale criterio di aggiudicazione del massimo ribasso e non della qualità, non possono che avere conseguenze negative.

Le esigenze di bilancio, oggi, influiscono sui modi in cui una data prestazione viene erogata, a parità di professionalità mediche.

Oggi, con la trasformazione delle ULSS in Aziende, si ammette – in caso di danno al paziente favorito da carenze strutturali-organizzative ed in presenza di corretti comportamenti professionali – una responsabilità diretta da parte della struttura.

Pertanto è essenziale che in ogni Azienda vengano chiaramente attribuite funzioni e deleghe e

che siano definiti i gradi di autonomia decisionale.

Da quanto accennato, è evidente che la responsabilità professionale sanitaria (Medica e non) non può essere oggi attribuita solo ad errata condotta commissiva od omissiva del professionista, ma può coinvolgere fattori legati ad una inadeguata aziendalizzazione sanitaria.

Quindi, più modernamente, oggi, si dovrebbero identificare almeno 3 livelli di responsabilità sanitaria, legati a: 1) carenze organizzative, 2) carenze informative e 3) carenze professionali.

Oggi i tempi sono maturi per affrontare compiutamente queste complesse problematiche, per poter fare una seria prevenzione del rischio in sanità.

Colgo questa opportunità per inviarVi i miei più sinceri e cordiali saluti.

Pierluigi Allibardi

Comunicato stampa

Si è svolto dal 13 al 15 maggio a Rimini il 44° Congresso della Federspev (Federazione Sanitari Pensionati e Vedove).

Nello spirito del motto “**la Federspev, una sicurezza per tutti i sanitari pensionati**” i congressisti hanno affrontato i problemi stringenti per una categoria sottovalutata e troppo spesso ignorata, ma di una enorme potenzialità nella nostra società.

Sono stati evidenziati alcuni importanti argomenti: la graduale e la progressiva perdita del potere di acquisto delle pensioni falcidiate ulteriormente da una iniqua e pesante scure fiscale. la cancellazione dei diritti riconosciuti da sentenze sulla indennità integrativa speciale con un colpo di spugna della Finanziaria 2007 e un'ulteriore aperta denuncia della forbice sulle prestazioni economiche delle pensioni di reversibilità.

Nei dibattiti serrati sono state proposte azioni di lotta atte a far conoscere e rivendicare i diritti del

pensionato acquisiti a fior di sacrifici contributivi a valore reale durante tutta la vita lavorativa per una serena vecchiaia nell'età post-lavorativa. Non è colpa del pensionato il dissesto delle casse previdenziali ma c'è da chiedersi invece se gli amministratori siano stati all'altezza del loro compito.

Da ultimo i pensionati rifiutano categoricamente di essere considerati i colpevoli e il capro espiatorio del supposto conflitto intergenerazionale: chi ha amministrato e affossata la previdenza non deve addossare la colpa a chi ha sempre fatto il suo dovere contributivo.

Auspicano, inoltre, che rappresentanti dei pensionati sanitari e loro vedove vengano inseriti negli organismi istituzionali, in particolare di assistenza e previdenza, a tutela dei diritti della categoria che rappresentano.

Il Presidente Nazionale
Dott. Eumenio Miscetti

FEDER.S.P. E V. Sindacato o altro?

Fin dalla prima stesura del testo dello Statuto della Federspev sorsero dissensi, perplessità e indecisione sulla definizione delle finalità della costituenda Federazione e il tutto fu concordato secondo quanto steso e approvato all'art.1 comma 1 dello Statuto in parola: "ed ha finalità sindacali ed associative".

Negli ormai tanti anni di vita e di attività della Federspev nei Congressi nella stampa e nelle sezioni si è tornati sull'argomento. Una corrente ha sempre sostenuto a spada tratta che la finalità principale e forse esclusiva della Federspev fosse l'attività sindacale. Molte considerazioni non hanno permesso di delimitare a tale voce gli scopi della nostra Federazione, in quanto priva di potere contrattuale e dei mezzi propri dei Sindacati degli attivi quali lo sciopero ecc...

Nella realtà la nostra è una attività parasindacale nella difesa di tutti i temi economici che ci riguardano ma limitatamente agli interventi presso il Governo, ai ricorsi amministrativi, alle giornate di protesta, ecc... Dall'altra parte molto sentite sono le finalità associative, assistenziali e di solidarietà che hanno preso corpo più esplicito nella breve dizione aggiunta e approvata al 44° Congresso.

C'è stato un momento di riflessione importante in merito al riconoscimento al diritto dell'acquisizione del 5 per 1000 attraverso la dichiarazione

dei redditi, che sarebbe stata di molta utilità per la nostra Federazione. In realtà uno studio approfondito ed una ricerca accurata delle normative ci hanno allontanato da tale iniziativa data la complessità delle disposizioni e soprattutto la possibilità di controlli non graditi nell'ambito della libertà delle nostre iniziative di qualunque genere.

Nelle riunioni dell'Esecutivo e del Consiglio si è parlato più volte ed a lungo di questo argomento giungendo alla convinzione che forse l'attuale ibrida regolamentazione è ancora la più confacente alla nostra attività. È indubbio che specie in questi ultimi tempi gli aspetti di solidarietà e assistenziali hanno preso il sopravvento e ne siamo veramente soddisfatti. Ciò non esclude attività sindacale o parasindacale soprattutto con la ricerca di collegamento con altri Sindacati o Associazioni autonome ed anche con la triplice nel settore pensionati, mantenendo le debite distanze politiche nel rispetto delle nostre norme statutarie.

Ho ritenuto necessario questa nota informativa e chiarificatrice per tutti gli iscritti. Naturalmente la Presidenza e gli Organi responsabili sono sempre disponibili sull'argomento.

Il Presidente Nazionale
Eumenio Miscetti

Il dottor Antonio Sartori ci ha lasciato

Ciao, caro Antonio, caro amico e collega
Presidente onorario della FEDER. S. P. E V.

In verità tu sei sempre stato la FEDER. S. P. E V., quale fondatore della sezione provinciale di Venezia, che hai gestito con professionalità, competenza e dedizione.

Con la tua bontà e umanità sei stato d'esempio e di insegnamento, per chi ha avuto la fortuna d'esserti stato vicino nella vita e nel lavoro.

Ci hai lasciato una rara ricchezza interiore, come uomo e come medico, che, in questo momento di sovvertimento del convivere sociale e del materialismo dilagante, è un patrimonio di valori esaltanti.

Giuliano Sassi
Vicepresidente della Sezione Provinciale di Venezia

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri di Venezia

Organizza

SABATO 1 DICEMBRE 2007
presso sala convegni **NOVOTEL MESTRE**
Via Ceccherini 21

CONGRESSO-TAVOLA ROTONDA

IL NUOVO CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA: STRUMENTO INDISPENSABILE NELLA PROFESSIONE

Programma:

- ore 9.00** Saluti del Presidente OMCeO Venezia
dott. Maurizio Scassola
- ore 9.15** Introduzione del Vicepresidente OMCeO Venezia
dott. Salvatore Ramuscello
e del Presidente della Fondazione Ars Medica di Venezia
dott. Giorgio Meneghelli
- ore 9.30** APERTURA DEI LAVORI
Tavola rotonda, partecipano:
dott. Amedeo Bianco, Presidente FNOMCeO
prof. Massimo Cacciari, Sindaco del Comune di Venezia
dr. Paolo Dusi, già Presidente della Corte d'Appello di Trieste
dott. Angelo Fiori di Roma, Professore di Medicina Legale
dr. Ennio Fortuna, Procuratore Generale di Venezia
avv. Gianfranco Iadecola di Teramo, ex Magistrato di Cassazione
dott. Marco Landi, Presidente CAO Lodi
dott. Renzo Pegoraro, Direttore Fondazione Lanza, Padova
- ore 11.00** Coffe Break
- ore 11.30** Discussione e conclusioni
- ore 12.30** CHIUSURA LAVORI

LA GIORNATA PROSEGUE CON L'ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI

Programma:

- ore 14.00** INIZIO ASSEMBLEA
Celebrazione 50° di Laurea
Giuramento neo-laureati

Convegni

31

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA DEGLI ISCRITTI

A norma dell'art. 23 del D.P.R. 05.04.1950 N. 221, l'Assemblea annuale degli iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia è indetta in prima convocazione Venerdì 30.11.2007 alle ore 23.00 presso l'Ordine dei Medici – Via Mestrina 86 Mestre e, se non viene raggiunto il numero legale pari ad un quarto degli iscritti, in seconda convocazione (valida qualunque sia il numero degli intervenuti)

SABATO 01.12.2007 alle ore 14.00

presso LA SALA CONVEGNI del NOVOTEL Mestre (Ve) - Via Ceccherini 21

ORDINE DEL GIORNO:

1. Relazione del Presidente;
2. Relazione del Presidente Commissione Albo Odontoiatri;
3. Relazione del Segretario;
4. Relazione del Tesoriere;
5. Relazione del Collegio dei Revisori dei Conti;
6. Approvazione Conto Consuntivo anno 2006;
7. Variazioni al bilancio di previsione anno 2007;
8. Approvazione bilancio Preventivo anno 2008;
9. Deliberazione su aumento quota di iscrizione.

A norma dell'art. 24 del D.P.R. 05.04.1950 N. 221 l'iscritto potrà delegare un collega mediante l'uso dell'originale del modulo in calce.

Ogni iscritto non potrà essere portatore di più di due deleghe.

Venezia – Mestre 25.09.2007

Prot. 2964 Tit. 1108

Il Segretario
dott. Caterina Boscolo

Il Presidente
dott. Maurizio Scassola

N.B. il Conto Consuntivo relativo all'anno 2006, le variazioni al bilancio di Previsione 2007 ed il bilancio Preventivo 2008, verranno depositati presso la segreteria dell'Ordine per la consultazione dei colleghi dal 14.11.2007.

Il sottoscritto dott. _____ delega con pieni poteri

il dott. _____ a rappresentarlo
all'Assemblea Ordinaria annuale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di
Venezia il 01.12.2007.

data _____ firma _____

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