



*Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Padova*

RELAZIONE PROGRAMMATICA 2006

IL PRESIDENTE
Dott. Maurizio Benato

Assemblea ordinaria 2006
28 gennaio 2006

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUZIONE | 1 |
| ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA 2005 | 2 |
| - Tenuta dell'albo professionale: prova attitudinale odontoiatrica | 2 |
| - Tenuta dell'albo professionale: abrogazione istituto annotazione | 3 |
| - Esame di abilitazione alla professione medico–chirurgica e odontoiatrica | 3 |
| - La riforma degli Ordini professionali | 5 |
| - Della vita dell'Ordine: la stampa | 8 |
| - Organizzazione amministrativa | 8 |
| - Dotazione organica del personale | 9 |
| - Convegni | 9 |
| - ENPAM | 9 |
| - ONAOSI | 10 |
| TEMATICHE PROFESSIONALI | 12 |
| - Prorogata l'intra moenia allargata | 12 |
| - Liste d'attesa. Comunicato stampa dell'Ordine del 18 luglio 2005 | 13 |
| - Questione medica | 14 |
| - Disegno di Legge Responsabilità civile personale sanitario | 16 |
| - Fecondazione assistita | 17 |
| - Testamento biologico – Eutanasia | 17 |
| - Politica nazionale | 19 |
| - Questione specializzandi | 20 |
| - Medicina scientifica e pratiche non convenzionali | 20 |
| - Abusivismo e prestanomismo in campo sanitario | 22 |
| - Problematiche in sospenso | 22 |

| | |
|---|----------|
| ATTIVITÀ POLITICO AMMINISTRATIVA DELL'ORDINE | 23 |
| - Direttori Sanitari strutture private | 23 |
| - Legge sulla Privacy | 23 |
| - Autorizzazione all'esercizio | 24 |
| - Riscossione ruoli esattoriali | 25 |
| - Educazione Continua in Medicina: rapporto Ordine Università | 26 |
| | |
| FEDERAZIONE REGIONALE VENETA | 29 |
| | |
| FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI | 30 |
| | |
| BILANCIO PREVENTIVO 2006 | 30 |

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE DEGLI ISCRITTI

Relazione programmatica 2006

La relazione sullo stato politico, amministrativo e finanziario del nostro Ordine professionale contiene le proposte di politica gestionale che questo Consiglio si impegna ad approfondire per la realizzazione del programma per il quale è stato eletto, illustra la politica professionale come si è sviluppata nel corso del 2005, i risultati ottenuti dal precedente consiglio nel corso del 2005 e accompagna necessariamente la proposta del bilancio di previsione 2006.

La continuità consolidatasi con i risultati elettorali che hanno sostanzialmente riconfermato l'impostazione politica della precedente amministrazione ci rende più facile la stesura del documento che si presenta come una implementazione del documento presentato all'Assemblea ordinaria del 19/02/2005.

Come di consueto la stesura della relazione programmatica è stata preventivamente approvata dal Consiglio dell'Ordine, quale espressione di condivisione di programmi e di scelte politiche.

Prima di entrare nel merito del consuntivo politico amministrativo dell'anno che si è concluso, vi illustrerò le iniziative che questa presidenza ha programmato per il 2006.

Nel Maggio 2006 è prevista la celebrazione della "Giornata del Medico e dell'Odontoiatra", manifestazione ormai giunta alla sua 9° edizione che ha riscosso, nel corso di questi anni, il crescente apprezzamento non solo dei nostri iscritti anziani ma anche dei giovani colleghi che presenziano al Giuramento Ippocratico.

Il successo confermato l'anno scorso all'Abbazia di Praglia dalla notevole affluenza di pubblico ci conforta sulla bontà dell'iniziativa e sulla sua validità, che ha anche lo scopo di far incontrare chi ormai per lo più ha lasciato la professione per quiescenza con chi si sta affacciando ora alla professione, permettendo di rinsaldare quel vincolo tra medico anziano e medico giovane che ritengo fondamentale per l'unità della categoria.

Anche quest'anno la cerimonia si svilupperà tra la consueta relazione presidenziale etico professionale e la lettura di una memoria di storia sanitaria padovana.

La giornata prevede poi la consegna della Targa Augusto Colle.

Il Premio Augusto Colle, premio in denaro ricavato da una donazione cui hanno contribuito alcuni amici dello scomparso dottor Augusto Colle, Presidente di questo Ordine dal 1990 al 1996, verrà consegnato nel corso della cerimonia della Giornata del Medico e dell'Odontoiatra.

La revisione del regolamento del Premio, portata a compimento nel corso del 2003 e approvata nella seduta del Consiglio Direttivo del 22 luglio 2003, ha permesso di attribuire nel 2005 per scopi umanitari la somma di 3000 Euro al Dott. Antonio Loro promotore del progetto di *Ortopedia nell'ospedale cattolico San Luca di Wolisso in Etiopia* gestito da un gruppo di specialisti ortopedici italiani e noto come *ORTHOCUAMM*: il progetto prevede che un gruppo di ortopedici, a rotazione mensile, si impegnino in missioni specialistiche svolgendo attività chirurgica, formativa e didattica.

Nel corso del primo semestre 2006 bandiremo il 4° premio Augusto Colle secondo il nuovo Statuto.

Il bando 2006 avrà scadenza 31/03/2006. Dopodiché la Commissione si metterà all'opera per riconoscere il più qualificato dei progetti presentati.

In autunno, nel mese di ottobre, organizzeremo un convegno dal titolo "*Medicina e ambiente*".

Il rapporto tra bioetica e ambiente, e cioè le riflessioni su come l'uomo debba rapportarsi all'ecosistema, è un argomento talmente vasto che finirebbe per includere buona parte del pensiero filosofico.

Voglio qui solo ricordare tre degli interventi previsti, espressione di tre epoche diverse ma che rappresentano un unicum tra epoche storiche: la *Rerum Naturae* di Lucrezio, il *Cantico delle Creature* di Francesco d'Assisi, le *Primavere silenziose* di Rachel Carson.

Quando quest'ultimo testo fu pubblicato in America, era il 1962: fu un duro colpo per le amministrazioni americane che avevano sempre sostenuto che i pesticidi erano innocui. L'autrice fu molto coraggiosa e, ovviamente, fu oggetto di schermaglie e, come noto, finì in Tribunale. Ma la

Carson, coraggiosamente, continuò la sua opera di denuncia fino alla sua morte avvenuta, cosa “curiosa”, proprio a causa di un tumore messo in rapporto con i risultati funesti delle disinfestazioni, di cui allora non si conoscevano molto gli effetti sull'uomo e di cui la stessa Carson sembra fu vittima.

Intendiamo quindi focalizzare il discorso sul concetto di “natura” impostosi negli ultimi anni. Per secoli, pensiero occidentale e orientale, nelle loro migliori espressioni, ci hanno proposto la visione di una “natura” come qualcosa da tutelare per garantire una perfetta armonia di questa con l'uomo. A partire dagli anni ottanta, comunque, questo concetto ha avuto un netto rovesciamento con l'irrompere sulla scena di tecnologie di potenzialità inaudita, quali l'energia nucleare e le biotecnologie. Queste, permettendo di stravolgere i codici stessi della materia e della vita, hanno posto per la prima volta nella Storia la possibilità che l'Uomo possa compromettere a tal punto l'ambiente da mettere in forse la sua stessa esistenza.

Queste potenzialità hanno suscitato un lacerante dibattito, che sta attraversando tutto il mondo della scienza e della cultura, pesantemente caratterizzato dal ridimensionamento che ha avuto negli ultimi anni il concetto di “progresso scientifico” con il quale, dall'Illuminismo in poi, si sono giustificati gli stravolgimenti determinati dalle nuove scoperte. Di pari passo la visione di una Scienza come ancilla che avrebbe guidato l'umanità verso la liberazione dalle proprie umilianti catene è stata soppiantata da una sempre più diffusa sfiducia sulla capacità dell'uomo di controllare le proprie creazioni e il mito di Prometeo appare superato.

Si pone quindi l'esigenza di definire intorno a quali valori si debbano basare le scelte del mondo scientifico e di riflesso delle professioni che traducono in pratica il sapere scientifico.

Sottolineo solo alcuni degli argomenti che andremo a trattare e che saranno oggetto di dibattito nel corso di questi mesi in un gruppo di lavoro individuato dal Consiglio Direttivo.

Medicina solo come auto-compimento dell'individuo?

Il rapporto tra uomo, professione e ambiente: elementi per un'etica ambientale.

Il difficile binomio ambiente – sviluppo.

L'Europa e un nuovo modello di sviluppo sostenibile su scala globale.

C'è futuro senza ricerca biotecnologica?

Entriamo ora nel merito della relazione programmatica.

ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA 2005

Tenuta dell'albo professionale: prova attitudinale odontoiatrica.

È stata annunciata una seconda tornata del corso di formazione-prova attitudinale per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri di cui al D.Lgs 386/98 - in attuazione dell'art. 1 comma I, che dispone che il corso di formazione sarebbe stato ripetibile una volta.

A questo proposito la Federazione Nazionale si è fatta carico più volte negli ultimi mesi dell'anno 2005 di rendere note le problematiche connesse a questa lunga vicissitudine, sia presso i Ministeri competenti sia presso gli Ordini, allo scopo di evidenziare i casi di professionisti i quali, per cause giustificabili o di forza maggiore non sono stati materialmente in grado di presentare la suddetta domanda nei termini temporali previsti.

È stato fatto pervenire al Ministero competente la segnalazione del grave problema dei medici specialisti in campo odontoiatrico, immatricolatisi negli anni accademici dal 1980-81 al 1984-85, i quali, in quanto specialisti, furono esentanti dallo svolgimento delle prove attitudinali in base ad un preciso decreto del Ministero della Sanità pubblicato sulla G.U. il 22/09/2001 si vedono esclusi dall'accesso ai concorsi per la dirigenza odontoiatrica di I e II livello con la motivazione che la specializzazione in loro possesso integra soltanto la loro legittimazione all'esercizio della professione odontoiatrica, ma non costituisce il requisito ulteriore previsto per l'accesso a questi concorsi.

È evidente il danno gravissimo che si è così arrecato a questi soggetti, i quali ora chiedono di accedere alle prove attitudinali previste dal D.Lgs. 386/98.

La Federazione, dichiarandosi disponibile come di consueto ad operarsi per la soluzione di queste problematiche ed anche se giuridicamente non competente, ha chiesto un intervento formale da parte dei Dicasteri interessati per ammettere alle suddette prove tutti coloro che, pur non avendo potuto presentare per giustificati e comprovabili motivi le domande di partecipazione alla prima prova attitudinale, sono però comunque in possesso dei requisiti previsti dal D.Lgs. 386/98.

Tenuta dell'albo professionale: abrogazione istituto annotazione.

L'Ordine ha adempiuto all'invito rivolto dalla Fnomceo di dare rapida ed efficace informazione ai medici specialisti in campo odontoiatrico ed in possesso dell'istituto dell'annotazione dei pronunciamenti interpretativi che sottolineano l'obbligatorietà della loro iscrizione all'Albo degli Odontoiatri.

L'art. 13 della legge 7/2/2003 n. 14 ha difatti abrogato l'istituto dell'annotazione previsto dall'art. 5 della Legge 409/85.

Tale abrogazione ha fatto seguito ad una sentenza della Corte di Giustizia Europea del 29/11/2001 (causa C-202/99), che ha sancito l'inconciliabilità con le direttive comunitarie del secondo percorso di formazione odontoiatrica previsto dalla legge 409/85 (vale a dire diploma di laurea in medicina e chirurgia, più diploma di specializzazione in campo odontoiatrico).

Nonostante numerose voci anche autorevoli continuino a sostenere che l'istituto dell'annotazione debba essere qualificato come un diritto acquisito in capo a chi legittimamente l'ha ottenuta in passato e quindi l'esercizio dell'odontoiatria sarebbe ancora consentito senza la contestuale iscrizione all'Albo degli Odontoiatri, il Comitato della Fnomceo del 10/11/2004, visto il parere del Consiglio di Stato n. 2995/2004, ha assunto la decisione di inviare agli Ordini provinciali precise ed univoche disposizioni circa l'adempimento degli obblighi burocratici da parte sia degli Ordini che degli iscritti interessati, al fine di poter regolarizzare la propria posizione di iscritti agli Albi.

Tale decisione è stata ribadita con la circolare n. 93 del 15/12/2005, nella quale la Fnomceo insisteva sull'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri per i medici Chirurghi aventi la specializzazione in campo odontoiatrico, paventando l'ipotesi di esercizio abusivo della professione odontoiatrica da parte dei soggetti interessati. A tal proposito si sottolinea un passaggio della citata comunicazione 93 della Federazione: "...*problemi potrebbero insorgere per quanto concerne la copertura assicurativa relativa all'attività dei medici specialisti in campo odontoiatrico non iscritti all'Albo degli Odontoiatri*". La circolare si conclude richiamando gli Ordini ancora inadempienti all'attuazione della normativa, anche per evitare dirette responsabilità al riguardo.

Devo comunque sottolineare che il Consiglio di Stato, con il parere n. 2995/2004 si è pronunciato non solo sulla questione dell'annotazione ex art. 5 Legge 409/85, ma si è espresso anche su altri due quesiti posti dal Ministero della Salute. E in merito al secondo quesito, rimane aperta la questione relativa ai limiti dell'esercizio da parte dei laureati in medicina e chirurgia delle attività inerenti alla prevenzione, diagnosi e cura delle anomalie e delle malattie dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti senza essere iscritti all'Albo Odontoiatri. Secondo l'Alto Consesso infatti "...*tali attività possono essere svolte soltanto da soggetti iscritti all'Albo Odontoiatri*". A tal proposito la Federazione Nazionale per le note vicende politiche che tratteremo nel capitolo Federazione Nazionale, nonostante i nostri appelli non ha ancora sciolto il dubbio in merito al fatto che i laureati in medicina e chirurgia che svolgono le attività qui sopra richiamate, possano incorrere nell'esercizio abusivo della professione odontoiatrica.

Esame di abilitazione alla professione medico-chirurgica e odontoiatrica.

Nel corso del 2005 si sono svolte le prove d'esame di abilitazione alla professione medico-chirurgica, prove regolamentate dall'ormai noto DM 19 ottobre 2001, n. 445 che ha modificato la vecchia disciplina del 1957.

Ora siamo in attesa della quarta tornata di esami che si svolgerà il 16/2/2006.

Sulle nuove modalità di espletamento dell'esame di stato per l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo faccio espresso rinvio alla Relazione politica del 2005.

Voglio segnalare solo alcuni aspetti e fare alcune considerazioni.

L'impegno profuso dal nostro Ordine attraverso i propri rappresentanti ha consentito di raggiungere un importante obiettivo: di attribuire un ruolo fondamentale alla 'Professione' nel momento in cui il laureato è tenuto a dare prova delle proprie conoscenze per acquisire il titolo abilitante alla professione medico-chirurgica.

Nel 2005 si sono tenute tre sessioni d'esame: 15 Febbraio (slittamento dell'esame che si doveva tenere il 15 Dicembre), 15 Giugno e 15 Dicembre.

La prova scritta si svolge per il Veneto presso le sedi Universitarie di Padova e Verona.

Con decreto del Rettore è operativa una Commissione paritetica incaricata di seguire la regolarità dell'espletamento della prova d'esame, commissione composta da membri di nomina universitaria e ordinistica.

Anche quest'anno, per la sede di Padova, è stata confermata la costituzione di una commissione di 8 componenti di cui 4 di nomina ordinistica che sono il Dottor Maurizio Benato, il Dottor Riccardo De Gobbi, la Dottoressa Antonella Agnello, il Dottor Francesco Libero Giorgino.

Per adire alla prova scritta il candidato, dopo il conseguimento della laurea, deve aver espletato e superato un periodo di tirocinio clinico della durata complessiva di tre mesi presso policlinici universitari, aziende ospedaliere nonché presso lo studio medico di un medico di medicina generale convenzionato con il SSN per l'assistenza primaria in possesso dei requisiti previsti dal Decreto Legislativo 368/99 art 27.

Il tirocinio prevede la collaborazione di tutor/valutatori per le tre branche così individuate: chirurgia, medicina interna e medicina generale.

L'Ordine di Padova è stato il capofila tra tutti gli Ordini del Veneto nell'affrontare questo argomento e fin dal secondo semestre 2004 ha attivato un continuo confronto con i referenti dell'Università di Padova e di Verona.

L'Ordine di Padova si è fatto latore di una proposta che ha lo scopo di coinvolgere organi e strutture sanitarie regionali quali il Centro di riferimento per la medicina convenzionata, (istituzione regionale che già opera nel campo della formazione dei Tutor per la scuola di specializzazione in medicina generale), e gli Ospedali capoluogo di provincia nell'espletamento dei tirocini previsti per poter accedere all'esame di stato.

Gli Ordini provinciali sarebbero interessati all'accreditamento dei Tutor dal cui elenco, sulla base delle disponibilità e della logistica, la Commissione paritetica sceglierà i colleghi per l'espletamento del tirocinio valutativo, tirocinio che come già detto si svolge sia in ambito ambulatoriale che ospedaliero.

Si tratta di concretizzare il principio cardine su cui è imperniato il nuovo esame di stato, che si concretizza nell'assunto che le capacità del laureato in medicina e chirurgia non possono essere verificate da chi ha formato e valutato.

Alcune difficoltà interpretative hanno impedito una immediata condivisione presso le sedi Ordinarie regionali e presso le Università di Padova e Verona della bozza di convenzione a carattere regionale che regola i rapporti tra Ordini provinciali e Università. Per questo motivo nel corso del 2005 si è proceduto basandosi sulla regolamentazione fornita solo dalla convenzione firmata tra Ordine dei Medici-Chirurghi e Università di Padova.

Le difficoltà incontrate nell'organizzazione degli esami, che soprattutto a Padova, data la notevole affluenza di candidati, impone l'individuazione di numerosi Tutor valutatori, sono state poste all'attenzione della commissione paritetica.

Nonostante la disponibilità offertaci dal Centro di riferimento regionale per la Medicina Convenzionata, che ha come referente il dott. Brunello Gorini, che ci ha messo a disposizione i tutor della Scuola di Medicina Generale delle varie province, la necessità di individuare ulteriori medici disponibili a svolgere questa attività ha indotto la Commissione ad organizzare un corso di tre giornate al fine di reclutare ulteriori colleghi, informare sulle modalità del tirocinio valutativo e attribuire a chi ha frequentato il corso crediti ECM.

Rimane aperto comunque il problema del riconoscimento dell'attività di questi colleghi con funzione di Tutor: problema che abbiamo affrontato a livello locale, come sopra detto, mentre a livello nazionale ci siamo fatti promotori di un riconoscimento economico, che la normativa vigente purtroppo non contempla, e del riconoscimento di crediti Ecm per l'attività di tutor svolta.

Abbiamo appreso con favore che anche per quanto riguarda la professione odontoiatrica sono state varate le norme per un nuovo esame di abilitazione.

Università, MIUR, Ministero della Salute e le rappresentanze della Fnomceo hanno concluso un accordo per modificare l'accesso alla professione odontoiatrica che dia più valore al ruolo degli Ordini professionali.

Un accordo che cambia le regole del gioco nell'accesso alla professione odontoiatrica, dando agli odontoiatri e all'Ordine un ruolo di primo piano.

È stato oltre che uno storico successo della professione, anche un accordo completamente condiviso e solo grazie al dialogo tra tutte le parti in causa si è potuto infatti licenziare un testo che ha trovato tutti concordi.

Comunque sia ciò che conta è che l'esame di Stato non sia più un mero duplicato della laurea. A tal fine è importante che gli Ordini siano presenti all'interno del meccanismo dell'accesso, poichè solo in tal modo si riporta nell'alveo ordinistico un esame sinora gestito quasi esclusivamente dal mondo universitario.

Per il raggiungimento dell'accordo, fondamentale è stato anche il contributo degli altri due organi coinvolti: Miur e Ministero della Salute. Grazie al loro indispensabile ausilio, non solo squisitamente tecnico, è stato infatti possibile raggiungere un testo da tutti condiviso.

Per divenire operante, il nuovo regolamento dovrà ora passare il vaglio di un lungo iter procedurale.

Ma, pur con qualche "ritocco", l'accordo raggiunto garantisce che il testo non subirà sostanziali modifiche.

La riforma degli Ordini professionali

L'argomento è uno di quelli che si trascinano di anno in anno.

Alcune novità comunque si sono verificate specie in questi ultimi mesi relative a prese di posizione peraltro già conosciute dell'Autorità Garante per la libera concorrenza (antitrust) e sul fronte parlamentare.

Vale la pena riassumere le posizioni e i nodi da sciogliere per raggiungere lo scopo che ci prefiggiamo da anni.

La posizione della Unione Europea al riguardo è nota.

La Commissione vuole dare una spallata ai tariffari obbligatori di avvocati, architetti e ingegneri italiani rendendo più concorrenziale il mercato dei professionisti.

Due lettere di messa in mora, firmate dal Commissario europeo al Mercato interno, Charlie Mc Crevy, sono appena state recapitate al Governo italiano per contestare l'incompatibilità delle tariffe fissate dagli Albi italiani con l'articolo 49 dei Trattati Ue, che tutela la libera prestazione dei servizi in Europa. Nel caso della procedura su ingegneri e architetti si prospetta anche l'infrazione dell'articolo 43 sulla libertà di stabilimento.

In entrambi i casi il Governo italiano avrà due mesi di tempo per presentare le proprie controdeduzioni.

Nel caso della professione forense si osserva come i tariffari italiani sulle attività stragiudiziali previsti dalle leggi vigenti costituiscono un ostacolo alla libera prestazione di servizi.

Per quanto riguarda le restrizioni al professionista, si sottolinea che "la tariffa prestabilita incide negativamente sulla concorrenza e sulla libertà tariffaria del prestatore, dal momento che le tariffe sono calcolate in funzione di costi medi, senza tener necessariamente conto delle condizioni specifiche di un caso".

Le professioni sono entrate a pieno titolo da tempo nel mirino dell'Antitrust: per l'Autorità infatti è "improcrastinabile" una riforma che porti a tariffe meno care e ad una reale apertura dell'accesso. Un intervento duro quello dell'organo di garanzia presieduto da Antonio Catricalà che punta l'indice sull'esecutivo, colpevole di non aver ancora messo in campo una normativa capace di migliorare la concorrenza venendo incontro alle regole comunitarie. Un richiamo che indica anche la strada da seguire in tempi rapidi, pena un intervento d'autorità che potrebbe «disapplicare» le leggi esistenti.

"La riforma delle professioni è improcrastinabile anche alla luce delle sollecitazioni degli organismi internazionali" afferma il Garante della Concorrenza nella segnalazione inviata a Parlamento e Governo che

accompagna una relazione sul settore preceduta da un lavoro di due anni. L'occhio del Garante ha preso in esame le tariffe e i freni normativi oltre che *“gli ingiustificati privilegi ai professionisti”*. Nel corso dei 24 mesi di indagine, l'Autorità ha promosso degli incontri con gli Ordini professionali dai quali è emersa, quasi sempre, la disponibilità di avvocati, notai o architetti a modificare le regole in vigore. Questi, secondo l'Antitrust, i nodi da affrontare nei prossimi mesi.

Ma quali sarebbero i «privilegi» da abolire? Vediamoli.

Le tariffe minime. Secondo l'Antitrust bisogna eliminare le “tariffe predeterminate inderogabili”. Cioè i prezzi minimi fissati dagli Ordini e sotto i quali i professionisti non possono scendere. Un sistema che evidentemente riduce la concorrenza e impedisce una riduzione dei prezzi per i cittadini e le imprese.

Qualche anno fa l'Antitrust ha calcolato che in Italia la spesa per le prestazioni dei liberi professionisti rappresenta il 6% (con picchi del 9%) dei costi sostenuti dalle imprese che esportano e penalizzano la competitività dei nostri prodotti sui mercati internazionali.

Vincoli normativi. L'Autorità denuncia l'eccesso di regolamentazione. La casistica è molto varia: si va dalla certificazione obbligatoria di certi atti notarili al divieto di vendere medicinali da banco (quelli che non richiedono ricette) fuori dalle farmacie.

Accesso alla professione. Il Garante sottolinea che diventare notaio, avvocato, architetto o ingegnere è troppo difficile. Si sa che per alcune professioni l'iscrizione all'albo diventa spesso un sistema per instaurare un implicito numero chiuso: gli esami di accesso alla professione respingono talvolta anche gli idonei mantenendo così costante il numero dei nuovi iscritti (fenomeno diffuso soprattutto in alcune città). Nella relazione dell'Antitrust si sollecita inoltre l'eliminazione dei vincoli che limitano la nascita di grandi studi professionali in forma societaria.

La pubblicità. Su questo punto è altrettanto netto il giudizio dell'Antitrust: “Occorre introdurre il principio della libertà di mezzi e contenuti pubblicitari perché la pubblicità rappresenta uno strumento fondamentale di concorrenza. Le limitazioni sui contenuti dell'informazione pubblicitaria potrebbero essere giustificati solo in casi particolari”.

Nel documento, che è stato approvato lo scorso 16 novembre ed esaminato nell'incontro degli esperti delle Autorità di Concorrenza degli Stati membri Ue, si sottolinea come la riforma degli Ordini vada messa a punto con un coinvolgimento dell'Autorità. Occorre uno sforzo in termini di dialogo da parte di tutti i soggetti interessati. Ma se l'attività di confronto non dovesse condurre a risultati soddisfacenti, l'Autorità potrà valutare la possibilità di utilizzare, nelle ipotesi di lesione della libera concorrenza, i poteri di intervento istruttori che la legge le riconosce, ricorrendo, grazie al primato del diritto comunitario, alla disapplicazione delle norme interne.

Codici deontologici. L'antitrust si sofferma anche su Ordini e codici deontologici, l'Autorità propone *“un profondo ripensamento del ruolo degli Ordini, il cui compito deve essere quello di promuovere la formazione (per garantire l'aggiornamento dei professionisti a vantaggio degli utenti) e di vigilare sulla correttezza dei comportamenti degli iscritti”*. Bisogna quindi contrastare la tendenza a far ricadere sui Codici deontologici aspetti squisitamente regolatori dell'esercizio delle professioni, che non hanno niente a che vedere con questioni di ordine etico.

Nonostante questi pesanti condizionamenti l'aula del Senato, nella seduta del 14 dicembre, ha approvato la nuova disciplina sulle professioni sanitarie non mediche (relatori sen. Di Girolamo – Ds e sen. Boldi – Lega), provvedimento che ora passa all'esame della Camera. Sulle professioni infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione sono stati approvati alcuni emendamenti rispetto al testo approvato in Commissione, ma restano confermate quasi tutte le previsioni del testo precedente: all'art. 1 l'obbligo di un titolo abilitante riconosciuto dallo Stato (che l'art. 2 prevede però insito nel titolo universitario); il conseguimento del titolo universitario e l'iscrizione all'albo professionale (art. 2); conseguentemente, l'istituzione degli Ordini delle professioni sanitarie, con un'apposita delega al Governo per trasformare i Collegi professionali esistenti (artt. 3 e 4) senza spese per lo Stato. L'articolo 6 istituisce la funzione di coordinamento, legata al superamento di un master di primo livello e a tre anni di esperienza.

Grande soddisfazione nella maggioranza per l'approvazione del testo, che ha l'obiettivo di disciplinare in maniera organica il complesso mondo delle professioni sanitarie, rappresentate da circa 500.000

operatori che da anni attendono una regolamentazione. Ora sarà la Camera a doversi esprimere, nel ristretto spazio di tempo che porta alla fine della legislatura.

A questo punto, in questo scorcio di legislatura, non abbiamo abbandonato la speranza della riforma del nostro Ordine.

Ancora una volta è più facile per noi esprimere la concezione che abbiamo noi di Ordine professionale. L'Ordine professionale è un Ente a partecipazione obbligatoria che assicura nel pubblico interesse i requisiti degli iscritti al fine dell'esercizio della professione sotto il profilo formativo e deontologico.

La Professione è costituita da un gruppo di persone che monopolizza l'esercizio di una attività concernente beni sociali ed economici assumendo obblighi e vedendosi riconosciute posizioni sociali.

Per questo la professione dovrebbe ammettere all'esercizio dell'attività solo coloro che sono formati in base ad un preciso curriculum formativo seguito da tirocinio, dando prova delle loro attitudini mediante un esame valutativo.

Appare evidente come la professione medica debba riconoscere un ruolo specifico allo Stato.

Nel caso della sanità, per lo più organizzata su di un piano di scelte misto pubblico-privato con obiettivi di tipo pubblico, il ruolo dello Stato dovrebbe riguardare:

- la formazione e la concessione del titolo abilitante;
- la regolazione del mercato del lavoro;
- la posizione di datore di lavoro in regime di quasi monopolio.

Reclamare una riforma della legge istitutiva degli Ordini significa allora:

- ottenere la costituzione di un organismo pubblico non economico, posto sotto la tutela del Ministero della Salute cui siano assicurati strumenti in grado di governare autonomamente e responsabilmente la professione e i mutamenti della stessa, nell'interesse dei cittadini e non del medico (agli interessi di quest'ultimi sono infatti deputate le organizzazioni sindacali di categoria);
- garantire la qualità della professione medica e odontoiatrica intervenendo in ogni sua variabile dipendente: dall'accesso alle Facoltà universitarie, al curriculum formativo di base, dall'esame di stato di abilitazione, alla formazione in medicina generale e alle specializzazioni, dalla formazione permanente (ECM) all'accREDITAMENTO professionale e alla ricerca. Alla garanzia di qualità non possono essere estranei né gli ambienti di lavoro, né la loro organizzazione e neppure gli sbocchi occupazionali dei giovani medici e odontoiatri che in certe realtà attendono diversi anni prima di poter svolgere una professione stabile e in questi anni vagano tra sottoccupazione e precariato.
- acquisire un potere disciplinare totale, non limitato e mal definito come avviene attualmente, assicurandosi la possibilità di intervenire nell'ambito della imperizia, della imprudenza e della negligenza sia in regime libero professionale che dipendente.

La nostra attuale preoccupazione, che pervade l'intera categoria medica, è ora il confronto con le spinte che vengono da professionisti della salute che pretendono di acquisire più spazio professionale.

La pressione costante delle professioni sanitarie e non propriamente sanitarie mira all'allargamento dei loro spazi di lavoro, comportando di conseguenza una sorta di assalto alla professione medica e odontoiatrica in generale.

Ogni professionista sanitario si pone l'obiettivo, obiettivo tra l'altro oggetto di approfondimento nel corso del convegno da noi organizzato nel 2002, di ergersi a medico specialista, pur non avendone le qualifiche e cercando di svolgere una funzione che non è di propria competenza.

La situazione è ancora più preoccupante considerato che, con la legge del 1/2002, i diplomi universitari sono stati resi equipollenti alle lauree triennali e anche tutta una serie di titoli conseguiti a livello regionale con corsi ancora più brevi sono in attesa di un riconoscimento giuridico che permetta l'esercizio della professione a numerosi operatori, quali ad esempio i logopedisti, i neuropsicomotricisti, gli audioprotesisti ecc.

È innegabile che la crescita numerica dei professionisti della sanità stia cambiando il modo di lavorare e stia rivoluzionando il ruolo del laureato in medicina.

Quindi dobbiamo batterci perché i provvedimenti in discussione in Parlamento siano riformulati provvedendo a dare un'indicazione più puntuale delle attività in cui consiste l'esercizio di dette

professioni, cosa che oggi non appare chiara, e di difendere i contenuti e le funzioni della nostra professione.

Della vita dell'Ordine: la stampa

Nel corso del 2005 l'utilizzo degli strumenti informatici in dotazione e l'impegno del Consiglio Direttivo sono stati fondamentali per dare una risposta puntuale e corretta agli iscritti.

Stiamo centrando l'obiettivo di adeguare la comunicazione ai tempi, interpretando l'esigenza di servizio continuo per l'iscritto.

Gli iscritti hanno potuto avvalersi di informazioni tempestive mediante l'attivazione costante di quattro strumenti di informazione:

il sito internet di cui abbiamo il dominio, articolato in diverse rubriche, costantemente aggiornate, viene consultato da un sempre maggior numero di visitatori. Questo premia l'intuizione del Consiglio Direttivo che ne ha promosso allestimento e cura. L'iscritto può in questa sede trovare diverse risposte alle problematiche professionali, può consultare leggi e disposizioni e comunicare direttamente con gli uffici di segreteria mediante posta elettronica. La gestione tecnica e l'aggiornamento sono affidati alla Signora Antonella Gobbo che intrattiene con l'Ordine un rapporto di collaborazione coordinata e continuativa.

la News letter, che ha visto n. 19 uscite nel 2005, curata dal Dottor De Gobbi con il sostegno del Consiglio. Questo foglio di informazione telematica raggiunge circa un migliaio di colleghi dotati di collegamento di posta elettronica. È sempre stata presente una rubrica apposita per la componente odontoiatrica dell'Ordine che in questo ultimo triennio è stata curata dal Dottor Marco Poli. Il foglio raccoglie notizie professionali, elaborati, approfondimenti legislativi ma anche novità scientifiche ed è strumento utilissimo per ricordare agli utenti le scadenze delle attività promosse da questo Ordine.

il Bollettino News. Questa edizione è curata dalla Presidenza che si è avvalsa della consulenza del Dottor Mario Cerulli. Si è rivelata utile nell'informazione spicciola su diverse tematiche: aggiornamento culturale, eventi, scadenze. Sostituisce le vecchie informative previste dai regolamenti come l'indizione dell'Assemblea ordinaria annuale che, negli anni precedenti veniva convocata a mezzo lettera raccomandata da inviare a tutti gli iscritti. Grazie al ripristino per legge delle tariffe postali agevolate per gli Ordini professionali, il Bollettino News è strumento molto economico per il Bilancio dell'Ordine. Contiamo di utilizzarlo a scadenze variabili in relazione alla necessità di raggiungere tutti gli iscritti. Per i lettori curo personalmente l'informazione previdenziale rielaborando notizie provenienti dalla stampa di settore.

Il Bollettino News a partire dal 2006 verrà seguito per la parte organizzativa, come già avviene per il bollettino trimestrale dall'Ufficio Affari generali, nella persona del dr. Mario Conte.

il Bollettino dell'Ordine, ovvero più propriamente il nostro giornale, con la riorganizzazione portata a compimento nel corso del 2005 è divenuto uno strumento di riflessione culturale, di pubblicazione di atti ufficiali, archivio e memoria storica dell'Ordine.

Un Comitato di redazione, coordinato dal Dottor Francesco Giorgino, ha il compito di curarne la pubblicazione.

Voglio ricordare che il comitato di redazione si distingue dalle altre commissioni per una autonomia gestionale. Nel corso del 2006 l'organizzazione alla sua pubblicazione sarà seguita dal Dr. Mario Conte.

Per il triennio 2006-2008 il Consiglio ha conferito l'incarico di Caporedattore al Dottor Francesco Giorgino, che sarà affiancato dal Consigliere Segretario dottor Riccardo De Gobbi e dai Colleghi Bellon Stefano, Bertoli Massimo, Maraggia Alberto e Scanarini Massimo.

L'uscita del nostro giornale nel 2005 è stata regolare ed è stata rispettando l'uscita trimestrale.

Un numero speciale dedicato al convegno sul "*Neumanesimo della professione medica e delle cure*" ha illustrato i vari interventi succedutesi nella giornata e ha avuto una vasta eco sulla stampa

Organizzazione amministrativa

Gli uffici di Segreteria sono organizzati in due maxi-aree: *l'area utenza* individuata nell'ufficio di Segreteria del piano terra, avente come obiettivo prioritario la soddisfazione dell'utenza nelle richieste ordinarie a breve-media risoluzione e *l'area affari generali* avente come obiettivo primario la gestione dei

rapporti con gli Organi istituzionali, con gli organi di stampa, la previdenza nonché i rapporti con gli iscritti nell'ambito deontologico e disciplinare. Le due aree sono coordinate dalla posizione funzionale apicale, Dr.ssa Longo, in costante collaborazione con il Direttivo e con il Consigliere Segretario che è responsabile della Segreteria e del personale.

Voglio ricordare che il personale dell'Ordine è soggetto al Contratto Collettivo Nazionale di lavoro per gli enti pubblici non economici (l'Ordine infatti appartiene a questo comparto della Pubblica Amministrazione) e gli emolumenti al personale sono contrattati a livello nazionale e aziendale.

Il nuovo accordo integrativo di Ente, firmato il 29-12-2004, ha comportato un onere economico già previsto nel bilancio precedente che ha garantito all'amministrazione il raggiungimento degli obiettivi programmatici.

Nel corso del 2006 l'Ente dovrà saldare al personale dipendente gli arretrati conseguenti al rinnovo contrattuale biennio economico 2004-2005.

Ringrazio a nome del Consiglio direttivo il personale tutto per la collaborazione e l'impegno profuso per la completa e soddisfacente realizzazione degli obiettivi dell'Amministrazione.

Dotazione organica del personale

A fronte di una pianta organica approvata ufficialmente che prevede 9 unità di ruolo (1 C4, 2 C3, 3 C1, 3 B2), allo stato attuale la dotazione organica è di 7 dipendenti di ruolo a tempo pieno.

Nella seduta del Consiglio Direttivo dell'11 gennaio 2005 è stato recepito l'Accordo Integrativo di Ente firmato il 29-12-2004 e si è dato corso a tutte le procedure di selezione per i passaggi di area e all'interno dell'area C del personale dipendente.

Al riguardo voglio segnalare che i carichi di lavoro per tutto il personale sono aumentati di molto sia per un incremento di funzioni richieste all'Ordine sia per le iniziative che il Consiglio ha intrapreso e portato a termine nel corso dell'anno.

Convegni

In particolare voglio segnalare i carichi di lavoro relativi al settore della "convegnistica" che hanno impegnato la segreteria Affari Generali per tutto il tempo dell'anno, avendo fatto la scelta di evitare di dare in appalto a esterni l'organizzazione degli eventi, evitando un cospicuo incremento della spesa.

Nel corso del 2005 si sono tenute le seguenti manifestazioni

| | |
|-------------|--|
| 26 febbraio | Concorso fotografico "Occhio foto...clinico" |
| 10 marzo | Conferenza "Sviluppo di un vaccino contro l'HIV/AIDS: la strada italiana" . Relatrice Dottoressa Barbara Ensoli – in collaborazione con FIDAPA |
| 12 marzo | Convegno "Il sistema previdenziale e assistenziale per i medici e gli odontoiatri: indispensabile mantenere il patto tra le generazioni" |
| 30 aprile | Spettacolo teatrale "Medical satyricon" |
| 28 maggio | Giornata del Medico e dell'Odontoiatra |
| 22 ottobre | Convegno "Per un neumanesimo della professione medica e delle cure" |

Corsi di aggiornamento odontoiatrico:

| | |
|-------------|--|
| 4 giugno | "Il trattamento protesico, ortodontico e chirurgico del paziente con patologia dell'ATM" |
| 5 novembre | "Come migliorare l'efficienza dello studio odontoiatrico con l'informatica e la gestione senza carta" |
| 19 novembre | "Arte e scienza del viso e del sorriso: come integrare chirurgia, ortodonzia e odontoiatria" |

ENPAM

Eolo Parodi è stato riconfermato Presidente dell'Enpam (Ente nazionale previdenza assistenza medici).

Lo ha rieletto il Consiglio nazionale dell'ente, formato dai 103 Presidenti degli Ordini provinciali dei medici e degli odontoiatri, a larghissima maggioranza, nelle consultazioni del 26 giugno. Sono stati eletti come vicepresidenti Mario Falconi e Giovanni Pietro Malagnino.

Gli 11 consiglieri sono Alberto Oliveti, Giuseppe Greco, Nunzio Romeo, Arcangelo Lacagnina, Marco Perelli Ercolini, Gerardo D'urzo, Eliano Mariotti, Gian Mario Santamaria, Bruno Di Lascio, Francesco Losurdo e Aurelio Grasso. Confermato anche il Collegio sindacale con sindaci effettivi Francesco Noce, Francesco Vinci, Caterina Pizzutelli e sindaci supplenti Bruno Di Iorio, Giancarlo Marinangeli, Marco Gioncada. Per la prima volta hanno votato tutti i 103 Presidenti.

Con soddisfazione possiamo annoverare la presenza di un nostro consigliere il Dott. Giuseppe Greco nel comitato di gestione, una riconferma e un riconoscimento per il nostro Ordine.

Segnalo l'elezione nei comitati consultivi del Dottor Giuseppe Molinari nel settore della specialistica convenzionata esterna e ringrazio il Dott. Ignazio Basile che dopo una permanenza nel comitato di gestione e nella consulta del fondo generale quota B lascia l'amministrazione dell'ENPAM.

Auguro a nome di tutti che la prossima tornata elettorale lo riveda protagonista.

Abbiamo perfezionato, primi in Italia, il collegamento con l'Ente previdenziale ENPAM, collegamento che ci consente di rispondere in tempo reale alle richieste di previsione pensionistica da parte degli iscritti. Questo collegamento, a seguito dell'entrata in vigore del Testo Unico sulla privacy, è stato sostituito dalla postazione informatica ENPAM, presente presso il nostro Ordine, postazione che permette mediante una tessera magnetica che ogni iscritto possiede, di mettersi in contatto con l'Ente e di conoscere in tempo reale la propria posizione previdenziale.

Le tematiche previdenziali sono temi che continuiamo a sentire molto.

Il 12 marzo 2005 si è tenuto un convegno sulla previdenza e assistenza per i medici promosso dal nostro Ordine dal titolo *"Il sistema previdenziale e assistenziale per i medici e gli odontoiatri: indispensabile mantenere il patto tra le generazioni"* che ha visto diversi relatori confrontarsi sul tema.

ONAOSI

Con l'insediamento della nuova amministrazione che vede presente quale rappresentante anche il Dottor Umberto Rossa, Presidente dell'Ordine di Belluno, che annoveriamo quale successo degli Ordini del Veneto, sono parecchi gli Ordini e tra questi il "nostro" a chiedere nuove regole.

Finora la discussione su questa storica istituzione non ha avuto alcuno sbocco pratico, perché i toni troppo esasperati hanno sempre preso il sopravvento.

Abbiamo difeso dal polverone delle polemiche l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Onaosi. Nonostante per diversi iscritti sia stata vissuta come una forzatura sul piano della legittimità, ci hanno convinto le finalità e la storia che l'Istituto ha alle spalle, ma chiediamo modifiche sostanziali dello Statuto, a garanzia della massima trasparenza e partecipazione di tutti i nuovi soci.

Non ci sfugge dopo averlo analizzato, il meccanismo di composizione del Consiglio di Amministrazione: prevede obbligatoriamente la presenza, tra gli altri, di tre rappresentanti designati dall'Ordine di Perugia (un veterinario, un farmacista, un medico), e uno ciascuno eletti rispettivamente dagli Ordini di Torino e di Ancona. Perché, allora non uno di Palermo o di Bolzano o di Roma, c'è da chiedersi? Lo statuto che impone questa prassi risponde a criteri vecchi e superati che fanno dell'Onaosi un'anomalia: un ente privato la cui sopravvivenza dipende dal contributo obbligatorio dei medici, dei veterinari e dei farmacisti, ma che si fonda su regole antiche non condivise da tutti. Questo vizio d'origine che dà più peso ad alcuni Ordini provinciali rispetto ad altri all'interno della Fondazione, porta, oltretutto, ad un'ulteriore conseguenza: una disomogenea allocazione delle risorse investite nel nostro Paese da parte dell'Ente.

Questo Ordine si fa promotore di una profonda riflessione perché, come non è vero che i camici bianchi sono unanimemente dei sostenitori dell'Onaosi, allo stesso modo non ha senso agitare inutili fantasmi sulla gestione delle risorse dell'Ente. Una cosa però è certa: la democrazia è fondata su regole condivise: lo statuto e i meccanismi per la formazione del Consiglio di Amministrazione possono essere il banco di prova per testare l'unità dei medici e la trasparenza della Fondazione.

Siamo confortati in questa tesi dai risultati dei primi ricorsi contro l'obbligatorietà della contribuzione che sono stati bocciati.

Il Giudice di Pace di Velletri, accogliendo integralmente le tesi dell'Onaosi, ha respinto il ricorso presentato da un gruppo di farmacisti avverso gli avvisi di pagamento del relativo contributo. Il Giudice, con la sentenza n. 297/05 (nel giudizio n. R.G. 692/04), ha dichiarato "inammissibile e improcedibile" il ricorso proposto, condannando, altresì, i ricorrenti al pagamento delle spese processuali.

A seguito di tale pronuncia, altri farmacisti che avevano presentato analoghi ricorsi avverso il medesimo Giudice li hanno ritirati, rinunciando al giudizio.

Il Presidente della Fondazione Onaosi, dottor Aristide Paci, ha espresso grande soddisfazione per il pronunciamento del Giudice di Pace di Velletri, che ha confermato quanto già sapevamo e, cioè la bontà e la correttezza della posizione dell'Onaosi.

Ricordo che nel corso del 2005 c'è stata la riduzione delle quote di contribuzione, riduzione accolta con soddisfazione dagli Ordini che si erano fatti promotori di una tale decisione.

Era improrogabile un provvedimento che rendesse più eque le fasce di contribuzione per i medici più giovani e con i redditi più bassi. Il contributo obbligatorio all'Onaosi esteso a tutti i medici aveva prodotto tante legittime proteste, e tuttora sono ancora tante le perplessità, ma sappiamo che facendo dietrologia non si costruisce.

La delibera del Consiglio di Amministrazione, con parere favorevole dei Ministero del Lavoro, dell'Economia e delle Finanze, interviene concretamente sul sistema Onaosi.

Abbiamo dato pronta comunicazione a tutti i nostri iscritti del risultato raggiunto e ci siamo sforzati di far comprendere a tutti i soggetti interessati, soprattutto se giovani medici, che nessuna assicurazione al mondo potrà mai offrire le stesse prestazioni dell'Onaosi in rapporto ai contributi estremamente contenuti che sono stati deliberati.

Attualmente le prestazioni sono così ripartite:

- Contributi in denaro per circa 4000 giovani assistiti;
- nuovi interventi per soggetti assistiti disabili;
- possibilità di partecipazione a corsi di formazione aziendale;
- convitto a Perugia per ragazzi e ragazze che frequentano le scuole elementari fino alle medie superiori;
- collegio universitario maschile e femminile a Perugia;
- un totale di 900 posti di studio siti in diverse città compresa Padova sede di università;
- strutture per vacanze estive e invernali;
- borse di studio per specializzazioni post lauream;
- borse premi di cultura per laureati;
- prestazioni erogabili a domicilio.

La Fondazione eroga anche prestazioni e servizi a pagamento cui possono accedere i contribuenti, i loro coniugi e i figli di contribuenti viventi.

Voglio solo anticipare le quote che andremo a pagare nel corso del 2006:

- 1,00 Euro (uno/00) al mese per i contribuenti con meno di 5 (cinque) anni complessivi di iscrizione al rispettivo Ordine professionale;
- 1,00 Euro (uno/00) al mese per i contribuenti che, a prescindere dall'età anagrafica e dall'anzianità di iscrizione all'Ordine professionale, frequentino un corso di prima specializzazione in discipline sanitarie;
- 1,00 Euro (uno/00) al mese per i contribuenti che, a prescindere dall'età anagrafica e dall'anzianità di iscrizione all'Ordine professionale, dimostrino di possedere un reddito complessivo individuale imponibile annuo inferiore a 14.000,00 Euro (quattordicimila/00);
- 3,00 Euro (tre/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito complessivo individuale imponibile annuo superiore a 14.000,00 Euro (quattordicimila/00) e inferiore a 28.000,00 Euro (ventottomila/00);
- 10,00 Euro (dieci/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito complessivo individuale imponibile annuo superiore a 28.000,00 Euro (ventottomila/00);

- 6,00 Euro (sei/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età superiore ai 33 anni e inferiore ai 67 anni, aventi un reddito complessivo individuale imponibile annuo superiore a 14.000,00 Euro (quattordicimila/00) e inferiore a 28.000,00 Euro (ventottomila/00);
- 10,00 Euro (dieci/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età superiore ai 33 anni e inferiore ai 67 anni, aventi un reddito complessivo individuale imponibile annuo superiore a 28.000 Euro (ventottomila/00);
- 1,00 Euro (uno/00) al mese o, in alternativa, un contributo una tantum di 60,00 Euro (sessanta/00), per i contribuenti aventi un'età superiore ai 67 anni, salvo che non abbiano regolarmente versato contributi all'Onaosi per 30 (trenta) anni, nel qual caso sono affatto esentati da obblighi contributivi, senza perdita del relativo status.

I suddetti importi saranno automaticamente rivalutati, a partire da quest'anno, in ragione dell'indice annuale FOI (fonte Istat).

Considerata la possibilità di totale detrazione del contributo dalle tasse credo che l'unica cosa da dire sia che si debba guardare alla situazione realisticamente e senza spirito di polemica. Peraltro l'onere, soprattutto per specializzandi e giovani medici, è compreso tra 0.50 e 0.60 euro al mese, cifre decisamente simboliche, considerate le prestazioni offerte dalla Fondazione.

Il rinnovato finanziamento dà via libera al progetto di modifica dello Statuto rendendolo un Ente assistenziale a tutti gli effetti, non solo per gli orfani per i quali è stato fondato più di un secolo fa, ma anche per i medici stessi che dovessero diventare invalidi.

TEMATICHE PROFESSIONALI

Prorogata l'intra moenia allargata

Gli studi privati potranno essere usati per prestazioni intramoenia fino al 31 luglio 2006.

Il sì del Senato alla proroga all'utilizzo degli studi professionali privati *“per lo svolgimento di attività libero-professionali intramuraria della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale”* è contenuta in uno degli emendamenti al decreto *“taglia - prezzi”* per i farmaci di fascia C.

La proroga *“si è resa necessaria – ha riferito il relatore - perchè nessuno è mai riuscito a realizzare gli intenti utopistici di riforma del ministro Bindi. E piuttosto che fare un decreto ad hoc si è giunti a questa norma che, per la verità, non aveva la sua sede più propria all'interno di questo provvedimento ma serviva - a detta del relatore - per non mettere in grave crisi tutte le aziende sanitarie italiane”*.

Vi segnalo questa decisione perchè più volte nel corso del 2005 la stampa ha trattato il problema liste di attesa quale problema nazionale mettendolo spesso in rapporto con la cattiva organizzazione e l'anomalia dell'attività intramoenia dei medici strutturati.

A parere del Ministro della Salute, *“Si tratta di individuare i contenuti e i provvedimenti amministrativi e legislativi finalizzati al contenimento delle liste d'attesa. Si tratta di intervenire con delle misure adeguate – sottolineando che - occorre l'appropriatezza delle prestazioni”*.

D'altro canto i sindacati dei medici ospedalieri rifiutano *“la demagogica campagna di stampa che sembra individuare nella libera professione intramuraria la principale causa della lunghezza delle liste di attesa”* e hanno proposto un *“tavolo di confronto”* per intervenire sulle *“complesse cause all'origine delle lunghe liste di attesa, in Italia e per garantire il diritto alla salute di ogni cittadino. Per contribuire a fare chiarezza su un problema che non solo compromette gravemente l'equità del sistema, ma che pesa sulle coscienze dei medici, gettando ombre e sospetti sulla loro professionalità”*.

I sindacati hanno più volte ricordato che *la libera professione intramuraria è regolamentata da norme legislative e contrattuali che, se opportunamente rispettate da tutti i soggetti coinvolti, non consentono la formazione di fenomeni distortivi e che spesso la vera responsabile è una domanda di prestazioni non sempre appropriata*.

Favoriscono inoltre il fenomeno liste d'attesa anche l'inadeguatezza del patrimonio tecnologico, vecchio e insufficiente a fronteggiare una crescente specializzazione della scienza medica, una rete ospedaliera e servizi territoriali in ritardo rispetto alle trasformazioni sociali ed urbanistiche e inadeguati a rispondere alle nuove esigenze della domanda, anche in considerazione della crescente età media della popolazione e dei nuovi bisogni di salute emergenti.

Alla luce di queste affermazioni che hanno creato opinioni spesso confliggenti, l'Ordine di Padova è uscito sulla stampa con un suo comunicato che ha avuto una vasta eco e che vi riporto per completezza, dato che ritengo che non si possa affrontare seriamente questo argomento se non c'è la consapevolezza di un contesto che andrebbe modificato.

Liste d'attesa. Comunicato stampa dell'Ordine del 18 luglio 2005

All'allungamento dei tempi di attesa presso le strutture pubbliche per l'esecuzione di accertamenti per lo più strumentali concorrono una molteplicità di fattori complessi:

- *la crescente richiesta di prestazioni sanitarie determinata dall'invecchiamento della popolazione e favorita dal progresso tecnologico;*
- *la percezione del proprio stato di salute da parte dei cittadini;*
- *la valutazione delle necessità assistenziali da parte dei medici (medicina generale e specialisti);*
- *la disponibilità di adeguate risorse umane, tecnologiche e strutturali da parte dei servizi sanitari, il loro appropriato utilizzo e la complessiva capacità organizzativa.*

Ma non si possono comprendere appieno le difficoltà organizzative e le risposte che una amministrazione della salute può dare, se non si è consapevoli delle modifiche sociali intervenute nel rapporto medico-paziente, quali:

- *Il "consumerismo", termine coniato per indicare l'atteggiamento di cittadini sempre più desiderosi di partecipare attivamente alle decisioni del medico e di rivendicare il diritto di curarsi, di non curarsi o di scegliere a quali cure sottoporsi. Se in passato il paziente era in una posizione di soggezione rispetto al paternalismo autoritario del medico che operava per il suo "bene", oggi il clima è quello di sospetto e di diffidenza nei confronti dell'operato del medico.*
- *Il "condizionamento" delle decisioni del medico. Le decisioni del medico in passato erano sottratte ad ogni confronto in virtù di un'autonomia ed un "potere" professionale storicamente consolidato. Oggi di fatto sono poste di fronte alla valutazione di un mondo variegato esterno non più disposto ad accettare in modo incondizionato possibili irrazionalità "artistiche" della pratica clinica. Uno stato di conflitto che vede la medicina in una posizione talmente scomoda e delicata da rischiare una autentica delegittimazione. Il condizionamento si presenta talmente prescrittivo da far saltare lo stesso apparato concettuale della medicina. Il modo di procedere del medico, ovvero il suo metodo, viene influenzato non solo dal procedere delle conoscenze, ma anche dai condizionamenti sociali che determinano il tipo di domanda e il tipo di risposta attesa..*
- *la questione "dell'errore e del rischio professionale", che influenza la pratica medica con pesanti ricadute sul cittadino e sul medico stesso (aumento insensato delle polizze di responsabilità professionale, che per talune specialità negli ultimi due anni hanno subito incrementi anche del 400%), e che induce un comportamento spesso inappropriato denominato "medicina difensiva", che altro non è che una esasperazione del procedimento diagnostico: il medico si difende dal paziente.*

Il Malessere della professione medica ventre molle di una situazione che nasce dal

- *fare tutto ciò che è scientificamente corretto, rispettando l'autonomia del paziente;*
- *ricercare l'alleanza terapeutica;*
- *combattere gli sprechi;*
- *rendere sempre più appropriata la prestazione;*
- *essere in grado di giustificare il proprio operato.*

Il conflitto viene spesso esasperato dai media che inducono modelli di comportamento e di conseguenza falsi bisogni e fanno percepire all'opinione pubblica la prestazione medica, come se il rapporto con il medico fosse un contratto a risultato obbligato, cioè la guarigione.

L'opinione pubblica ritiene responsabile il medico e la professione in generale anche delle modalità organizzative. Il medico assume così a responsabile unico delle disfunzioni presenti nel SSN.

Per una possibile soluzione risolvere il problema delle liste di attesa bisogna modificare questo contesto. La CGIL-Veneto ha criticato duramente il comunicato stampa dell'Ordine definendo sconcertante questa analisi e dichiarando che: "Ognuno dovrebbe ricevere assistenza non in base al reddito ma in base ai propri bisogni".

Penso che nessuno metta più in dubbio i principi che regolano la tutela della salute nel nostro paese.

Ma l'autorevole esponente sindacale non si è posto nella risposta, un problema che lo riguarda come cittadino, il problema del mutamento della domanda pubblica di salute, delle attese nei confronti di rimedi e cure e del divario tra medicina e sanità pubblica, causa di delegittimazione e di perdita di credibilità del medico.

Con ciò si dimostra tutta l'arretratezza culturale presente nella società e nelle sue istituzioni, arretratezza che purtroppo si confronta con il nostro pensiero "Professionale".

Questione medica

Il "malessere" attuale della medicina, e dei medici, reclama dall'intera categoria un'assunzione di responsabilità e di scelte per contrastare una situazione di crisi provocata dall'eccessiva frammentazione delle competenze, dall'inflazione, dalla sfiducia dei cittadini e dall'inversione della piramide demografica e dell'epidemiologia delle malattie.

Le scelte

1. Collaborare con il Governo e le Regioni in un confronto dialettico permanente della professione, estraneo ad ogni collateralismo e clientelismo;
2. fare l'uso più limitato possibile della tecnologia (peraltro spesso indispensabile), coltivando la capacità d'ascolto dei medici nei confronti dei cittadini ed un rapporto umano più empatico e meno tecnico;
3. stilare autonomamente, in maniera integrata, linee guida di terapia e diagnostica attente alle evidenze scientifiche, da difendere e rispettare, rivendicandone tuttavia il carattere di "raccomandazioni";
4. definire percorsi socio-assistenziali integrati che garantiscano l'appropriatezza delle scelte della continuità assistenziale nelle patologie di rilievo sociale;
5. denunciare le insufficienze e i rischi per la salute della popolazione, derivanti da situazioni organizzative e strutturali inadeguate per un corretto esercizio della professione;
6. attivare ricerche di Audit clinico tra i settori, come analisi sistematica e critica degli indicatori di processo e di risultato della qualità delle prestazioni, incluso l'utilizzo delle risorse;
7. recuperare la gestione diretta dell'ECM, secondo i bisogni dei medici, in relazione alle competenze e alle responsabilità esistenti nel settore nel quale operano;
8. imparare dagli errori e gestire direttamente il risk management;
9. impegnarsi per un approccio sistematico nella prevenzione, nell'educazione alla salute dei cittadini, per un uso corretto delle prestazioni sanitarie, denunciando sistematicamente campagne pubblicitarie ingannevoli e consumistiche che li riguardano.

Nel corso del 2005 queste diverse tematiche, la cui difficile soluzione è causa di un malessere generale, sono state affrontate in seno al Consiglio e nel rapporto con la cittadinanza e le sue istituzioni.

Malessere che nasce dall'essere il ventre molle di una situazione che reclama al medico il fare tutto ciò che è scientificamente corretto, rispettare l'autonomia del paziente, ricercare l'alleanza terapeutica, combattere gli sprechi, rendere sempre più appropriata la prestazione ed essere in grado di giustificare il proprio operato.

Il conflitto viene spesso artatamente esasperato dai media che inducono modelli di comportamento e di conseguenza falsi bisogni e fanno percepire all'opinione pubblica la prestazione medica come un contratto a risultato obbligato, cioè la guarigione. Questo atteggiamento rischia di spingere sempre più i camici bianchi all'esercizio di una medicina difensiva che li mette al riparo da contenziosi legali, ma nello stesso tempo difficilmente li pone nelle condizioni di tentare di fare il meglio per il malato.

Grazie all'enfatizzazione operata dai media, l'opinione pubblica ritiene responsabile il medico e la professione in generale anche delle modalità organizzative e delle disfunzioni presenti nel servizio pubblico.

In questo contesto già presente in altre realtà occidentali trovano spazio tutte le iniziative legislative e non che si pongono l'obiettivo di porre un freno alle eccessive cause giudiziarie e promuovere una riforma del sistema di responsabilità dei medici.

Oggi giorno le troppe cause, senza concrete motivazioni, promosse contro i medici e gli ospedali stanno facendo aumentare i costi sanitari.

Noi chiediamo lo snellimento delle procedure che devono far sì che chiunque abbia un motivo legittimo possa esporlo davanti a una Corte, evitando però i processi basati su prove inconsistenti che, di certo, non possono guarire nessuno.

A tal proposito è sempre più percepita la necessità di perfezionare e semplificare il *consenso informato* per i pazienti, per combattere la 'sindrome' da risarcimento del danno nei confronti dei medici.

Un fenomeno che, importato dagli Usa, ora dilaga anche in Italia: sono circa 15 mila i medici che ogni anno sono citati in giudizio, secondo i dati di AMAMI (Associazione medici accusati di malpractice ingiustamente).

Il nostro obiettivo è quello di dare contenuto a questo strumento, renderlo completamente esaustivo, a differenza di oggi.

Il medico deve mettere al corrente il paziente sul suo stato di salute e sulle possibilità di guarigione, sui vantaggi di un intervento sanitario, sui possibili rischi con un linguaggio chiaro e accessibile.

Il paziente deve essere messo nelle condizioni di comprendere al meglio le parole dell'esperto.

Per il P.M. Carlo Nordio, che presiede la Commissione ministeriale incaricata di redigere il nuovo Codice di procedura penale, oltre a modificare il consenso informato e riscrivere il concetto stesso di colpa medica, sarebbe necessario anche adottare correttivi in tema di consulenti e periti nominati dai magistrati.

Secondo il P.M. Nordio andrebbe istituito un albo regionale e nazionale dei periti per ogni disciplina, concordato con i rappresentanti dei singoli Ordini.

E sarebbe inoltre opportuno prevedere una perizia collegiale obbligatoria, con la presenza di un medico legale e due specialisti.

Il *consenso informato* quindi va rivisto non solo come un adempimento burocratico, ma come il fondamento di un'alleanza terapeutica consapevole tra medico e paziente.

Questo da tempo è sempre stato il nostro messaggio.

Pensiamo così di limitare il contenzioso medico legale e assicurativo.

In pochi anni il prezzo delle polizze è lievitato del 250%. Ed è solo l'inizio.

Questi aspetti sono all'attenzione della associazione AMAMI che, colgo l'occasione per annunciarvelo, organizzerà a Padova nel Febbraio prossimo il suo III Congresso nazionale dal titolo "*Le regole del gioco*", Congresso di cui sarò Presidente onorario.

La Vice presidente dell'Ordine Dott.ssa Agnello sarà la co-Presidente del Congresso assieme al Presidente nazionale di AMAMI Dott. M. Maggiorotti.

Comunque sia, dai dati emerge che il 50% di tutte le richieste di risarcimento del danno si concentra in tre aree: ortopedia e traumatologia, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia. E in ospedale è la sala operatoria a 'produrre' il numero maggiore di richieste di risarcimento (32% sul numero complessivo) seguita dal Pronto soccorso (22%). Cifre rilevanti, considerando che, secondo i dati del Tribunale del malato, nel periodo 1999-2000 in tutta Italia ci sono state 32mila richieste di cui 7 mila per sospetti errori diagnostici, 2.300 per errori di trasfusioni e sangue infetto e 1.600 richieste generiche.

Si pone ora la necessità di istituire un Osservatorio sui rischi sanitari e un data-base nazionale degli errori medici, anche perché abbiamo sentore che le cifre scaturite da un primo rapporto sull'errore in ospedale, realizzato dalla Commissione tecnica sul rischio clinico istituita dal Ministero della Salute, non sia corrispondente alla realtà. Secondo questa associazione, e di questo siamo sicuri anche noi nella nostra realtà padovana, non esistono dati certi sul fenomeno *malpractice*. Infatti ogni denuncia intentata verso i medici, finisce nello stesso 'calderone' dei reati comuni per lesioni o omicidio colposo e quindi nessuno può disporre di numeri attendibili.

Alcune Regioni si sono già mosse: in Piemonte un fondo unico regionale garantirà la copertura del rischio delle ASL piemontesi come disposto dall'[articolo 23 della Legge regionale 14 maggio 2004, n. 9](#) che ha istituito un Fondo speciale destinato al finanziamento degli esborsi che le ASL piemontesi devono sostenere per il risarcimento dei sinistri di valore compreso tra 1.500 euro ed 500.000 euro per sinistro, per un valore massimo annuo di 15 milioni di euro. La parte eccedente l'importo di 500.000 euro per sinistro è a carico dell'impresa di assicurazione, scelta mediante procedura ad evidenza pubblica.

È stata questa anche la nostra richiesta alla Regione Veneto nel corso della vertenza per i contratti di lavoro. L'Ordine di Padova in tale contesto ha espresso la massima solidarietà ai medici.

Disegno di Legge Responsabilità civile personale sanitario

Stancamente in Parlamento procede il disegno di legge d'iniziativa del Senatore Tomassini sulla responsabilità civile per danni a persone causate dal personale sanitario. La responsabilità riguarda tutte le prestazioni erogate dalle strutture ospedaliere pubbliche ivi incluse le attività ambulatoriali, diagnostiche e le attività intra-moenia. Fanno eccezione quelle escluse totalmente dai livelli essenziali di assistenza di cui all'allegato 2 del DPCM 29 novembre 2001. La responsabilità riguarda inoltre tutte le prestazioni fornite dalle strutture ospedaliere private accreditate.

Una legge di regolamentazione si rende necessaria per una serie di motivazioni

“Si continuano a sparare cifre da mercato degli imbonitori”, come ha affermato più volte il Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato Antonio Tomassini parlando di errori medici, *“si blocca un Ddl che obbliga ospedali pubblici e privati a stipulare un'assicurazione per responsabilità civile dei danni provocati ai pazienti dal proprio personale sanitario”*.

Nel frattempo le assicurazioni si ritirano dal mercato della responsabilità professionale medica.

Del testo, pronto dal 2001 per l'aula, non s'è saputo più nulla.

Il Sen. Tomassini - reduce da un ennesimo convegno in tema di risk management ha affermato che il provvedimento si è arenato su di una ingiustificata relazione della commissione Bilancio. E si ha l'impressione che a pesare non sia stata tanto la preoccupazione per la spesa pubblica, quanto le pressioni del privato, Compagnie assicurative in prima fila.

L'out-out principale del Ddl sta proprio nell'aver agganciato la prosecuzione dell'attività della struttura alla stipula dell'assicurazione.

Troppe aziende hanno in sospeso anche i rinnovi di vecchie polizze a causa dei costi proibitivi imposti dalle compagnie.

La speranza è di arrivare a un mercato almeno in parte calmierato grazie alla totalità della platea sottoposta al vincolo. I vantaggi sarebbero notevoli anche per i pazienti: i danneggiati avrebbero capacità di azione diretta per ottenere il risarcimento dall'assicurazione, entro i limiti della polizza sottoscritta dalla struttura e di valore provvisorio nel caso di postumi ancora non definiti.

E potrebbero ottenere il risarcimento entro 20 giorni accettando la somma proposta dall'assicuratore.

In caso di mancato accordo sarebbe sempre possibile il ricorso a un collegio arbitrale incaricato di emettere giudizio secondo equità e non impugnabile nell'arco di 90 giorni. Gli ospedali potrebbero rivalersi sui «colpevoli» solo in caso di dolo. Caso che - come dimostra l'alto numero di azioni legali chiuse con assoluzione (oltre il 50%) - è assai più raro di quanto non si dica.

E nel contempo è una ritirata in piena regola quella delle compagnie assicurative dal mercato della responsabilità professionale medica. A dimostrarla bastano le cifre registrate dall'Ania nell'ultimo rapporto annuale: tra il 1994 e il 2002 le denunce per colpa professionale sono aumentate del 148% (da 3.150 a 7.800) e il relativo costo medio dei sinistri del 21%, le denunce contro le strutture sanitarie sono cresciute del 31% e il costo medio dei sinistri del 67%.

Di contro non ci appare tanto fisiologica la reazione delle imprese: aumento dei premi (fino a 5-6mila euro l'anno) e trasformazione delle condizioni di copertura (franchigie, scoperti, massimali ridotti, claims made). Le compagnie assicurative si lamentano che nel corso del 2002, per ogni 100 euro di premi incassati hanno sostenuto spese ed esborsi per risarcimenti pari a 180 euro per la responsabilità professionale medica e a 240 per quella delle strutture sanitarie.

Il nostro Ordine professionale si è fatto promotore di una serie di iniziative che partendo dalla conoscenza del fenomeno ha portato alla verifica della fattibilità e funzionalità di una Camera di conciliazione che si è presentata di attuazione difficile rispetto a grandi Ordini come quello di Roma che sembra averla attuata delegando le strutture conciliative del Tribunale cittadino.

I medici nostri iscritti ci chiedono garanzie. Per arginare il contenzioso, innanzitutto: secondo l'AMAMI (*Associazione medici accusati ingiustamente di malpractice*), che, voglio ricordarlo, ha sede presso il nostro Ordine, e la dottoressa Agnello ne è il Presidente Regionale, ogni anno ci sarebbero 47 mila cause pendenti, penali o civili, e 15 -18 mila camici bianchi citati in giudizio. Due processi su tre, però,

si risolverebbero con un'assoluzione. Il condizionale è d'obbligo: in realtà non esistono dati certi. L'unica indagine sistematica è quella condotta dall'*Osservatorio nazionale sulla malpractice medica* istituito presso l'Università di Napoli, che coinvolge altri dieci atenei. Finora i **procedimenti censiti non superano il centinaio**, ma i risultati sono significativi. Perché confermano la classifica degli specialisti più esposti (ginecologi, chirurghi e ortopedici). E perché in oltre il 70% dei casi segnalati è stata riconosciuta la responsabilità del professionista.

Certo la strada da percorrere è quella di una migliore gestione del rischio, oltre che assicurare una più efficace copertura assicurativa obbligatoria delle strutture, che consente il trasferimento del rischio ma non certamente un mezzo per la sua riduzione.

Alcune compagnie, da parte loro, hanno scelto la via di convenzioni con le associazioni di categoria. E l'AMAMI si è fatta promotrice di un'altra proposta: un accordo arbitrale che sgonfi il contenzioso medico-paziente, affidando la soluzione della controversia a un collegio anziché ai giudici.

Fecondazione assistita

La Legge 40/2004 sulla procreazione assistita, portata alla coscienza dei cittadini con un referendum abrogativo nel corso del 2005, referendum che ha avuto esito negativo in quanto non è stato raggiunto il quorum, è attuata secondo le linee guida emanate dal Ministero della Salute.

Le linee-guida non costituiscono, secondo quanto stabilito dalla legge, una modifica sostanziale della normativa, ma forniscono alcune precisazioni e approfondimenti. Il primo punto di cui si occupa il decreto che le contempla è l'importanza e lo scopo della consulenza che deve precedere e accompagnare le coppie che si rivolgono ai centri di fecondazione assistita, le quali vanno esortate a percorrere tutte le vie alternative possibili prima di ricorrere a procedure artificiali di fecondazione, tenendo presenti i rischi delle tecniche, le basse percentuali di successo, le implicazioni fisiche e psicologiche per la coppia e per i figli nonché gli oneri economici.

Il destino degli embrioni prodotti ma non impiantati va in tre possibili direzioni: quelli malformati verranno tenuti in coltura fino alla loro morte, quelli destinati ad un impianto successivo verranno congelati e conservati presso il centro di fecondazione assistita che li ha prodotti, e che dovrà informare prontamente i genitori/proprietari degli embrioni in "scadenza" (si ritiene infatti che dopo cinque anni un embrione in vitro non sia più impiantabile), mentre quelli dichiarati in stato di "abbandono" verranno crioconservati in modo centralizzato.

Ricordo che l'Ordine di Padova, tralasciando l'aspetto etico che attiene alla coscienza di ciascuno, è rimasto fortemente preoccupato dalle ricadute della legge 40 sull'aspetto relazionale con il paziente e sui contenuti professionali toccati dalla legge. Nella seduta di Consiglio del 22 giugno 2004 l'Ordine di Padova ha approvato una mozione per la quale faccio espresso rinvio alla Relazione dello scorso anno.

Testamento biologico - Eutanasia

Continua l'esame del disegno di legge per stabilire norme in materia di dichiarazioni anticipate di trattamento: il cosiddetto testamento biologico.

Il testo in esame recepisce le indicazioni suggerite dal Comitato Nazionale di Bioetica che ha messo a punto un dettagliato documento approvato all'unanimità da tutti i membri.

I principi fondamentali prevedono che ogni cittadino, nel pieno delle proprie facoltà, possa redigere un documento che abbia un valore giuridico, nel quale indica quali trattamenti sanitari intende accettare nell'eventualità di non essere più in grado di dare il proprio consenso.

L'obiettivo è quello di evitare l'accanimento terapeutico ma anche di sollevare medici e familiari da decisioni prese paternalisticamente in un momento di necessità. Le dichiarazioni anticipate di volontà non saranno vincolanti per il medico, al quale viene garantita la possibilità di non rispettare le scelte del paziente se queste siano diventate inattuali dal punto di vista scientifico e terapeutico. In questo caso il medico potrà agire liberamente nel migliore interesse del malato, ma dovrà motivare la propria decisione per iscritto in cartella clinica. Nel testamento biologico potrà essere indicato anche un fiduciario che avrà il ruolo di difendere le scelte del paziente ed interpretare al meglio le sue volontà.

Di che cosa si tratti, quando si parla di testamento biologico, credo sia ben noto a tutti. Il testamento biologico o testamento di vita, come qualcuno preferisce chiamarlo, traducendo in modo maggiormente

pedissequo l'espressione anglosassone *living will*, è un documento, redatto con ponderazione analoga a quella che è doveroso utilizzare per i testamenti "tradizionali", e dotato (o almeno così si spera) di altrettanto analoga certezza legale, con il quale il testatore affida al medico indicazioni anticipate di trattamento, nel caso infausto in cui in futuro possa perdere la capacità di autodeterminazione, a causa di una malattia acuta o degenerativa assolutamente invalidante, soprattutto da un punto di vista mentale, o di un incidente eccezionalmente grave. In astratto, *il testamento di vita* potrebbe limitarsi a contenere indicazioni, perché il medico massimizzi gli sforzi di salvaguardia della vita di chi lo ha sottoscritto; ma si tratterebbe evidentemente di indicazioni che non farebbero altro che confermare il dovere deontologico e giuridico del medico di operare sempre e comunque per la salvezza del paziente. Nella realtà concreta delle cose, la redazione di un testamento biologico è auspicato da e per coloro che, prefigurandosi ipotesi tragiche come quelle sopra descritte, ritengono che in situazione patologiche estreme sia un bene per gli uomini morire anziché continuare a vivere e preferiscono quindi essere lasciati morire piuttosto che essere curati.

Sul testamento di vita è in atto da anni un accanito dibattito bioetico. I giuristi tendono, giustamente dal loro punto di vista, a ridurre questo dibattito in termini formali: che validità è possibile riconoscere a simili direttive anticipate, nel contesto di ordinamenti giuridici che non considerano la vita alla stregua di un bene disponibile?

I medici, da parte loro, si interrogano sulla compatibilità dei testamenti di vita con i loro doveri deontologici. I bioeticisti discutono se nella sfera di insindacabile autodeterminazione del malato, quella nella quale si fa comunemente rientrare l'atto suicidario (che alcuni arrivano a qualificare come un vero e proprio diritto dell'uomo), si possa far rientrare altresì la pratica eutanasi, concepita come forma di suicidio assistito, ove appunto non solo auspicata, ma in qualche modo prescritta da un testamento biologico. Si può facilmente immaginare come la complessità della questione attivi vere e proprie logomachie, obiettivamente conturbanti, data la tragicità della questione, ma spesso anche fastidiose, quando si strutturano nelle forme, a volte insopportabili, di eleganti dibattiti accademico-universitari.

A tal proposito, proprio recentemente l'Ordine di Padova, in un comunicato stampa, ha stigmatizzato le dichiarazioni fatte dall'ex Ministro della Salute Veronesi, comunicato che vi riporto integralmente:

"L'Ordine dei Medici di Padova esprime sconcerto e stupore per le dichiarazioni del medico ed ex Ministro della Salute Umberto Veronesi riportate in un'intervista pubblicata su "REPUBBLICA" venerdì 18 novembre. L'intervista, rilasciata in occasione della pubblicazione del suo ultimo libro: "Morire è un diritto fondamentale", entra nel merito di un problema più volte affrontato nel dibattito sociale: l'eutanasia.

Per Umberto Veronesi questa scelta è vista come un diritto fondamentale dell'individuo.

Afferma infatti il prestigioso collega: "Io sostengo il valore dell'eutanasia come richiesta volontaria e cosciente di porre fine alla propria esistenza. Cosa che può maturare quando la vita diventa insopportabile per il dolore, la sofferenza e la perdita della propria dignità...".

Se il problema viene posto su di un piano del diritto individuale di dignità del morire, non possiamo che concordare con il collega Veronesi, nel riconoscere il diritto del malato terminale a non proseguire le cure.

In questi, purtroppo non rari casi, la decisione spetta comunque non solo al medico, il quale combatte ad oltranza pur di strappare un brandello di vita, naturalmente senza che ciò diventi accanimento terapeutico, ma deve essere condivisa dal paziente che deve essere correttamente informato sulla patologia e sulla terapia proposta e può dare o negare il suo consenso.

A tal proposito gli articoli 13, 14 e 15 del Codice di deontologia medica parlano chiaro e sono l'espressione di una medicina consapevole dei propri limiti, che, proprio dall'assunzione di questi suoi limiti, cerca le soluzioni più vicine al rispetto della dignità umana del vivere e del morire.

Una cosa è riconoscere il diritto del malato a non sottoporsi ad una terapia, altra cosa è cosa è aiutare attivamente il malato a porre fine alla sua vita.

Veronesi però non sembra limitarsi al riconoscimento del diritto del malato a rifiutare una cura ma afferma che l'aiuto alla morte attiva procurata dai medici "sarebbe un segno di civiltà..... Sarebbe ipocrita negarlo: negli ospedali italiani l'eutanasia clandestina viene praticata. Nessuno lo confesserà mai, eppure esiste. Si allontana l'infermiera con una scusa, si aumenta un po' la dose di morfina... Ci sono molti modi".

Affermazioni queste assai lesive della dignità della classe medica, che fanno pensare che l'ex Ministro abbia dimenticato di essere medico e in quanto tale vincolato ad un giuramento che afferma il principio della sacralità della vita e della sua difesa.

L'Ordine di Padova vuole con fermezza riaffermare il rispetto del valore della vita e si richiama a quanto discusso ed elaborato in occasione del recente convegno del 22 ottobre "Per un neoumanesimo della professione medica e delle cure" a conclusione del quale è stata proposta la "Carta Etica di Padova" nella quale al punto n. 12 si afferma che:

"Nella fase terminale della vita il medico opera nel rispetto della dignità e della volontà del paziente cercando di conciliare qualità e quantità di vita residua evitando qualsiasi forma di accanimento terapeutico".

Che la vera posta in gioco nel dibattito sul testamento biologico sia quella della legalizzazione dell'eutanasia non c'è alcun dubbio. Il successo che ha avuto l'eufemismo "suicidio assistito" potrebbe far pensare ad alcuni che ciò di cui si discute è semplicemente come dar valore legale ad un'estrema, doverosa forma di rispetto nei confronti della volontà di non essere curato espressa con piena consapevolezza e in forme rigorosamente garantite dal soggetto. Ma non è così. Ne dà prova la legislazione olandese sull'eutanasia, che depenalizza questa pratica, qualificandola appunto come forma di rispetto verso la volontà del malato e poi subito la amplia, autorizzando il medico a sopprimere il paziente, anche in assenza di un esplicito testamento biologico, partendo dal presupposto che la tutela del miglior interesse del malato possa essere affidata non solo al soggetto direttamente interessato, ma anche a chi di lui si prende cura, come per l'appunto, il medico. Ci troviamo di fronte a un esempio emblematico di come sia facile, in "questioni di vita e di morte" inoltrarsi in quel pendio scivoloso, tante volte denunciato da alcuni bioeticisti: si parte col ritenere che bisogna legalizzare situazioni estreme, problematiche e tutto sommato rare (in concreto l'eutanasia praticata su esplicita e consapevole richiesta, pur se anticipata, del paziente), e si finisce per estendere la legalizzazione a casi simili, solo estrinsecamente analoghi ai precedenti (l'eutanasia senza esplicita e consapevole richiesta). Questo "scivolamento" da una parte è concettualmente inaccettabile, ma dall'altra è obiettivamente e paradossalmente necessario: i fautori dell'eutanasia sanno che ben difficilmente la redazione di testamenti biologici può diventare una prassi abituale e consolidata.

Siamo pronti a sostenere che l'eutanasia è sorpassata. Il dolore delle malattie terminali può essere combattuto, fronteggiato, ridotto in termini assolutamente accettabili; può, in molti casi, essere vinto. La medicina palliativa non esiste per garantire la guarigione da malattie spesso incurabili; esiste per garantire una qualità di vita più accettabile per il malato.

C'è poi un altro aspetto che consideriamo inaccettabile: una particolare visione del mondo, a suo modo forse sincera, ma certamente non pietosa: quella per la quale solo la vita sana è da ritenere autentica vita umana, pienamente degna di rispetto e protezione; quella per la quale la malattia è da combattere socialmente solo quando sia curabile o sia comunque (come in alcune - e solo alcune - forme di handicap) socialmente tollerabile. In questa visione del mondo, quando la malattia non è curabile, va abolita, sopprimendo semplicemente la vita stessa del malato. Temiamo in qualità di medici anche il gioco pericoloso della riformulazione epistemologica della stessa medicina, avviata - in questa prospettiva - a perdere la sua specificità terapeutica e a diventare una mera prassi formale e neutrale di manipolazione del corpo umano, ma ancor più una vera e propria riformulazione antropologica dell'idea stessa di vita. Abituati (forse da millenni) a pensare che - a differenza delle cose - la vita non ha un valore, ma è in se stessa principio di ogni valore, gli uomini "postmoderni" si trovano oggi di fronte ad una sfida intellettuale e morale, alla quale probabilmente non sono preparati, quella di un sottile e compiuto nichilismo. Una vita, infatti, che non sia valore in sé e per sé, ma che riceva valore da una determinazione estrinseca di volontà, è altresì una vita che può, per una determinazione di volontà di segno opposto alla precedente, perdere ogni valore ed essere ridotta allo statuto ontologico della materia bruta. È questa una sfida radicale, che investe né più né meno che il senso stesso della presenza dell'uomo nel mondo.

Politica nazionale

Primo sì al nuovo Piano sanitario nazionale.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 che contiene le linee programmatiche della politica sanitaria del Paese, ha ricevuto il consenso del Cdm, che ne ha condiviso i capisaldi e gli indirizzi. Sarà dunque

sottoposto al parere delle Commissioni parlamentari, delle confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, e dovrà ottenere l'ok della Conferenza unificata Stato, Regioni e Province Autonome. Come previsto dal D.Lgs. 502/92, il Ministero della Salute ha già avviato una costruttiva collaborazione con le Regioni sulla programmazione triennale della tutela della salute, che il Governo dovrà varare nei tempi previsti, per l'adozione di criteri concordi.

Tra i punti centrali del nuovo PSN, la sfida rappresentata dal peso crescente della non autosufficienza, il rilancio della prevenzione (teso a spostare il confine fra salute e malattia e tra benessere e non autosufficienza), la qualificazione e la valorizzazione delle cure primarie e delle cure ospedaliere e ambulatoriali, la promozione della partecipazione dei cittadini e il rilancio del ruolo del terzo settore.

Questione specializzandi

L'Italia occupa il primo posto per l'insegnamento scientifico-teorico, mentre è assolutamente carente nella formazione pratico-professionalizzante: è questa una osservazione che facciamo proprio da un punto di vista professionale. Lo ha sottolineato anche l'Associazione europea medici specializzandi (Amsce). A questo di deve aggiungere che in Italia, al contrario della maggioranza dei Paesi europei i giovani medici in corso di specializzazione godono del diritto alla malattia, alla maternità, alla pensione, alle ferie, nella stessa misura dei loro colleghi specialisti che lavorano nelle stesse strutture sanitarie in cui gli specializzandi si formano. E ancora, mentre i giovani medici italiani ricevono una borsa di studio di 960 euro mensili, gli specializzandi spagnoli raggiungono approssimativamente uno stipendio mensile di 1.400 euro, i tedeschi 3.500 euro, gli olandesi 3.600 euro, gli sloveni 1.600 euro, i finlandesi 3.000-4000 euro, i danesi 3.750 euro, i portoghesi di 1.750 euro, gli inglesi da 5.500 a 9.800 euro al mese.

L'interessamento degli Ordini, in primis il nostro, ha prodotto in questi ultimi giorni risultati da lungo attesi: il contratto previsto nella manovra Finanziaria.

Contratti di formazione, dall'inizio dell'anno accademico 2006, per i 24 mila specializzandi italiani. Lo prevede, al posto delle attuali borse di studio, la Finanziaria 2006. Si pone finalmente termine ad un'annosa questione, che si trascina dalla metà degli anni '90.

Il finanziamento è di 70 milioni di euro per il primo anno, e di 300 milioni di euro l'anno per i successivi. Il contratto di formazione specialistica garantisce ai giovani medici le tutele sociali, come la copertura previdenziale e assicurativa, le ferie e la malattia. Lo stipendio si compone di una parte fissa, pari all'attuale borsa di studio, di circa 11 mila euro l'anno, più una quota variabile, non superiore al 15% della base fissa per i primi due anni di specializzazione.

Siamo soddisfatti di quanto è stato raggiunto perchè abbiamo sanato una grossa ingiustizia a carico di questi giovani dediti all'attività assistenziale e che al tempo stesso studiano.

Il Consiglio Direttivo di Padova, vorrei ricordarlo, ha sempre fatto proprie le istanze di questi giovani colleghi ai quali va il nostro apprezzamento e la sentita solidarietà di fronte al fatto che le loro rivendicazioni sono sempre apparse volte a restituire dignità e giustizia alla loro attività.

Medicina scientifica e pratiche non convenzionali

Proposta di legge nazionale Lucchese e legge regionale sull'Istituzione della figura del naturopata.

Le nozioni scientifiche in campo medico, che hanno seguito di pari passo le varie scoperte nelle altre scienze da fine '800 in poi, ci inducono spesso ad affermare che la medicina è una scienza.

Tale asserzione viene sovente ripresa dai mass-media.

In realtà la medicina non è una scienza comunemente intesa.

Ma è una pratica coltivata in un mondo di valori.

Il "valore salute" assume significati diversi tra le parti in gioco e impone una continua negoziazione per realizzare un progetto di salute che sia condiviso.

Aver privilegiato le conoscenze scientifiche disgiungendole dal vissuto di ogni uomo, specie se malato, ha indotto molte persone a ricercare quel briciolo di umanità, quella alleanza terapeutica nei confronti del male, in pratiche terapeutiche che si pongono su di un piano diverso da modelli scientifici e statistici comunemente intesi e applicati alla medicina.

Affermare questo e esserne consapevoli non significa accettare supinamente regolamentazioni di legge che ci precipitano di fatto nel mondo dell'oscurantismo.

Certamente l'epistemologia delle scienze contemporanee ha messo a nudo l'idea restrittiva del metodo scientifico e sta elaborando un metodo pluralistico.

Ci siamo accorti che determinismo e previsione, capisaldi del metodo, non sono sinonimi e, soprattutto in biologia, non ci sono leggi necessitanti e prescrittive.

Siamo d'accordo sul fatto che possano ritornare preponderanti le singolarità, l'individualità le relazioni e i contesti ma è del tutto inaccettabile accettare una regolamentazione dell'attività del pranoterapeuta e di altre singolari pratiche guaritorie come viene invece proposto dal progetto di legge A.C. 137E ABB all'esame della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, conosciuta come legge Lucchese.

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine di Padova più volte si è espresso secondo questo orientamento perchè venisse assunta una posizione comune per il ritiro della proposta di legge.

Per il vertice della Federazione il testo di legge in questione diveniva, dopo il recepimento della nostra presa di posizione, non emendabile e da ritirare.

Cito alcuni passaggi di una nostra mozione del

“si individuano i seguenti punti di alta criticità:

sul piano concettuale la legge nelle sue finalità confonde il pluralismo ideologico e quello dei valori – del tutto legittimo – con un non meglio precisato pluralismo scientifico.

Sebbene l'epistemologia delle scienze contemporanee abbia messo a nudo l'idea restrittiva del metodo scientifico e stia elaborando un metodo pluralistico perchè soprattutto in biologia non ci sono leggi necessitanti e prescrittive.

Ciò non toglie che nella scienza di fronte ai problemi da risolvere si propongano ipotesi e, di volta in volta si scelga, se esiste e non certo per sempre, l'ipotesi che ha resistito ai controlli più severi.

La medicina scientifica è fondata sul metodo scientifico e le medicine non convenzionali rifiutano il medesimo rigore metodologico.

la libertà di cura è un valore rispettabile e da tutelare per il bene delle persone ma richiede cultura e una forte responsabilità personale della propria salute.

Sul piano sociale nel documento di Terni della Fnomceco si afferma che il Medico Chirurgo e l'Odontoiatra sono gli unici attori sanitari in grado di individuare pazienti suscettibili di un benefico ricorso alle pratiche non convenzionali nel rispetto del codice deontologico (art.12-13).

Medico-Chirurgo e Odontoiatra sono i soli abilitati all'atto diagnostico, tempo imprescindibile di qualsiasi intervento terapeutico che consente la corretta discriminazione fra utilità e vantaggio del ricorso consapevole a trattamenti non convenzionali.

Tutto ciò per evitare strumentalizzazione e inganno del cittadino che verrebbe affidato a cultori di pratiche autoreferenziali che null'altro farebbero che sostituire il proprio al tanto deprecato paternalismo dei medici.

Sul piano politico professionale

1. delegittimazione delle professioni sanitarie tra le quali storicamente il medico è stato il punto di riferimento. La professione di medico si avvale di conoscenze tecniche, competenze, abilità pratiche e comunicative riconosciute e verificabili.

2. Omologazione dei professionisti sanitari con operatori non medici: questo dato ha risvolti sociali sulla tutela della salute, giuridici sulla tutela del cittadino e favorisce l'induzione di pseudobisogni.

Sul piano politico sociale

Acritica compiacenza politica che induce un clima di rottura della alleanza terapeutica. Questa alleanza si fonda su un rapporto duale tra medico e cittadino ed emerge chiaramente soprattutto per quella patologia sommersa tipica del nostro vivere sociale. Vivere che spesso comporta ansietà patofobiche e disagi esistenziali, grazie ai quali si incentiva un evidente spreco di risorse in funzione di una falsa e costosa tranquillità sociale.

Le stesse considerazioni valgono per la proposta di legge regionale (PDL 11/2005) sull'istituzione della figura dell'operatore di attività bionaturali attualmente in discussione in Consiglio Regionale da noi contrastata fin dal 2003 in commissione.

Abbiamo fatto presente ultimamente, ottenendo una pausa di riflessione dal Consiglio regionale del Veneto, che un'analoga legge della regione Piemonte (LR 13/2004 recante “Regolamentazione delle

discipline bio-naturali”) era stata impugnata dal Governo per illegittimità sul piano della legislazione concorrente ed era stata cassata (Sentenza Corte Costituzionale n. 424/2005).

Nello stesso tempo con uscite sulla stampa regionale e locale e sollecitando l'Assessore Tosi, tra l'altro firmatario della proposta di legge 11/2005, ci sembra che le nostre posizioni siano state, per il momento, accolte.

Abusivismo e prestanomismo in campo sanitario

In Italia un dentista su tre è abusivo, ma la proposta per un 'giro di vite' contro i trasgressori non è passata in Parlamento. Una misura che avrebbe impegnato il Governo a inasprire le pene per chi esercita abusivamente una professione sanitaria e chi favorisce questo illecito.

Dobbiamo constatare che per l'ennesima volta le istituzioni non hanno ritenuto doveroso dare una risposta a un fenomeno che, per quanto riguarda l'odontoiatria, sta toccando punte allarmanti, visto che un dentista su tre non è abilitato ad esercitare la professione. Il testo proposto dalla senatrice Boldi per la modifica dell'attuale articolo 348 del codice penale avrebbe punito chi esercita abusivamente una professione sanitaria con pene più severe ivi compreso l'arresto oltre alla confisca dell'attrezzatura, dei materiali e dei locali, tutelando maggiormente il paziente truffato o leso dal finto medico.

Per la prima volta il testo proposto metteva sullo stesso piano il *prestanome*, ossia colui che copre l'illecito, e l'*abusivo*. Invece a norma dell'art. 8 della L. 175/92, comma 1, “Gli esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, ovvero la propria attività, allo scopo di permettere o di agevolare l'esercizio abusivo delle professioni medesime sono puniti con l'interdizione dalla professione per un periodo non inferiore ad un anno”. Peraltro l'Ordine e, nel caso di odontoiatri che fanno prestanomismo, la competente Commissione Albo Odontoiatri, nell'ipotesi in cui si configuri “favoreggiamento dell'esercizio abusivo della professione” può, e comunque sia dovrebbe aprire procedimento disciplinare per violazione delle norme deontologiche (art. 13 del Codice Deontologico) e sanzionare l'iscritto applicando le sanzioni di cui all'art. 40 del DPR 221/50.

L'attuale articolo 348 del codice penale prevede “*chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una specifica abilitazione dello Stato (cc 2229), è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da euro 103 a euro 516 (498)*”.

In sostanza sappiamo bene che generalmente chi esercita abusivamente la professione sanitaria chiede di poter patteggiare la pena e se la cava con una multa di poche centinaia di euro.

Quello che non si capisce è come le forze politiche non solo non riescano a trovare convergenza su un provvedimento che va a tutelare esclusivamente la salute dei cittadini, fortemente messa in pericolo dalle pratiche di chi esercita illegalmente la professione di dentista e, cosa ancor più grave, come non trovino neppure il tempo di discutere le proposte che vengono avanzate in merito.

Ricordo come la proposta di emendamento era stata curata da Mario Falconi, Presidente dell'Ordine dei medici di Roma concretizzando un percorso approvato in Consiglio nazionale con il sostegno del nostro Ordine e varata in pieno accordo con la Federazione e con la Commissione nazionale per gli iscritti all'Albo degli odontoiatri.

L'odontoiatria comunque sia non è certo l'unica area sanitaria colpita da questa illegalità essendo il fenomeno in espansione all'interno di tutta la Sanità. Oggigiorno infatti dobbiamo tutti confrontarci con le cosiddette medicine non convenzionali che devono essere individuate e definite con chiarezza e rigore, onde evitare che abusi di esercizio allarghino la loro influenza in settori ancora poco definiti.

Abusivismo e prestanomismo quindi, rappresentano una lunga catena di negatività che getta discredito sulle categorie coinvolte ma i cui effetti più dannosi ricadono sui cittadini, utenti finali di una illegalità che spesso si traduce in un danno irreperabile per la salute.

Problematiche in sospenso

Rimangono ancora non chiarite le questioni di seguito elencate.

Mi limito a citarle rinviando espressamente a quanto già trattato nella mia relazione del 2005.

La prima riguarda l'applicazione delle tariffe all'attività libero professionale intramuraria e la questione relativa alla loro assimilabilità a quella da lavoro dipendente.

La seconda questione in sospeso si riferisce alla disciplina delle autorizzazioni alla pubblicità sanitaria per gli studi professionali esterni alla struttura ospedaliera nei quali i medici dipendenti esercitano attività libero professionale intramuraria "allargata". La Fnomceo, interpellata in proposito, si è espressa affermando la competenza ordinistica anche per questo tipo di autorizzazioni.

Su questo specifico argomento abbiamo preso accordi con le Direzioni Sanitarie per una applicazione corretta e rispettosa della Legge 175/92.

Ai fini dell'applicazione della Legge Antitrust, l'Autorità Garante della concorrenza e del mercato ci equipara, ovvero equipara gli Ordini professionali, ad Associazioni di Imprese, tant'è che la stessa Fnomceo è stata per questa ragione messa sotto inchiesta, multata e poi condannata ad annullare tutti quegli atti "volti a falsare in maniera consistente la concorrenza sui mercati delle prestazioni sanitarie erogate da professionisti".

Dal canto nostro abbiamo sempre ritenuto che nel rapporto professionale dovessero essere rispettati tre requisiti: tariffa minima, elenchi aperti, rapporto economico diretto tra medico e paziente.

Il TAR Lazio nell'annullare la multa data a suo tempo alla Federazione, ha mantenuto in essere la sostanza della precedente deliberazione.

Questa sentenza sembra spianare ormai la strada alla possibilità di costituire società di professionisti, anche con partecipazione di capitale esterno, introducendo il concetto di "fine di lucro" in ambito sanitario.

Voglio ricordare che l'ingresso di capitale esterno nelle società di professionisti, comporta alcuni seri rischi:

- che si badi più al profitto che alla salute del paziente e che le società diventino un business sicuro per chi ha denaro da investire;
- il rischio di condizionamento dell'autonomia e della libertà del professionista di fronte alla proprietà, che si aspetta un ritorno economico.

Il nodo cruciale di tutta la questione consiste nei limiti che verranno posti alla partecipazione nelle società di capitali.

ATTIVITÀ POLITICO AMMINISTRATIVA DELL'ORDINE

Direttori Sanitari strutture private

L'Ordine, sensibile alle necessità dei liberi professionisti, ha ritenuto opportuno istituire una sorta di interfaccia più diretta e più facilmente raggiungibile affidando questo compito alla dottoressa Antonella Agnello che fino al 31 dicembre 2005 ha ricoperto la carica di Tesoriere e oggi è invece vice-Presidente del nostro Ordine.

La Dottoressa Agnello ha organizzato presso la sede dell'Ordine, una serie di incontri con i Direttori Sanitari delle strutture private per affrontare le tematiche che vedono la direzione sanitaria coinvolta in termini di responsabilità sotto diversi aspetti (pubblicità, privacy, autorizzazioni e accreditamenti). In particolare sono stati tenuti i seguenti incontri nel corso del 2005:

- | | |
|------------------|---|
| 28 aprile 2005 | Esame documento sull'esercizio professionale nell'ambito della medicina termale e proposta costituzione gruppo di lavoro. |
| 10 novembre 2005 | Aspetti contrattualistici: responsabilità civile e professionale dei liberi professionisti nelle strutture private e accreditate. |

Legge sulla Privacy

Il Testo Unico sulla Privacy, adottato con Decreto Legislativo 196/2003, ha visto la luce il 30/6/2003 innovando tutta la legislazione sulla materia dal 1996 a oggi.

La nostra posizione in materia di tutela della riservatezza dei dati sin dalla approvazione della Legge 675/96 è stata improntata a sicuro interesse del medico, della sua professione e quindi, per certi aspetti, è stata una posizione fortemente critica.

Questa è una normativa che probabilmente recepisce una crescita di consapevolezza dei diritti propri della collettività ma più che della collettività, dei diritti propri del singolo cittadino ed è figlia di quel filone socio filosofico che privilegia le prerogative del singolo rispetto all'interesse comunitario.

Il Servizio Sanitario Nazionale è figlio di un altro filone di pensiero sociale, quello che tutela il singolo ai fini di tutelare la comunità intera.

Ecco allora che dobbiamo sottolineare le nostre grandi perplessità che permangono sulle incombenze prescritte al medico e all'odontoiatra dal Testo unico sulla privacy.

A norma del testo del Decreto Legge 30 dicembre 2004 coordinato con la Legge di conversione n. 26 del 1 marzo 2005, recante "Proroga dei termini", il termine per la redazione del DPS (Documento Programmatico di Sicurezza) era stato prorogato al 31 Dicembre 2005.

Mi preme comunicarvi che grazie ad un altro Decreto Legge del 30 dicembre 2005 (n. 273) il termine per la redazione del **DPS** è stato ulteriormente prorogato al **31 marzo 2006**, mentre per adeguare gli **strumenti informatici** alle norme vigenti la scadenza è rinviata al **30 giugno 2006**.

Infine, la notifica al Garante per la privacy, terzo adempimento conseguente all'entrata in vigore della Legge 675/96 prima e del Testo Unico poi, riguarda invece le sole strutture sanitarie che trattano dati biometrici o dati genetici con continuità.

Autorizzazioni all'esercizio

Il tema dell'applicazione della Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22 recante disposizioni in materia di "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali", è tema molto controverso che è stato seguito da questo Ordine e in particolare dalla Dottoressa Agnello nelle sue varie fasi applicative.

Voglio ricordare a tal proposito, che durante l'iter di approvazione della legge in questione nel 2002 ero personalmente intervenuto in qualità di Presidente della Federazione Regionale degli Ordini del Veneto, contribuendo a modificarne la stesura e inserendo all'articolo 10, comma 2, la Federazione Regionale quale parte attiva nella Commissione che avrebbe definito i criteri di autorizzazione e accreditamento.

In effetti questo è avvenuto nell'autunno 2002 con la nomina del dottor Francesco Noce, del dottor Francesco Scarparo, del Dottor Mario Plebani e del dottor Rizzotti.

Questi nostri rappresentanti regionali hanno partecipato ai lavori diretti dal Dottor Compostella della ARSS del Veneto.

Purtroppo devo osservare come sia mancata da parte dei nostri rappresentanti, anche in questa situazione, quella relazione con l'Istituzione ordinistica, relazione che avrebbe potuto modificare i contenuti della DGR 2501 del 6 agosto 2004.

In considerazione delle istanze di questo Ordine tendenti ad allentare la morsa dell'applicazione delle scadenze, nel corso del 2005 la Regione è intervenuta più volte per definire alcune modalità applicative.

Grazie anche alle nostre richieste, sono state ottenute due proroghe nel corso del 2005 per cui la scadenza dei termini è stata rinviata al 31/12/2005.

Il problema che abbiamo dovuto affrontare riguarda principalmente l'interpretazione e il significato che la professione poteva attribuire al passaggio della legge dove si contemplano gli studi privati libero professionali e si dispone che erogano prestazioni di prevenzione e/o diagnosi e/o terapia che non utilizzano metodiche invasive al di là del prelievo ematico.

Per questi è infatti prevista una semplice comunicazione (all.3 al manuale) e non la richiesta di autorizzazione all'esercizio. Tale dichiarazione sostitutiva di certificazione deve essere inviata all'ULSS di competenza.

L'autorizzazione è invece richiesta per i medesimi studi, tra i quali ricadono anche gli studi odontoiatrici, che erogano prestazioni di particolare complessità, che utilizzano cioè metodiche invasive e/o comportanti l'esecuzione di atto anestesiológico che vada oltre l'anestesia locale. Quest'ultima attività è sinteticamente definita invasiva mentre la prima non invasiva.

Va sottolineato che, con DGR 2420 del 9 agosto 2005 è stata ampliata la definizione di metodiche non invasive, metodiche che consentono di bypassare la richiesta di autorizzazione e di inviare una semplice comunicazione all'ULSS di competenza. Con la citata DGR 2420 sono considerate non invasive le seguenti pratiche:

- medicazione

- sutura di ferita superficiale
- rimozione di punti di sutura
- cateterismo uretrale/vescicale
- tamponamento nasale anteriore
- fleboclisi
- iniezioni endovenose
- lavanda gastrica
- iniezioni di gammaglobuline e vaccinazioni
- agopuntura
- mesoterapia
- iniezioni sottocutanee desensibilizzanti
- infiltrazioni peri e intra articolari
- esami citologici e colturali (esempio tampone faringeo, tampone vaginale, pap test ecc.)
- rimozione di tappo di cerume
- toilette di perionichia suppurata
- drenaggio di ascesso sottocutaneo
- atti anestesiofisiologici che non vanno oltre l'anestesia topica o locale.

Il problema applicativo della legge è stato particolarmente sentito dalla componente odontoiatrica i cui vertici regionali, senza alcuna concertazione con la componente medica, hanno contrattato con la Regione una applicazione della legge con standard elevati di ambulatorio creando tra gli esercenti l'odontoiatria diversi contrasti e malumori.

Ci rimane quindi un po' di amarezza per non aver potuto fare di più ma purtroppo in quest'ultimo triennio è prevalso lo spirito settario poco costruttivo che danneggia gli iscritti e la professione in generale.

Speriamo che il 2006 porti dei cambiamenti positivi in tal senso e che la collaborazione tra le due componenti, odontoiatrica e medica, sortisca effetti migliori.

Riscossione ruoli esattoriali

La Commissione Bilancio segue con attenzione le problematiche relative alle entrate dell'Ente e provvede alla proposta di bilancio consuntivo e preventivo.

Nel corso del 2005 le difficoltà al recupero dei crediti, hanno trovato pratica soluzione sia grazie all'opera della signora Leorin Emanuela cui spetta la responsabilità del processo amministrativo sia per l'attuazione di una nuova procedura conciliativa che consente il pronto ravvedimento del moroso.

Nel corso dell'anno 2005 sono state recuperate n. 21 quote di iscrizione relative all'anno 2004 non versate nei termini di scadenza e ne rimangono da riscuotere n. 6 con cartella esattoriale.

Il problema del recupero dei crediti pregressi, malgrado a livello nazionale l'Ordine di Padova sia da annoverare tra i più efficienti, riguarda una quota marginale:

per l'anno 2004 n. 4 quote x € 139,29 quota singola e n. 2 x 260,09 quota doppia per un totale di € 1.077,34;

per l'anno 2005 n. 30 quote singole per 121,29 = € 3.638,70.

Tutto ciò da un lato ci limita nell'utilizzo di una parte del nostro finanziamento nell'anno in corso e dall'altro impegna l'amministrazione a controlli e richiami degli iscritti morosi con notevole aggravio burocratico.

Comunque la situazione contabile per quanto riguarda queste quote da riscuotere possiamo considerarla fisiologica.

L'intervento della Dottoressa Agnello, tesoriere del nostro Ordine, ha sortito un accordo che riteniamo più favorevole dei contratti precedenti.

Nel 2005 è stata rinnovata la convenzione con la Società GESTLINE S.p.A. Gruppo San Paolo IMI in qualità di Concessionario del servizio riscossione tributi di Padova.

La predetta Società è perciò stata nuovamente incaricata dall'Ordine di riscuotere su nostro mandato le quote di iscrizione da ciascun iscritto.

La convenzione è strutturata in 17 articoli e ha scadenza annuale.

La riscossione viene effettuata da Gestline sulla base di liste di carico compilate e consegnate dall'Ente 30 giorni prima della scadenza del pagamento fissato per quest'anno al 28/02/2006 e sono fornite su supporto informatico.

Per quanto riguarda le modalità di riscossione delle quote faccio pertanto espresso rinvio alla mia relazione dello scorso anno.

Educazione Continua in Medicina: rapporto Ordine - Università

Qualche settimana fa nell'affrontare per conto della commissione paritetica per l'esame di stato in Medicina e chirurgia gli aspetti critici e le difficoltà connesse con il nuovo esame di stato scrivevo al Magnifico Rettore dell'Università di Padova Prof. Milanese:

“La formazione dei medici rappresenta un settore strategico imprescindibile per un ordine professionale che non voglia confinarsi ad un ruolo puramente notarile burocratico della professione.

Il continuo progresso della scienza medica, sotto diversi profili, da quello scientifico a quello tecnologico, reclama l'esigenza di adeguare le nostre conoscenze, le competenze con esse le abilità.

Soprattutto queste ultime che caratterizzano fortemente la divisione del lavoro, supportate fortemente dalla dotazione tecnologica disponibile, impongono una organizzazione sempre più efficiente.

L'ordine professionale pertanto non può sottrarsi al suo ruolo di garanzia della qualità e del mantenimento della specifica professionalità nel corso della vita lavorativa del medico.

Non può essere delegabile ad altri il compito di individuare linee di indirizzo omogenee negli obiettivi della formazione professionale, nel controllare, nel coordinare il complesso processo di formazione nonché il controllo e la verifica di mantenimento delle competenze del medico.

Si hanno diversi segnali di crisi dell'insegnamento anche da parte di chi esercita questo importante ruolo ovvero l'università.

La sanità universitaria infatti rischia di entrare in una crisi irreversibile se non si interviene prontamente. È questo l'ammonimento che arriva dalla Conferenza dei Rettori.

C'è da una parte l'inadeguatezza normativa, legata in particolare alla necessità di revisione del decreto legislativo 517 provvedimento che disciplina i rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale e università, la frustrazione della capacità scientifica e della sanità universitaria oltre al depauperamento di fondamentali risorse finanziarie.

Penso che anche qui nel Veneto si debba giungere velocemente a costruire da subito un'alleanza strategica tra il sistema della Sanità Universitaria e le Regioni per restituire a questa determinante risorsa il giusto ruolo nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale. Sempre 'in una logica di maggiore valorizzazione dell'attività istituzionale scientifica, didattica e assistenziale universitaria e della sua integrazione nella programmazione sanitaria regionale e nazionale'.

Il nostro Ordine che conta tra i suoi iscritti nomi prestigiosi della facoltà medica padovana riconosce che il sistema della sanità universitaria con le sue 39 facoltà di Medicina presenti su tutto il territorio nazionale, con circa 29.900 posti letto e oltre 27.765 nuove immatricolazioni annue (tra corsi di laurea in medicina e corsi delle professioni sanitarie), rappresenta il cuore della formazione e della ricerca sanitaria del Paese. Ciò in quanto la sanità universitaria rappresenta da una parte, una garanzia di qualità grazie al rapporto integrato tra ricerca e assistenza, e quindi al costante contributo all'innovazione medica e tecnologica, dall'altra risponde alle esigenze di una sanità sempre più moderna, innovativa e competitiva anche a livello internazionale attraverso la formazione di personale delle professioni mediche competente e continuamente aggiornato.

Ciò non toglie che devono essere rispettati i diversi ruoli che si traducono per l'Ordine nella promozione e controllo della qualità formativa e per l'Università nella formazione prelaurea.

Da diversi anni e soprattutto nel passato mandato, come Ordine seguiamo con la massima attenzione queste tematiche che sono state ampiamente trattate anche nel corso del 2005 con uscite pubbliche e sulla stampa.

Ci sono diversi problemi cui cerchiamo di dare risposta:

Ecm: funzione dell'Ordine e suo finanziamento.

Consideriamo l'educazione continua in medicina l'obiettivo strategico più importante per la stessa esistenza futura del nostro Ordine professionale.

Come noto è il decreto legislativo 229/1999 che stabilisce che l'ECM si realizza attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari ma anche soggiorni di studio, nonché studi clinici controllati e ad attività di ricerca e di sperimentazione.

A livello regionale abbiamo offerto la nostra collaborazione, collaborazione alla quale non è però mai seguita alcuna comunicazione adeguata e nella maggior parte dei casi siamo sempre stati informati a fatti compiuti.

Quale Ordine di Padova abbiamo sollevato più volte il problema che si stava procedendo senza alcuna preventiva discussione e concertazione, non avendo mai peraltro rilasciato nessuna delega a rappresentarci.

Prendendo atto con profondo rammarico che nonostante i grandi propositi più volte espressi dagli Ordini professionali, Enti ausiliari della Pubblica Amministrazione, non ci sono garanzie per una funzione degli Ordini che non si riduca ad una mera funzione notarile e, a tal proposito, abbiamo esternato più volte la nostra contrarietà ad un progetto che delinea una marginalità quasi offensiva per l'Ordine (anagrafica dei punteggi) nonostante la nostra proposta di essere interfaccia principale del sistema deputato alla valutazione degli eventi.

È per questo che ci arroghiamo il diritto di organizzare corsi di formazione in favore degli iscritti su tutte le tematiche professionali concretizzando una delle funzioni dell'Ordine derivante loro dalla legge istitutiva¹ senza peraltro alcuna previsione di finanziamento in particolare per medici e odontoiatri dipendenti e /o convenzionati con il servizio sanitario nazionale.

Il compito è sicuramente delicato ed arduo visto che gli Ordini devono attivare nella loro specifica realtà tutti gli strumenti idonei per la certificazione dei crediti ECM.

Tale certificazione, per ogni medico iscritto, non comporta a nostro avviso la “mera” trascrizione di punti acquisiti attraverso la partecipazione a corsi di aggiornamento. È una garanzia di duplice valenza che l'Ordine è chiamato a garantire: nei confronti del cittadino, che può contare sulla certificazione del professionista al quale si rivolge e si affida (in quanto “aggiornato”); e nei confronti dello stesso medico cui va garantita ogni sorta di assicurazione in termini di guida, sostegno e affidabilità che l'Ordine di riferimento è chiamato a svolgere.

Tutto questo avendo a disposizione risorse umane, strumentali ed economiche assolutamente inadeguate, sulle quali già oggi gli Ordini, tra cui il nostro in prima fila, sollecitano interventi, a causa delle difficoltà che incontrano nell'assolvere i compiti ordinari di organizzazione e gestione.

Gli Ordini, privi di finanziamenti finalizzati, non possono seriamente attendere ad un ruolo assolutamente necessario di *garanti del sistema di aggiornamento continuo in medicina e di certificatori della effettiva progressione culturale di ogni medico/odontoiatra*.

Come noto, il Programma Nazionale di ECM è stato avviato in forma sperimentale, il 1° gennaio 2002 e dai dati di riscontro relativi alla registrazione dei corsi accreditati dal Ministero della Salute (circa 230.000 tra corsi e progetti aziendali oltre le repliche - edizioni) risultano versati al Ministero contributi pari a circa 80 milioni di euro.

Il Ministero, per legge, può chiedere la riassegnazione di tali cospicue somme per utilizzarle nel Programma di Educazione Continua in Medicina.

Risulta che il Ministero ha finanziato la sperimentazione al Consorzio CO.GE.A.P.S. che annovera gli Ordini, i Collegi e le Associazioni di tutte le professioni interessate all'obbligo formativo per un importo pari a circa 1.500.000 euro, per un progetto di rete informatica che registra i crediti formativi acquisiti dagli operatori sanitari e li ripartisce per Ordini e Collegi di appartenenza.

Tutto questo rappresenta solo l'avvio della certificazione dei crediti formativi.

Non va sottaciuta, inoltre, la necessità di regolare l'aggiornamento continuo offrendo al medico tutte le tipologie formative a disposizione (residenziali, FAD, autoformazione e formazione sul campo) e gli ambiti entro i quali orientare il proprio aggiornamento, attraverso la partecipazione a corsi che accrescano la professionalità di organizzazione e gestione dei protocolli di cura, grazie a progetti aziendali organizzati in tal senso, di ricerca scientifica e di collaborazione operativa in modo tale da rendere proficuo l'aggiornamento

¹ Art. 3 DLCP 233/46: lett.d) promuovere o favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti.

Per questo motivo devono essere individuati specifici incentivi economici per tutti gli Ordini professionali, in assenza dei quali si arriverebbe alla spiacevole situazione nella quale, oltre a non aver previsto per gli iscritti alcun finanziamento a fronte di un obbligo di legge, sarebbe necessario chiedere loro un aumento della quota di iscrizione per destinare a tempo pieno, per la certificazione dei crediti, rilevanti risorse umane.

Ecm: dualità di accreditamento.

Tra le problematiche del progetto ECM è stata evidenziata la dualità su cui esso si svolge: il livello nazionale e quello regionale, cui partecipano sostanzialmente i medesimi attori. Due livelli per l'individuazione degli obiettivi formativi, due livelli per l'accreditamento degli eventi formativi (ancorché solo le Regioni sono chiaramente individuate dal legislatore quali soggetti a ciò preposti [art. 16-ter, co. 3] D.Lgs. 229/99).

Partendo da questa proposta operativa contenuta nell'accordo Stato Regioni, che così formalizza gli obiettivi regionali:

Analisi dei bisogni formativi;

Individuazione degli obiettivi formativi;

Accreditamento dei progetti di formazione;

Individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale (nelle formule partecipative già individuate dal D.Lgs. 229/99, ovvero conferenza Stato-Regioni).

Si è proceduto nel corso del 2003 e del 2004 a costruire il sistema di accreditamento eventi della Regione Veneto.

Per i dettagli rinvio alla relazione del 2005.

Tra gli organi contemplati e istituiti c'è la Consulta delle professioni all'interno della quale troviamo sia le professioni sanitarie ex testo unico, sia le nuove professioni sanitarie.

In un simile contesto l'Ordine dei Medici si vede rappresentato da 4 membri quindi a margine di tale organo. Più volte abbiamo sollevato il problema a livello istituzionale, ma non siamo stati ascoltati.

Problema regolarità e sponsorizzazione conflitto di interessi

Da qualche giorno a questa parte la Segreteria Ecm, la struttura che attribuisce i crediti formativi, è collegata informaticamente con la struttura dell'Agenzia Italiana del Farmaco presso cui le aziende depositano le loro richieste di sponsorizzazione di eventi e congressi. L'informatizzazione delle procedure di accreditamento e di verifica delle sponsorizzazioni ha messo in luce molte irregolarità da parte dei provider relativi alla presenza di conflitti di interesse.

Proprio per chiarire meglio questi aspetti legati al conflitto di interessi e per porre le basi per una soluzione sarà utile riprendere il discorso a livello nazionale dopo l'uscita della nostra Federazione dalla commissione nazionale. I nodi da sciogliere sono tanti e molti di matrice politica: per questo ci si attende dal Ministro Storace una presa di posizione improntata al dialogo. Il patto con le industrie farmaceutiche il neoministro ha deciso di farlo e negli accordi si potrebbe far rientrare anche una soluzione per risolvere il conflitto di interesse delle sponsorizzazioni dell'Ecm.

Per quanto riguarda la Formazione a distanza tutto è ancora bloccato anche se da fonti vicine al Ministero apprendiamo che sta per essere sbloccato qualcosa "*Che non è la Fad ma che in qualche modo ci si avvicina*".

Per concludere, consideriamo grave avere escluso di fatto l'Ordine professionale dalla partecipazione attiva nella definizione delle modalità di programmazione, svolgimento e verifica dei corsi di formazione e dalle procedure di accreditamento delle strutture e dei soggetti abilitati alla realizzazione.

L'Ordine di Padova ha un progetto diverso che possiamo riassumere nell'esigenza di garantire l'aggiornamento professionale a tutti gli iscritti all'Ordine.

Siamo confortati in questo da pronunciamenti diversi giuridici giurisprudenziali e deontologici non da meno dalla stessa autorità per la concorrenza (Antitrust) che attribuiscono agli Ordini il controllo dei processi e la promozione dell'attività di formazione, come abbiamo costantemente sottolineato dal 1999 in poi.

Siamo compatti nel manifestarlo e nel richiederne l'attuazione. Non lo consideriamo una missione impossibile perché è un tema questo su cui si gioca l'esistenza futura degli Ordini professionali.

FEDERAZIONE REGIONALE VENETA

Con il rinnovo delle cariche ordinistiche degli Ordini del Veneto dopo un triennio che ha avuto come Presidente della Federazione regionale il dott. Francesco Noce, Presidente di Rovigo, si deve procedere al rinnovo del coordinamento regionale.

Voglio ricordare le motivazioni che spingono alla necessità di un coordinamento regionale, anche se non previsto dalla legge istitutiva del '46 (DLCPS 233/46) ma espressamente citato nella legge 175/92² e ancora in alcune deliberazioni della Regione Veneto.

Le motivazioni sono le seguenti:

1. l'opportunità che la professione sia rappresentata e coordinata politicamente nei confronti della controparte politica regionale, sede reale delle scelte programmatiche sanitarie con evidenti ricadute professionali.
2. il bisogno di una forte unità ordinistica che possa rafforzare il concetto di autonomia e indipendenza professionale e recuperare, al di là delle diverse opzioni sindacali categoriali e di scelta politica partitica, tutte le necessarie sinergie non solo nella difesa ma soprattutto nella promozione della professione medica e odontoiatrica.
3. l'esigenza di elaborare una strategia comune interprovinciale in grado di produrre scelte responsabili professionali a livello regionale partecipando al dialogo sociale e alla battaglia delle idee e rivendicando un ruolo preciso per la professione.

Nel luglio 2003 nel portare a compimento la stesura dello statuto regionale, avevo posto l'attenzione sul problema della rappresentatività ordinistica e sulla questione dell'inserimento della componente odontoiatrica nello statuto federativo.

Mi premeva che fosse accolto il principio della rappresentatività sulla base del numero di iscritti e la ridefinizione del ruolo e della sua rappresentatività della componente odontoiatrica.

Intendevo con questo non sminuire il concetto di rappresentatività del nostro Ordine, ma ribadire l'idea che al di là degli albi presenti per medici e odontoiatri, l'Ordine esprime una sola politica professionale in tale sede, quale appunto la Federazione Regionale o Coordinamento Regionale, che non essendovi norma che ne sancisce la sua istituzione, rimane comunque un organo di concertazione privo di autorità istituzionale.

Voglio ricordare che le elezioni tenutesi a fine luglio 2003 hanno visto l'elezione a maggioranza del Dottor Francesco Noce a Presidente, vicepresidente Dottor Oscar Carli, Presidente della Commissione Odontoiatrica di Venezia, e segretario Dottor Ezio Cotrozzi Presidente dell'Ordine di Vicenza.

L'anno scorso, in questa stessa sede, dichiaravo che l'Ordine di Padova, uscito sconfitto dalla votazione, non avrebbe fatto mancare il suo apporto costruttivo sulle tematiche dibattute e sulle scelte da operare.

"Il credito che abbiamo cercato di acquisire con questo Organo non deve essere sminuito da decisioni inopportune o peggiori omissioni volute".

Nell'ultimo anno di attività, il Consiglio della Federazione Regionale, massimo organo deliberativo di tale Coordinamento Regionale, si è riunito 3 volte e non ha de facto affrontato argomenti importanti come il progetto regionale ECM, l'istituto della autorizzazione di cui alla Legge Regionale 22/2002, e la bozza di convenzione Università - Regione Veneto.

Nessun cenno infine su altre tematiche comunque importanti quali i rapporti con le professioni sanitarie e le società di capitali per l'esercizio della professione.

L'operato del Presidente della Federazione Regionale uscente ci appare lacunoso, se consideriamo l'evoluzione dell'applicazione della legge regionale 22/2002 in tema di autorizzazione-accreditamento degli studi, contesto nel quale si è concretizzata una totale assenza dei responsabili, tale condotta dovrà necessariamente essere presa in considerazione al fine della ricostituzione di questo coordinamento regionale.

² Art. 5, comma 1, L. 175/92: La pubblicità di cui all'art. 4 è autorizzata dalla Regione, sentite le Federazioni regionali degli Ordini o dei Collegi professionali, ove costituiti, che devono garantire il possesso e la validità dei titoli accademici e scientifici, nonché la rispondenza delle caratteristiche estetiche della targa, dell'insegna o dell'inserzione a quelle stabilite dal regolamento di cui al comma 3 dell'articolo 2.

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI

La fine del mandato triennale del Comitato centrale è coincisa con una pronuncia della Suprema Corte di Cassazione che ha accolto il ricorso presentato da alcuni esclusi alle ultime elezioni del Consiglio Nazionale del 2003.

La situazione, già molto compromessa per le note vicende interne di cui ho relazionato nel 2005 è pertanto precipitata nella paralisi amministrativa e politica.

La Cassazione ha reintegrato il vecchio Comitato Centrale eletto nel 2000 per la gestione ordinaria e le elezioni per il rinnovo del Comitato si dovrebbero tenere entro Febbraio di quest'anno.

Nel frattempo le mai sopite polemiche hanno portato alle dimissioni di Del Barone, Presidente uscente, e non si sa ancora chi sarà il Presidente che dovrà gestire le nuove elezioni.

L'Ordine di Padova è sempre stato presente nelle poche occasioni di riunione dei Consigli nazionali.

Purtroppo devo dirvi anche che le Commissioni nazionali istituite presso la Federazione hanno lavorato a ritmo piuttosto ridotto.

L'Ordine di Padova è presente in alcune di queste commissioni.

Nel corso del 2004 assieme al Professor Paolo Benciolini, Ordinario di Medicina Legale dell'Ateneo patavino, ho partecipato a diverse sedute tenutesi a Roma nella Commissione per la revisione del Codice deontologico.

Vorrei ricordare che avevo organizzato un gruppo di lavoro di medicina legale costituito dal Professor Benciolini, dal Professor Rodriguez, medico legale ordinario di Ancona e dal Professor Dell'Erba, medico legale di Bari, gruppo di lavoro che ha esaminato gli articoli in discussione formulando alla Commissione nazionale le stesure rivisitate.

Il lavoro di revisione si è concluso nel maggio del 2004.

Dopo il passaggio per i vari Ordini per le eventuali proposte di modifiche, attendevamo la discussione in Consiglio nazionale per la sua definitiva approvazione.

Dopo l'approvazione in un Consiglio nazionale tenutosi a Matera nel giugno scorso di alcuni articoli, la discussione è stata rinviata a data da definirsi.

BILANCIO PREVENTIVO 2006

Questa relazione di accompagnamento al bilancio non può essere esaustiva di tutte le tematiche che abbiamo affrontato e che in futuro dovremo affrontare, ma realizza l'idea della mole di lavoro che sottintende qualsiasi risultato.

Per raggiungere gli obiettivi che ci siamo prefissi sono necessari strumenti e lo strumento finanziario è pregiudiziale a qualsiasi scelta politica.

Ecco allora il bilancio preventivo che nella sua formulazione risponde ai bisogni finanziari corrispondenti alle nostre esigenze.

Esigenze che vedono l'Ordine di Padova in prima linea a livello regionale, interregionale e nazionale.

La stesura delle entrate contributive è stata fatta nel rispetto di linee guida suggerite dalla Federazione nazionale che realizza la propria funzione di indirizzo e coordinamento dell'attività ordinistica provinciale nello svolgimento dei compiti istituzionali.

Queste linee guida sono scaturite dalla collaborazione di un gruppo di lavoro nazionale composto di esperti e funzionari e sono state riportate in un regolamento che ha come obiettivo di uniformare e adeguare alla normativa vigente la contabilità di tutti gli Ordini che, ricordo, sono enti pubblici non economici con un bilancio che non grava sul bilancio dello Stato ma che comunque ricade sotto la giurisdizione contabile delle sezioni regionali della Corte dei Conti.

Nella stesura del bilancio abbiamo affrontato diversi problemi che elenco:

1. esazione della tassa di iscrizione attualmente delegata alla Gestline mediante una convenzione che è scaduta il 31/12/2005 e che abbiamo rinnovato per un anno, convenzione che ci vincola a un esborso di circa 18.000 euro.

2. i costi della quota nazionale ovvero della quota che l'Ordine è obbligato a corrispondere alla Federazione Nazionale per ogni iscritto ai due Albi. Attualmente ammontano a Euro 17,97.

Le vicende politiche della Fnomceo non hanno permesso al Consiglio Nazionale di approvare i bilanci nazionali che dovrebbero ratificare la presenza di un deficit in gran parte causato da scelte politiche, quali la realizzazione del portale Fnomceo rivelatosi una fonte incontrollabile di costi.

Alcuni di questi costi sono stati ripianati con l'utilizzo di una entrata straordinaria derivata dalla vendita di un immobile in Via Sicilia a Roma di proprietà della Federazione in comune con altri Ordini nazionali (circa 750.000 euro).

Voglio anche qui ricordare le critiche che abbiamo rivolto al Presidente Del Barone in occasione di una riunione a Venezia, relativamente all'impostazione del Portale Fnomceo.

Presumibilmente, da fonti ufficiose, la quota nazionale dovrebbe essere incrementata al solo fine del pareggio nazionale di almeno 2-3 euro, la cui esazione dovrebbe avvenire nel corso del 2006 e in una ipotesi di un nuovo rilancio politico professionale ulteriormente aggiornata per dotarsi di nuovi strumenti finanziari.

Nell'ipotesi suddetta anche al fine di evitare alla nostra contabilità una forte difficoltà di cassa, riteniamo utile prevedere con questo bilancio preventivo un aggiornamento delle quote Fnomceo pari ad un esborso di circa 171.000 euro.

3. un aumento dei costi dettato da:

- l'incremento dell'inflazione reale che ha fatto lievitare gran parte delle voci di spesa relative al funzionamento dell'Ordine che ammonta nell'ultimo triennio 2003-2005 al 7-8% circa;
- organizzazione di manifestazioni e iniziative atte alla promozione e lo sviluppo culturale dei nostri iscritti e al decoro della professione;
- dalla liquidazione al personale dipendente degli arretrati conseguenti al rinnovo contrattuale biennio economico 2004-2005;
- incremento dell'attività di comunicazione dell'Ordine: stampa e informazione.

La manovra finanziaria del 2006 (L. 23 dicembre 2005 n. 266) ha previsto una serie di misure volte a contenere la spesa per consulenze, spese di rappresentanza, spese per relazioni pubbliche, Convegni, mostre delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs: 165/2001 (tra cui rientrano anche gli Ordini professionali).

In particolare l'art. 1, comma 9, ha stabilito che la spesa annua per studi e incarichi di consulenza conferiti a soggetti estranei all'amministrazione, a decorrere dall'anno 2006 non potrà essere superiore al 50% di quella sostenuta nell'anno 2004 (cap. 31 bilancio consuntivo 2004 consulenze e collaborazioni = 95.000,00 euro).

Inoltre il comma 56 stabilisce che le somme riguardanti indennità, compensi, retribuzioni corrisposti per incarichi di consulenza sono automaticamente ridotte del 10% rispetto agli importi risultanti alla data del 30 settembre 2005.

Il comma 57 poi prevede che dal 2006 ciascuna amministrazione non possa stipulare contratti di consulenza che nel loro complesso siano di importo superiore rispetto all'ammontare totale dei contratti in essere alla data del 30 settembre 2005.

Infine, il comma 58 riduce automaticamente del 10% le somme riguardanti indennità di carica e gettoni di presenza corrisposti ai componenti degli Organi Collegiali presenti delle P.A. rispetto agli importi risultanti alla data del 30 settembre 2005.

Atteso che gli Ordini malgrado l'attività degli stessi non incida sulla finanza pubblica dato che il relativo bilancio è alimentato esclusivamente dalle quote di iscrizione senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato, si auspicava una esclusione dalle restrizioni previste dalla manovra finanziaria, per Ordini e Collegi professionali. Nonostante la richiesta della Federazione il Ministro dell'economia non ha ritenuto di escludere espressamente questi Enti dall'applicazione della Legge Finanziaria.

Pertanto il bilancio preventivo 2006 si presenta condizionato nella sua formulazione da una forte riduzione dei capitoli convegni e consulenze.

Al fine di dotarci di strumenti finanziari idonei alle funzioni istituzionali dell'Ordine, prima fra tutte la funzione di cui all'art. 3, lett. d), del DLCPS 233/46, abbiamo individuato alcune nuove voci rispetto al consuntivo 2005:

- spese legali (20.000,00 euro);
- commissione di studio incontri interregionali, con gli Ordini provinciali per approfondimenti dei temi istituzionali, riunioni di settore e rimborsi spese (10.000,00 euro);
- promozioni di iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti (50.000,00 euro);
- iniziative volte alla conservazione del decoro e dell'indipendenza della professione (25.000,00 euro);
- realizzazione sito internet (13.000,00 euro).

Nell'ambito dei costi emerge con chiarezza l'importanza della spesa per il personale che ammonta a circa il 30 % di tutte le uscite.

Questo dato da un lato fa emergere l'importanza che il Consiglio Direttivo attribuisce alle risorse umane, dall'altro impone una costante riflessione sull'utilizzo razionale e produttivo della forza lavoro in carico.

Nel 2006 verranno confermate solo le consulenze esterne per la gestione della contabilità dell'Ente, e la consulenza amministrativa, che verrà comunque ridimensionata.

La previsione di spesa per le consulenze ammonta a 37.500,00 euro.

Per quanto concerne le quote degli iscritti agli albi, la quota per l'iscritto al solo albo medici-chirurghi o al solo albo odontoiatri a decorrere dal 2006 sarà pari a Euro 145,00. Invece per l'iscritto ai due albi la quota sarà pari a euro 272,09.

Ringrazio l'Esecutivo, il Consiglio, il personale dell'Ordine tutto e quanti si sono prodigati sottraendo tempo al lavoro e alla famiglia per il buon funzionamento di questo organo professionale che riteniamo debba continuare a svolgere in futuro la sua opera di controllo e promozione della professione medica e odontoiatrica.

Maurizio Benato