



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

**RELAZIONE PROGRAMMATICA 2011**

**IL PRESIDENTE**  
***Dott. Maurizio Benato***

**Assemblea ordinaria**  
***05 Febbraio 2011***



## SOMMARIO

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE DEGLI ISCRITTI.....	4
RELAZIONE PROGRAMMATICA 2011.....	4
CONVEGNI E CORSI DI FORMAZIONE 2011.....	5
ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA 2010.....	9
<i>Tenuta dell'albo professionale</i> .....	9
<i>Della vita dell'Ordine: la stampa</i> .....	10
<i>Organizzazione amministrativa</i> .....	13
<i>Convegni</i> .....	14
<i>Attività gruppi di lavoro dell'Ordine</i> .....	16
Gruppo di lavoro culturale.....	16
FEDERAZIONE REGIONALE VENETA.....	17
ALCUNE TEMATICHE PROFESSIONALI.....	18
<i>Formazione medica</i> .....	18
Esami di stato abilitanti.....	22
La formazione post laurea: specialistica e specifica.....	23
Programmazione degli accessi alle Scuole di Specialità.....	24
La Formazione specialistica.....	24
La Formazione Specifica in Medicina Generale.....	26
La Formazione continua per la qualità professionale.....	27
Il nuovo sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM).....	28
IL RINNOVO DEL CDA DELL'ENPAM.....	31
LA RIFORMA DEGLI ORDINI E DELLE PROFESSIONI.....	32
LE CERTIFICAZIONI DI MALATTIA E IL DISPOSITIVO SANZIONATORIO PREVISTO DAL D.LGS. 165/2010 (DECRETO BRUNETTA).....	38
IL DECRETO ATTUATIVO DEI NUOVI SERVIZI NELLE FARMACIE.....	40
<i>Infermieri e fisioterapisti (1)</i> .....	42
<i>Sanità Partecipazione ai servizi di prenotazione (2)</i> .....	43
<i>Prestazioni diagnostiche (3)</i> .....	44
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: INIZIATIVE E PROVVEDIMENTI DELL'ORDINE.....	44
<i>Ulteriori questioni relative alla P.E.C.</i> .....	47
RUOLI E FUNZIONI DEL MEDICO NELL'AMBITO DELLE ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALI.....	47
ODONTOIATRIA: UN 2010 RICCO DI NOVITÀ.....	51
<i>Strutture odontoiatriche "low cost"</i> .....	52
<i>Autonomia odontoiatrica</i> .....	53
<i>Accessibilità ai Concorsi del SSN</i> .....	54
<i>E.C.M.</i> .....	54
<i>Lauree conseguite all'estero: vere e false</i> .....	55
<i>Autorizzazioni all'esercizio dell'attività odontoiatrica (legge regionale 22-2002)</i> .....	55
<i>Prova attitudinale D.Lgs. 386 del 1998</i> .....	55
VITA AMMINISTRATIVA – FINANZIARIA DELL'ORDINE.....	56
<i>Conto consuntivo 2010</i> .....	57
<i>Bilancio Preventivo 2011</i> .....	57

**ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE DEGLI ISCRITTI**  
***RELAZIONE PROGRAMMATICA 2011***

Le proposte di conto consuntivo 2010 e di bilancio di previsione per il 2011 sono accompagnate da un documento sullo stato politico, amministrativo e finanziario del nostro Ordine professionale.

La 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 2011.

### **CONVEGNI e CORSI di FORMAZIONE 2011**

Nel corso dell'anno sono già previste le tradizionali iniziative di interesse professionale e inerenti alla tutela del decoro e della dignità della professione, compito assegnatoci dalle legge di ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie (DLCPS 233/46).

**1.** La celebrazione della “Giornata del Medico e dell’Odontoiatra”, manifestazione ormai giunta alla sua 14esima edizione che si terrà nel mese di Maggio.

La notevole affluenza di pubblico prova la validità dell’iniziativa, che ha anche lo scopo di far incontrare chi ormai sta lasciando la professione con chi invece si sta affacciando ora alla professione, permettendo di rinsaldare quel vincolo tra medico anziano e medico giovane, sinergia che ho sempre ritenuto fondamentale e vitale per l’unità della categoria.

Anche per quest’anno la cerimonia si snoderà tra la consueta relazione etico professionale del Presidente e la lettura di una memoria di storia sanitaria padovana.

Quest’anno si celebrano i 150 anni dell’Unità d’Italia e l’Italia che si appresta a celebrare l’anniversario è una nazione completamente diversa da quella del 1961 che la maggior parte di noi ricorda. La Seconda Guerra Mondiale, il post-fascismo, la nascita della Repubblica, l’approvazione della Costituzione, hanno modificato in maniera sensibile la coscienza storica e le condizioni del paese. Allo stesso tempo il "miracolo economico" degli anni sessanta-settanta ha cambiato la geografia e le strutture sociali. Nel corso del 2010 in occasione delle cerimonie per il centenario della costituzione degli Ordini (istituiti dal governo Giolitti con la legge 455/1910), abbiamo appreso quanto sia importante lo sviluppo industriale e non, che ha fatto crescere la società nei propri diritti, basti pensare alla produzione legislativa che ha dato risposte concrete ai nuovi bisogni e a nuove tutele.

Ricordo il rapporto virtuoso tra sviluppo industriale e Welfare che è stato inaugurato fin dal XIX secolo in Germania con Otto von Bismarck e in Italia fino agli anni '70 (ventennio fascista compreso) con le politiche keynesiane sulla domanda pubblica.

Dobbiamo oggi affrontare le nuove domande che vanno ben al di là del concetto di assistenza sanitaria e del concetto di salute della medicina classica. La società civile richiede che il medico assuma decisioni più determinanti perché nuove sono le frontiere delle cure. Sarà l'occasione per un'appassionata e appassionante rivendicazione della nostra storia e delle nostre radici professionali, civili e sociali. Perché i medici hanno infatti sintonizzato la lunghezza d'onda della propria missione storica su quella di una comunità in movimento condividendone negli aspetti a loro propri, le fatiche ad uscire da una condizione in cui erano ancora prevalenti le miserie di una società contadina, i limiti di una borghesia liberale piccola piccola e di un ceto padronale più agricolo che industriale, più arrogante che intraprendente.

Questa celebrazione del 150esimo anniversario non deve dunque servirci solo per ricordare il passato ma anche per progettare il futuro e farci dire oggi che dobbiamo attestarci, anche con i nostri Ordini, sulle frontiere dei diritti e delle libertà delle persone per trasferire le innovazioni tecnico scientifiche e sociali in servizi di tutela esigibili secondo i principi di universalità, equità, appropriatezza e sicurezza, quali principi che ispirano il nostro giuramento professionale e il nostro codice deontologico.

Questa è quella parte del nostro passato pressoché intatta che dobbiamo rilanciare nel futuro.

Nel corso della "Giornata del Medico e dell'Odontoiatra" e nella relazione storico-sanitaria cercheremo di capire meglio l'apporto dato dai medici all'Unità d'Italia che non si deve sottovalutare, né può essere bollato come inutile retorica.

Le iniziative ordinistiche comprenderanno anche un evento culturale, promosso dalla Commissione Cultura dell'Ordine e organizzato in collaborazione con l'Assessorato alla Cultura del Comune di Padova.

L'evento dal titolo "*MEDICI PER IL TRICOLORE, Recital tra storia letteratura poesia musica*", organizzato per festeggiare i 150 anni dell'Unità d'Italia, è in programma per sabato 4 giugno 2011 a Padova presso l'Auditorium del Centro Culturale Altinate San Gaetano.

Con la supervisione letteraria del dott. Roberto Fassina, l'elaborazione per l'azione scenica e la regia di Filippo Crispo e il coordinamento della dott.ssa Santa Costanzo andranno in scena i medici attori del TEATRO DI ESCULAPIO ENSEMBLE Vincenzo De Cunzolo, Armando Marcolongo, Pia Mauro, Ruggero Mottaran e Thrinadha Rao Polamarasetti.

La "Giornata del Medico e dell'Odontoiatra" prevede poi la consegna della Targa Augusto Colle e del 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.

Il regolamento del Premio, ha permesso di attribuire nel 2010 la somma di 3000 euro al progetto presentato dal Dott. Giampaolo Fasolo in qualità di Presidente della ASPOS (Associazione Solidale Padovana Operatori Sanitari) che si prefigge di attuare la formazione Scientifico-Culturale di Personale Sanitario paramedico presso il nuovo Ospedale di Adua in Etiopia.

Nel mese di Febbraio 2011 bandiremo il nono Premio Augusto Colle che dall'anno scorso è intitolato anche a Ignazio Basile già Presidente della Commissione Albo Odontoiatri e mancato nel 2006. Il bando per il 2011 avrà scadenza 30/04/2011. Dopo di che la Commissione esaminatrice valuterà i progetti presentati e indicherà il vincitore.

Con questo bando si esauriscono le riserve destinate dagli amici del Dott. Augusto Colle per il ricordo dell'amico Presidente e integrate dall'anno scorso al 50% dall'Ordine (capitolo spese di rappresentanza) per un totale di 3.000 Euro.

**2.** Un convegno sulla Previdenza, perchè riteniamo sia una specifica responsabilità del medico garantirsi una quiescenza futura dal lavoro serena.

Il convegno nasce sulla scia delle iniziative promosse e organizzate da questo Ente per favorire lo sviluppo di una cultura professionale in cui non può essere estranea l'organizzazione del lavoro dove gli aspetti previdenziale e assistenziale rivestono un ruolo fondamentale.

È in questa ottica che va dato sempre maggiore spazio alla sensibilità non solo per la fase attiva professionale, ma anche la doverosa premura per il dopo che, come vedremo in futuro, sarà sempre più legato alla responsabilità individuale ovvero alle decisioni che verranno prese nel corso della vita professionale attiva.

Il problema di garantire un futuro alla nostra vecchiaia è avvertito in molte sedi nella sua drammaticità e nelle sue continue difficoltà.

Tutti concordano sul fatto che, per non spendere troppo o per non tassare troppo coloro che lavorano e devono assicurare una pensione dignitosa ai lavoratori in quiescenza, sarà purtroppo inevitabile ridurre il livello delle prestazioni future.

Nelle discussioni sui sistemi previdenziali, sui grandi problemi che su di essi gravano e sulle inevitabili ripercussioni che gli interventi riformatori avranno sulle risorse che, da pensionati, saremo nelle condizioni di ricevere come corrispettivo di una vita di contributi, emerge con chiarezza un concetto: la responsabilità individuale sarà sempre di più fondamentale per costruirsi un futuro previdenziale.

**3.** tra settembre e ottobre 2011 si terrà un corso di formazione destinato ai neo-iscritti curato dalla vice presidente Dott.ssa Agnello e dal segretario dott. De Gobbi sul tema “Aspetti deontologici e normativi di interesse medico e odontoiatrico”.

Riteniamo utile, atteso il successo ottenuto negli scorsi anni e data la partecipazione numerosa non solo dei neo-iscritti, riproporlo anche nel 2011.

**4.** Nel mese di Ottobre 2011 si terrà il convegno su una tematica professionale di grande attualità dal titolo provvisorio “Atto medico e atto sanitario nelle professioni della cura (conoscenze, competenze, procedure, responsabilità e conflitti)”.

Si avverte sempre di più l’urgenza di ripensare ad un cambiamento dei modelli di servizio in medicina, di rivedere ruoli e profili delle professioni sanitarie, di rivedere le pratiche e le modalità di trattamenti senza limitarci a riorganizzare o semplicemente razionalizzare i modelli in essere.

Penso infatti che non sia sufficiente rimodellare i servizi stabilendo nuove gerarchie, definendo le autonomie tecnico-operative o l’appartenenza delle pratiche senza una chiara condivisione dei significati dei nuovi paradigmi culturali medici e della conseguente necessità anche di elaborare nuovi modelli formativi.

Il ripensamento post moderno della sanità pone in evidenza *in primis* la questione medica e il difficile rapporto con le altre professioni sanitarie che si muovono nell’incertezza del loro ruolo, nonostante le recenti regolamentazioni dei loro profili.

Una questione cruciale che rappresenta una svolta della relazione tra professione medica e professioni sanitarie in generale, sembra essere la definizione di atto medico da tenere distinto dall’atto sanitario proprio di queste professioni attribuendo loro compiti propri ai rispettivi ruoli.

È urgente capire il futuro per liberare il medico dallo stato di disagio e malessere in cui attualmente versa nel rapporto con le nuove professioni intellettuali.

Nell'ambito dello sviluppo professionale e della formazione continua proporremo, in collaborazione con l'Associazione Medica Patavina che farà da *provider*, alcuni incontri scientifici pratici interdisciplinari:

1. incontri di neurologia pratica;
2. incontri di ginecologia ambulatoriale pratica;
3. incontri in tema di cura della salute e tutela dell'ambiente
4. incontri su tematiche odontoiatriche
5. percorsi integrati in oncologia

Entriamo ora nel merito della RELAZIONE PROGRAMMATICA.

## **ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA 2010**

### ***TENUTA DELL'ALBO PROFESSIONALE***

Per quanto riguarda il numero degli iscritti agli albi, questi ammontano alla data dell'1 gennaio 2011 a:

<b>Albo Medici Chirurghi</b>	<b>6658</b>
<b>Albo Odontoiatri</b>	<b>1130</b>
<b>Iscritti al doppio Albo</b>	<b>670</b>

per un totale di sanitari iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Padova pari a **7118**.

Nella graduatoria nazionale per numero di iscritti siamo all'undicesimo posto.

Nella graduatoria interregionale del NORD EST siamo al primo posto.

Segnalo che, come si può evincere dai dati, sembra ormai conclusa la fase espansiva relativa al numero di iscrizioni per anno e per albo presso il nostro Ordine provinciale.

Il saldo 2010 tra nuove iscrizioni e cancellazioni si sta assottigliando ed è così distribuito:

<b>Albo Medici Chirurghi</b>	115	nuove iscrizioni,
	41	iscrizioni per trasferimento
	2	doppie iscrizioni
	85	cancellati
	<u>73</u>	<u>saldo attivo</u>

<b>Albo degli Odontoiatri:</b>	19	nuove iscrizioni,
--------------------------------	----	-------------------

4	iscrizioni per trasferimento
2	iscritti anche all'Albo dei Medici (doppia iscrizione)
6	cancellati
<u>17</u>	<u>saldo attivo</u>

Nel novero complessivo degli iscritti dobbiamo considerare che 516 sono i colleghi ultrasettantenni la cui iscrizione presso l'Ordine è dettata, spesso, non da motivi professionali ma solo da un senso di appartenenza.

L'impossibilità di rendere meno onerosa la loro gradita presenza tra gli iscritti (la quota di iscrizione è unica per legge regolamentare), è motivo di preoccupazione per diverse tesorerie provinciali ordinistiche, tra cui la nostra, per una loro eventuale uscita volontaria e conseguente contrazione delle entrate contributive. A tale scopo ci stiamo adoperando a livello nazionale per trovare le soluzioni di una quota differenziata di iscrizione all'Ordine che tenga conto delle difficoltà economica dell'entrata in professione e del mantenimento dell'iscrizione a seguito di quiescenza.

#### ***DELLA VITA DELL'ORDINE: LA STAMPA***

Nel corso del 2010, l'utilizzo degli strumenti informatici in dotazione e l'impegno del personale dell'Ordine, 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 gli iscritti che hanno potuto avvalersi di informazioni tempestive mediante l'attivazione costante di quattro strumenti di informazione:

1) *Il Sito Internet*, articolato in diverse rubriche, costantemente aggiornate, viene consultato da un sempre maggior numero di visitatori. Ad oggi annoveriamo circa 438.155 accessi con una media giornaliera di oltre 280 accessi negli ultimi mesi. Questo premia l'intuizione del Consiglio Direttivo che ne ha promosso l'allestimento, e premia l'attività dei dipendenti che in collaborazione con il *webmaster* ne seguono la gestione. 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 Sig.ra Antonella Gobbo che intrattiene con l'Ordine un rapporto di collaborazione coordinata e continuativa come *webmaster*. Come previsto nel 2010, già a gennaio 2011 è stato rivisto tutto l'impianto del nostro portale, con una azione non solo di *restyling* della grafica ma di vera ristrutturazione delle informazioni al fine di renderlo strumento sempre più efficace e snello, semplificando la consultazione da parte degli iscritti.

2) *La News Letter*, che ha visto 12 uscite nel 2010 più 2 scadenziari fiscali, curata dal Consigliere Segretario Dott. De Gobbi. Questo foglio di informazione telematica raggiunge circa 4310 colleghi dotati di casella di posta elettronica (ai quali vanno sommate le 106 iscrizioni di altri Ordini dei Medici provinciali). 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.

3) *Il Bollettino News*. Questa strumento di informazione, curato direttamente dalla Presidenza, ha visto 7 uscite nel corso del 2010. Il bollettino si è rivelato utile per l'informazione regolare su aggiornamento culturale, eventi e scadenze. Sostituisce anche le vecchie informative previste dai regolamenti come l'indizione dell'Assemblea ordinaria annuale.

Contiamo di utilizzarlo a scadenze variabili in relazione alla necessità di raggiungere tutti gli iscritti. Per i lettori viene curata personalmente dalla Presidenza l'informazione previdenziale, frutto della rielaborazione di notizie provenienti dalla stampa del settore.

4) *Il Bollettino dell'Ordine*, è uno strumento di riflessione culturale, di pubblicazione di atti ufficiali, archivio e memoria storica dell'Ordine. Per la sua realizzazione ci si avvale di un comitato di redazione costituito dai dottori Massimo Bertoli (coordinatore del gruppo), Antonella Agnello, Ferruccio Berto, Fabrizio Cardin, Roberto Fassina, Alberto Maraggia e Domenico Montemurro. Le pubblicazioni annuali del 2010 sono state 2.

5) *Uscite sulla stampa*: nel corso del 2010, sia grazie alle iniziative promosse da questo Ordine che al costante intervento sulle problematiche emerse in materia sanitaria e di legislazione sanitaria, sono state numerose le uscite sulla stampa nazionale e locale, oltre che televisive. A livello di stampa nel nostro sito cliccando sul link "Echi dalla stampa" troverete infatti ben 39 articoli usciti sulla stampa nazionale, regionale e locale per il solo 2010, di cui riportiamo di seguito una tabella riepilogativa.

6/01/2010	Il Gazzettino	Maurizio Benato, presidente dell'Ordine, si appella ai colleghi . Dai medici più umanità
19/02/2010	Dal portale della FNOMCeO	Benato: valutazione dei servizi e ruolo del medico nella sanità contemporanea
4/03/2010	Il Gazzettino	<a href="#">Corpo e spirito secondo i medici-scultori</a> - Da sabato in mostra alla galleria Samonà le opere di sei specialisti padovani
12/03/2010	Dal portale della FNOMCeO	Il 20 marzo a Padova Convegno <a href="#">La previdenza: una tua responsabilità</a>
2/04/2010	Il Mattino di Padova	<a href="#">Impossibile vietarne l'uso</a> - Benato (Ordine dei medici): autorizzata da una legge

30/04/2010	Dal portale della FNOMCeO	<a href="#">Scelte di fine vita: il 21 maggio convegno a Padova</a>
31/05/2010	Il Giornale	<a href="#">Medicina difensiva, l'intervento di Maurizio Benato</a>
2/06/2010	Il Sole 24 Ore Nord Est	<a href="#">In corsia. Così cambia la relazione con i pazienti</a>
3/06/2010	Il Gazzettino	<a href="#">Nordest, negli ambulatori operano 1600 falsi medici</a> - «Controlli scarsi, leggi aggirate»
4/06/2010	Dal portale FNOMCeO	<a href="#">Bari, il 9-10 giugno convegno sulla Medicina Multiculturale con Benato</a>
10/06/2010	Dal portale FNOMCeO	<a href="#">Varchetta: L'emozione di narrare la storia dei medici italiani</a>
10/06/2010	Dal portale FNOMCeO	<a href="#">Benato: Un film per raccontare l'Italia attraverso la professione medica</a>
8/07/2010	Il Gazzettino	<a href="#">Dentista abusivo, risarcirà 80mila euro</a>
8/07/2010	Il Mattino di Padova	<a href="#">Falso dentista, c'è la condanna</a>
8/07/2010	Corriere del Veneto	<a href="#">Finto dentista, maxi risarcimento</a>
15/07/2010	Libero	<a href="#">L'Asl vieta i paroloni ai medici: parla come mangi, per il bene dei malati</a>
3/08/2010	Dal portale della FNOMCeO	Da Aldo Pagni e Maurizio Benato una " <a href="#">Breve storia della professione medica</a> "
18/08/2010	Il Mattino di Padova	<a href="#">Controversie in ospedale. È in arrivo il conciliatore</a>
2/09/2010	Il Gazzettino	<a href="#">L'ospedale s'ha da fare</a>
7/09/2010	Dal portale FNOMCeO	<a href="#">Benato e Comberlato presentano il convegno di Bolzano del 17-18 settembre</a>
17/09/2010	Dal portale FNOMCeO	<a href="#">L'intervento di Maurizio Benato all'apertura dei lavori del convegno di Bolzano</a>
17/09/2010		Aus- und Fortbildung im Vergleich
17/09/2010	La Repubblica	<a href="#">Salvate il medico di paese</a> . L'Italia di provincia è rimasta senza dottori
28/09/2010	Dal portale FNOMCeO	<a href="#">Risk management in Veneto: un corso unitario per una nuova strategia regionale</a>
29/09/2010	Dal portale FNOMCeO	<a href="#">Arezzo, MMG a confronto sui temi della prevenzione: le riflessioni di Maurizio Benato</a>
11/10/2010	Nordest Sanità	<a href="#">Oggi il paziente vuole essere protagonista del processo sanitario</a>
11/10/2010	Dal portale FNOMCeO	<a href="#">Cernobbio, la FNOMCeO alla seconda conferenza nazionale sull'ECM</a>
14/10/2010	Corriere Medico	<a href="#">Il generalista non si estinguerà</a> - Benato (Fnomceo): se pochi sono i medici in formazione, c'è la lunga coda di chi si è formato gli anni scorsi
19/10/2010	Dalla FNOMCeO	<a href="#">2° Congresso Nazionale sulla Medicina di Genere: le riflessioni di Maurizio Benato</a>
26/10/2010	Dal portale FNOMCeO	Cento anni degli Ordini: il 27 la serata conclusiva
27/10/2010	Il Giornale	<a href="#">Il medico della mutua è una vittima di guerra</a>
4/11/2010	Dal portale FNOMCeO	Ventimiglia: la relazione dal titolo " <a href="#">Etica, bioetica e deontologia a confronto con il</a>

		<a href="#">multiculturalismo</a> ", che Maurizio Benato, vicepresidente FNOMCeO, presenterà in occasione dell'incontro del 6 novembre a Ventimiglia (Imperia).
11/11/2010	Dal portale FNOMCeO	<a href="#">Padova, il 13 novembre Convegno "Donne medico: il paradigma della professionalità..."</a>
12/11/2010	Dal portale FNOMCeO	<a href="#">Ventimiglia: il report delle due giornate di confronto tra medici italiani e francesi</a>
11/11/2010	Adnkronos Salute	<a href="#">Donne 70% medici under 30, poche ai vertici e soprattutto single</a>
12/11/2010	Il Sole 24 Ore Sanità	<a href="#">Informare è un priorità etica</a>
6/12/2010	Dal portale FNOMCeO	<a href="#">Roma/1, la sfida della formazione: un futuro da costruire adesso</a>
16/11/2010	Dal portale FNOMCeO	<a href="#">Benato presenta il convegno "La professionalità del medico di fronte alle sfide del consumerismo e della burocrazia"</a>
7-13/12/2010	Il Sole 24 Ore Sanità	Dottori dimezzati nel 2025

#### **ORGANIZZAZIONE AMMINISTRATIVA**

Gli uffici di Segreteria sono organizzati in due maxi-aree: l'Area Utente individuata nell'ufficio di Segreteria del piano terra, avente come obiettivo prioritario la soddisfazione dell'utente nelle richieste ordinarie a breve-media risoluzione, la gestione dei movimenti di Albi (iscrizioni, cancellazioni, trasferimenti) e la gestione delle risorse economiche dell'Ordine; l'Area Affari Generali, avente come obiettivo primario la gestione dei rapporti con gli Organi istituzionali, con gli organi di stampa, la previdenza, la pubblicità sanitaria, l'ECM, le consulenze su autorizzazioni e accreditamenti e in materia di privacy, nonché i rapporti con gli iscritti nell'ambito deontologico e disciplinare.

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 di ente.

In data 1 ottobre 2007 è stato firmato a livello nazionale il nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al Personale non dirigente del comparto enti pubblici non economici per il quadriennio normativo 2006-2009 - biennio economico 2006-2007 e in data 5 agosto 2010 l'Amministrazione ha definito e sottoscritto con il Personale Dipendente e le Organizzazioni Sindacali il nuovo Accordo Integrativo di Ente (parte economica).

I dipendenti di ruolo sono 7, con varie qualifiche funzionali (1 C4, 1 C3, 1 C2 con indennità di C3, 4 C1).

Va precisato che il Consiglio Direttivo nelle sedute dell'1/12/2009 e dell'8/6/2010 ha deciso di concedere a due dipendenti la possibilità di usufruire di ore di permessi studio per l'anno 2010.

Con decisione del 30 novembre 2010, il Consiglio Direttivo ha concesso alle due dipendenti succitate, come da loro istanza, la possibilità di usufruire di ore di permessi studio per l'anno 2011 in ragione di 75 ore per ciascuna dipendente.

Inoltre il Consiglio Direttivo, nella seduta del 9/11/2010, ha deliberato di concedere ad un dipendente, come da sua istanza, la modifica del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale per il periodo dall'1/1/2011 al 30/06/2011.

Voglio ricordare in questa sede e segnalare che negli ultimi anni i carichi di lavoro per tutto il personale sono aumentati di molto, sia per un incremento di funzioni richieste all'Ordine, sia per la mia funzione di Vicepresidente Nazionale e anche per le svariate iniziative che il Consiglio ha intrapreso e portato a termine nel corso dell'anno.

L'orario di lavoro dei dipendenti è articolato su 5 giorni lavorativi settimanali. Tale orario aumenta la disponibilità degli uffici di Segreteria nei confronti degli iscritti durante la fascia oraria della tarda mattina (l'Ordine infatti è aperto dal lunedì al giovedì dalle 10 alle 13 e il venerdì dalle 10 alle 14,30 in orario continuato; inoltre l'Ordine è aperto al pubblico nei pomeriggi del martedì e giovedì dalle 15.00 alle 17.30).

### **CONVEGNI**

In particolare voglio segnalare i carichi di lavoro relativi al settore della "convegnistica" che hanno impegnato gli uffici per tutto il tempo dell'anno, avendo mantenuto la scelta di non dare in appalto a esterni l'organizzazione degli eventi, evitando in tal modo un cospicuo incremento della spesa.

Nel corso del 2010 si sono tenute le seguenti manifestazioni

- "Assemblea ordinaria degli iscritti" (30/01/2010)
- "Malattie reumatologiche di interesse comune: diagnosi precoce e terapia" (25/02 e 4-11-18/03/2010)
- "La previdenza: una tua responsabilità" (20/03/2010)
- "Osteoporosi: fisiopatologia, diagnosi e terapia" (6 e 20/05/2010)
- "Giornata del Medico e dell'Odontoiatra" (22/05/2010)
- "La TAC in odontoiatria" (19/06/2010)
- "Learning Medical English" (due corsi, uno livello B2 e uno di perfezionamento)

- “Aspetti deontologici e normativi di interesse medico e odontoiatrico” (02/10/2010)
- “il sorriso del bambino: pediatri e odontoiatri a confronto” (9/10/2010)
- “Ambiente e salute. Incontri e confronti” (7-14-21-28/10 e 4-11/11/2010)
- “La professionalità del medico di fronte alle sfide del consumerismo e della burocrazia” (20 novembre 2010)
- “Le donne medico: il paradigma della professionalità...” (13/11/2010)

Mantenendo l’indicazione nazionale ormai assodata che, per ciò che concerne l’accreditamento di eventi ai fini E.C.M., un Ordine professionale deve limitarsi al controllo del processo formativo scientifico, abbiamo patrocinato una serie di convegni e corsi, in collaborazione con l’Associazione Medica Patavina in qualità di *provider*, di cui è Presidente la dott.ssa Antonella Agnello, Vice Presidente dell’Ordine.

Al fine di dare la misura dell’impegno ordinistico riportiamo di seguito una scaletta riassuntiva dei corsi accreditati ECM e il numero di crediti ottenuti e quindi offerti agli iscritti nel corso del 2009.

<b>Data</b>	<b>Titolo</b>	<b>Crediti ECM assegnati</b>
Dal 25-02-2010 al 18-03-2010	Malattie reumatologiche di interesse comune: diagnosi precoce e terapia	14 crediti
Dal 06-05-2010 al 20-05-2010	Osteoporosi: fisiopatologia, diagnosi e terapia	6 crediti
19-06-2010	La tac in odontoiatria	3 crediti
02-10-2010	Aspetti deontologici e normativi di interesse medico e odontoiatrico	4 crediti
Dal 06-10-2010 al 02-02-2011	Learning medical english	13 crediti
Dal 07-10-2010 al 14-10-2010 1° modulo	Ambiente e salute: incontri e confronti	5 crediti
Dal 21-10-2010 al 28-10-2010 2° modulo	Ambiente e salute: incontri e confronti	5 crediti
Dal 04-11-2010 al 11-11-2010 3° modulo	Ambiente e salute: incontri e confronti.	5 crediti
Dal 09-10-2010 al 09-10-2010	Il sorriso del bambino: pediatri ed odontoiatri a confronto	4 crediti
20-11-2010	La professionalità del medico di fronte alle sfide del consumerismo e della burocrazia	3 credi
<b>Totale Crediti</b>		<b>62 crediti</b>

Come Presidente mi onora il fatto che questo Ordine, in collaborazione con l'Associazione Medica Patavina, abbia organizzato una serie di eventi che rappresentano un'offerta formativa pari a 62 crediti formativi nel solo anno 2010. Segnalo che per l'anno 2010 ammontano a 50 i crediti ECM richiesti al singolo professionista.

### **ATTIVITÀ GRUPPI DI LAVORO DELL'ORDINE**

#### *Gruppo di lavoro culturale*

Il Gruppo di Lavoro Culturale coordinato dalla Dottoressa Santa Costanzo, è costituito dai Dottori Marilisa Andretta, Ferruccio Berto, Roberto Fassina, Giovanni Gazzaneo, Giuliano Lenci, Pia Mauro, Andrea Meneghini, Agostino Paoletta, Luisa Pistollato e Massimo Scanarini.

Anche nel corso del 2011 le attività proposte dal Gruppo sono di rilevante interesse, grazie in particolare al supporto dato dall'efficace coordinamento della dott.ssa Costanzo e dai componenti il gruppo di lavoro, dott. Fassina e Prof. Lenci.

Vogliamo ricordare in tal senso IL TEATRO DI ESCULAPIO ENSEMBLE in MEDICI PER IL TRICOLORE, Recital tra storia letteratura poesia musica, in programma per sabato 4 giugno 2011.

Sempre per il Gruppo culturale riportiamo di seguito i contributi pubblicati sul Bollettino dell'Ordine nella Rubrica "Letti per Voi" a firma del dott. R. Fassina.

- "Filosofia della medicina (Metodo, modelli, cura ed errori)"; a cura di Pierdaniele Giaretta, Antonio Moretto, Gian Franco Gensini e Marco Trabucchi;
- "La comunicazione della salute" a cura della Fondazione Zoé;
- "Una vita esagerata" di Alessandro Moro
- "Le mani del chirurgo. Lo specchio di un'arte" a cura di Davide D'Amico;
- "L'altro Kant. La malattia, l'uomo, il filosofo"; A cura di R. Fellin, S. Caracciolo e F. Sgarbi;
- "Paradosso del gatto di Schrödinger" di Lodovico Mancusi;
- "Suoni rovesci" di Vincenzo De Cunzolo;
- "Una manciata di sogni" di Maria Wanda Caldironi.

Segue una tabella riassuntiva dei gruppi di lavoro che nel 2010 hanno lavorato attivamente.

<b>Gruppo di lavoro</b>	<b>Coordinatore</b>	<b>Referente amministrativo</b>	<b>Obiettivi</b>
GRUPPO EDITORIALE	Bertoli Massimo	Conte Mario Minante Damiano	Curare le pubblicazioni dell'Ordine: bollettino, bollettino news, tribuna
GRUPPO CULTURALE	Costanzo Santa	Conte Mario	Promuovere la crescita e la valorizzazione culturale degli iscritti
LIBERA PROFESSIONE	Agnello Antonella Rizzo Vittorio	Gazziero Giovanna	Affrontare le problematiche comuni alla libera professione e pubblicazione questionario
GRUPPO PENSARE PER LA PROFESSIONE	Cardin Fabrizio	Schiavon Mafalda	Stimolo per la creazione di un gruppo d'iniziativa su argomenti di politica professionale

### **FEDERAZIONE REGIONALE VENETA**

Sono componenti del Consiglio della Federazione Regionale i Colleghi Consiglieri: Dott.ssa Antonella Agnello (Vice Presidente), Dott. Massimo Bertoli (Consigliere), Dott. Giuseppe Greco (Consigliere) e Dott. Vittorio Rizzo (Presidente Commissione Albo degli Odontoiatri).

Il Comitato Federativo della Federazione Regionale Veneta è così costituito:

Presidente	Dott. Scassola Maurizio	Presidente Ordine di Venezia
Vice Presidente	Dott. Cotrozzi Ezio	Presidente Ordine di Vicenza
Segretario	Dott. Bovolin Francesco	Presidente CAO Ordine di Verona
e		
Dott. Alberton Franco		Presidente Ordine di Verona
Dott. Benato Maurizio		Presidente Ordine di Padova
Dott. Frezza Daniele		Consigliere Ordine di Treviso
Dott. Gorini Brunello		Presidente Ordine di Treviso
Dott. Noce Francesco		Presidente Ordine di Rovigo
Dott. Pastorello Paolo		Presidente CAO Ordine Vicenza

Dott. Rossa Umberto

Presidente Ordine di Belluno

La Federazione Regionale, tra i vari impegni, ha istituito dei gruppi di lavoro per l'approfondimento di alcune tematiche in cui sono stati individuati i componenti:

	<b>DELEGATO COORDINATORE</b>	<b>COMPONENTI</b>
Area della Conciliazione	Dott. Cotrozzi Ezio	Dott. Alberton Franco Dott. Frezza Daniele Dott. Guarini Luigi
Area Della Formazione nella Sicurezza delle Cure	Dott. Frezza Daniele	Dott. Roncali Davide Dott. Alberton Franco
Area dell'ECM e Formazione Continua	Dott. Benato Maurizio	Tutti i Presidenti e Dott. Frezza Daniele
Area Controllo Legge Regionale 22/2002	Dott. Pastorello Paolo	D.ssa Agnello Antonella Dott. Noce Bruno Dott. Tomaselli Cosimo Dott. Malatesta Vincenzo (Esterno)
Area della Comunicazione e Rapporti con la Stampa	Dott. Scassola Maurizio	Dott. Bovolín Francesco Dott. Mora Roberto Dott. Rizzo Vittorio
Area della Previdenza (Enpam)		Dott. Breda Moreno Dott. Noce Francesco

### **ALCUNE TEMATICHE PROFESSIONALI**

In qualità di vicepresidente della FNOMCeO, confermato per il triennio 2009-2011, ho seguito personalmente alcune tematiche professionali che sono state affrontate in diversi convegni e incontri

#### **FORMAZIONE MEDICA**

Nel nostro paese, come in altri paesi europei, sotto la spinta di molteplici criticità di prevalente ordine economico-finanziario, sono in atto politiche rivolte ad un sensibile contenimento della spesa pubblica che coinvolgono settori delicati di interesse generale e tra questi l'istruzione (scuola, università, formazione professionale), la previdenza, l'assistenza e la sanità, in altre parole il nucleo centrale del nostro Stato Sociale.

Siamo consapevoli dei limiti e delle oggettive difficoltà del nostro modello di "Stato Sociale" e quindi della necessità di introdurre correttivi ed innovazioni, ma siamo anche convinti che i principi che lo ispirano rappresentino comunque la strada maestra per "materializzare" quello straordinario patrimonio di valori di comunità

(solidarietà, universalismo dei diritti, equità tra generazioni e ceti sociali) previsto nella nostra Costituzione e che costituiscono la base della coesione sociale e dell'identità civile del nostro paese.

In quei valori sono altresì profondamente radicate le fondamenta civili e deontologiche del nostro esercizio professionale definendo un limite oltre il quale non possiamo e non vogliamo andare.

Poniamo il tema della qualità professionale nella prospettiva di rafforzare un fondamento critico per la sostenibilità del nostro sistema delle cure e quindi di quei preziosi valori di equità, solidarietà, universalismo dei destinatari di cui oggi è insostituibile espressione materiale.

La moderna formazione di un medico è un complesso percorso di "costruzione" educativa, culturale, tecnico-scientifica, con ampi risvolti civili e sociali rispetto al quale occorre condividere responsabilità, esperienze, intelligenze e competenze di tutti i soggetti, vecchi e nuovi, portatori di legittimi interessi, ma soprattutto chiamati a garantire e tutelare la centralità dei diritti della persona sana e malata.

Questo processo, continuo ed integrato, che parte dall'accesso agli studi e si conclude al termine della vita attiva professionale deve misurarsi non solo con l'evoluzione dei saperi tecnico-scientifici, ma anche con le nuove definizioni, i nuovi orizzonti e le diverse legittimazioni culturali e civili che costantemente ridisegnano gli scopi della medicina e della sanità.

Una grande opera formativa che, pur mantenendo al centro il paradigma della malattia, deve tuttavia arricchirsi delle nuove dimensioni umanistiche correlate alla tutela della salute ed alla cura della persona e della collettività.

Questa prospettiva, partecipativa e cooperativa, ci appare oggi come la più efficace ad affrontare quella vera e propria "emergenza formativa" del medico nella quale siamo già entrati anche in ragione di una "gobba" demografica che nell'arco di età attuale compresa tra i 51 e 59 anni somma circa 115.000 medici, esclusi gli esercenti la professione odontoiatrica (doppi iscritti).

In una coorte di 9 anni sono oggi compresi circa il 52% dei medici occupati in regime di dipendenza, di convenzione nazionale e universitari ovvero il 38% di tutta la popolazione medica con età compresa tra i 28 e 70 anni.

Più analiticamente, questa fascia di età (51-59 anni) comprende il 48% dei medici occupati in regime di dipendenza del SSR e dell'Università, il 62% dei Medici di Medicina Generale, il 58% dei Pediatri di Libera Scelta, il 55% degli Specialisti

Convenzionati interni e questa coorte è prossima a lambire gli estremi della quiescenza.

Riteniamo che nella gestione del rapporto formazione medici-curva demografica sia necessario allineare il numero dei medici ai reali e concreti bisogni della sanità pubblica e privata, modulando gli ingressi universitari.

Compito dell'Università deve essere garantire flessibilità nelle quantità e soprattutto evitare una riduzione degli standard di qualità dell'insegnamento e dell'apprendimento.

Questo particolare andamento demografico della popolazione medica rafforza l'esigenza di programmare gli accessi a Medicina superando gli attuali criteri di determinazione basati su un generico calcolo delle capacità formative delle Facoltà Mediche, prevalentemente paramtrate sul numero dei posti letto a direzione universitaria.

Non si tratta evidentemente di riproporre in fotocopia la gobba demografica, ma, tenendo conto di questa, individuare e applicare nella programmazione degli accessi una serie di indicatori di fabbisogni sulla base di standard calcolati facendo riferimento agli effettivi bisogni assistenziali futuri e alle correlate competenze specialistiche, di domanda e capacità occupazionale del sistema sanitario nel suo complesso, rapportati a parametri demografici consistenti di popolazione (mortalità; natalità; invecchiamento; prevalenza ed incidenza di talune patologie), a modelli di riorganizzazione sanitaria, a nuovi bisogni di salute, a obiettivi di salute pubblica, nonché allo sviluppo della ricerca scientifica e della prevenzione.

L'incremento degli accessi definiti negli ultimi anni costituisce un *trend* che occorrerà consolidare nei prossimi anni e questo determinerà una fortissima pressione sul sistema formativo anch'esso investito dalla gobba demografica sui docenti e dal contenimento delle risorse disponibili.

Ci appare dunque coerente e necessario modificare le attuali modalità di selezione degli accessi con la duplice finalità di:

- a) rendere più trasparente, equa e accettabile sul piano sociale la selezione dura che ogni anno viene operata (rapporto domande/posti disponibili = 9:1) selezione che mostra alti livelli di attenzione da parte dei *mass media* e della pubblica opinione;
- b) garantire che la selezione determini l'accesso ai corsi di laurea delle migliori attitudini a questi studi e a questa attività professionale.

Pur non esistendo al riguardo sistemi perfetti di selezione, anche tenendo conto dei tassi non irrilevanti di abbandono degli studi e di dispersione professionale post laurea, riteniamo necessario migliorare l'attuale sistema sostanzialmente fondato su un test a quiz unico a livello nazionale ma che produce graduatorie locali con evidenti discrepanze tra punteggi di esclusione ed inclusione se rapportati su scala nazionale.

Proponiamo che vengano inserite nel processo selettivo più indicatori basati su:

- valutazioni di profitto negli studi di scuola media superiore, normalizzate a livello nazionale;
- attività volontarie di *counselling*, gestite dagli Ordini professionali, con medici esperti sui significati tecnici, relazionali ed etici dell'esercizio professionale e riconosciute con l'eventuale attribuzione di crediti formativi da valorizzare nei punteggi finali;
- test di selezione unico su scala nazionale con una riduzione dei quiz relativi a cultura generale e articolati secondo le tecniche del *progress test*;
- sperimentazione di graduatorie per il 70% su base locale e 30% su base nazionale sugli esclusi da quelle locali.

Un accesso numericamente più ampio con la previsione di una certa mobilità territoriale degli studenti, che mantenga un profilo di equità e di accessibilità, sempre meno garantito dalle risorse pubbliche per il diritto allo studio, deve essere accompagnato da misure congrue di sostegno agli studi per i più meritevoli e svantaggiati economicamente diventando rilevante il ruolo attivo di tutti i soggetti in grado di esprimere funzioni di sussidiarietà ovvero Enti Locali, Fondazioni, Aziende del settore sanitario, Associazionismo professionale e gli stessi Ordini Professionali.

In sintonia con espressioni sempre più vaste del mondo accademico e degli stessi studenti dei corsi di laurea, rileviamo la necessità di rivedere i *curricula* dei corsi di laurea attraverso:

- una riduzione del numero degli esami e la valorizzazione di prove multidisciplinari *in itinere* (es. *progress test* e valutazione sul campo);
- un ampliamento delle attività professionalizzanti opportunamente protette da *tutors* che realizzino precocemente il contatto con i servizi di prevenzione diagnosi e cura, ospedalieri e territoriali quali sedi aggiuntive di formazione pratica (Ospedali pubblici e privati accreditati, Distretti, Presidi territoriali,

Ambulatori di Medicina generale e di Pediatria di Libera Scelta, Laboratori di Sanità Pubblica, Centri di ricerca );

- lo studiare in piccoli gruppi utilizzando la metodica di apprendimento per problemi;
- l'integrazione dell'apprendimento verticale (in tempi successivi con conoscenza cumulativa) e quello orizzontale (in diverse discipline, comunque rilevanti per la propria funzione professionale);
- il miglioramento progressivo della propria competenza in discipline delle scienze umane, come le tecniche di comunicazione, la deontologia, la bioetica, l'antropologia e la sociologia della salute e della malattia.

Più in generale si tratta di sviluppare una nuova linea di pensiero nell'ambito della didattica che sappia contemperare i contenuti del riduzionismo scientifico con le scienze umane, al fine di offrire al futuro medico gli strumenti idonei per affrontare la gestione completa del paziente attraverso l'esercizio unitario dell'atto medico.

Un'educazione che sia costruzione dei significati, delle conoscenze e delle competenze, tesa a favorire il superamento del 'canonico' e della semplice raccolta di informazioni e computazione delle conoscenze e a stimolare il confronto tra le scienze *hard* e le scienze *soft* umane con forte attenzione al pluralismo culturale ed etico.

Non solo quindi una doverosa, ricca e complessa preparazione tecnica per il futuro medico, ma anche una preparazione umanistica, in grado di superare il semplice aspetto tecnico del rapporto medico-malattia per riscoprire l'uomo nel suo significato ontologico.

Nell'insegnamento della medicina vengono a mancare di fatto gli strumenti metodologici per sottoporre ad analisi scopi e valori della disciplina medica.

Lo studente di medicina apprende in modo acritico e spesso approssimativo concetti che costituiscono l'ossatura del suo modo di pensare, di un metodo di ragionamento che lo dovrebbe condurre sempre a privilegiare il confronto abbandonando assolutismi del sapere che spesso appaiono un ostacolo più che una risorsa per una buona qualità professionale.

### ***Esami di stato abilitanti***

L'adozione di nuovi strumenti di valutazione aggiuntivi e determinanti (*progress test*; presentazione e discussione di casi clinici seguiti durante il tirocinio) va accompagnata, in coerenza con quanto già acquisito in altri ambiti professionali,

da una modifica della Commissione di esame, dovendo in prospettiva compiutamente configurare e sostanziare una terzietà valutativa rispetto alle istituzioni formative.

### ***La formazione post laurea: specialistica e specifica***

In materia di accesso alla dipendenza, alle convenzioni e allo stesso accreditamento di professionisti e strutture private che prevedono il possesso del diploma di specializzazione e, per la Medicina Generale, quello di formazione specifica, si impone l'urgenza di un intervento del legislatore volto a programmare nei prossimi anni un numero di accessi alle scuole di specializzazione e ai corsi di formazione specifica che ragionevolmente tenga conto del particolare andamento della curva demografica.

Un'emergenza formativa che, se non assolta efficacemente, potrebbe determinare un'emergenza organizzativa e gestionale del sistema sanitario la cui soluzione non riteniamo possa essere quanto purtroppo oggi già avviene in modo strisciante (date le difficoltà a reperire alcune figure specialistiche) e cioè il reclutamento mediante contratti atipici che consentono di eludere i requisiti di accesso al prezzo però di ridurre il tasso di qualificazione delle prestazioni e di relegare i giovani professionisti ad un destino di persistente precariato non potendo questi maturare il titolo abilitante ad un eventuale concorso di stabilizzazione.

L'investimento che la collettività sostiene per remunerare i soli contratti di formazione specialistica affidati alle circa 1500 scuole di specializzazione delle Facoltà di Medicina, al netto dei costi di formazione, non è indifferente e corrisponde a circa 640 mln di euro/anno stimati su una platea di 25.000 specializzandi per i 5 anni di corso.

È altresì noto che questi professionisti svolgono attività assistenziali sostanziali ma formalmente anonime e non necessariamente correlate ai loro fabbisogni formativi e comunque preziose nel garantire il buon andamento dei servizi nei quali sono inseriti a scopi formativi.

La Formazione specifica in medicina generale ha una competenza regionale e si stima che la media per anno di professionisti nel ciclo formativo triennale sia di circa 2300 soggetti (850-900 per ciascuno dei tre anni); il costo delle borse di studio, il cui importo è pari a circa il 50% di un contratto di formazione specialistico, è stimato sui 26,7 mln di euro/anno, al netto dei costi di formazione.

### ***Programmazione degli accessi alle Scuole di Specialità***

La programmazione dei fabbisogni di specialisti formalmente avviene ogni anno in base alle esigenze previste di specialisti nel successivo quinquennio, in pratica i posti disponibili nelle Scuole di Specializzazione restano condizionati alle capacità formative e alle vocazioni delle Facoltà di Medicina e soprattutto al contingentamento dei contratti di formazione nel numero di 5000/anno più 50 accessi riservati a corpi militari dello stato.

L'emergenza formativa esalta le storiche criticità tipiche del nostro modello formativo specialistico che incidono anche su delicati aspetti del mercato del lavoro professionale quali:

- una sostanziale indifferenza dell'offerta formativa di specialisti rispetto alla rivoluzione demografica ed epidemiologica in atto;
- un insufficiente sviluppo delle attività professionalizzanti, del tutto evidente nel passaggio alla gestione autonoma delle competenze;
- un ingresso nel mondo del lavoro molto più in ritardo rispetto ai colleghi europei con l'impossibilità di costruire prima dei 70 anni il massimo pensionistico, salvo il riscatti degli anni di laurea e/o specializzazione particolarmente onerosi;
- un sostanziale confinamento dei 25.000 medici in formazione specialistica all'interno delle unità operative a direzione universitaria che già oggi manifestano difficoltà a garantire volumi e tipologie di casistiche disponibili per l'*expertise* di ciascun specializzando così come previste dall'ordinamento;
- la lacunosa applicazione della riforma curricolare che prevede l'articolazione dei Crediti Formativi in un tronco comune biennale per aree omogenee e la prevalenza delle attività professionalizzanti nel triennio successivo.

### ***La Formazione specialistica***

Riteniamo che, anche in questo contesto vada superato l'attuale *asset* formativo specialistico già oggi in difficoltà e sul quale la pressione formativa dei prossimi anni avrà un effetto dirompente e insostenibile sul piano della qualità e dei costi della formazione, con preoccupanti riflessi negativi sulla funzionalità dei servizi sanitari.

Occorre dunque mettere in atto politiche di ricomposizione di tutte le criticità in un modello di formazione specialistica che, nel rispetto di ruoli e competenze e portando a compiuta attuazione la normativa vigente, estenda e innovi le attività

professionalizzanti nelle reti formative dei SSR (ospedali, presidi articolazioni territoriali e strutture di insegnamento).

Radicare le attività professionalizzanti formative in quelle assistenziali, legittimandole e proteggendole sul piano formale e riconoscendole come lavoro produttivo sul piano contrattuale, rappresenta il paradigma andragogico dell'imparare facendo a saper fare e saper essere, del tutto idoneo per professionisti dai 27 ai 32 anni.

In questa prospettiva le attività formative del primo biennio manterrebbero le loro finalità di costruzione di nuovi saperi nelle discipline specialistiche afferenti all'area comune (tronco comune), remunerato con contratti di formazione.

Nel triennio successivo l'articolazione delle attività professionalizzanti inerenti alle varie discipline dovrebbe avvalersi, attraverso un'efficace integrazione tra processi formativi e processi clinico assistenziali, non solo delle sedi a direzione universitaria, ma anche delle reti formative dei SSR.

Tali attività svolte nelle reti formative regionali e in quelle a direzione universitaria, dovranno prevedere riserve orarie per studio, seminari, esami, il tutoraggio di professionisti esperti nel graduale inserimento nelle attività *core* dei servizi, le coperture assicurative e quelle prevido-assistenziali; da esplicitare in un contratto di lavoro a tempo determinato (contratto di formazione-lavoro) per il triennio, parametrato sulla retribuzione di ingresso della dirigenza medica.

Le Regioni, che peraltro da tempo identificano fabbisogni di specialisti sensibilmente superiori ai contratti di formazione effettivamente resi disponibili, possono in tale modello assumere gli oneri delle risorse mancanti, riconoscendo le buone ragioni per investire nella qualità professionale connessa all'insegnamento ed apprendimento sul campo, ma anche l'opportunità di ottimizzare i fabbisogni e il reclutamento di personale specialistico per allargare l'offerta di servizi ai cittadini.

Sullo sfondo, qualora il sistema formativo specialistico non fosse nelle condizioni di corrispondere ai fabbisogni formativi sul piano della quantità e della qualità, si profilerebbe quale unica soluzione praticabile, la sospensione del requisito di specializzazione per l'accesso alla dipendenza, prevedendo il riconoscimento del titolo di specialista dopo cinque anni di attività assistenziale e formativa svolta e verificata all'interno delle strutture dei servizi sanitari regionali, o in alternativa a seguito dell'espletamento di un numero minimo di prestazioni assistenziali certificate opportunamente codificate.

Quest'ultima soluzione permetterebbe l'ottimale recupero della funzione formativa del SSN, finora riconosciuta solo formalmente garantendo ai giovani medici un ingresso nel mondo del lavoro a un'età inferiore, al pari dei colleghi europei, con maggiori opportunità di autonomia professionale e miglioramento della situazione previdenziale individuale e collettiva. Il SSN avrebbe la possibilità di coprire in tempo reale le esigenze di organico, garantendo il ricambio nelle strutture pubbliche e private accreditate, configurando una prospettiva di fabbisogni e di occupazione visibile immediatamente dopo la laurea. Questo ridurrebbe l'arco temporale di programmazione dei fabbisogni da 11 - 12 a 6 anni.

Rimane comunque centrale l'esigenza che le attività professionalizzanti siano effettivamente svolte e valutate rigorosamente sulla base della normativa vigente e, con tali finalità, riteniamo debbano poter operare Osservatori Regionali, a composizione terza (Regione - Ordini Professionali - Società Medico Scientifiche accreditate - Rappresentanti dei medici in formazione specialistica), in collegamento funzionale con l'Osservatorio Nazionale.

### ***La Formazione Specifica in Medicina Generale***

In Europa e anche nel nostro Paese, la formazione specifica in medicina generale è oggetto di profonde riconsiderazioni essendo largamente condivisa l'opportunità di un riconoscimento come titolo specialistico sulla base di una sua precisa identità di *corpus* cognitivo e di procedure clinico assistenziali.

Non si tratta solo di riconoscere pari dignità culturale e quindi formativa ad una specifica pratica professionale, ma di cogliere la straordinaria opportunità che lo stesso processo formativo offre. Diviene dunque necessario porre le basi culturali e professionali per quella integrazione tra cure specialistiche e cure primarie, oggi ritenuta una risposta efficace alla necessità di garantire quella continuità assistenziale che, nel mutato contesto epidemiologico, può ottimizzare risorse e mantenere al centro delle diverse competenze i bisogni del paziente.

Scuole Regionali di Formazione Specifica in Medicina Generale e Scuole di Specialità possono, attraverso opportune convenzioni, individuare attività integrate di reciproco insegnamento e apprendimento di docenti e discenti, di strutture, di metodologie e obiettivi formativi nei tronchi comuni del primo biennio a cui attribuire crediti per poi divergere nei successivi percorsi negli anni successivi da dedicare prevalentemente ad attività professionalizzanti nelle specifiche discipline.

Per sostenere questa prospettiva di Formazione Specifica in Medicina Generale, è necessario che le Regioni si assumano la piena responsabilità di sostenere un modello che integri l'apprendimento nell'assistenza, strutturando l'offerta formativa e la rete delle attività professionalizzanti, parificando i trattamenti economici iniziali oggi diversificati e regolamentando l'attività assistenziale dei medici in formazione specifica nel rispetto del percorso formativo, attraverso opportune forme di contratti a termine in materia di retribuzione, tutele prevido-assistenziali e assicurative.

Anche in questo ambito è comunque centrale l'esigenza che le attività professionalizzanti, siano effettivamente svolte e valutate e, con tali finalità, riteniamo debbano poter operare Osservatori Regionali, a composizione terza (Ordini Professionali – S.M.S. accreditate del settore – Rappresentanze dei medici in formazione specifica) in collegamento funzionale con l'Osservatorio Nazionale.

### ***La Formazione continua per la qualità professionale***

Lo sviluppo nel tempo di conoscenze e competenze è quel segmento dello stesso processo formativo per la qualità professionale che comprende tutta la vita attiva del medico al fine di adattarne le abilità tecniche e non tecniche alle rapide innovazioni della medicina come scienza tecnologica e della sanità in un contesto organizzativo nel quale è necessario perseguire sia l'efficienza di costosi fattori produttivi, sia l'efficacia e l'appropriatezza delle pratiche professionali sia la buona gestione di complesse relazioni professionali e umane.

Questo segmento del processo formativo non ha avuto storicamente una sua compiuta definizione essendosi espresso in modo disorganico sulla base di autonome e responsabili scelte deontologiche e professionali dei singoli, su generiche e insufficienti vocazioni delle istituzioni sanitarie e sull'impegno generoso ma frammentario delle Società Medico Scientifiche.

Nel nostro sistema è in forte ritardo una cultura della promozione e valutazione della qualità dei professionisti e dei servizi, di standard e indicatori di *performance* e *competence* di singoli, delle équipes e delle organizzazioni sanitarie, di sistematica produzione e diffusione di buone pratiche (linee guida, protocolli, percorsi di cura), di sviluppo della ricerca clinica indipendente orientata a colmare il *gap* tra la produzione di innovazioni tecnico-scientifiche e organizzative e la pratica clinica.

Una criticità che sarebbe però sbagliato e controproducente pensare di risolvere affrontandola “dalla coda”, attraverso l’esclusivo potenziamento di modelli burocratici, inquisitori, sanzionatori e di controllo.

Anche in questo contesto, la qualità è una complessa costruzione partecipativa e cooperativa che deve esprimere una *governance* degli interessi e dei bisogni di tutti i soggetti coinvolti al fine di migliorare i servizi resi ai cittadini e che si costruisce innanzitutto offrendo opportunità accessibili ed efficaci di sviluppo delle abilità dei professionisti e delle organizzazioni sui quali e con i quali misurarli e misurare i risultati anche in termini di impegno, capacità, competenze e merito.

In questo scenario emerge una centralità della Professione, della sua autonomia e responsabilità tecnico professionale, della sua capacità di esprimere un governo dell’unico patrimonio sociale in suo possesso e cioè le specifiche competenze e conoscenze, che va assolutamente colta e interpretata salvo scontare una marginalizzazione da attoniti e anonimi spettatori.

Un protagonismo professionale che deve sollecitare la messa in opera di un sistema di formazione e valutazione della qualità professionale partecipato, condiviso ed efficace, chiamando a raccolta e portando alla migliore sintesi le esperienze e le vocazioni in campo; dando così una prospettiva a quanto oggi di buono ancorché frammentario viene già fatto.

### ***Il nuovo sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM)***

Poco meno di un decennio è trascorso dai primi passi del modello italiano ECM abbozzati in via sperimentale quando in molti paesi europei e oltreoceano erano già in corso discordanti valutazioni sul suo reale impatto nel determinare il miglioramento dei servizi professionali e delle organizzazioni sanitarie.

Naturalmente questa è una questione ancora aperta anche nel nostro Paese che sconta lo svantaggio di trovarsi in un contesto in cui le organizzazioni sanitarie mostrano una scarsa propensione culturale e non poche difficoltà economiche a sostenere efficaci politiche di sviluppo continuo professionale.

Senza sottostimare la rilevanza di una rigorosa valutazione di impatto, che resta dunque centrale in un sistema orientato alla qualità professionale, è tuttavia opportuno evidenziare alcune caratteristiche del nuovo programma ECM, poco note e scarsamente valorizzate e che invece sono potenziali e potenti agenti culturali e organizzativi di sviluppo di un sistema moderno ed efficace di progettazione e diffusione di attività formative dell’adulto.

L'accreditamento diretto dei *provider* non identifica una diversa procedura burocratica ma ribalta il principio di responsabilità e autonomia dei produttori di formazione, chiamati a garantire non singoli eventi ma tutta la propria attività, profili consoni di organizzazione (statuti, contabilità, centri di responsabilità), di offerta formativa (piani formativi), di trasparenza (contratti di sponsorizzazione).

Questo significa in prospettiva offrire al bisogno di formazione continua dei medici e di tutti i professionisti sanitari non un frammentato e disorganico universo di soggetti a vocazione formativa, non sempre trasparenti, efficaci ed indipendenti, ma solo quei soggetti che possono invece garantire lo sviluppo e la continuità di un sistema affidabile di offerta di attività formative.

L'attenzione è alta sui *provider* privati ma la medesima attenzione dovrebbe essere rivolta a quelli pubblici, fondamentalmente le aziende sanitarie, sulle quali grava l'obbligo di un accreditamento regionale che non è scevro da rischi di autoreferenzialità e di flessibile *compliance* alle regole del sistema ECM, soprattutto laddove i servizi sanitari regionali accusano ritardi organizzativo-gestionali e difficoltà di bilancio.

Non va altresì sottovalutata la spinta che il sistema ECM ha determinato sullo sviluppo di metodologie formative innovative (soprattutto FAD e FSC) e sulla individuazione degli obiettivi di formazione calate sulle esigenze dei singoli professionisti e delle organizzazioni nelle quali operano (il dossier formativo).

Inoltre va evidenziato che il finanziamento di bandi di ricerca sulle innovazioni nel campo delle nuove tecniche formative e di misurazione degli esiti, l'esteso sviluppo della informatizzazione delle procedure, sono profili che fino a qualche anno fa erano praticamente estranei ai modelli tradizionali di formazione professionale in ambito sanitario.

Lo stesso controverso meccanismo dei crediti, al di là di difetti sempre emendabili, rappresenta uno sforzo di quantificazione e misurazione delle attività formative che diventa patrimonio del singolo professionista e che risulta indispensabile per valutare e misurare l'andamento dell'intero processo.

Capacità di innovazione in tempo reale dei contenuti, delle metodologie, delle valutazioni e misurazioni delle attività formative sono, oltre l'ECM, i determinanti di un buon sistema per lo Sviluppo Continuo Professionale orientato alla qualità Professionale.

Vediamo da vicino gli aspetti salienti di queste determinazioni:  
- per tutto il 2010 è stato in vigore il doppio regime, si sono potuti accreditare i

singoli eventi (come per il passato da parte del singolo fornitore) ovvero ci si potrà accreditare come *provider*;

- l'accREDITamento dei *provider* è stato avviato il via il 28 gennaio 2010 e inizialmente riguarderà i soli *provider* di formazione a distanza (FAD);

- l'accREDITamento potrà avvenire a livello regionale, laddove è operativo il sistema regionale ECM, per chi organizzerà eventi solo a tale livello, ovvero a livello di Commissione Nazionale per quanti vogliono organizzare eventi nazionali ed interregionali ovvero non dispongono di un sistema regionale ECM operativo;

- l'accREDITamento di fatto diventa il riconoscimento ad un soggetto quale soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità e pertanto abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti;

- gli Ordini e Collegi pur confermando il ruolo terziario di verifica/controllo sulla trasparenza ed efficienza del sistema possono organizzare eventi formativi in tema di etica, deontologia e legislazione sanitaria.

- il regolamento per l'accREDITamento dei *provider* rappresenta una linea guida generale e definisce i requisiti minimi e i relativi *standard* necessari all'accREDITamento di *provider* che intendono organizzare programmi ed eventi educazionali per l'ECM dei professionisti medici e odontoiatri in Italia. Costituisce strumento condiviso da utilizzare su tutto il territorio nazionale al fine di armonizzare i comportamenti dei diversi soggetti coinvolti e promuovere un effettivo sviluppo multipolare del sistema ECM. I requisiti richiesti riguardano le caratteristiche dei soggetti, loro organizzazione, gli aspetti qualitativi dell'offerta formativa e l'indipendenza da interessi commerciali;

- per migliorare l'efficacia e l'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale in favore della salute dei cittadini e salvaguardare la concreta indipendenza dei contenuti formativi dagli interessi commerciali presenti nell'area sanitaria è stato istituito un COMITATO di GARANZIA;

- i soggetti privati e non erogatori di prestazioni sanitarie saranno sottoposti ad un controllo più stringente al fine di verificare la non prevalenza di, pur legittimi, interessi commerciali rispetto a quelli formativi e di interesse del SSN;

- per valutare il possesso dei requisiti, l'Ente accreditante esamina la documentazione ed effettua visite di verifica presso la sede del *provider* e nei luoghi dove vengono realizzate le attività formative;

- l'Ente accreditante, nazionale o regionale, ha la responsabilità del controllo dei *provider* e delle sue attività formative nel rispettivo territorio di competenza. A tal fine dovranno essere effettuate ogni anno visite di verifica ad almeno il 10 % dei *provider* accreditati da ogni Ente;
- gli Osservatori, Nazionale e Regionali, formeranno i professionisti d'intesa con gli Ordini e Collegi per svolgere sul territorio il ruolo di valutatori dei *provider* e degli eventi formativi.
- contributo alle spese:
  1. annuale (per anno solare) per tutti i provider accreditati (pubblici, privati e società scientifiche): euro 2.582,28;
  2. in aggiunta per l'accreditamento di specifiche attività formative a distanza (FAD) da un minimo di euro 2.582,28 per crediti da 1 a 5 e per 1000 partecipanti con incremento progressivo in base ai crediti e al numero dei partecipanti;
  3. in aggiunta per l'accreditamento di specifiche attività formative residenziali (RES) da un minimo di euro 258,23 ad un massimo di euro 1.498,23 sulla base del numero di crediti;
  4. il contributo di cui ai punti 2) e 3) è ridotto di 1/3 per quei soggetti che non godono di finanziamenti, di qualsiasi natura, in favore dell'organizzazione e dell'erogazione dell'attività formativa;
  5. il pagamento deve avvenire entro 60 gg. dalla richiesta di accreditamento;
  6. il mancato pagamento del contributo rende impossibile la registrazione dei crediti erogati presso il COGEAPS e determina la decadenza dell'accreditamento.
- Per le Istituzioni pubbliche è prevista una deroga al pagamento del contributo alle spese su richiesta specifica e motivata dalla gratuità dell'evento formativo e dalla sua particolare rilevanza professionale oltre che per evidente utilità per il SSN.

## **IL RINNOVO DEL CDA DELL'ENPAM**

Nel giugno scorso si è rinnovato il CdA dell'ENPAM.

Il Comitato Centrale della FNOMCeO nell'ambito delle proprie autonome prerogative ha nominato, in forza dell'art. 14 dello Statuto, i suoi rappresentanti in seno al CdA dell'ENPAM nelle persone dei Dottori Roberto Lala e Angelo

Castaldo, designati dalla commissione Medici e del Dott. Giuseppe Renzo designato dalla Commissione Odontoiatri.

È stato un rinnovo delicato e difficile per il legittimo confrontarsi di uomini e gruppi, ma che ha aperto finalmente una nuova fase di rapporti tra professione e previdenza a partire da un nuovo Statuto della Fondazione che dovrebbe incardinare le rappresentanze degli interessi categoriali e i relativi meccanismi di espressione negli organismi gestionali nei principi di diretta proporzionalità e diretta elezione.

Questo va detto e lo ripeto con forza pur nella consapevolezza che la vera sfida da vincere è quella della sostenibilità di un efficace sistema prevido-assistenziale post lavorativo in un contesto di solidarietà e di equità contributiva e prestazionale tra categorie e generazioni in un contesto normativo economico e sociale che invece pare volerne sollecitare il cannibalismo di ognuno per sé oggi e domani si vedrà.

Con delibera del 17 dicembre 2010 sono stato designato dal Comitato Centrale a far parte della commissione paritetica che affronterà la revisione dello statuto ENPAM che è sempre stato uno dei nostri cavalli di battaglia previdenziali.

## **LA RIFORMA DEGLI ORDINI E DELLE PROFESSIONI**

Abbiamo scelto, in seguito all'iniziativa del Ministro della Giustizia e culminata nella convocazione dei cosiddetti stati generali delle professioni regolamentate al fine di riavvianne il processo di riforma, di avviare in via preliminare un confronto autonomo con le professioni sanitarie.

Abbiamo inteso valorizzare, in un processo generale di riforma, quei molteplici elementi di specificità delle professioni sanitarie e in particolare quelli relativi ai medici e agli odontoiatri.

L'incontro si è così svolto presso il Ministero della Salute, con tutte le rappresentanze delle Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi delle professioni sanitarie e in quella sede si è unanimemente condiviso l'avvio di alcune iniziative.

La nostra azione ha tenuto conto di queste linee guida condivise nel sollecitare il Parlamento a proseguire nell'iter di approvazione del D.L. 1142 in materia di costituzione degli Ordini delle professioni sanitarie di Medico Chirurgo, Odontoiatra, Farmacista e Medico Veterinario.

- a) La previsione per i servizi professionali caratterizzati dalla salvaguardia di interessi generali e terzi alla diretta committenza, di tariffe di riferimento per onorari professionali ed eventuali fasce di oscillazione.
- b) Una diversa e più incisiva integrazione tra processi e soggetti che producono e governano la formazione di base e i processi e soggetti che presiedono invece il governo del concreto esercizio professionale, con particolare riferimento alla formazione *long-life* e ai sistemi di valutazione e certificazione della qualità professionale.
- c) La definizione giuridica delle società professionali e multi professionali con particolare riferimento ai principi di responsabilità, di affidamento delle attività e di ruolo di eventuali soci di capitali al fine di garantire sia il rispetto delle competenze, sia le finalità etiche dei servizi professionali che tutelano i diritti della persona costituzionalmente sanciti.
- d) Rafforzare il ruolo deontologico (e disciplinare!) degli Ordini professionali nella valutazione della veridicità e trasparenza nella comunicazione delle informazioni sui servizi professionali resi, in altre parole la pubblicità, secondo quanto peraltro previsto nelle direttive europee in materia.
- e) Rivedere l'attuale normativa sul riconoscimento dei titoli e delle attività, nonché delle associazioni di soggetti esercenti attività nel campo della salute umana, attribuendo al Ministero della Salute un ruolo più incisivo presso il CNEL e soprattutto ponendo rigorose restrizioni ai meccanismi di autoformazione e auto legittimazione di attività offerte ai cittadini come prestazioni finalizzate alla tutela della salute e del benessere.

Al riguardo vi ricordo che è stato pubblicato sulla G.U. il D.Lgs. n. 59 del 26/03/2010, relativo ai servizi professionali che, all'art. 8 modifica o meglio perfeziona la definizione di professione regolamentata in recepimento della Direttiva Zappalà (123/2006), includendovi anche le "attività non riservate". Tale esclusione aveva ristretto l'ambito di potestà delle professioni regolamentate, consentendo di fatto ad altre figure e associazioni di qualificarsi e legittimarsi per lo svolgimento di attività rientranti in tutto o in parte nel campo di azione delle professioni regolamentate in Ordini e Collegi. In altre parole vengono finalmente chiariti alcuni grandi equivoci del cosiddetto sistema duale: Ordini e Associazioni escludendo la possibilità di sovrapposizioni di attività. Ma veniamo al commento della legge delega.

L'articolo 8 del decreto presentato dal Ministro Fazio prevede la delega al Governo per l'emanazione di uno o più decreti per la riforma degli Ordini di Medici, Odontoiatri, Veterinari e Farmacisti, fissando diversi elementi di orientamento.

La novità più rilevante è la decisa accelerazione verso una maggiore autonomia degli Odontoiatri, oggi iscritti agli Ordini dei Medici, sia pure con propri Albi, le CAO, Commissioni Albi Odontoiatri. Gli Odontoiatri, che in Italia sono circa 57mila e che in gran parte sono liberi professionisti, potrebbero dunque dare vita a un Ordine autonomo.

Importanti anche il riferimento alle norme deontologiche della professione, per la prima volta esplicitamente richiamate in un provvedimento legislativo e la richiesta di tutelare la rappresentanza delle "minoranze qualificate" negli organi elettivi. È inoltre prevista la creazione di nuovi organismi e l'introduzione di nuove procedure per il giudizio disciplinare dei professionisti e di modifiche nelle sanzioni disciplinari.

Si ribadisce infine la natura di enti pubblici non economici e sussidiari dello Stato degli Ordini, enti la cui attività è finalizzata alla tutela dei cittadini e degli interessi pubblici connessi all'esercizio della professione. I nuovi Ordini avranno autonomia patrimoniale, finanziaria e regolamentare e saranno sottoposti alla vigilanza del Ministero della Salute. Si ribadisce poi che gli Ordini saranno esentati dall'applicazione delle norme in materia di contenimento della spesa pubblica. Viene infine tutelata la rappresentanza delle minoranze negli organi elettivi.

Nel merito, pur nell'essenzialità di una legge delega, mi sembra che ci siano tutti gli ingredienti politici per costruire Ordini moderni, da intendersi come corpi professionali che operano in ragione fondamentalmente di tre principi. Il primo è la garanzia del corretto esercizio professionale, una garanzia dovuta ai cittadini riguardo al profilo di competenze del professionista e quanto mai importante oggi con le molte possibilità di circolazione di persone, in ambito europeo e non solo. La seconda questione riguarda la tutela e la garanzia della qualità professionale, sulla quale si gioca una grossa partita non solo in termini di risvolti sociali e civili, ma anche in termini di costi, perché vigilare sulla buona qualità professionale, vuol dire anche affrontare i temi dell'appropriatezza, dell'efficacia e della sicurezza dei sistemi. Terzo elemento importante affrontato in questo D.d.L. è il rapporto tra il prodotto dell'esercizio professionale e i suoi contenuti etici.

Malgrado sia sempre più evidente a tutti l'importanza della riflessione etica nelle professioni sanitarie, fino ad oggi non c'era nessuna norma positiva che facesse riferimento al Codice Deontologico, se non alcune importanti sentenze della magistratura, anche ai gradi più alti. Nella norma istitutiva degli Ordini, però, non vi era alcun richiamo alla deontologia professionale, che invece viene chiaramente citata in questo provvedimento, cosa che consente anche il connesso nuovo impianto disciplinare, finalmente moderno e agile.

Importante, infine, l'apertura alla componente odontoiatrica in una prospettiva di maggiore identità, offrendo un ventaglio di possibilità di espressione che possono arrivare fino all'individuazione di un Ordine autonomo, come peraltro avviene già da oltre vent'anni in molti Paesi europei. È chiaro che i laureati in medicina che siano anche odontoiatri potranno iscriversi a due Albi e che, sulla base della strada che sceglieranno di intraprendere, occorrerà poi farne derivare gli opportuni cambiamenti in ambito previdenziale.

Cito testualmente l'art. 8 del testo del D.d.L. licenziato dal Consiglio dei Ministri il 24/9/2010.

Art. 8

(Delega al Governo per la riforma degli Ordini delle professioni sanitarie di medico chirurgo, odontoiatra, medico veterinario, farmacista)

*1. Il Governo è delegato ad adottare, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nel rispetto delle competenze delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per il riordino della disciplina degli albi, degli Ordini e delle relative Federazioni Nazionali dei medici chirurghi e degli odontoiatri, dei farmacisti e dei medici veterinari, di cui al Decreto Legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233.*

*2. I decreti di cui al comma 1 sono adottati, realizzando il necessario coordinamento con le disposizioni vigenti, nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi generali:*

*a) prevedere che gli Ordini e le relative Federazioni siano enti pubblici non economici istituiti al fine di tutelare i cittadini e gli interessi pubblici, garantiti dallo Stato, connessi all'esercizio della professione e che siano dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria e regolamentare nel rispetto delle leggi vigenti e sottoposti alla vigilanza del Ministero della salute. Tali enti agiscono quali organi sussidiari.*

dello Stato al fine di garantire il rispetto dei principi previsti dal presente articolo e dai **codici deontologici** per la tutela della salute dei cittadini;

b) individuare le funzioni degli Ordini e delle relative Federazioni Nazionali, attraverso la promozione dell'autonomia delle rispettive professioni, della qualità tecnico professionale, della valorizzazione della funzione sociale della professione e della salvaguardia dei principi etici dell'esercizio professionale;

c) disciplinare la modalità di tenuta degli albi, elenchi e registri professionali, prevedendo l'iscrizione obbligatoria anche per i pubblici dipendenti;

d) disciplinare la verifica e tutela della trasparenza e veridicità della comunicazione dei servizi sanitari offerti ai cittadini e ai soggetti pubblici e privati;

e) prevedere, senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, le modalità di partecipazione, l'assunzione di ruoli e compiti degli Ordini nelle procedure relative all'esame di abilitazione all'esercizio professionale;

f) prevedere, senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, la promozione, l'organizzazione e la valutazione dei processi di aggiornamento e della formazione per lo sviluppo continuo professionale di tutti i professionisti iscritti agli Albi ai fini della certificazione del mantenimento dei requisiti professionali;

g) individuare norme deontologiche raccolte in un codice approvato e aggiornato dalle Federazioni Nazionali, vincolante per tutti gli iscritti agli albi, con le connesse responsabilità disciplinari;

h) disciplinare l'istituzione di specifici organi e la definizione di idonee procedure che, a garanzia dell'autonomia e terzietà del giudizio disciplinare, prevedano la separazione della funzione istruttoria da quella giudicante e l'esercizio dell'azione disciplinare secondo i principi del giusto procedimento confermando le competenze giurisdizionali della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (CCEPS), di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233;

i) prevedere l'assoggettabilità delle sanzioni disciplinari nei confronti degli iscritti agli albi professionali, in qualsiasi ambito svolgano la loro attività, compreso quello societario, secondo una graduazione correlata alla gravità o reiterazione dell'illecito, prevedendo altresì il ravvedimento operoso e altre misure compensative;

l) prevedere l'assunzione della rappresentanza esponenziale della professione nell'ambito delle proprie competenze;

- m) definire la struttura organizzativa e amministrativa degli Ordini e delle relative Federazioni Nazionali, con compiti di rappresentanza della professione presso le istituzioni regionali e di supporto alle attività degli Ordini provinciali nel rispetto dell'autonomia e delle competenze degli stessi;
- n) prevedere l'attribuzione alle Federazioni dei compiti di indirizzo e coordinamento e di supporto amministrativo degli Ordini provinciali nell'espletamento dei compiti e delle funzioni istitutive, individuando altresì gli ambiti e le modalità con le quali adottare atti sostitutivi a tutela dell'interesse pubblico;
- o) definire composizione, durata, funzioni gestionali, attribuzioni e incompatibilità degli organi degli ordini e delle relative federazioni nazionali, nonché i criteri e le modalità per il loro scioglimento;
- p) assicurare, per gli Ordini che abbiano un numero di iscritti all'albo superiore a 2.000 unità, la piena accessibilità al voto e nel caso di assemblee rappresentative la tutela delle minoranze qualificate degli iscritti nelle stesse;
- q) prevedere che gli oneri di costituzione e funzionamento degli Ordini e delle relative Federazioni Nazionali, nonché di tenuta degli albi, elenchi e registri professionali, siano posti a totale carico degli iscritti, mediante la fissazione di adeguati contributi;
- r) prevedere le modalità con le quali gli albi ricompresi in un medesimo Ordine, nel rispetto dell'integrità funzionale dello stesso, assumono la piena autonomia nell'esercizio delle funzioni di rappresentanza, di gestione e disciplinari;
- s) confermare, per gli esercenti le professioni di cui al comma 1, gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previste dalle disposizioni vigenti;
- t) prevedere le modalità in base alle quali costituire un Ordine specifico per la professione odontoiatrica, nel rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli albi dei medici chirurghi e degli odontoiatri, fermo restando l'obbligo di iscrizione per l'esercizio specifico della professione;
- u) prevedere per gli iscritti agli albi l'obbligo di idonea copertura assicurativa per responsabilità professionale.

3. I decreti di cui al comma 1 sono adottati nel rispetto della procedura di cui all'articolo 14 della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per la semplificazione normativa, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

4. *Gli schemi dei decreti di cui al comma 1, a seguito della deliberazione preliminare del Consiglio dei Ministri, sono trasmessi alla Camera dei Deputati e al Senato della Repubblica ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia, che sono resi entro 40 giorni dalla data di trasmissione. Decorso tale termine, i decreti sono emanati anche in mancanza dei pareri. Qualora il termine previsto per i pareri dei competenti organi parlamentari scada nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine di cui al comma 1, o successivamente quest'ultimo s'intende automaticamente prorogato di tre mesi.*

5. *Le Federazioni Nazionali, relativamente agli aspetti organizzativi e applicativi, disciplinano con appositi statuti le materie indicate al comma 2.*

#### **LE CERTIFICAZIONI DI MALATTIA E IL DISPOSITIVO SANZIONATORIO PREVISTO DAL D.lgs. 165/2010 (Decreto Brunetta)**

Tralascio le considerazioni più generali sull'intero impianto del provvedimento Brunetta e mi limito a ricordare l'impegno che avevamo assunto di intervenire sull'interpretazione e quindi l'applicazione della norma sulle certificazioni, soprattutto quando riferite alle prognosi brevi essendo la stessa ingestibile nella pratica quotidiana e incoerente sul piano giuridico relativamente all'applicazione delle sanzioni disciplinari di pertinenza ordinistica.

Con tenacia abbiamo perseguito e conseguito l'obiettivo di riportare su un tavolo tecnico presso il Ministero della Funzione Pubblica tali questioni, peraltro in un contesto politico che ci vedeva abbastanza isolati, essendo stato il provvedimento convertito in legge con la benevola astensione delle opposizioni.

Segnalo la pubblicazione di una Circolare a firma del Ministro Brunetta che traccia una linea interpretativa della norma sulle certificazioni che riconduce ai principi della buona pratica clinica sia la correttezza formale sia la legittimità giuridica della certificazione, soprattutto in riferimento alle prognosi brevi, mentre è in via di definizione l'emendamento legislativo che corregge l'improprio automatismo tra sanzione amministrativa e sanzione deontologica disciplinare in caso di accertata violazione della norma stessa.

Su nostra pressione il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Renato Brunetta ha emanato una nuova circolare in materia di trasmissione telematica dei certificati di malattia. La Circolare (reperibile nel sito [www.omco.pd.it](http://www.omco.pd.it)), che fa seguito alle indicazioni già diramate in materia, oltre ad

alcune informazioni di carattere operativo, fornisce chiarimenti sull'ambito di applicazione della disciplina (sono esclusi in una prima fase i medici di pronto soccorso), sulla procedura da seguire per le ipotesi in cui sia necessario conoscere oltre alla prognosi anche la diagnosi e in tema di contestazione degli addebiti per violazione dell'obbligo di trasmissione telematica.

In particolare per quanto riguarda il regime sanzionatorio la Circolare dà conto del fatto che l'apposita commissione, istituita per valutare la funzionalità del sistema, ha evidenziato *"segnalazioni di difficoltà applicativa sotto il profilo organizzativo, sia in ambito ospedaliero che territoriale, per le quali vanno previste soluzioni da porre in atto in tempi brevi nella fase di compiuta ottimizzazione"*.

Pertanto, fermo restando l'obbligo dei medici di continuare a trasmettere i certificati per via telematica, *"per il periodo transitorio - sino al 31 gennaio 2011 - durante il quale le più rilevanti criticità dovranno essere affrontate, è opportuno che le Amministrazioni competenti si astengano dalla contestazione degli addebiti specificamente riferiti all'adempimento"*.

Il nostro Ordine ha messo in atto tutte le iniziative tese a evitare che una straripante vocazione alle innovazioni, peraltro di per sé condivisibili in linea di principio, potesse trasformarsi in un ennesimo aggravio burocratico, peraltro gravato da palesi insufficienze tecnico-procedurali e da possibili risvolti ostili alla bontà del rapporto medico-paziente.

Le prime risultanze di questo sistema hanno messo in evidenza frequenti ritardi e veri e propri blocchi di flussi informativi mentre sono tuttora non risolti i problemi connessi alle certificazioni rilasciate dai Medici di Continuità Assistenziale, dai sostituti dei Medici di Assistenza Primaria nonché quelle che dovrebbero rilasciare i Medici Ospedalieri, ragion per cui non è stata affatto abolita, anzi continua in gran parte ad essere utilizzata la procedura cartacea.

La situazione attuale a livello nazionale vede alcune regioni attive nella distribuzione dei PIN di accesso al sistema nazionale predisposto dal Ministero delle Finanze, ma tali procedure sono - almeno fino ad oggi - largamente incomplete e disomogenee.

In ogni caso giova ricordare che il ritiro dei PIN non costituisce di per sé un obbligo in capo al medico, né al momento sono previste sanzioni, atteso che la normativa espressamente prevede tale obbligo solo dopo il 31/01/2011.

Ritengo di dovere ancora chiarire due aspetti connessi alla certificazione *on line* che proprio in questi giorni sono stati oggetto di contrastanti articoli di stampa e di qualche preoccupazione al nostro interno.

Il primo riguarda una possibile difformità tra le procedure di certificazione *on line* rispetto al codice di amministrazione digitale in assenza di firma digitale.

Al momento non possiamo che prendere atto di un disciplinare tecnico del Ministero - e quindi autorevole - che non ne prevede l'obbligo né fa derivare rischi e responsabilità da questa carenza, ma su questa delicata questione ci siamo attivati per conseguire un parere esperto terzo e, ovviamente, altrettanto autorevole.

Per quanto concerne poi la possibilità che il medico debba farsi carico di responsabilità connesse ad una falsa dichiarazione di domicilio da parte del paziente abbiamo già da tempo chiesto e ottenuto un cambiamento del *form* della certificazione che esplicitamente riferisce il domicilio a una dichiarazione del paziente. Al di là di queste restano comunque irrisolte altre questioni altrettanto importanti.

Paradossalmente, a fronte di cospicue riduzioni dei bilanci delle Regioni, viene richiesto alle stesse di finanziare reti informatiche centrali e periferiche; lo stesso dicasi per le possibili vie telefoniche, tutto questo al netto della necessaria individuazione di risorse per il *front office*.

## **IL DECRETO ATTUATIVO DEI NUOVI SERVIZI NELLE FARMACIE**

Credo che le premesse di questa vicenda siano già a vostra conoscenza.

È tuttavia opportuno ribadire alcuni elementi di contesto della vicenda senza i quali rischieremmo di produrre valutazioni astratte e scelte che potrebbero metterci fuori gioco in questa delicata partita. L'attuazione di nuovi servizi (secondo livello) nelle farmacie nasce da un progetto politico che risale ad alcuni anni or sono e che si propone di concretizzare l'obiettivo di trasformare le farmacie in veri e propri presidi sanitari sul territorio, non limitati cioè all'approvvigionamento e alla distribuzione di farmaci e prodotti sanitari.

Questa visione ha assunto maggior vigore perché, a vario titolo, ritenuta idonea e funzionale ad offrire risposte, concrete ed efficaci, all'emergente bisogno di ridistribuire alcune tipologie di servizi sanitari sul territorio sia in un'ottica di razionalizzazione della spesa sia in una prospettiva di miglioramento della qualità e dell'accessibilità di alcuni servizi.

In altre parole i nuovi servizi nelle farmacie vengono prospettati come una delle risposte efficaci e praticabili alla crescente ed incalzante domanda di cure primarie, in particolare quelle dedicate alla cronicità e alle fragilità.

In questo contesto, il problema vero che abbiamo davanti non è solo quello di definire i contenuti e le forme di organizzazione del lavoro di professionisti sanitari nelle farmacie evitando profili di bassa appropriatezza e sicurezza, ma soprattutto quello di tutelare un modello più generale di cure primarie e di servizi sanitari e socio sanitari territoriali in cui altri professionisti finiscono *de facto* per sostituirsi alla figura del medico.

Questo concetto sul quale ritorneremo e che può prestarsi a facili ironie su un presunto arroccamento neo paternalista della FNOMCeO esprime in realtà il bisogno di affrontare le innovazioni della medicina e della sanità attraverso una ridefinizione rigorosa delle relazioni tra competenze, autonomie e responsabilità.

La crescita tumultuosa dei saperi e delle competenze in medicina e in sanità sollecita lo sviluppo di nuovi modelli assistenziali in cui vengono reclutate le autonomie e le responsabilità di vecchie e nuove professioni, comprese quelle di estrazione non sanitaria, i così detti *strangers at the bedside*: quali ad esempio i chimici, i fisici, gli ingegneri, i sociologi.

Questo vorticoso sviluppo di professionalità e professioni che costituisce la base materiale per la consunzione di vecchi modelli di organizzazione fondati su centralismi autoritari, in realtà manifesta un grande bisogno di una *governance* autorevole delle autonomie e delle responsabilità che si faccia carico non dei singoli atti ma dell'intero processo assistenziale al cui centro è posizionato l'interesse primario dei pazienti.

La sanità a cui ci stiamo avvicinando a grandi passi ha sempre più bisogno di esprimere e riconoscere, nella *governance* dei processi clinico assistenziali, il ruolo di una *leadership* funzionale che garantisca l'armonia, l'efficienza, l'appropriatezza, la sicurezza complessiva governando di volta in volta quelle aree grigie di conflitto di competenze che immancabilmente si accendono nelle terre di confine tra le diverse professioni.

Credo che questo ruolo di *leadership* possa e debba sostanziare la moderna funzione di garanzia del medico così che ogni modello clinico assistenziale che pensa di poterne fare a meno rischia di tradursi in una mera somma di prestazioni, fortemente esposte sul terreno dell'inappropriatezza e della bassa efficacia.

Questo è stato il compito che il Comitato Centrale della FNOMCeO ha affidato al Dott. Marinoni e al Dott. Spata che ci rappresentano nel Gruppo di lavoro ministeriale per la stesura del decreto attuativo dei nuovi servizi nelle farmacie.

Gli atti di cui fino ad oggi disponiamo e nei quali siamo stati coinvolti ci dicono ad esempio che è ormai consolidato il fatto che i servizi di secondo livello nelle farmacie possono essere attivati solo dietro specifica prescrizione del medico di famiglia.

Il Gruppo di Lavoro insediato presso il Ministero della Salute ha concluso i suoi lavori predisponendo una bozza di decreto che indica procedure e modalità di attivazione di altri servizi nelle farmacie. Sulla base di questo testo possiamo affermare che il lavoro della FNOMCeO ha prodotto alcuni significativi risultati: uno fra tutti, che non era affatto scontato, è il fatto che non sia consentito ai medici di lavorare all'interno delle farmacie.

Credo che il nostro lavoro pacato e tenace abbia, altresì, definito in modo appropriato le attività della professione infermieristica e dei fisioterapisti che possono essere svolte all'interno delle farmacie in ragione dei rispettivi profili di competenza e di responsabilità.

I decreti sui nuovi servizi sono complessivamente tre: uno che disciplina l'attività di infermieri e fisioterapisti, uno sul CUP e uno sulle prestazioni diagnostico-strumentali di primo e secondo livello. Nel loro insieme questi tre decreti disegnano una farmacia che può legittimamente proporsi come centro territoriale di servizi per la salute, ma al fine di soddisfare alcuni obblighi strutturali si rischia di mettere in difficoltà gli esercizi più piccoli e senza che ancora ci siano risposte certe sulla domanda che più assilla i titolari: chi pagherà per le nuove prestazioni?

### ***INFERMIERI E FISIOTERAPISTI (1)***

Partiamo dal decreto, primo quello che disciplina l'attività di infermieri e fisioterapisti. I primi (gli infermieri) potranno erogare in farmacia, previa prescrizione del medico (e a carico del SSN se la ricetta è rossa, a carico del paziente se la ricetta è bianca) prestazioni quali "il supporto alle determinazioni analitiche" relative agli esami di autocontrollo, medicazioni e cicli iniettivi intramuscolo, attività di educazione sanitaria e iniziative finalizzate a favorire l'aderenza alle terapie; a domicilio del paziente, invece, gli infermieri potranno erogare "le prestazioni rientranti nel proprio profilo professionale" sempre a patto che ci sia la prescrizione del medico. Per quanto concerne i fisioterapisti, i servizi

erogabili in farmacia (sempre previa indicazione del medico) comprendono l'assistenza ai programmi di prevenzione e riabilitazione del paziente, l'attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie e la verifica dell'efficacia della metodologia riabilitativa agli obiettivi di recupero funzionale. Il titolare (o il direttore) è tenuto a garantire che i professionisti sanitari in servizio nella sua farmacia posseggano i requisiti richiesti per legge, così come è sua la responsabilità del coordinamento organizzativo e gestionale dei servizi erogati all'interno del presidio o a domicilio dei pazienti. La farmacia, inoltre, deve rispettare *“tutti gli specifici requisiti relativi ai settori professionali, sanitari e tecnico-strutturali previsti dalla normativa statale, regionale e comunale”*.

Per quanto concerne la retribuzione dei servizi, il decreto demanda alla Convenzione con il SSN il compito di definire *“i principi e i criteri”* per la quantificazione delle tariffe, così come *“i requisiti minimi di idoneità dei locali nel cui ambito le prestazioni sono erogate”*. Finché la Convenzione non verrà rinnovata, in ogni caso, tali requisiti *“sono quelli che le disposizioni di legge stabiliscono per lo svolgimento di attività infermieristiche e fisioterapiche”*.

### ***SANITÀ PARTECIPAZIONE AI SERVIZI DI PRENOTAZIONE (2)***

Il secondo decreto norma la partecipazione delle farmacie ai servizi CUP. Le farmacie che offrono servizi di prenotazione, in particolare, devono assicurare informativa e raccolta del consenso per la *privacy*, verificare l'esistenza della prescrizione e consentire il versamento del *ticket* *“anche mediante sistemi elettronici di pagamento”*. Inoltre, i titolari dovranno dedicare al CUP *“postazioni dedicate con distanze di rispetto”* e adottare tutte le misure previste dalla legislazione sulla *privacy* in materia di trattamento dei dati e responsabile della sicurezza. *“I titolari”* si legge ancora nel decreto *“rispondono degli eventuali errori nel processo di prenotazione, pagamento e consegna referti qualora dovuti a carenze loro imputabili nella gestione del servizio”*. Per quanto concerne la remunerazione del CUP, il testo ministeriale ricalca quanto detto in precedenza a proposito dei servizi infermieristici: sarà la nuova Convenzione a fissare i criteri per la definizione delle tariffe e dei requisiti strutturali, ma in ogni caso *“l'effettuazione dei nuovi servizi non può comportare oneri aggiuntivi per la finanza pubblica”*.

### *PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE (3)*

Più interessante l'ultimo dei decreti, quello sugli esami diagnostici in farmacia. Il testo ribadisce già al primo articolo che le Farmacie non possono dotarsi di apparecchiature che *“prevedano attività di prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti”*. Per quanto concerne invece le prestazioni erogabili dalle farmacie, il decreto divide l'elenco in esami di autocontrollo (prima istanza) e di secondo livello. Tra i primi troviamo i test per glicemia, colesterolo e trigliceridi, i test per la misurazione di emoglobina glicata, creatinina, transaminasi e i test per la misurazione di componenti nelle urine, per la gravidanza, per il P.S.A.. Per quanto concerne invece i servizi di secondo livello, le farmacie possono dotarsi di una gamma di apparecchiature quali bracciali per la misurazione della pressione arteriosa, spirometri, saturimetri da dito e strumenti per la cardiologia (elettrocardiografi) purché in tele collegamento con i centri specialistici accreditati dalle Regioni. Per l'erogazione di tali servizi andranno previsti spazi idonei rispetto alle normative vigenti, *“dedicati e separati dagli altri ambienti, che consentano l'uso, la manutenzione e la conservazione delle apparecchiature in condizioni di sicurezza”*. Inoltre, le prestazioni dovranno essere erogate nei limiti dei rispettivi profili professionali e, a tale scopo, il titolare dovrà redarre un documento - inviato in copia all'Asl competente - nel quale dovrà esplicitare compiti e responsabilità degli infermieri o del personale socio-sanitario in servizio presso la farmacia. Il titolare della Farmacia, infine, sarà anche responsabile della corretta installazione e della manutenzione dei dispositivi così come di eventuali *“inesattezze dei risultati analitici”*. Nulla di nuovo per quanto concerne la retribuzione di tali servizi (ovviamente laddove erogati in regime di SSN): la griglia per i tariffari sarà definita dalla nuova Convenzione, che si preoccuperà anche di stabilire i requisiti strutturali per l'erogazione delle prestazioni.

### **POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: INIZIATIVE E PROVVEDIMENTI DELL'ORDINE**

Abbiamo sottoscritto un accordo con il provider ARUBA per l'attivazione di una casella PEC per i Medici e gli Odontoiatri appartenenti al nostro Ordine professionale valida per tre anni e senza costo alcuno per gli iscritti (all. 1 alla relazione).

La procedura di attivazione, testata presso i nostri uffici, risulta di semplice applicazione.

Abbiamo invitato pertanto i Colleghi ad adeguarsi alla normativa vigente usufruendo gratuitamente di questo servizio che l'Ordine di Padova mette a disposizione facendosi carico interamente dell'onere economico.

La procedura per l'attivazione della casella PEC è la seguente:

Accedere al portale [www.arubapec.it](http://www.arubapec.it)

Cliccare in alto a destra su "CONVENZIONI"

Inserire il codice convenzione: OMCEO-PD-0049

Nella pagina successiva inserire: codice fiscale, cognome e nome

Inserire la propria password (attenzione! È obbligatorio inserire sia lettere, sia numeri, in caso contrario il sistema si blocca)

*SI RACCOMANDA DI TRASCRIVERE E CONSERVARE LA PASSWORD IN LUOGO SICURO, IN QUANTO È GARANZIA DI ACCESSO A UNA CORRISPONDENZA AVENTE VALORE LEGALE!*

Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano ad un iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Padova.

Inserire: indirizzo, telefono, e-mail (funzionante).

Il sistema propone la conferma e le condizioni generali di contratto.

INFORMAZIONI UTILI all'utente PEC:

Terminata la registrazione di richiesta, il sistema Aruba recapiterà automaticamente nella casella e-mail indicata i documenti necessari da compilare e firmare per la sottoscrizione del servizio PEC del professionista.

La casella sarà attivata solamente dopo la trasmissione via fax della documentazione sopra indicata, debitamente compilata, firmata e corredata di fotocopia di un documento di identità in corso di validità al seguente fax 0575/862026.

**Servizio:** la casella di posta certificata standard è da 1 GB e gli allegati sono senza limitazioni.

Il Servizio di assistenza (Help Desk) Aruba è erogato tramite il numero 0575/0500.

Nel caso in cui venisse rilevato un virus il sistema Aruba lo scansiona preventivamente, non consegna e invia una comunicazione di non spedibilità.

SI RACCOMANDA di trasmettere all'ORDINE tramite la PEC solo ed esclusivamente le seguenti comunicazioni:

- segnalazioni e comunicazioni disciplinari/deontologiche;
- richieste parere su pubblicità sanitaria;
- richieste patrocinio eventi;
- istanze iscrizione elenco medici legittimati all'esercizio della psicoterapia;
- richiesta nomine e designazioni per arbitrati;
- comunicazione di inizio/prosecuzione/fine attività al fine del rilascio della professionalità;
- comunicazione variazione direzione sanitaria.

SI INVITA A NON INVIARE ALL'ORDINE TRAMITE LA PEC:

- richieste di certificati d'iscrizione;
- comunicazione di variazione di indirizzo;
- comunicazioni di acquisita specializzazione, master e titoli accademici in generale;
- comunicazioni di inizio attività professionale;
- domande di inserimento in elenchi per le sostituzioni;
- istanze di iscrizione/cancellazione/trasferimento albo;
- richiesta di vidimazione parcelle;
- pratiche ENPAM;
- richiesta contrassegni ordinistici o di accesso alla ZTL;
- quesiti e richieste di informazioni generali;
- richieste di inserimento in elenchi vari;
- comunicazioni da affiggere alla bacheca dell'Ordine.

(in questi casi si invita ad utilizzare l'indirizzo e-mail [info@omco.pd.it](mailto:info@omco.pd.it), o a consegnare la documentazione di persona agli Uffici di Segreteria o tramite il fax 049/872133).

È SEMPRE UTILE TENERE IN CONSIDERAZIONE CHE:

un messaggio PEC è inviabile SOLO a un destinatario che sia possessore di PEC; la PEC consente a chi spedisce di avere la certezza dell'invio e della consegna del messaggio. La ricevuta del gestore costituisce difatti PROVA LEGALE dell'avvenuta spedizione del messaggio.

*TUTTAVIA È UTILE RICORDARE CHE:*

il destinatario di un messaggio PEC può anche non poter leggere il messaggio pervenuto nella sua casella per svariati motivi, anche non dipendenti dalla sua volontà (si rompe il PC o altro).

QUESTA POSSIBILE EVENTUALITÀ COMPORTA CHE IL MITTENTE HA CERTEZZA DELL'INVIO E DELLA CONSEGNA DEL MESSAGGIO, MA NON PUO' AVERE SICUREZZA DELL'AVVENUTA LETTURA E CONOSCENZA DEL CONTENUTO DEL MESSAGGIO DA PARTE DEL DESTINATARIO!

N.B.

Aruba Pec comunicherà con cadenza settimanale sia all'Ordine che alla FNOMCeO gli indirizzi delle caselle PEC attivate.

Pertanto **coloro che sottoscriveranno la PEC con questa modalità sono esonerati dalla comunicazione all'Ordine dell'attivazione della casella PEC.**

Per **coloro invece che sottoscriveranno la casella di posta certificata con altro gestore, corre l'obbligo di comunicare l'indirizzo pec alla segreteria dell'Ordine (fax 049/8721355 o e-mail: [info@omco.pd.it](mailto:info@omco.pd.it)).**

Si ricorda che la casella PEC di questo Ordine è: [info.pd@pec.omceo.it](mailto:info.pd@pec.omceo.it)

#### **ULTERIORI QUESTIONI RELATIVE ALLA P.E.C.**

Proprio in questi giorni ci è pervenuta una richiesta di nostra adesione al progetto del Dipartimento della Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri di uniformare le piattaforme di rilevazione dei dati e di trasferire, poi, su un loro data base i registri PEC che la normativa prevede in capo agli Ordini, ferma restando la loro titolarità in capo agli stessi.

Ferma restando la nostra disponibilità a collaborare in modo attivo e propositivo a questa innovazione, di cui abbiamo dato numerose e sostanziali prove, vorremmo poter meglio ridefinire i ruoli e le funzioni degli Ordini e delle relative Federazioni nazionali che non vorremmo fossero ridotti a meri portatori di dati.

È questo il senso dell'iniziativa che stiamo assumendo verso tutte le Federazioni delle professioni sanitarie, essendo evidente la complessa specificità di tali attività professionali.

#### **RUOLI E FUNZIONI DEL MEDICO NELL'AMBITO DELLE ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALI**

In questi anni, nell'ambito delle autonomie regionali sul piano dell'organizzazione dei servizi sanitari, stiamo assistendo ad un proliferare di progetti assistenziali

che prevedono l'affidamento di nuovi ruoli e compiti alle professioni sanitarie nell'ambito delle équipes.

Queste proposte, per le delicate questioni che sollevano, richiedono nostre puntuali considerazioni sia deontologiche, alle quali richiamiamo i nostri professionisti, che tecnico professionali, per il quale invitiamo il legislatore a una attenta riflessione.

Gli irreversibili progressi della tecnica e i continui avanzamenti della ricerca scientifica in medicina, determinano nell'ambito dell'attività sanitaria percorsi clinico assistenziali sempre più complessi e costosi, che richiedono anche una maggiore e più incisiva cooperazione tra i professionisti del settore. Ciò implica la necessità di coordinamento e comunicazione tra professionisti che hanno competenze e responsabilità diverse.

In più occasioni la FNOMCeO ha messo in rilievo come la crescita esponenziale delle conoscenze in medicina e delle competenze in sanità si sia tradotta in un processo legislativo che, sull'onda della ricerca del consenso e rinunciando al governo vero delle innovazioni, si è limitato a trasferire ogni specificità tecnica emergente in un distinto ordinamento didattico di corso di laurea universitario e in una definizione giuridica del relativo profilo professionale che stabilisce competenze e attività riservate di tale nuova figura professionale.

In tal modo il legislatore ha di fatto risolto la questione istituendo 22 nuove professioni sanitarie, ognuna caratterizzata da autonomia nell'ambito delle proprie competenze, professioni che già si confrontano con altre professioni che hanno da tempo consolidato un loro ruolo nelle attività e nelle organizzazioni sanitarie (biologi, fisici, chimici, psicologi).

Questo insieme di vecchie e nuove professioni operanti in ambito sanitario esercita una forte azione erosiva dei tradizionali ambiti di esercizio della professione medica e odontoiatrica, coerentemente con il possesso di un oggettivo e specifico profilo di competenze esclusive, ma anche conseguentemente a discutibili sovrapposizioni o a surrettizie e inaccettabili sottrazioni di competenze. La preoccupazione non nasce ovviamente da una prospettiva di sviluppo continuo delle competenze e degli *skills* delle professioni sanitarie né da una pregiudiziale ostilità a modelli flessibili di assistenza, ma dal rischio evidente di un uso spregiudicato e opportunistico delle competenze ai fini di realizzare organizzazioni meno onerose di servizi sanitari; una prospettiva *low-cost* che potrebbe sedurre molti, soprattutto quelle amministrazioni in difficoltà con la tenuta dei bilanci.

In questo contesto, acquista significato vincolante l'art. 66 del Codice di Deontologia Medica che, nel promuovere i migliori interessi per i pazienti attraverso la cooperazione di più professionisti, rivendica il rispetto delle competenze entro i limiti oltre i quali si concretizza (art. 67) l'esercizio abusivo della professione.

Fermo restando che non vanno riconosciute a queste nuove professioni sanitarie nuovi profili di competenze avendo questi svolto una formazione *ad hoc* essendo in possesso di titoli universitari conseguiti nell'ambito della Facoltà di Medicina e Chirurgia, a loro volta produttivi di una dignità e di una potestà operativa autonoma “... *nel campo proprio di attività e responsabilità ... sulla base dei contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, ... degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici (Legge 42/1999, art. 1, comma 2)*, non si può del pari consentire una indisciplinata confusione operativa e tanto meno una sostanziale erosione del ruolo e della dignità del medico.

Una sinergia integrativa tra vecchie e nuove professioni sanitarie deve essere comunque rispettosa di una professione, la nostra, garantita e resa specifica dallo Stato attraverso l'abilitazione all'esercizio della stessa.

Non sembra comunque possibile né praticamente esperibile una ulteriore definizione e delimitazione giuridica dell'attività medica specifica ed esclusiva che farebbe vacillare quella *duplice posizione di garanzia* verso lo Stato e verso i cittadini di cui è titolare soltanto il medico, così come riconoscono dottrina e giurisprudenza *in primis* costituzionale (vedi da ultimo la recente sentenza sulla Fecondazione Medicalmente Assistita) e come afferma il Codice di Deontologia Medica, restando pur sempre il medico il protagonista e il primo responsabile delle fasi relazionale, diagnostica e terapeutica su cui si articola la sua attività.

D'altronde, nella prassi assistenziale, specie se esperita in *équipe*, è riconosciuto al medico un ruolo *preminente e come tale garante anche delle scelte praticate dal personale dipendente, con lo specifico obbligo di sorveglianza e di controllo* e con l'assunzione di una responsabilità ad altri non delegabile ma neppure produttiva di impunità per ogni altro operatore che sbaglia (Cass. civ., 16 marzo 2010, n. 10454).

Premesso ciò, ne deriva la inderogabile necessità che ogni percorso o progetto assistenziale riconosca la figura del medico tanto nella composizione dell'*équipe* quanto nel relativo processo funzionale, relazionale e curativo, anche nel quadro

di una responsabilità *in eligendo e in vigilando* che non esclude deleghe strettamente operative, deleghe che devono essere però circoscritte entro limiti di capacità e di fiducia commisurati all'entità del rischio e al rispetto delle esclusive prerogative del medico.

La *leadership* medica (intesa in senso funzionale) è dunque da considerare come presidio di armonia, coerenza, efficienza e sicurezza e come fattore di sintesi e contemperamento di plurime esperienze e specializzazioni professionali, specializzazioni che non possono essere suscettibili di improvvisati assemblaggi.

Nella verosimile impossibilità di pervenire a una definizione e a una distinzione giuridica esaustiva e praticabile, di atto o attività medica ed atto o attività sanitaria sulla base dei contenuti tecnico professionali e delle riserve di competenze, è tuttavia da perseguire l'obiettivo di riconoscere che l'atto medico si caratterizza e distingue per quella potestà, esclusiva e specifica, di formulare diagnosi, prescrivere ed eseguire trattamenti che, nella moderna complessità dei processi clinico assistenziali garantisce una sintesi tecnico professionale che si identifica sul piano operativo come insostituibile espressione di tutela della salute.

Se questa duplice posizione di garanzia del medico, verso lo Stato e verso i cittadini, non è in discussione, la FNOMCeO deve considerare come punto fermo che nessuna delle competenze fondanti questo ruolo possa essere oggetto di inappropriate sovrapposizioni o sottrazioni, costituendo altresì la fonte di legittimazione e garanzia di atti o attività esercitate in autonomia dalle professioni sanitarie, nell'ambito delle proprie competenze. Questa complessità rende necessaria una riflessione ed un confronto attento e rigoroso, fuori e dentro le nostre professioni anche sui risvolti organizzativo-gestionali dei servizi e sui relativi profili di responsabilità, dovendosi garantire unitarietà ed efficienza dei processi clinico assistenziali, pur nel rispetto delle autonomie professionali.

I nostri Ordini professionali sono i naturali portatori di questi interessi peraltro generali e anche in ragione dell'art. 64 del Codice di Deontologia Medica spetta all'Ordine il compito di vigilare e intervenire su tali processi di cambiamento affinché le innovazioni non si riducano a mere derive efficientiste che mirano a ridurre i costi impoverendo i servizi di competenze appropriate, esponendo categorie sanitarie su terreni tecnico professionali non propri, sottraendo ruoli e compiti al medico oltre e contro la sua indiscussa posizione di garanzia e tutela della salute dei cittadini.

Ecco dunque la necessità di approfondire pubblicamente nel rispetto dei rispettivi ruoli professionali i concetti di atto medico e di atto sanitario, concetti che saranno discussi e analizzati in un convegno che l'Ordine sta organizzando per l'autunno di quest'anno.

### **ODONTOIATRIA: UN 2010 RICCO DI NOVITÀ**

L'anno è cominciato con un'intensa attività legata all'annosa questione della lotta all'abusivismo professionale sia medico che odontoiatrico con quest'ultimo in particolare evidenza.

I dati nazionali pubblicati a Roma, in occasione del Consiglio dei presidenti CAO provinciali di dicembre 2009, erano allarmanti nelle cifre (15.000 abusivi presenti in maniera omogenea in tutta l'Italia) ed evidenziavano la chiusura di uno studio ogni tre giorni grazie all'efficiente attività svolta dal nucleo speciale dei carabinieri del Nas.

La grave situazione sia in ambito nazionale che nella realtà locale ha convinto la CAO di Padova a chiedere al Consiglio del nostro Ordine provinciale di compiere un atto formale deciso e assumere una netta presa di posizione nei confronti di coloro i quali, senza alcuno scrupolo, perpetuano tali azioni illegali.

La sensibilità del Consiglio ha fatto sì che si sia concretizzata la scelta della costituzione di parte civile dell'Ordine nelle cause penali intentate contro gli abusivi.

Sicuramente l'operato della CAO provinciale padovana è molto attivo nel comunicare agli organi ispettivi preposti, dopo un'attenta valutazione dei casi, le numerose segnalazioni che l'Ordine riceve per questi reati. Tuttavia i dati allarmanti sia a livello provinciale che nazionale al primo semestre 2010 ci hanno costretto a porre sempre più attenzione e a diventare irreprensibili confidando sulla possibilità di successo nelle nostre azioni.

È stato richiesto con decisione dalla CAO nazionale ai legislatori d'intervenire al più presto nella modifica dell'art. 348 del c.p., che attualmente punisce in modo palesemente insufficiente l'esercizio abusivo delle professioni, senza però avere la forza di vero deterrente.

L'impegno dei NAS e quello dell'Ordine rischia, infatti, allo stato attuale, di essere vanificato da una normativa penalistica non in grado di costituire un vero elemento di dissuasione nei confronti degli abusivi.

Ecco perché si ritiene, in Federazione Nazionale, che si possa proporre ai legislatori la depenalizzazione del reato di esercizio abusivo della professione: non

certo per negare l'assoluta gravità etica, ma per prevedere una sanzione amministrativa e pecuniaria estremamente elevata – da 20.000 a 200.000 euro – con conseguente confisca delle attrezzature che potrebbero essere messe a disposizione del volontariato e delle organizzazioni no-profit.

Ritengo utile ribadire l'importante scelta fatta a livello provinciale e che con grande soddisfazione ci ha visti premiati con il riconoscimento dei danni patrimoniali e morali, nella nostra prima causa quale parte civile costituitasi nei confronti di un abusivo nel luglio del 2010, con un risarcimento di ben 80.000 euro: questa è a mio avviso la strada più efficace quale deterrente per tale piaga professionale e sociale.

### ***STRUTTURE ODONTOIATRICHE "LOW COST"***

Nel giugno 2010 ha suscitato grande clamore la chiusura improvvisa di una clinica odontoiatrica appartenente ad un noto *franchising* nazionale che praticava prestazioni, comunemente dette, a basso costo per i pazienti.

Una moltitudine di dipendenti sia medici che paramedici, ignari quanto i poveri malcapitati pazienti, è stata lasciata senza stipendi e alcun notizia al riguardo mentre gli ultimi son stati letteralmente "abbandonati a se stessi".

In tali casi, dove certamente la magistratura farà il suo corso, anche gli Ordini devono svolgere il proprio ruolo nei limiti e nel rispetto delle leggi e dei dettami del codice deontologico.

È nostro compito quindi avviare una politica di informazione nei confronti dei giovani colleghi che spesso vengono coinvolti in questi incarichi, sfruttando a volte la loro ingenuità, sulle responsabilità penali che la legge attribuisce loro per la vigilanza sulla qualifica degli operatori che lavorano nei centri, nonché sulla diffusione di messaggi pubblicitari distorsivi e ingannevoli e sull'adeguatezza delle strutture sanitarie stesse.

Non possiamo non ricordare che molte istituzioni, prima fra tutte l'Antitrust, ci hanno sempre accusato di corporativismo, "vantando" il principio della libera concorrenza che avrebbe finalmente calmierato i dentisti italiani esosi e privilegiati!

Quanto accaduto è la migliore dimostrazione che non sbagliamo a denunciare i problemi di un'odontoiatria "imprenditoriale", la quale dimentica per ovvie ragioni la natura intellettuale della professione perché si basa sulle regole del commercio e della vendita.

La libertà di scelta da parte del paziente e la tutela della sua salute legata all'indipendenza di scelta terapeutica da parte del sanitario sono un diritto fondamentale che spesso non ci può essere quando lo scopo principale è il profitto!

### ***AUTONOMIA ODONTOIATRICA***

Ritengo si possa affermare, senza nessuna polemica, il diritto di rappresentatività di una professione che conta oggi più di 56.000 iscritti.

Un'autonomia in senso generale sarebbe sicuramente utile ad avere:

- un governo della professione comprendente tutti gli esercenti;
- completa gestione degli aspetti disciplinari;
- piena e indipendente rappresentatività con le istituzioni governative di riferimento;
- fondamentale controllo economico e gestionale dell'attività ordinistica;
- pari opportunità d'accesso ai concorsi nel S.S.N. per l'attività odontoiatrica.

Il confronto avviato all'interno della nostra Federazione sulla diversità delle due professioni, oggi ancora racchiuse in una casa comune, è proseguito nei suoi contenuti senza alcun pregiudizio ideologico nel pieno segno di maturità e responsabilità grazie all'atteggiamento sereno e costruttivo a livello nazionale posto da entrambe le parti e per questo vanno i miei ringraziamenti personali alla collaborazione del dott. Benato.

In occasione dei festeggiamenti per il Centenario degli Ordini di dicembre 2010, data che coincideva anche con l'anniversario dei trent'anni dell'istituzione del corso di laurea in Odontoiatria e del venticinquesimo anno dell'istituzione dell'Albo professionale degli Odontoiatri e della Commissione disciplinare per gli odontoiatri, si è svolto un momento celebrativo e un incontro volto a delineare programmi e strategie di una nuova professione che inevitabilmente si legano alle ipotesi di riforma degli ordinamenti delle professioni sanitarie e delle istituzioni ordinistiche.

Con questo spirito si è riusciti a proporre percorsi comuni e condivisi che dimostrano la capacità dei rappresentanti delle due professioni di tutelare al meglio da un lato la salute dei cittadini e dall'altro la dignità della professione medica e odontoiatrica.

A questo punto speriamo solo che il Governo una volta tanto non ci lasci, come in innumerevoli altre occasioni, con la solita bozza di riforma in mano fuori dall'aula parlamentare quale semplice prova virtuosa e di divertimento delle nostre capacità gestionali, politiche e professionali.

La specificità della professione, che già ha trovato valida attuazione in alcuni ambiti istituzionali, deve riscontrarsi anche nel diritto di rappresentatività nel contesto di norme e regolamenti che governano l'ente di previdenza dei medici ed odontoiatri cioè l'ENPAM; questo in analogia a quanto effettuato da un altro ente, l'ONAOSI, che conferma e rafforza il comune sentire espresso a pieno dal Consiglio Nazionale dei Presidenti degli Ordini e da quello dei Presidenti CAO provinciali.

Un processo che non può non trovare schierata tutta la professione dalla stessa parte, a difesa della dignità della professione stessa, che non può non vedere tutti gli esponenti di associazioni, istituzioni e organizzazioni di settore dividerne i principi.

Questa azione è soprattutto diretta all'interesse di tutti i contribuenti per proporre una soluzione ragionevole e rispettosa dei doveri di tutela dei legittimi interessi dei contribuenti e della doverosa difesa dell'ente.

### ***ACCESSIBILITÀ AI CONCORSI DEL SSN***

È stata portata a livello parlamentare la proposta di abrogazione della norma che nega l'accesso ai laureati in odontoiatria che non hanno conseguito alcuna specialità post laurea ai concorsi per cariche dirigenziali del Servizio Sanitario Nazionale; tale azione rappresenta il giusto riconoscimento della dignità e del valore professionale del corso di laurea in odontoiatria, in particolare oggi che è passato a sei anni di durata formativa.

### ***E.C.M.***

È stato ribadito, una volta per tutte, l'obbligo di aggiornamento anche per i liberi professionisti odontoiatri.

Certamente sarà un impegno gravoso, ma che ci troverà adempienti, fornendo tramite corsi organizzati dal nostro Ordine e dalla CAO provinciale una parte dei crediti formativi necessari.

A livello nazionale stanno facendo pressioni per ottenere almeno la detraibilità totale delle spese sostenute per assolvere a tale obbligo professionale.

### ***LAUREE CONSEGUITE ALL'ESTERO: VERE E FALSE***

Sono state rilevate numerose iscrizioni di cittadini italiani in alcune sedi universitarie estere, principalmente in Spagna e Romania; si sta cercando tramite l'azione del Ministero preposto di verificare l'effettiva formazione ed il rispetto dei canoni comunitari, tuttavia alcuni "laureati" son stati scoperti in possesso di titoli completamente falsi.

Si cercherà anche di concedere ai cittadini italiani che studiano presso Università straniere, la possibilità di trasferirsi in una sede italiana, solo in pochi selezionati e motivati casi, perché è evidente che la loro automatica iscrizione viene a contrastare con il numero programmato che ogni anno viene fissato.

### ***AUTORIZZAZIONI ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ODONTOIATRICA (LEGGE REGIONALE 22-2002)***

Quest'anno è ormai prossimo il rinnovo dell'autorizzazione sanitaria all'esercizio per l'attività odontoiatrica rilasciata dalla nostra Regione.

A livello nazionale, viste le numerosissime difformità applicative nelle varie regioni della legge nazionale recepita con diversi principi nelle varie normative regionali, si sta portando avanti la proposta di uniformare la procedura sotto un'unica norma autorizzativa che preveda però una semplificazione soprattutto negli aspetti meramente burocratici spesso richiesti.

È assodato che l'Italia è lunga e variegata nel suo paesaggio ma risulta a dir poco imbarazzante che colleghi con studi a qualche chilometro di distanza l'uno dall'altro, ma appartenenti a regioni limitrofe, siano sottoposti a richieste e oneri completamente diversi disattendendo il principio di pari dignità professionale per tutti gli iscritti.

### ***PROVA ATTITUDINALE D.LGS. 386 DEL 1998***

Trovo sconcertante che sia stata concessa un'ulteriore edizione della prova attitudinale per i laureati in medicina immatricolati dal 1980 al 1984 la quale rappresenta il frutto di un'anomalia per i laureati italiani e per la quale l'Italia stessa aveva già ricevuto una cospicua sanzione dalla Comunità Europea per mancato rispetto della normativa.

Non voglio entrare nel merito della valutazione dei diritti che questi laureati possano vantare o meno, tuttavia mi auguro che questa sia l'ultima occasione concessa per sanare una volta per tutte questa situazione.

Mi auguro comunque che non venga data in futuro un'ulteriore opportunità perché a distanza di vent'anni dalla laurea questi colleghi, a mio avviso, non si possono improvvisare odontoiatri da un giorno all'altro ed esercitare una professione che richiede una formazione molto specifica e particolare, ben definita oltretutto dalla vigente legislazione.

### **VITA AMMINISTRATIVA – FINANZIARIA DELL'ORDINE**

Come Amministrazione seguiamo con attenzione le problematiche relative alle entrate dell'Ente per poter provvedere alle proposte di conto consuntivo e di bilancio preventivo.

Nel corso del 2010 le difficoltà al recupero dei crediti, hanno trovato pratica soluzione sia grazie all'attività del personale dipendente, cui spetta la responsabilità del procedimento amministrativo, sia grazie all'attuazione di una nuova procedura conciliativa che consente il pronto ravvedimento dell'iscritto moroso.

Nel corso del 2010 sono state recuperate: n. 2 quote di iscrizione relative all'anno 2007, n. 8 quote per l'anno 2008 e n. 30 quote per l'anno 2009 (per un importo complessivo pari a € 5.112,54).

Il problema del recupero dei crediti pregressi, malgrado a livello nazionale l'Ordine di Padova sia da annoverare tra i più efficienti, riguarda comunque una parte marginale: per l'anno 2010, grazie al costante impegno della responsabile del procedimento, rimangono da riscuotere solo 25 quote per un importo di € 3.997,09.

Tutto ciò se ci limita nell'utilizzo di una parte del nostro finanziamento nell'anno in corso comporta un notevole impegno lavorativo che consiste in una costante attività di controllo e verifica, nonché di richiamo agli iscritti morosi, con un conseguente aggravio burocratico.

Recentemente è stata approvata una modifica al regolamento con l'intenzione di rendere più snella la procedura di recupero crediti delle quote di iscrizione non saldate alla scadenza.

In ogni caso la situazione contabile, per quanto riguarda queste quote da riscuotere, può essere considerata fisiologica.

L'Ordine quest'anno ha rinnovato la convenzione con la Società Equitalia Polis in qualità di Concessionario del servizio riscossione tributi di Padova. La predetta Società è incaricata dall'Ordine di riscuotere le quote di iscrizione da ciascun iscritto. La convenzione è strutturata in 17 articoli e ha scadenza triennale. La

riscossione viene effettuata da Equitalia Polis sulla base di liste di carico compilate e consegnate dall'Ente 30 giorni prima della scadenza del pagamento, che per quest'anno è fissato al 28/02/2011, liste che sono fornite dall'Ente su supporto informatico.

### **CONTO CONSUNTIVO 2010**

Si conferma il buon andamento di cassa del 2010 dovuto principalmente a risparmi attuati nell'ambito della convegnistica che, nonostante i numerosi eventi organizzati, ha comportato un esborso molto contenuto afferente ai capitoli di spesa previsti. Va segnalato anche il contributo datoci dalla FNOMCeO per la nostra "Giornata del Medico e dell'Odontoiatra 2010" essendo una manifestazione da annoverare tra le cerimonie del circuito nazionale in occasione delle celebrazioni del centenario della costituzione degli Ordini.

Segnalo anche il contributo erogato dall'ENPAM di 12.000,00 euro che, su mio personale interessamento, è stato aumentato rispetto a quello del 2009 proprio in virtù della gravosa e sempre più impegnativa attività che svolgiamo per conto dell'Ente Previdenziale.

L'Ordine infine non ha provveduto a conferire alcun incarico di Direttore Amministrativo il cui costo, 80.000,00 euro, era inserito nel bilancio preventivo 2010, capitolo di spesa n. 74, oggi residuo attivo.

### **BILANCIO PREVENTIVO 2011**

Questa relazione 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 il Consiglio si trova ad affrontare nel governo di questa istituzione.

La mole di lavoro si è ulteriormente incrementata con la nostra responsabilità anche a livello nazionale, che ha comportato il fatto che alcune tematiche nazionali sono state elaborate e organizzate presso il nostro Ordine professionale. Per raggiungere gli obiettivi che ci siamo prestabiliti e per i quali ci è stato conferito il mandato fiduciario, sono necessari strumenti e lo strumento finanziario è *condicio sine qua non* per qualsiasi scelta politica.

Il bilancio preventivo risponde ai bisogni finanziari necessari allo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Ordine e alla realizzazione di quanto programmato.

L'Ordine di Padova è il più grande per numero di iscritti del nord-est, sia a livello regionale che interregionale.

La stesura delle entrate contributive è stata fatta nel rispetto di linee guida suggerite dalla Federazione Nazionale, che ha sostanzialmente la propria funzione di

indirizzo e coordinamento dell'attività ordinistica provinciale nello svolgimento dei compiti istituzionali.

È stato già chiarito che gli Ordini non ricadono nell'applicazione dei provvedimenti stabiliti dalle disposizioni dell'art. 1, commi 9, 10, 11, 23, 56, 58, 61 della legge finanziaria 2006, provvedimenti che come è noto si applicano alle amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato di cui all'elenco ISTAT (pubblicato in attuazione del comma 5 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311).

In tale elenco infatti, non sono ricompresi gli Ordini né i Collegi Professionali né le relative Federazioni.

Pertanto appare chiaro come la posizione più volte espressa dal nostro Ordine e dalla Federazione Nazionale (vedi comunicazione n. 22 del 21 aprile 2006, comunicazione n. 43 del 14 giugno 2006, comunicazione n. 63 dell'11 settembre 2006) in merito all'esclusione degli Ordini provinciali e della Federazione dal campo di applicazione delle disposizioni della legge finanziaria 2006, trovi conferma e sia rispettosa delle norme di legge a seguito dell'approvazione della manovra finanziaria 2007.

Nella stesura del bilancio preventivo 2011 pertanto abbiamo preso in esame le seguenti problematiche:

- esazione della tassa di iscrizione attualmente delegata a Equitalia Polis mediante una convenzione che è stata rinnovata il 30 novembre 2010 con decorrenza 1 gennaio 2011 con validità triennale e che ci vincola a un esborso di circa 26.000,00 euro all'anno;
- i costi della quota nazionale ovvero della quota che l'Ordine è obbligato a corrispondere alla Federazione Nazionale per ogni iscritto all'Albo Medici Chirurghi o all'Albo Odontoiatri. Attualmente la quota è pari a 23,00 euro/pro-capite sia per gli iscritti ad un albo sia per i doppi iscritti; questa quota potrebbe subire delle variazioni in relazione all'incremento dell'inflazione con ricadute sui costi di gestione della FNOMCeO.

Con questo bilancio preventivo prevediamo comunque un esborso per quote FNOMCeO pari a Euro 163.553,00 più una quota di circa 5.000,00 euro relativa all'ipotesi di nuovi iscritti per l'anno 2011;

- un fondo iniziale di cassa e avanzo di amministrazione al 31/12/2010 di Euro 802.412,00 di cui l'accantonamento relativo al TFR del personale ammonta a Euro 116.138,25. Per quanto riguarda il fondo iniziale di cassa faccio notare come questo sia di euro 802.412,00 rispetto a euro 482.957,00 del fondo iniziale di cassa del bilancio consuntivo 2010 con un incremento su base annuale di euro 318.455,00;

- come è noto la legge n. 2 del 28/01/09 prevedeva che entro il 29/11/09 tutti i professionisti iscritti agli Ordini si dotassero di una casella di posta elettronica certificata comunicando l'indirizzo all'Ordine di appartenenza. Per agevolare le scelte dei nostri iscritti abbiamo ritenuto utile fornire le caselle di posta con un unico dominio fornito dalla FNOMCeO in tutta Italia per tutti gli iscritti. Il costo preventivato per l'amministrazione ordinistica per l'anno 2011 è di euro 10.000,00 (Cap. 75);
- il 2011 è l'anno della scadenza del nostro mandato triennale e in autunno, comunque entro il 31 dicembre, si svolgeranno le elezioni di rinnovo degli organi previsti dal DLCPS 233/1946 (legge di ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie) e dal regolamento attuativo DPR 221/1950. Tale scadenza comporterà dei costi di circa 44.000,00 euro che abbiamo previsto nel capitolo n. 71 del bilancio. Sempre per tale scadenza dobbiamo approntare la pubblicazione degli albi che comporterà un ulteriore onere pari a 20.000,00 euro che abbiamo inserito nel capitolo n. 70;
- dal bilancio è stato eliminato il capitolo di spesa relativo al previsto Direttore Amministrativo per l'avvicinarsi della scadenza del nostro mandato che impone il rispetto delle scelte che potranno essere effettuate dal prossimo Consiglio data la delicatezza della scelta e la necessaria fiducia richiesta tra il Consiglio e l'eventuale direzione;
- abbiamo costituito un nuovo capitolo di spesa in cui sono confluiti gli avanzi di gestione 2010 al fine di creare uno strumento finanziario che ci possa supportare nella realizzazione dell'ampliamento della attuale sede.

L'attività dell'Ordine si sta rapidamente espandendo per il concretizzarsi di tante funzioni che lo dovrebbero rendere un moderno ed efficace strumento per il controllo e la promozione della professione medica e odontoiatrica.

È necessaria inoltre una rivisitazione della collocazione degli uffici sia di *front office* sia di quelli cui afferisce l'attività istituzionale.

Pertanto, 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, nonostante la situazione particolarmente virtuosa del bilancio relativo alla cassa, riteniamo di mantenere inalterata la quota.

Proponiamo per i capitoli specifici di seguito elencati:

- 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 25.000,00 euro;

- Promozioni di iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti: 25.000,00 euro;
- Iniziative volte alla conservazione del decoro e dell'indipendenza della professione: 25.000,00 euro;
- Assistenza tecnica sito web: 23.352,00 euro;
- Servizi amministrativi esterni: 15.000,00 euro;
- Servizio gestione paghe, previdenza del personale 9.175,63 euro;
- Gestione bilancio e contabilità 24.378,00 euro.
- Nell'ambito dei costi emerge anche la spesa per il personale dipendente che ammonta a circa il 300.000,00, 15% di tutte le uscite.
- I servizi esternalizzati ammontano a circa il 5%.

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.

Invariati restano indennità di carica e gettoni di presenza previsti dalle norme regolamentari.

In allegato al bilancio preventivo compaiono gli emolumenti relativi alle indennità di carica e ai gettoni di presenza.

Nella previsione di uscita per questo particolare capitolo è calcolata una cifra comprensiva di 13 mensilità di attività ordinistica che vanno dall'1 dicembre 2010 al 31 dicembre 2011 dovendo contabilizzare il mese del 2010 non saldato.

Le considerazioni su accennate ci portano pertanto a confermare la quota degli iscritti: per l'iscrizione al solo albo medici chirurghi o odontoiatri a 150,00 euro e per i doppi iscritti una quota di iscrizione pari a 275,00 euro.

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