



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

RELAZIONE PROGRAMMATICA 2010

IL PRESIDENTE
Dott. Maurizio Benato

Assemblea ordinaria
30 gennaio 2010

SOMMARIO

CONVEGNI E CORSI DI FORMAZIONE 2010	5
ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA 2009	12
Tenuta dell'albo professionale	12
Della vita dell'Ordine: la stampa.....	13
Organizzazione amministrativa	18
Convegni	19
Attività gruppi di lavoro dell'Ordine	21
Gruppo di lavoro culturale	21
FEDERAZIONE REGIONALE VENETA	22
ALCUNE TEMATICHE PROFESSIONALI.....	23
Formazione medica	24
Ruolo e compiti degli Ordini e dei Collegi nella nuova governance dell'ECM	25
Integrazione ospedale territorio	31
Professione, medicina e sanità	34
Consenso informato e dichiarazioni anticipate di trattamento	37
IL RUOLO DEGLI ODONTOIATRI: QUESTIONE ODONTOIATRICA.....	39
Profilo odontotecnico	39
Odontoiatria italiana tra passato e futuro: dalla formazione all'aggiornamento.....	40
Progetto Nazionale sulla Prevenzione del Carcinoma del Cavo orale.....	41
ECM.....	42
Abusivismo professionale	42
Proposte	42
VITA AMMINISTRATIVA – FINANZIARIA DELL'ORDINE	43
Conto consuntivo 2009	44
Bilancio Preventivo 2010	44

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE DEGLI ISCRITTI

Relazione programmatica 2010

Le proposte di bilancio consuntivo 2009 e di previsione per il 2010 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 2010.

CONVEGNI E CORSI DI FORMAZIONE 2010

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 istitutiva.

1. La celebrazione della "Giornata del Medico e dell'Odontoiatra", manifestazione ormai giunta alla sua 13esima edizione 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.

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 2009 la somma di 3000 Euro al progetto presentato dal Dott. Massimo Dal Bianco "Progetto di cooperazione Socio-Sanitaria, in Sierra Leone".

Nel mese di Febbraio 2010 bandiremo l'ottavo Premio Augusto Colle. Il bando per il 2010 avrà scadenza 30/04/2010. Dopo di che la Commissione esaminatrice valuterà i progetti presentati e indicherà il vincitore.

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

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

In questa cultura deve trovare sempre di più spazio la sensibilità non solo per la fase attiva professionale, ma anche la doverosa premura per il dopo che, come vedremo in futuro, sarà sempre di 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 infatti che, per non spendere troppo o per non tassare troppo coloro che lavorano e devono assicurare una pensione dignitosa ai lavoratori in quiescenza, sarà inevitabile ridurre sempre di più 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. 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" tra settembre e ottobre.

Riteniamo utile, atteso il successo ottenuto negli scorsi anni e data la partecipazione numerosa non solo dei neo-iscritti, riproporlo anche nel 2010.

4. Nel mese di Novembre si terrà il convegno su una tematica professionale di grande attualità dal titolo provvisorio "Essere medico in una società che cambia". Per diversi decenni dell'epoca moderna, il medico era stato il solo garante della buona medicina e aveva deciso autonomamente il comportamento per il malato, per i suoi familiari e per le professioni a lui ancillari.

Nella seconda metà del secolo ventesimo, accompagnata da grandi acquisizioni scientifiche, si modella una nuova forma di organizzazione nello svolgimento dell'attività medica che viene a modificare il rapporto duale medico paziente e con essa la sacralità di questo rapporto i cui principi erano rimasti invariati per secoli.

Lo stato si assume in prima persona la responsabilità e la gestione dei servizi sanitari e regola direttamente il rapporto professionale dei medici sia sul piano dell'organizzazione che sul piano economico, superando il concetto di istituzione deputata al solo compito di pura e semplice legittimazione della professione (fondamento per l'istituzione normativa degli ordini professionali).

Si tratta di una vera e propria laicizzazione della medicina che si configura d'altro canto per un affidamento delle aspettative di cura e sicurezza di salute del cittadino fino allora garantite dal solo medico e dalla sua organizzazione ad altri attori sociali perchè meglio sembrano garantire la riduzione dell'incertezza dei rischi della vita quotidiana.

Le figure al capezzale del malato aumentano e i medici, spesso in una posizione di conflittualità con l'amministrazione pubblica, difendono la loro autonomia professionale in una logica di dominanza sempre più difficile da giustificare e concretamente da realizzare.

Nel contempo la costruzione sociale delle malattie è sostituita dalla costruzione industriale. Paradossalmente i servizi sanitari spendono miliardi di euro contro la malattia, mentre in realtà stanno creando milioni di malati supplementari e vanno scomparendo di conseguenza le persone in buona salute.

Le questioni connesse alla salute acquisiscono un peso sempre più crescente nella società e si assiste al fatto che la medicina pervade la società e la società si consegna nelle mani della medicina.

Sembra che lo "sguardo medico" oltrepassi ogni confine con la conseguenza che sempre più spesso le decisioni con cui sono alle prese i sistemi politici riguardano aspetti direttamente connessi con il corpo umano e con questioni di carattere sanitario.

Ci chiederemo innanzitutto: la medicina conserva ancora una propria capacità di controllo in grado di difendere i propri presidi?

Come si andrà a strutturare questa nuova forma di medici gestiti e gestori?

Può convivere la logica manageriale con la professione medica?

Come dovrebbero cambiare la pratica professionale e la formazione?

Quali soluzioni?

Nell'ambito dello sviluppo professionale continuo, in collaborazione con l'Associazione Medica Patavina che farà da provider, proporremo alcuni simposi scientifici pratici interdisciplinari:

5. Corso sulle malattie reumatologiche di interesse comune: diagnosi precoce e terapia in collaborazione con la cattedra di Reumatologia dell'Università di Padova diretta dal Prof. L. Punzi e curato dalla vicepresidente dott.ssa Agnello.

6. Il 10 luglio 1910 è stata la data della pubblicazione in Gazzetta ufficiale delle Norme per gli Ordini dei Sanitari, che all'art. 1 così recitava: "In ogni provincia sono costituiti gli Ordini dei Medici chirurghi....", Legge 10.7.1910, n. 455.

Scade quest'anno il centenario e sono stato delegato dal Presidente della FNOMCEO Bianco a organizzare una serie di eventi, il principale vedrà la presenza del Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano. In quella occasione

sarà dato grande rilievo anche al volume, da me curato, che è già in corso di progettazione, un prodotto di grande prestigio editoriale, arricchito degli interventi di nomi illustri.

Sono in grado di comunicarvi gli autori con i razionali del saggio che ho loro affidato.

1910 – 2010: Cento anni degli Ordini dei Medici
Volume celebrativo

Prof. G.M. FLICK

Art. 32 della Costituzione: il diritto alla tutela della salute

Prof. Gavino MACCIOCCO

Evoluzione giuridica della tutela della salute nel XX° Secolo: dal mutuo soccorso al diritto costituzionale di cittadinanza (Storia dell'evoluzione giuridica della sicurezza sociale e sanitaria – Il riconoscimento pubblico del diritto all'assistenza sanitaria e socio assistenziale di matrice costituzionale)

Prof. Elio GUZZANTI

L'organizzazione sanitaria: dalle mutue, alle USL, alle ASSL

(istituzione dell'Alto Commissariato per l'Igiene e Sanità Dl 445/1945 Ministero Sanità 296/1958 legge ospedaliera 132/1968 soppressione enti mutualistici 349/1977 assistenza psichiatrica 180/1978 SSN: 833/1978 421/1992, 419/1998 e DL 229/1999) – I rapporti tra politica gestionale e professione

Prof. Marco SORESINA

La politica professionale medica

legge Rattazzi 1862

legge Crispi 1890

I Governi Giolitti

Il fascismo

La Costituzione e i governi Repubblicani dal 46 al 1978 (L.833)

(percorso storico-politico della professione attraverso le posizioni politico-professionali espresse dalle associazioni mediche e dagli Ordini)

Prof.ssa Maria Malatesta

Il riconoscimento pubblico della professione sanitaria: la costituzione e la ricostituzione degli Ordini dei Medici.

La conquista e l'autogoverno dei medici, con Giolitti , la sua riconferma nel dopo guerra, l'ambivalenza tra la rappresentanza della professione pubblica (Ordini) e privata (associazioni e sindacati) - Prospettive per una modernizzazione degli Ordini

Prof.ssa M.Giovanna VICARELLI

Società e professione nel '900

(logica professionale, logica del mercato e logica burocratica a confronto con le profonde trasformazioni che investono il rapporto individuo –società nel corso del 900)

Prof. IVAN Cavicchi

L'atto medico tra il paradigma della malattia e il paradigma della salute

Le grandi trasformazioni avvenute nel XX Secolo nel ruolo del medico, nel ruolo del paziente e nell'oggetto della relazione malattia - salute

Prof.ssa Mara TOGNETTI

Rapporto tra economia, medicina e sanità

L'analisi delle crisi economiche finanziarie, le spinte inflazionistiche le due guerre mondiali (crisi del 1929, Bretton Woods 1959, la crisi petrolifera del 70, le crisi del 97-98, la liberalizzazione dei mercati, gli interventi pubblici nell'economia con le stringenti regolamentazioni, l'indebolimento delle tradizionali forme politiche degli stati nazionali, l'idea di nuovo dirigismo economico) studiati nel rapporto con il diritto alla tutela della salute. Conflitto tra Economia che determina, la società che ne è determinata ma che a sua volta è anche determinante. Filiera della salute pari al 15% del PIL

Prof. Sandro SPINSANTI

Etica e bioetica in cento anni di professione

Dal concetto di "scienza e coscienza" quale unico metro di giudizio della bontà dell'agire medico, alla bioetica che deve confrontarsi e far propria l'etica aziendale o etica dell'organizzazione. L'evoluzione del principio della beneficiabilità assoluta con l'inserimento dei nuovi principi di LIBERTÀ/AUTODETERMINAZIONE, EQUITÀ/GIUSTIZIA

Prof. Augusto PANÀ

Il rapporto duale e la medicina sociale

Dal rapporto duale medico-paziente alla presenza dello Stato che si assume in prima persona la responsabilità e la gestione dei servizi sanitari e regola

direttamente il rapporto professionale dei medici superando il concetto di istituzione deputata al solo compito di pura e semplice legittimazione della professione (fondamento per l'istituzione normativa degli Ordini professionali). La sostituzione del paradigma della malattia con quello della salute con le conseguenti sfide: La professione medica conserva ancora una propria capacità di controllo? È in grado di difendere i propri presidi? Come si andrà a strutturare la nuova figura di medici gestiti e gestori? Può convivere la logica manageriale con la professione medica?

Prof. Paolo Benciolini

La deontologia dai Galatei ai Codici deontologici

(codice di Sassari 1903, codice di Torino, codice unificato del 1924, i codici dalla ricostituzione degli Ordini: l'aggiornamento dei principi deontologici)

Prof.ssa Donatella LIPPI

Una riflessione sul percorso culturale dal Giuramento di Ippocrate al giuramento professionale.

Dal giuramento classico ai contenuti dei giuramenti succedutisi e parte integrante dei codici deontologici.

Prof. Giorgio COSMACINI

Pensiero medico: i paradigmi del '900

(scienza naturale e scienza antropologica; scienza nomotetica e scienza idiografica, "Erklären e Verstehen", casualismo e condizionalismo; la medicina delle evidenze)

Prof. Vito CAGLI

La formazione medica fino alla tab. XVIII

(dalla Facultas Artistarum e laurea in Medicina e Filosofia alla separazione totale fra le due Facoltà negli anni della formazione dello stato unitario italiano: l'influsso del positivismo e lo sviluppo della medicina come scienza naturalistica con le sue criticità nella formazione del medico ante tab XVIII 1985-1986)

Prof. Franco DAMMACCO

La formazione dalla tab. XVIII ai giorni nostri

(l'ordinamento didattico del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia 1985 a oggi con le quattro modificazioni che assumono l'aspetto di un cantiere in continua evoluzione e l'obiettivo di rendere l'insegnamento più efficiente assimilandolo, per

entità e contenuti dell'attività didattica impartita, a quelli adottati in altri paesi dell'Unione Europea: le nuove proposte didattico formative)

Nel contempo sto curando anche la scaletta storica di un cortometraggio che verrà proiettato in occasione della Giornata del Medico Chirurgo e degli Odontoiatri degli Ordini di tutta Italia.

Ho affidato la regia a un prestigioso professionista di Rai 3 che cura la trasmissione “Correva l’anno e la grande storia”.

Proietteremo le prime immagini del nuovo secolo, il ‘900: l’Italia del Giolitti. Cercheremo con le immagini di far comprendere le lotte e le vicissitudini del cosiddetto “risorgimento sanitario” che i promotori dell’Associazione medica italiana intendevano perseguire e che si basava su un cardine fondamentale: la direzione responsabile di un tecnico specifico per ogni articolazione, centrale o locale, dell’amministrazione sanitaria. Questa sorta di «dirigismo scienziista» avrebbe caratterizzato i più importanti dibattiti tra addetti ai lavori e le più articolate proposte di legge prodotte dall’associazionismo medico italiano fin dal Codice sanitario di Crispi, facendo chiaramente trasparire la volontà dei medici (e sotto un profilo subordinato anche degli altri tecnici sanitari) di imporre e difendere, seppure con successivi e progressivi cedimenti, il concetto di delega della gestione della salute pubblica al tecnico-specifico.

Strettamente legati a questo obiettivo ideale generale erano presenti anche i temi della correttezza deontologica tra colleghi, del monopolio professionale e della difesa dell’autonomia del gruppo, attraverso la creazione di istanze di autocontrollo che in qualche modo proteggessero i sanitari dall’incompetente giudizio dell’opinione pubblica. Riporto quanto scriveva a proposito Pietro Castiglioni, uno dei più attivi animatori dell’associazionismo italiano:

“L’associazione ci fornirà i mezzi per difenderci dalle maligne accuse, e farci conoscere a chi reca storto giudizio di noi, l’associazione, ponendoci uno a fronte dell’altro e tutti a fronte del corpo morale, introdurrà tra noi la necessità di osservare più scrupolosamente la moralità delle relazioni tra colleghi, e ne sancirà i principi in modo indiscusso, rendendo pubbliche le nostre azioni, ponendone giudice l’intero corpo dei nostri pari, e giudice del corpo la nazione. [...]. L’associazione [...] darà forza alla nostra voce per richiamare il potere alla vigilanza e alla repressione contro chi, senza titoli e senza responsabilità, alle spese dei creduli e del popolo ignorante, eserciti impunemente l’arte sanitaria”.

E poi la Grande guerra che portò a sublimazione tutte le contraddizioni latenti nella compagine medica italiana, sconvolgendone anche gli assetti e le pratiche associative.

Albo Medici Chirurghi: 135 nuove iscrizioni

34 trasferiti da altre sedi

169 totale

88 cancellati

81 saldo attivo

Albo degli Odontoiatri: 23 nuove iscrizioni

2 iscritti dall'Albo dei Medici (doppia iscrizione)

25 totale

19 cancellati

6 saldo attivo

Nel novero complessivo degli iscritti dobbiamo considerare che 446 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 forte 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 2009, 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 339.178 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*. Prevediamo nel corso del 2010 di rivedere tutto l'impianto del nostro portale, con una azione non solo di *restyling* ma di vera ristrutturazione delle informazioni al fine di renderlo strumento sempre più efficace per l'attività professionale del singolo iscritto.

2) *La News Letter*, che ha visto 12 uscite nel 2009 più 2 scadenziari fiscali, curata dal Consigliere Segretario Dott. De Gobbi. Questo foglio di informazione telematica raggiunge circa 3891 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 edizione è curata dalla Presidenza che si è avvalsa della consulenza e attiva collaborazione del Dr. Mario Conte. Si è rivelata utile nell'informazione spicciola su diverse tematiche: aggiornamento culturale, eventi, scadenze. Sostituisce le vecchie informative previste dai regolamenti come l'indizione dell'Assemblea ordinaria annuale. Grazie al ripristino per legge delle tariffe postali agevolate per gli Ordini professionali, il Bollettino News è strumento molto economico per il Bilancio dell'Ordine.

Contiamo di utilizzarlo a scadenze variabili in relazione alla necessità di raggiungere tutti gli iscritti. Per i lettori viene curata personalmente dalla Presidenza l'informazione previdenziale, rielaborando 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 che è stato ricostituito ed è formato da Bertoli Massimo (coordinatore del gruppo), Agnello Antonella, Berto Ferruccio, Cardin Fabrizio, Fassina Roberto, Maraggia Alberto, Montemurro Domenico.

5) *Conferenze stampa*: tra le attività di stampa voglio ricordare che nel corso del 2009 sono state organizzate 2 conferenze stampa:

- 7 ottobre 2009 - La Federazione Nazionale per 3 giorni a Padova - 15, 16 e 17 ottobre 2009. Si riuniranno a Padova il Comitato Centrale, il Consiglio Nazionale e il Consiglio Nazionale dei Presidenti delle Commissioni Albo Odontoiatri.

- 17 giugno 2009 - Turismo odontoiatrico: ma a che prezzo? una settimana di vacanza low cost con un bel souvenir in valigia o brutte sorprese al ritorno? L'Ordine di Padova lancia l'allarme.

Le Conferenze stampa sono state organizzate dalla responsabile Ufficio Stampa dell'Ordine, dr.ssa Longo, coadiuvata dal collega Dr. Mario Conte, e hanno sempre riscosso un notevole successo favorendo un rapporto positivo e costruttivo con gli Organi di stampa locali (quotidiani e televisioni).

6) *Uscite sulla stampa*: nel corso del 2009, sia grazie alle parecchie 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 57 articoli usciti sulla carta stampata nazionale, regionale e locale per il solo 2009, di cui riportiamo di seguito una tabella riepilogativa.

19 novembre 2009	Dal portale della FNOMCeO	Padova, dal 21 novembre XL Congresso Nazionale della Società Italiana di Neurologia
5 novembre 2009	Corriere Medico	Benato: una medicina consapevole tiene conto delle risorse del SSN
30 ottobre 2009	Dal portale della FNOMCeO	dal 30 all'1 novembre: all'assemblea AIMF. Il dott. Benato relaziona sull'Evidence Based Medicine
27/10 al 2/11/2009	Il Sole 24 Ore Sanità	I cinque principi Fnom per un «medico nuovo»
27/10 al 2/11/2009	Il Sole 24 Ore Sanità	Dentisti contro abusivi e lauree facili - L'allarme lanciato dalla CAO a Padova sui titoli ottenuti all'estero e "spesi" in Italia
23 ottobre 2009	Dal portale della FNOMCeO	Congresso SIMI a Roma: i rapporti tra ospedale e territorio nella relazione di Maurizio Benato
19 ottobre 2009	Dal portale della FNOMCeO	Benato: bilancio del convegno di Padova e prospettive future
18 ottobre 2009	Il Mattino	"Il potere ai medici non ai politici" I camici bianchi esprimono il loro disagio nei confronti del sistema
17 ottobre 2009	ANSA Sanità	FNOMCeO, così "medico nuovo" tra scienza e coscienza
17 ottobre 2009	AGI Sanità	FNOMCeO, ecco i cinque principi del "medico nuovo"
15 ottobre 2009	Corriere del Veneto	Il ruolo del medico per "produrre salute"
15 ottobre 2009	Il Mattino	Ruolo e funzione del medico

14 ottobre 2009	Il Gazzettino	Meno esami per i futuri medici
8 ottobre 2009	Corriere Medico	Una laurea da riformare
8 ottobre 2009	Corriere del Veneto	Fine vita, i medici: "Scelta del malato e nostra"
8 ottobre 2009	Il Mattino	Benato: no agli interventi legislativi
8 ottobre 2009	Il Padova	Testamento biologico parte la mediazione
8 ottobre 2009	Il Gazzettino	"La decisione è solo di chi cura il malato"
25 settembre 2009	Dal portale della FNOMCeO	Quando la Sanità fa notizia: speciale Bari (ma non solo)
22-28/09/2009	Il Sole 24 Ore Sanità	Fnomceo: "Diventare medico? E' una corsa ad ostacoli
24 settembre 2009	Dal portale della FNOMCeO	Interviste: Benato presenta il convegno FNOMCeO-Ordine di Padova "Pensare per la professione"
22 settembre 2009	Dal portale della FNOMCeO	Relazione del vicepresidente FNOMCeO M. Benato dal titolo "Considerazioni sul processo formativo dei laureati in Medicina e Chirurgia: attese degli Ordini professionali", presentata nel corso del Workshop FNOMCeO a Bari
22 settembre 2009	Dal portale della FNOMCeO	OMCeO Padova: un autunno ricco di appuntamenti
21 settembre 2009	Giornale del Medico	L'università secondo FNOMCeO
15 settembre 2009	Dal portale della FNOMCeO	interventi Cernobbio: le presentazioni di Benato, Peperoni e Conte
14 settembre 2009	Dal portale della FNOMCeO	interviste Bari: Università, le parole di Benato sulle attese degli ordini professionali
20 agosto 2009	Il Gazzettino	Solo l'alleanza terapeutica tra dottore e malato alla base della difficile scelta sul fine-vita
luglio 2009	Dal portale della FNOMCeO	Avvenire Medico: Per la qualità della professione - Intervista a Maurizio Benato, vicepresidente della FNOMCeO
2 agosto 2009	il Gazzettino	Pillola abortiva, dicono no otto medici su dieci
28 luglio 2009	Il Giornale	"Ma quali contagi: seguiamo regole ferree"
18 luglio 2009	Il Gazzettino	Nel 2020 in pensione mille camici bianchi e già mancano pediatri, radiologi e anestesisti

16 luglio 2009	Dal portale della FNOMCeO	Intervista al Vicepresidente della FNOMCeO M. Benato a margine della presentazione di un volume sulle prospettive della medicina convenzionata - L'Assistenza Primaria, percorso obbligato per la sostenibilità del SSN
29 giugno 2009	Il Mattino	Dentisti contro l'odontotecnico. Ordine dei Medici costituito parte civile in un processo per la prima volta
17 giugno 2009	Il Gazzettino	Turismo odontoiatrico - Vacanza low cost, vitto, alloggio e protesi comprese. Ecco i danni degli interventi eseguiti in Romania
16 giugno 2009	Il Mattino	I medici: «Niente Stato fra medico e paziente»
10 giugno 2009	La Repubblica	2024, il sorpasso per i medici in corsia il futuro è donna
maggio 2009	a cura dell'Ufficio Stampa FNOMCeO	"Immigrazione e sanità: intervista a Maurizio Benato"
aprile 2009	L'Inkredibile	Medicina veneta verso il domani - Padova, nuovo ospedale di ricerca
7 aprile 2009	dal portale della FNOMCeO	"Globalizzazione - Patologie emergenti e riemergenti", convegno alla Camera il 9 aprile
7 aprile 2009	dal portale della FNOMCeO	Convegno SIMI Triveneta il 17 aprile: intervorrà anche Maurizio Benato
28 marzo 2009	Il Mattino	«Il nuovo ospedale è un colosso, costerà come il ponte di Messina»
27 marzo 2009	Il Gazzettino	Mancano i medici: cento posti in più in facoltà
20 marzo 2009	Gazzettino Nord Est Sanità	Primo piano Sale l'aspettativa della salute? Sì, e anche quella della vita
20 marzo 2009	Gazzettino Nord Est Sanità - Primo piano	Presunzione di innocenza - Tra medico e paziente deve tornare il sereno
17 marzo 2009	dal portale della FNOMCeO	Amedeo Bianco, rieletto all'unanimità Presidente della FNOMCeO, lancia il ruolino di marcia per il prossimo triennio
10 marzo 2009	Doctornews	Bianco confermato presidente della Fnomceo
12 febbraio 2009	Corriere Medico	Più marcata l'identità medica

12 febbraio 2009	Corriere Medico	Alla medicina serve l'approccio di genere
12 febbraio 2009	Corriere Medico	La deontologia insegna il rispetto di tutti
12 febbraio 2009	Corriere Medico	Denuncia pazienti clandestini: i veri medici non tradiranno - La deontologia insegna il rispetto di tutti
10 febbraio 2009	dal portale della FNOMCeO	Il medico e la menopausa: simposio SIM ad Abano Terme
6 febbraio 2009	Il Mattino	Benato "È nostro dovere curare chiunque"
6 febbraio 2009	Il Gazzettino	Chirurgia plastica, a Nordest una donna su tre vorrebbe "rifarsi"
6 febbraio 2009	Corriere del Veneto	I medici possono denunciare i clandestini. "Non lo faremo"
3 febbraio 2009	dal portale della FNOMCeO	Primo congresso nazionale sulla medicina di genere
gennaio 2009	dal portale della FNOMCeO	Benato su ambiente e salute: in primo piano il ruolo del medico di famiglia
11 gennaio 2009	La Difesa del Popolo	Specializzandi di medicina in lotta per la previdenza

ORGANIZZAZIONE AMMINISTRATIVA

Gli uffici di Segreteria sono organizzati in due maxi-aree: l'Area Utenza individuata nell'ufficio di Segreteria del piano terra, avente come obiettivo prioritario la soddisfazione dell'utenza nelle richieste ordinarie a breve-media risoluzione, 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. Le due aree sono coordinate dalla posizione funzionale apicale, Dr.ssa Longo.

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.

Atteso che 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 e

biennio economico 2006-2007, l'Amministrazione si impegna a definire e sottoscrivere entro quest'anno il nuovo Accordo Integrativo di Ente.

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

Voglio ricordare in questa sede e segnalare che i carichi di lavoro per tutto il personale sono aumentati di molto, sia per un incremento di funzioni richieste all'Ordine, sia per 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 la segreteria Affari Generali 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 2009 si sono tenute le seguenti manifestazioni

- "Assemblea ordinaria degli iscritti" (14/02/2009)
- "Gli ormoni sessuali nella pratica medica" (6-13-23/05/2009)
- "Giornata del Medico e dell'Odontoiatra" (23/05/2009)
- "Radioprotezione in radiologia odontoiatrica" (6/06/2009)
- "Il consenso alle cure nei pazienti incapaci. L'accanimento terapeutico, l'eventuale sospensione delle cure" (20/06/2009)
- "Il medico di medicina generale, l'internista ed il paziente con problemi psichiatrici" (26/09/2009)
- "Aspetti deontologici e normativi di interesse medico e odontoiatrico" (03/10/2009)
- "Learning medical English" (due corsi paralleli di trenta ore ciascuno dal 6(7)/10/2009 al 16(17)/03/2010)
- "Corso di ortopedia: malattie articolari croniche" (7-21/10, 4-25/11, 9/12 2009)
- "Pensare per la professione" (16-17/10/2009)

- “Odontoiatria italiana tra passato e futuro: dalla formazione all’aggiornamento continuo” (17/10/2009)
- “Il dolore pelvico cronico: diagnosi differenziale e nuovi approcci terapeutici” (7/11/2009)
- “Medici di famiglia e odontoiatri: due professioni un unico paziente” (14/11/2009)

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, in collaborazione con l’Associazione Medica Patavina in qualità di *provider*, di cui è Presidente la dott.ssa Digiacomò, Consigliere dell’Ordine, una serie di convegni e corsi.

Al fine di dare la misura dell’impegno ordinistico nell’organizzazione e accreditamento di tali eventi, va evidenziato l’importante contributo dato dal Dr. Mario Conte, nostro dipendente, che si occupa non solo di dare consulenze agli iscritti in materia di ECM, ma di accreditare tutti gli eventi organizzati dall’Ordine e dalle Associazioni che hanno sede presso il nostro Ente.

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.

data	titolo	Crediti ECM assegnati
dal 6-05-2009 al 23-05-2009	Gli ormoni sessuali nella pratica medica	9
6-06-2009	Radioprotezione in radiologia odontoiatrica	4
20-06-2009	Il consenso alle cure nei pazienti incapaci. l’accanimento terapeutico, l’eventuale sospensione delle cure	5
26-09-2009	Il medico di medicina generale, l’internista e il paziente con problemi psichiatrici	4
03-10-2009	Aspetti deontologici e normativi di interesse medico e odontoiatrico	4
dal 6-10-2009 al 16-03-2010	Learning medical english	13 + 13 (riedizione)
dal 7-10-2009 al 09-12-2009	Corso di ortopedia: malattie articolari croniche	10
dal 16-10-2009 al 17-10-2009	Pensare per la professione	4

17-10-2009	Odontoiatria italiana tra passato e futuro: dalla formazione all'aggiornamento continuo	3
7-11-2009	Il dolore pelvico cronico: diagnosi differenziale e nuovi approcci terapeutici	5
14-11-2009	medici di famiglia e odontoiatri: due professioni un unico paziente	6

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 80 crediti formativi nel solo anno 2009. Segnalo che per l'anno 2009 ammontano a 50 i crediti ECM richiesti per il 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, Agostino Paoletta, Luisa Pistollato, Massimo Scanarini.

Anche nel corso del 2009 le attività proposte dal gruppo sono state 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 E N S E M B L E in RECITAL POETICO MUSICALE "VOCI E SUONI" i cui testi sono stati scritti da (in ordine alfabetico): M. Andretta, S. Costanzo, V. De Cunzolo, R. Fassina, G. Gazzaneo, G. Lenci, M. Scanarini, elaborazione per la scena e regia FILIPPO CRISPO, tenutosi Giovedì 15 ottobre 2009 presso l'Auditorium Centro Culturale Altinate San Gaetano, Padova.

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.

"COSE CHE NON ACCADONO MAI" (Storie, immagini, e versi diversi)

"LA SALUTE IN MOVIMENTO" (Una palestra a cielo aperto)

"FILOSOFIA DELLA MEDICINA"

Per il 2010, su proposta della Dott.ssa Costanzo prontamente accettata e condivisa dalla Commissione Culturale, è in programma in collaborazione con l'Assessorato alla Cultura del Comune di Padova una Mostra di Scultura dal titolo "IL CORPO DELLO SPIRITO". Sarà possibile visitare la mostra, la cui inaugurazione avrà luogo sabato 6 marzo 2010 alle ore 18.00, dal 6 al 28 marzo 2010 presso la Sala Samonà - Banca D'Italia - Padova.

Le opere esposte sono esclusivamente di artisti medici iscritti all'Ordine della provincia di Padova.

Segue una tabella riassuntiva dei gruppi di lavoro che nel 2009 hanno lavorato attivamente.

Gruppi di lavoro	Coordinatore	Referente amministrativo	Obiettivi
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	Conte Mario	Affrontare le problematiche comuni alla libera professione e pubblicazione questionario
GRUPPO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Agnello Antonella	Gazziero Giovanna	Pubblicazione quaderno su "Indicazioni e procedure per esami di endoscopia digestiva"
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

In data 21 settembre 2009 si sono tenute, presso la sede dell'Ordine di Venezia, le nuove elezioni per il rinnovo degli organi statutari della Federazione Regionale degli Ordini del Veneto.

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 composto dei gruppi di lavoro in cui sono stati individuati i componenti:

	DELEGATO COORDINATORE	COMPONENTI
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 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. Bovolin 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, l'ultimo dei quali "Pensare per la Professione" si è tenuto a Padova in Ottobre.

FORMAZIONE MEDICA

La formazione dei medici rappresenta un settore strategico imprescindibile per l'Ordine professionale.

Pensiamo infatti che non possa essere delegabile ad altre istituzioni il controllo e il coordinamento di quel complesso processo che è la formazione *tout court* assieme al controllo e alla verifica di mantenimento delle competenze del medico.

È in questo modo che concretizziamo il significato di garanzia per il cittadino della qualità dei professionisti iscritti agli albi per non scadere ad un ruolo puramente notarile e burocratico della professione.

Il continuo progresso della scienza medica sotto diversi profili, da quello scientifico a quello tecnologico, reclama l'esigenza di adeguare le nostre conoscenze, le competenze e con esse le abilità. Soprattutto queste ultime, che caratterizzano fortemente la divisione del lavoro, supportate fortemente dalla dotazione tecnologica disponibile, impongono una formazione sempre più efficiente e attinente alla domanda di salute.

La nostra proposta si basa su presupposti etici e manageriali:

- la già ricordata necessità di analizzare e comprendere i bisogni attuali ed emergenti del paziente, sia come individuo che come cittadino inserito nel proprio ambiente di relazioni sociali ed economiche;
- la necessità di valorizzazione concreta dei settori della prevenzione e della promozione della salute, anche nei loro aspetti accademici e scientifici tradizionalmente poco curati.

Questi presupposti reclamano nuove soluzioni:

- favorire la creazione di un ambiente di studio e apprendimento inter e multidisciplinare, con l'adozione di tecniche e tecnologie didattiche per superare le obsolete oligarchie didattiche formali;
- inserire quelle innovazioni di contenuto che permettano il raggiungimento di nuove competenze da parte degli operatori sanitari la cui organizzazione è ora per lo più portata al lavoro in equipe.

Il ruolo che la sanità pubblica svolge nel nostro paese esige inoltre una formazione che si deve misurare con nuove definizioni, nuovi orizzonti e legittimazioni che riformano il concetto essenziale della stessa medicina non più solo rivolta alla persona ma anche alla società.

Ciò impone alle facoltà di medicina di rivedere i *curricula* di studio e specializzazione, non più rispondenti ai nuovi bisogni e alle nuove competenze

richieste, per assicurare la corretta gestione dei servizi sanitari e un prodotto professionale di qualità, rilevante per i bisogni di individui e collettività.

Il medico deve in sintesi essere capace di gestire i nuovi bisogni di salute che i cambiamenti scientifici, tecnologici, demografici e socio-economici stanno costruendo, modificando il sistema sanitario a ritmi assai celeri.

Tali requisiti originano, come ho già ricordato, da una rilettura critica e aggiornata della relazione medico-paziente, ora sempre più cliente, in cui l'alleanza terapeutica si è trasformata in un partenariato basato su valori tradizionali della prassi medica cui si aggiungono la competenza, la creatività e lo spirito critico che determina la curiosità scientifica e la ricerca continua del meglio, senza dimenticare la capacità di difendere il debole, l'escluso, il marginale.

Il contratto implicito che lega il medico al proprio paziente-cliente va pertanto reso esplicito e la legittimazione va asseverata dalla politica che ha il compito di ricordare i diritti, ma anche i doveri, del cittadino utente.

RUOLO E COMPITI DEGLI ORDINI E DEI COLLEGI NELLA NUOVA GOVERNANCE DELL'ECM

Lo scenario in cui si dibatte la medicina non è solo caratterizzato dall'evoluzione di carattere scientifico e tecnologico, ma sempre più evidente è il ruolo del contesto sociale che si presenta mobile e incerto per le turbolenze indotte dalle trasformazioni sociali ed economiche che tra l'altro non sono circoscritte ma globali.

Le conseguenze che ci ritroviamo ad affrontare sul piano attuativo sanitario, si traducono nella richiesta di sistemi a elevata razionalità tecnica e complessità organizzativa, per cui gli operatori di salute devono riposizionare le risposte professionali e organizzative in una logica di governo complessivo per essere efficaci sui determinanti di salute.

Ecco allora la centralità del processo di formazione continua dell'aggiornamento professionale che in una visione di "*clinical governance*" ha voluto riconoscere come elemento chiave la cultura che valorizza il "*lifelong learning*" e il contributo che questo gioca ai fini del miglioramento continuo della qualità.

Si tratta insomma di un processo che costruisce opportunità per i professionisti e che permette loro di riflettere sul proprio agire professionale favorendo l'accoglimento di nuovi saperi, la loro rielaborazione, la loro sperimentazione nell'attività quotidiana quale condizione per sostenere la modificazione dei comportamenti professionali e organizzativi. Non si tratta di una manutenzione solo tecnica, ma di un supporto allo sviluppo di sistemi di competenze per esercitare pienamente in un determinato contesto sociale.

Il nuovo professionista medico deve saper governare un ambiente ad alta intensità di lavoro, altissimo livello di scolarizzazione e conflitto interprofessionale e pertanto deve continuamente acquisire nel suo bagaglio culturale la conoscenza di tecniche di gestione assai complesse che non hanno eguali in altri settori.

Il lavoro di gruppo, l'approccio multiprofessionale, la *leadership* come capacità di ricomporre in un quadro unitario autonomie professionali forti e in relazione reciproca potenzialmente conflittuale sono, di certo, elementi essenziali e penso non ancora sufficienti per determinare un miglioramento del servizio prodotto dalle organizzazioni sanitarie.

L'ECM viene oggi indicata pertanto come uno degli elementi costitutivi dei servizi di tutela della salute, avendo come obiettivi la promozione della qualità, dell'appropriatezza, dell'efficacia e della sicurezza delle attività sanitarie.

Il grande merito dell'ECM è quello di aver prima sollecitato e poi mantenuto alta l'attenzione del *management* e dei professionisti sul valore della formazione che, in questi sette anni di sperimentazione, sempre più si è orientata verso gli strumenti e le finalità dello Sviluppo Continuo Professionale promuovendo anche la ricerca di nuove metodologie formative (la formazione sul campo, la valorizzazione delle attività professionali, gli *audit*, le revisioni tra pari, la FAD) in grado di cambiare le *performance* professionali, migliorare gli *skills* e quindi incidere sulla qualità degli *outcomes*.

Il periodo di sperimentazione presenta come sempre alcune approssimazioni organizzative e gestionali che toccano sia il livello centrale che periferico, presenta spesso il sovrapporsi di scelte politiche confuse sui ruoli e compiti degli attori in campo e soprattutto poi in un periodo di scarse risorse, la povertà delle risorse dedicate.

Il sistema ha comunque ricevuto una spinta formidabile "dal basso" che si è concretizzata in una straordinaria mole di eventi prodotti da migliaia di *provider* con milioni di presenze da parte dei professionisti.

Certamente ha giocato la molla della previsione dell'obbligo di acquisire crediti, ma per noi è anche testimonianza soprattutto del perseguimento di un autonomo e responsabile valore profondamente radicato nella nostra cultura e nella nostra etica professionale.

Ecco perché noi affermiamo che la Formazione Permanente, soprattutto quando assume le caratteristiche di uno specifico obbligo normativo, deve essere ed essere percepita dai professionisti coinvolti come equa, accessibile, efficace e trasparente.

E tali caratteristiche possono solo essere garantite all'interno di un processo che prevede una chiara definizione dei ruoli e dei compiti di tutti i soggetti che

intervengono nelle attività formative con la massima trasparenza delle procedure e delle regole che governano l'intero sistema.

E questo, se vogliamo, è sempre stato presente nello spirito e nella lettera della norma fondante, ovvero il D.lgs. 229/99, anche se sappiamo va incardinato nel nuovo assetto istituzionale, derivante dalla modifica del Titolo V della Costituzione.

Per noi gli Ordini, i Collegi, le Associazioni accreditate e le rispettive Federazioni Nazionali devono collocarsi quali soggetti abilitati a una funzione terza di rappresentanza e garanzia dei professionisti sia verso i cittadini che le istituzioni e per i professionisti nei riguardi dei poteri conferiti alle autorità sanitarie.

Se la collocazione nazionale della FNOMCeO è oramai ben chiarita, basti pensare alla funzione primaria esercitata anche recentemente sulla:

- Definizione requisiti e accreditamento dei provider pubblici e privati;
- Sviluppo e ricerca sulle metodologie innovative della Formazione;
- Valutazione e *reporting* della qualità e accessibilità delle attività formative;
- Indicazione e sviluppo degli obiettivi formativi nazionali e coordinamento di quelli regionali,

mi preme ricordare la decisione da noi presa di prevedere i criteri di incompatibilità di funzioni e ruoli in capo ai vari attori della formazione al fine di dare trasparenza alle procedure evitando conflitti d'interesse.

In deroga a tali principi di incompatibilità, gli Ordini e i Collegi possono assumere dirette funzioni di *provider* nell'ambito delle discipline umanistiche e cioè l'etica, la deontologia, la comunicazione etc., anche attraverso la diretta gestione di progetti nazionali e regionali di formazione su tali materie. Una possibile scelta degli Ordini e Collegi territoriali di operare quali *provider* su tutto lo spettro dell'offerta formativa, deve essere resa compatibile con gli altri ruoli e funzioni, ad esempio di programmazione e verifica, al fine di evitare conflitti d'interesse.

Altra funzione a nostro avviso importante è la registrazione e certificazione dei crediti acquisiti dai professionisti in sede nazionale e regionale, secondo procedure informatizzate e standardizzate. A tale riguardo il Co.Ge.A.P.S., (Consorzio per la Gestione dell'Anagrafica delle Professioni Sanitarie facente capo alle Federazioni Nazionali degli Ordini, Collegi e Associazioni Professionali accreditate) avendo concluso, con il pieno conseguimento dei risultati, la sperimentazione avviata con il Ministero della Salute su tali specifici obiettivi, va promosso al ruolo di gestore della Anagrafica Nazionale dei crediti formativi. Questa struttura deve concretizzarsi sempre di più come soggetto strumentale delle Istituzioni professionali che l'esprimono, assolvendo non solo la funzione "notarile" propria degli Ordini e Collegi, ma per costituire anche il riferimento per tutti i soggetti pubblici (Regioni, Aziende Sanitarie, Ministero della Salute, Enti di

ricerca, ASSR, ISS, Università, ISPESL, CCM etc) aventi specifici obblighi o interessi di funzioni e compiti in materia.

Per quanto riguarda l'assoluta autonomia organizzativa e gestionale prevista in capo alle Regioni, riteniamo comunque indispensabile che vengano individuati anche a tali livelli, organi di *governance* della Formazione Permanente con caratteristiche e compiti analoghi a quelli previsti per il livello nazionale.

In particolare nella Commissione Regionale ECM il carattere paritetico deve poter realizzarsi tra esperti designati dalla Regione ed esperti designati dagli Ordini e Collegi della Regione, con funzioni e compiti che sono quelli ora presenti a livello nazionale.

Per noi i destinatari dell'obbligo della Formazione Permanente sono tutti gli operatori sanitari che direttamente operano nell'ambito della tutela della salute indipendentemente dalle modalità di esercizio dell'attività, compresi dunque i liberi professionisti.

Nei fatti è evidente che un eventuale obbligo per i liberi professionisti, di per sé non previsto dal D.lgs 229/99, deve fondarsi su alcune precise garanzie normative e agevolazioni sui costi sopportati. Ad esempio le rappresentanze istituzionali dei liberi professionisti (Commissioni di Ordini e Collegi già esistenti o allo scopo individuate) dovranno essere le uniche autorità abilitate a programmare, gestire e valutare le attività formative anche nella individuazione delle coerenze con gli obiettivi nazionali e regionali.

Parimenti dovrebbe essere diversamente individuato il debito complessivo dei crediti e la composizione del *portfolio*, infine attivate norme di defiscalizzazione degli oneri sostenuti.

Per quanto riguarda i premi e le sanzioni, questi aspetti del sistema sono correlati alla previsione di un obbligo legislativo, in capo sia al singolo operatore, sia alle Aziende pubbliche e strutture private accreditate (criterio per l'accreditamento istituzionale e convenzionale), sono al momento largamente indefiniti, avendo assunto più le caratteristiche di requisiti e titoli, ad esempio concorsuali, che non di motore di sviluppo di percorsi professionali.

Per noi è comunque da scartare ogni ipotesi di attribuire all'ECM il compito di rivalicare l'abilitazione all'esercizio professionale, potendo al massimo rappresentare uno degli elementi costitutivi la più complessa e articolata valutazione tecnico professionale di ciascun operatore.

Dunque la netta prevalenza delle motivazioni professionali su quelle economiche o di carriera, di premio o di sanzione (praticamente inesistenti), costituisce un'ulteriore argomentazione per quanti, come noi, ritengono che la *compliance* dei professionisti al sistema formazione, si realizza soprattutto attraverso il loro pieno

coinvolgimento nelle decisioni e nella gestione costituendo uno dei pilastri del progetto di governo clinico.

Veniamo ora ai problemi didattici da noi molto sentiti.

Spesso a fronte di una crescita numerica degli eventi ECM accreditati, la loro qualità formativa si è rivelata in molti casi modesta per varie ragioni, le principali delle quali possono riassumersi nelle seguenti:

- gli approcci pedagogici sono stati prevalentemente tradizionali, per lo più realizzati in convegni tecnico-scientifici con la trasmissione “frontale” di nozioni, mentre molto meno diffusa è stata l'utilizzazione di metodologie didattiche interattive, rivolte a piccoli gruppi di discenti impegnati nella costruzione della conoscenza grazie al confronto tra pari;
- la valutazione della qualità formativa degli eventi proposti non ha trovato strumenti capaci di misurarne credibilmente l'efficacia in termini di crescita professionale;
- complessivamente distorta è stata la percezione delle finalità e della dinamica del processo formativo da parte dei suoi destinatari: l'acquisizione dei crediti è diventata in molti casi l'unico scopo dei «formandi», scopo separato e indifferente rispetto alla qualità effettivamente professionalizzante della formazione offerta;
- modelli differenti di ECM si sono sviluppati in diverse regioni con alcuni apporti interessanti, con l'avvio in alcune sedi anche della formazione sul campo e della formazione a distanza e non si fa sentire l'attività di coordinamento nazionale e di collaborazione tra Regioni (nonostante i tentativi della Conferenza Stato-Regioni), con il conseguente spreco di risorse umane e materiali.

L'accordo dell'agosto 2007 Stato-Regioni ha aperto un nuovo scenario e nell'occasione ci si è assunti l'impegno di un rilancio e di un riordino del sistema ECM, alla luce delle esperienze sviluppate nel quinquennio di sperimentazione. Ci sono importanti novità e opportunità per un forte sviluppo della formazione per tutti gli operatori sanitari.

Innanzitutto è sancito l'obbligo della formazione continua per tutti gli operatori sanitari, sia dipendenti, sia convenzionati con il SSN, sia liberi professionisti.

È prevista la valorizzazione di metodologie di formazione non più limitate alla sola “formazione residenziale” (corsi, convegni, seminari ai quali sostanzialmente ha fatto riferimento quasi esclusivamente il programma ECM nazionale del precedente quinquennio), ma maggiormente legate agli aspetti peculiari dei processi cognitivi e psicologici che caratterizzano l'apprendimento degli adulti, valorizzando la concreta esperienza dei professionisti e le nuove tecnologie: viene quindi introdotta la formazione sul campo, la formazione a distanza, e la formazione *blended*, che può utilizzare diverse metodologie formative tra di loro integrate.

Viene sottolineato, soprattutto, il ruolo di «governo» della formazione che deve essere assunto dalle aziende sanitarie.

È a questo livello, infatti, che può e deve realizzarsi concretamente quell'incontro proficuo e produttivo tra sviluppo professionale dei singoli, modifiche dei contesti organizzativi e miglioramento dell'assistenza sanitaria; è nel luogo in cui i professionisti vivono e lavorano che possono concretizzarsi le relazioni con l'organizzazione e l'uso appropriato della formazione, in una logica di corretta "manutenzione" della risorsa fondamentale del SSN che è costituita dalle risorse professionali.

Tra le novità più interessanti del nuovo programma nazionale ECM va segnalato, oltre alle novità sopraelencate, anche l'introduzione del Dossier formativo, individuale o di gruppo, come strumento di programmazione, di rendicontazione e di valutazione a livello individuale o di equipe o di gruppo professionale, che si dovrà affiancare agli altri strumenti di pianificazione e valutazione aziendali (Piani formativi aziendali e Rapporti formativi annuali).

Infine salutiamo favorevolmente l'altro grande elemento di novità che è il modello di *governance* che la nuova Commissione Nazionale ECM ha assunto per garantire il funzionamento di un sistema policentrico. Si tratta di rendere effettivi i principi comuni e la forte cooperazione tra livello centrale di produzione di regole generali di sistema e i livelli regionali di programmazione e di gestione con la partecipazione delle componenti professionali coinvolte.

L'impianto che ne è derivato

- ha assegnato alla Agenzia regionale per i Servizi sanitari (Agenas) il compito di "casa comune" in materia di formazione;
- ha previsto l'inserimento della componente tecnica regionale all'interno di una delle sezioni della Commissione stessa, garantendo in questo modo un livello tecnico di coordinamento delle Regioni;
- ha previsto una composizione paritetica istituzioni e professioni, ribadendo l'ottica di alleanza cooperativa tra l'organizzazione sanitaria e i suoi professionisti.

Si è realizzata in questo modo un'architettura di sistema molto ambiziosa, con forti elementi di innovazione che ha di fronte a sé alcune sfide importanti: la promozione di una cultura della formazione diffusa e operativa, la responsabilizzazione delle istituzioni e dei professionisti sul terreno dell'impegno alla qualità dei servizi, il coinvolgimento attivo delle componenti professionali e, non ultimo, l'impegno a non ridurre queste sfide in procedure burocratiche e obblighi amministrativi, perdendo di vista il tema centrale dello sviluppo di competenze, conoscenze, comportamenti etici e civili sui quali i cittadini misurano la qualità dell'offerta dei servizi sanitari.

Penso che con questo progetto l'Italia si candidi in Europa a una delle sfide più impegnative, se non altro per i numeri coinvolti in questa operazione (quasi un milione di professionisti).

Per noi comunque la sfida vera è la capacità di utilizzare l'ECM come strumento di sviluppo dell'intero sistema e, in particolare nella sanità pubblica, non solo come strumento di crescita professionale, ma strumento utile al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Il sistema socio-sanitario è oggi interessato da uno scenario riconducibile:

- all'aumento esponenziale della popolazione anziana, fenomeno che accresce il numero delle patologie cronico degenerative, che richiedono modelli/regimi assistenziali a lungo termine;
- all'intenso e vorticoso divenire del progresso scientifico e tecnologico con il risultato di cure sempre più raffinate e specifiche con approcci d'elevata sofisticazione ma parallelamente altrettanto costose;
- all'aumento progressivo e consistente delle aspettative di salute individuali indotto anche dai media.

Già di per sé tale scenario esterno rende necessario, e non più differibile, la riforma e lo sviluppo del sistema socio-sanitario verso la modernizzazione, l'innovazione non solo organizzativa ma anche nei rapporti sistema cittadino e nelle relazioni con il territorio, la ristrutturazione e la riqualificazione delle reti ospedaliera ed extraospedaliera, il riorientamento dei modelli assistenziali.

La cosa si aggrava se pensiamo alla crisi economica mondiale in cui l'Italia, nel contesto europeo, è ai vertici tanto che il PIL crescerà, nella migliore delle prospettive, del 10-12% nel prossimo decennio e pertanto non saranno assicurate le risorse necessarie per erogare le "prestazioni socio-sanitarie" che hanno indiscutibilmente una particolare valenza nella sfera individuale, oltre che a costituire una delle basi fondamentali della convivenza civile.

Prima conseguenza di tale rallentamento economico è l'entrata in crisi del Welfare State.

La compatibilità economica va ricercata mettendo in campo tutte le modalità utili al fine di strutturare un sistema flessibile che introduca con gradualità le azioni di ottimizzazione, razionalizzazione, miglioramento, che sintetizzo di seguito:

- dare continuità di cura, evitando la ripetizione di visite, indagini, interventi, ricoveri;
- incentivare gli interventi meno complessi;
- promuovere la partecipazione attiva dell'assistito, alla gestione della malattia con una adeguata educazione terapeutica;

- promuovere gli stili di vita a valenza preventivo-terapeutica;
- valorizzare le cure primarie;
- graduare l'accesso ai servizi specialistici, distinguendo i momenti consulenziali dai passaggi in cura;
- utilizzare in modo appropriato i servizi specialistici, sanitari e socio-sanitari, specialmente nel caso di quelli residenziali e semiresidenziali;
- attuare le procedure d'acquisto opportune per ridurre i prezzi.

Si tratta di un sistema virtuoso, in cui si devono ricercare e condividere posizioni comuni per fronteggiare una dinamica della spesa sanitaria che non conoscerà flessioni di sorta.

Accanto alla

- ridefinizione dei livelli essenziali dell'assistenza sanitaria e sociale (LEAS) che rappresentano la traduzione concreta della "esigibilità prestazionale" in capo a ciascun cittadino, con particolare riguardo alle prove di efficacia universalmente accettate nell'iter diagnostico e terapeutico (EBM),

e alla

- determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS),

occorre un nuovo rapporto territorio-ospedale.

È ormai convinzione diffusa che il futuro della sanità si gioca sotto il profilo sia programmatico che operativo del processo assistenziale alla persona, che concretizzi la continuità assistenziale e una rete a forte integrazione socio-sanitaria per mezzo di:

- sistema delle assistenze domiciliari;
- sistema delle assistenze ambulatoriali;
- sistema delle assistenze residenziali extraospedaliere;
- sistema delle assistenze residenziali ospedaliere.

Il suddetto Sistema Socio-sanitario, che deve basare le proprie prospettive sulla epidemiologia delle patologie che deve essere assunta a fondamento di ogni decisione programmatica, strutturandola sugli *standards* più elevati delle attuali specifiche conoscenze, sulla appropriatezza, intesa come la misura della adeguatezza delle attività intraprese per erogare le prestazioni necessarie nelle singole circostanze in base a criteri di efficacia ed efficienza, coniugando l'aspetto sanitario con quello economico, rappresenta il principio guida fondamentale, che deve muovere gli attori della sanità e tutte le scelte relative.

In un'ottica di medio-lungo periodo il SSN necessita di una rivisitazione sulla base di "pilastri" imprescindibili che possono essere così delineati:

- centralità del cittadino;
- riequilibrio e integrazione tra sistema ospedaliero e territoriale;

- ruolo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale nonché specialisti e degli appartenenti alle altre professioni sanitarie operanti sul territorio;
- valutazione di efficacia/efficienza a livello di sistema e non del singolo settore, rapportata ai risultati ottenuti. tutela della salute rispetto alle risorse impiegate;
- sanità vista non solo come problema finanziario, ma come investimento del settore economico dei servizi;
- sostenibilità futura del SSN e dell'assistenza socio-sanitaria.

Un nuovo approccio alla sanità, in particolare, implica un nuovo concetto di centralità del cittadino, che dovrebbe sostanziare in una maggiore partecipazione e in un coinvolgimento più attivo e concreto dei cittadini a tutti i livelli più rilevanti collegati alle scelte/decisioni riguardanti la salute e alle fasi di programmazione, organizzazione e valutazione del sistema sanitario e dell'assistenza socio-sanitaria. Il cittadino, anche quale potenziale persona assistita dal SSN, deve diventare attore e protagonista del sistema e non solo destinatario dei servizi offerti, e deve rappresentare il cardine attorno al quale disegnare l'intero sistema sanitario e le sue componenti. Le proposte di cambiamento/miglioramento devono quindi partire dai bisogni del cittadino, che è parte attiva del sistema e che interpreta il proprio diritto alla tutela della salute come espressione del proprio diritto di cittadinanza. Ciò implica anche maggiore responsabilizzazione del cittadino stesso che, con i suoi comportamenti, è il principale artefice di promozione della propria salute e, in buona parte, anche di quella della comunità alla quale appartiene.

Lo sviluppo della Medicina delle Cure Primarie è la chiave di volta della continuità assistenziale: deve essere e diventare questo uno specifico livello essenziale di assistenza cui dovrà afferire la maggioranza delle patologie la cui “presa in carico” deve essere compito del medico di famiglia.

Questo ultimo deve sì essere valorizzato, ma al contempo va responsabilizzato rispetto al corretto utilizzo delle risorse pubbliche. In sintesi si tratta di dare applicazione uniforme ed equamente ordinata al generale principio del “rendere conto” da parte di chiunque usi risorse pubbliche, interfacciando e monitorando nel tempo i comportamenti individuali dei professionisti per metterli in relazione/a confronto con le risorse assegnate per la soddisfazione dei bisogni specifici dei loro assistiti.

Si dovrà avviare un reale potenziamento della rete di assistenza territoriale con una concreta attuazione della rete extraospedaliera sia per l’assistenza intensiva che estensiva (RSA, NRSA, Case di riposo per anziani non autosufficienti, *hospice*, nuclei per affetti da malattia di Alzheimer, nuclei per affetti da stato vegetativo permanente, strutture per disabili, ecc.), lo sviluppo e il consolidamento

dell'assistenza domiciliare nelle diverse forme, il potenziamento dell'organizzazione per le attività psichiatriche, il potenziamento dell'assistenza specialistica per risolvere il problema delle liste di attesa, obiettivo realizzabile anche con l'attivazione di sedi poliambulatoriali ad alto contenuto tecnologico utilizzando possibilmente presidi ospedalieri dismessi (decentramento/diffusione delle attività specifiche sul territorio). Parallelamente a un incremento di prestazioni in alcuni specifici settori, va perseguita una capillare quanto costante formazione sociale della comunità e aggiornamento del personale medico sul percorso clinico efficace.

Per quanto riguarda la riorganizzazione della rete ospedaliera dobbiamo superare la situazione di eccesso di strutture ospedaliere che erogano i medesimi servizi, inefficace quanto a risultati di salute e dispendiosa quanto a risorse assorbite (la struttura ospedaliera deve evolvere sempre di più verso un centro di servizi e sempre di meno verso un centro di degenze).

Fondamentale è la definizione del modello di ospedale dei prossimi decenni, modello che da un lato deve essere in grado di rispondere compiutamente e completamente agli indispensabili criteri di sicurezza e principi di qualità delle prestazioni erogate, dall'altro deve essere in possesso dei requisiti/standard strutturali, organizzativi e funzionali previsti dalla specifica normativa.

In particolare, a ospedali per acuti con urgenze con le elevate tecnologie e competenze professionali in poche sedi per il trattamento delle malattie acute, per garantire qualità e sicurezza di cure ai pazienti; di contro per le cure di patologie croniche a forte integrazione socio-sanitaria con sedi ospedaliere più diffuse territorialmente.

I profondi cambiamenti e le conseguenti necessarie trasformazioni dei modelli assistenziali (rafforzamento della prevenzione, potenziamento dell'assistenza primaria e territoriale in un'ottica di forte integrazione tra sociale e sanitario, riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera) esigono anche un adeguamento dell'assetto organizzativo-funzionale.

Le trasformazioni dei modelli assistenziali di cui sopra risulterebbero più governabili se proposte da un organo collegiale anziché monocratico, con l'obiettivo di non sospendere o invertire il processo di gestione aziendalistica della sanità, ma anzi di rafforzarlo, abbreviando i tempi della concreta attuazione dei nuovi modelli.

PROFESSIONE, MEDICINA E SANITÀ

Il progresso della conoscenza, della tecnologia e delle nuove scienze biologiche applicate (biotecnologie, post-genomica, cellule staminali, xenotrapianti, neuroscienze) impone una trasformazione delle pratiche, mentre il superamento

dei valori tradizionali della società, con le conseguenti implicazioni sociali etico-filosofiche, sollecita la necessità di riformulare un nuovo quadro di valori che permetta di giustificare il loro impiego.

Si va affermando l'idea che gli scopi della medicina si devono definire attraverso la coscienza: una coscienza bioetica che dovrebbe imporre limiti alla medicina nel suo contesto sociale e culturale.

La medicina si rivolge all'uomo in quanto persona, quale soggetto responsabile ma anche titolare di diritti, primo fra tutti quello alla vita, all'intangibilità e alla libertà. Tuttavia il concetto di persona non è una duplicazione retorica di uomo e va quindi ulteriormente definito: basti pensare al progresso della medicina e di tutte le tecnologie biomediche che prendono in considerazione stati di vita umana che in passato non erano conosciuti in maniera approfondita come ai nostri giorni (il concepito), o erano eccezionali e transitori (distinzione tra - piena - capacità giuridica e - graduabile - capacità di agire, stato vegetativo permanente). La medicina presenta serie difficoltà epistemologiche dei suoi modi conoscitivi, dovendosi muovere tra singolarità, contingenza, necessità costante di verificare le certezze cliniche e le modificazioni profonde dello stato ontologico di malato. La malattia, in particolare quella cronica, non pretende risposte standardizzate derivate da regole fisse e predeterminate.

La medicina rimane la scienza dell'imprevedibilità dei fenomeni, della difficoltà di costruzione di un rapporto virtuoso tra azioni e risultati e presenta una intrinseca difficoltà ad automodificarsi in rapporto alle realtà sociali.

C'è la necessità di un nuovo punto di equilibrio tra le evidenze reali, quelle per intenderci relative alla *Evidence Based Medicine*, l'esperienza del medico e le dinamiche narrative del paziente fatte di storia, di cultura, di affetti, ma anche di tensioni derivate da difficoltà di tipo economico e sociale. Emerge con evidenza che la conoscenza per il medico rappresenta qualcosa di più complesso di quanto attuato in quanto i modelli meccanicistici e materiali non sono più in grado di descrivere un modulo adeguato di salute e di cura.

Ciò richiede una approfondita rivisitazione del metodo applicato in medicina per dare nuovo significato al senso dell'atto di cura. Di conseguenza si può comprendere come, con sempre maggiore forza, venga posta l'esigenza di rivedere il paradigma della medicina intesa come disciplina intellettuale dedicata storicamente all'osservazione clinica, alla scoperta di nuove conoscenze nel campo biomedico e alla loro applicazione pratica finalizzata al miglioramento della salute umana, globalmente intesa.

Se il nuovo malato è l'oggetto dell'intervento sanitario, è anche contemporaneamente il soggetto che determina la qualità dell'intervento e ne sancisce l'efficacia. L'autonomia del paziente, spesso mal sollecitata da messaggi

fuorvianti e incerti, che tra l'altro lo rendono maggiormente vulnerabile, entra spesso in collisione con la realtà applicativa del medico, ma anche con la sua cultura, la sua esperienza e la sua storia. È questo un punto centrale della Sanità che finisce per divenire, in un contesto sociale ed economico complesso e difficile, causa di una divaricazione tra i fini del sistema sanitario e quelli della medicina, oltre che causa di una costante delegittimazione dei "contenuti" scientifici e metodologici rispetto ai contesti operativi nei quali gli stessi dovrebbero essere organizzati.

Da tempo si discetta sul modello olistico, sulla unitarietà della persona: quand'anche si potesse inserire questa ritrovata cultura, mancano le concrete strumentazioni per compiere tali scelte. Basti pensare alla frantumazione della continuità dell'intero processo di cura. L'applicazione dei nuovi strumenti di Governo clinico, l'integrazione ospedale-territorio, la valorizzazione e la concreta attuazione dell'istituto del Dipartimento nelle realtà aziendali, interventi che dovrebbero costruire dinamiche e relazioni nuove in una visione coerente incentrata sul paziente, sono ancora formule magiche.

L'ospedale si mantiene separato dal contesto organizzativo del servizio sanitario e il territorio fatica a concretizzare la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che sono l'elemento principe di integrazione.

Occorre quindi un modello in cui la medicina si possa organizzare a cavallo tra scienza e umanità, tra tecnologia e relazione, tra un livello micro costituito dall'autonomia clinica, di cui il medico ancora gode in relazione al contesto di esercizio della professione, e un livello macro dove è preponderante il ruolo regolatorio delle istituzioni civili.

Conclusioni:

- Società, Salute e Sanità evolvono in scenari e contesti complessi e adattativi in modo sincrono e correlato e il modello di erogazione delle cure si presenta sempre più integrato e complesso.
- La medicina non può e non deve operare come controparte della sanità avendo entrambe scopi interdipendenti, interconnessi e circolari.
- In un mondo in cui il ruolo del contesto è sempre più importante, la medicina non può costituire una variabile indipendente, così come non può esserlo il mondo della malattia.
- È matura l'idea che gli scopi della medicina vanno definiti attraverso la coscienza: una coscienza bioetica che dovrebbe imporre limiti alla medicina nel suo contesto sociale e culturale.
- La medicina, cui viene continuamente rimproverato di essere sempre più una disciplina ingegneristico – riparativa, non può disgiungere l'obiettivo di efficienza da quello di efficacia nella tutela della salute.

CONSENSO INFORMATO E DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Il nostro sforzo nel definire gli orientamenti sulle delicate materie, oggetto di questa disamina è, oggi come sempre, quello di rifuggire da opportunismi contingenti, scontri su pregiudiziali ideologiche, radicandoli invece nei principi che ispirano il nostro Codice Deontologico.

Noi riteniamo che questi principi, in un'epoca di travolgenti trasformazioni culturali e sociali e di straordinarie innovazioni tecnico scientifiche, debbano essere il punto di riferimento di valori condivisi, l'incontro pacifico di diversità, in buona sostanza uno strumento formidabile nella costruzione e nel sostegno della solidarietà tra uomini, tra persone, tra cittadini che da sempre costituisce la grande identità civile e morale del nostro paese, del nostro popolo e della nostra professione.

La forza di tali principi si misura quotidianamente in tanti campi del nostro agire professionale, ma la loro valenza è cruciale nelle condizioni più difficili, quando malattia e morte, sofferenza e dolore, rendono fragili anche i più forti e ognuno pone a se stesso e a chi se ne prende cura le domande più difficili.

Il nostro percorso di ricerca, trasferito e costantemente rinnovato nel Codice Deontologico, non è mai stato in passato e non è oggi, estraneo alle regole etiche e civili fondanti la nostra società né a quelle metodologiche che oggi governano le applicazioni della medicina; in altre parole il diritto primario espresso dalla nostra Costituzione e dalle leggi, i principi fondanti la moderna bioetica, le regole della buona pratica clinica, basata sulle evidenze delle prove di efficacia.

Su queste e su altre materie eticamente sensibili, la nostra riflessione si svolge dunque tutta all'interno di questi principi, dando le coordinate per un esercizio professionale posto a garanzia della dignità e libertà del paziente, delle sue scelte, della sua salute fisica e psichica, del sollievo delle sofferenze e a tutela della vita, in una relazione di cura costantemente proiettata a realizzare un rapporto equo tra chi cura e il soggetto di cura, capace di ascoltare e offrire risposte diverse a domande diverse.

È questo il razionale civile, etico e tecnico professionale di quella alleanza terapeutica, che noi proponiamo quale espressione alta e compiuta della paritaria libertà e dignità di diritti e doveri tra curante e paziente, nel rispetto dei diversi ruoli.

L'autonomia decisionale del cittadino, il suo consenso/dissenso informato è il primo pilastro di questa alleanza terapeutica, il secondo pilastro sta nell'autonomia e nelle responsabilità del medico chiamato a esercitare le sue funzioni di garanzia.

Questo incontro, unico e straordinario, non ha natura contrattualistica; entrambi i pilastri sono chiamati a reggere un architrave di relazioni etiche, civili e tecnico

professionali, ognuna specifica e irripetibile, che consente al soggetto di cura e al curante di esprimere la propria autonomia e la propria responsabilità nelle scelte. Questo è il percorso che ci ha portato al Documento di Terni (vedi www.omco.pd.it) unitamente a tutta la documentazione scritta della nostra riflessione deontologica degli ultimi anni su temi che coinvolgono la cosiddetta etica di confine: quella di inizio e fine vita.

Su questi temi così straordinariamente vicini non abbiamo ragionato da soli, abbiamo chiesto e ricevuto la collaborazione dalle Società Medico Scientifiche, dall'associazionismo, dalle competenze di illustri giuristi bioeticisti, dalle istituzioni e dalla politica.

Il documento di Terni si propone innanzitutto come riflessione autonoma e responsabile di stretto profilo deontologico sulle specifiche e complesse questioni poste da una regolamentazione legislativa delle DAT e le considerazioni in esso contenute sono state oggetto di un vasto consenso e di un limitato dissenso testimoniando in tal modo non una espressione irragionevole o addirittura illegittima della deontologia medica bensì la serietà del nostro percorso di confronto e di ricerca nelle diverse culture e sensibilità della professione e della società; un cammino che certamente non riteniamo concluso.

Nel documento esprimiamo le nostre considerazioni su questioni controverse quali ad esempio gli elementi di validità giuridica delle DAT, gli ambiti di efficacia in ragione dei soggetti e delle condizioni coinvolte, il ruolo della Nutrizione Artificiale e di ogni altro trattamento di supporto e sollievo dalle sofferenze, i profili di tutela sia tecnica (più prudenza e più ricerca sui profili diagnostici, prognostici e terapeutici degli stati vegetativi) sia socio-assistenziale, definendo concrete e accessibili garanzie di aiuto ai pazienti e alle famiglie che con straordinaria e amorevole dedizione orientano la loro esistenza alla presa in carico di queste fragilità.

Su queste e altre questioni, che profondamente coinvolgono l'intimità della persona ed i diritti dei cittadini, abbiamo suggerito in passato e lo ribadiamo oggi l'opportunità che il legislatore dispieghi un diritto mite, che si limiti cioè a definire la cornice delle legittimità giuridiche sulla base dei diritti costituzionalmente protetti e nel rispetto dei principi ispiratori della moderna bioetica e delle Deontologia Medica.

No dunque all'eutanasia, no a trattamenti futili e sproporzionati, no all'abbandono dei più fragili, garantendo loro l'accesso e la disponibilità piena ad ogni cura e trattamento; sì all'autonomia del paziente, sì alla autonomia del medico per una alleanza terapeutica quale unico elemento e strumento idoneo a dare risposte proporzionate, condivise e accettabili alle domande più difficili,

responsabilizzando e legittimando così, sul piano etico e civile, chi decide e quanto si decide.

Questo spazio di rispetto, che proponiamo non venga invaso da una legislazione rigida e prescrittiva, non è un'arena privata di libertà senza regole di valori e al di fuori del diritto vigente, ma la sintesi efficace di due processi convergenti.

Sul piano delle regole etiche, la moderna deontologia medica rappresenta l'espressione più alta di quei valori che, nella tutela dell'autonomia dell'atto medico, si propongono di tutelare la libertà di scelta dei cittadini e in questo senso è niente affatto paradossale affermare che l'obiezione di scienza e coscienza prevista dall'art. 22 del Codice garantisce tutte le libertà in campo.

Sul piano delle regole del diritto, numerose sentenze della Corte Costituzionale, a cominciare da quelle n. 0338 e n. 0382 del 2002, a vario titolo riprese in quelle più recenti n. 0438/2008 e n. 0151/2009, ribadiscono un orientamento costante che possiamo riassumere con passi originali a partire dall'ultima, secondo la quale "...in piena linea e in severa sintonia con la costante giurisprudenza costituzionale la quale testualmente e ripetutamente ha denunciato i limiti di discrezionalità legislativa sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali sulle quali si fonda l'arte medica (n. 0151/2009). Sicché, in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo risiede pur sempre e insostituibilmente nell'autonomia e nella responsabilità del medico che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali (n. 0338/2002)".

Nel concreto delle DAT il legislatore, a nostro giudizio, non può non tener conto delle differenze sostanziali tra un consenso/dissenso attuale e anticipato dovendo, nel secondo caso, proteggere la libertà di scelta con l'incremento delle tutele formali (le forme e i limiti delle DAT) e sostanziali (i contenuti delle DAT, i profili di responsabilità, il ruolo delle famiglie, infine la posizione di garanzia, autonoma e responsabile, del medico).

In particolare, la posizione di garanzia del medico, che va sempre promossa e protetta in ogni relazione di cura nel rispetto dei diritti costituzionalmente sanciti del paziente, assume particolare significato nelle DAT non per eludere o evadere le dichiarazioni anticipate ma per declinarle dal passato al presente, dall'ipotesi al fatto, dall'ignoto alle migliori evidenze disponibili, per accompagnare ognuno nella sua storia di vita, unica e irripetibile.

IL RUOLO DEGLI ODONTOIATRI: QUESTIONE ODONTOIATRICA PROFILO ODONTOTECNICO

Il 2 febbraio 2009 è stata assegnato alla XII Commissione Affari Sociali della Camera, la valutazione del progetto di legge dell'onorevole Giuseppe Scalera, volto a definire un nuovo profilo per l'odontotecnico: si potranno finalmente definire i corretti presupposti per un riconoscimento delle giuste attese di una categoria

seria che rivendica un profilo "attuale", perfettamente integrato in una realtà europea e rispettoso della dignità degli Odontotecnici. Si eviterebbe così, un percorso universitario, secondo molti inutile e dispersivo, che potrebbe avere come conseguenza una sovrapposizione di ruoli e competenze che, inevitabilmente, porterebbe a fenomeni di abusivismo e prestanomismo, a discapito della sicurezza e qualità delle cure odontoiatriche e quindi, ponendo a rischio la salute del cittadino.

Il progetto di legge, già presentato nel settembre scorso, definisce in modo chiaro l'odontotecnico in quanto *“Operatore tecnico che, in possesso del diploma di scuola superiore abilitante, provvede, in qualità di fabbricante, alla costruzione dei dispositivi medici su misura in campo odontoiatrico, sulla base della prescrizione contenente le specifiche cliniche progettuali, rilasciata dall'abilitato all'esercizio dell'odontoiatria, cui è riservato, in via esclusiva, ogni atto diagnostico, clinico e terapeutico”*.

La proposta di legge, se approvata, metterebbe, tra l'altro, fine a una serie di equivoci e turbative che potrebbero derivare dalla sovrapposizione di due figure completamente diverse: il fabbricante di ausili protesici e il Medico. A quest'ultimo spetta il dovere della cura anche attraverso l'applicazione degli stessi ausili, mezzo finalizzato al completamento di un piano terapeutico per la restituzione estetica e funzionale dell'apparato masticatorio.

È del tutto naturale quindi, che, secondo il testo presentato, *“la verifica di congruità sul paziente dei dispositivi medici su misura è di competenza esclusiva dell'abilitato all'esercizio dell'odontoiatria”* mentre per le verifiche tecniche queste devono essere realizzate in laboratorio, su richiesta dell'odontoiatra e pertanto sempre e comunque al di fuori del cavo orale.

La CAO Nazionale sta collaborando alla presentazione di un disegno di legge sulla modifica dell'articolo 348 del Codice Penale, che riguarda l'esercizio abusivo della Professione, e uno sul delicato tema della regolamentazione delle società tra professionisti, augurandosi che anche questi due provvedimenti vengano rapidamente approvati.

ODONTOIATRIA ITALIANA TRA PASSATO E FUTURO: DALLA FORMAZIONE ALL'AGGIORNAMENTO.

Il 15 ottobre 2009 a Padova si è svolto il Convegno nazionale che, grazie alla grande partecipazione e a relazioni di grande interesse, ha sviluppato nuove tematiche e raggiunto importanti conclusioni sul futuro dell'attuale professione odontoiatrica.

Sotto gli occhi di tutti noi c'è ogni giorno di più e da più parti, il fiorire di offerte per prestazioni odontoiatriche ai nostri pazienti che promettono alta qualità a prezzi assai contenuti.

L'inserimento delle società di capitali così come la presenza di fondi integrativi sanitari nel nostro ambito lavorativo rappresentano sicuramente due strumenti importanti che incideranno pesantemente sulla nostra professione e che potrebbero trasformarla definitivamente in una professione di tipo meramente commerciale.

Ecco quindi la responsabilità a cui siamo chiamati come ordinisti oggi nella nostra funzione di garanti della tutela per la salute orale del cittadino-paziente: l'obiettivo è certamente quello di rimettere al centro della professione il concetto della qualità di pari passo con quello dell'umanità, che rappresentano le solide fondamenta del nostro atto terapeutico quotidiano.

Gli odontoiatri non saranno mai banali venditori di prestazioni, ma sanitari che curano sulla base di una vera alleanza terapeutica con il paziente, il quale deve essere sempre libero di scegliere; un rapporto quindi di fiducia reciproca basato sull'impegno e costruito sulla massima trasparenza, il più lontano possibile da ingenuità e subdole promesse di tipo commerciale che le regole di libero mercato e quelle del business ad ogni costo stanno spingendo a limiti estremamente pericolosi, e a garanzia di tutto non possono essere delegati i cosiddetti terzi di qualsiasi natura.

Quindi la nostra coscienza a mio avviso oggi ci impone di seguire un iter formativo a cominciare dal periodo pre-laurea e un aggiornamento continuo durante tutta la vita lavorativa; questo ci consentirà di avere solide basi etiche, deontologiche, cliniche e gestionali in linea e al passo con i profondi cambiamenti che attraversano la nostra professione.

PROGETTO NAZIONALE SULLA PREVENZIONE DEL CARCINOMA DEL CAVO ORALE

Prosegue nella sua attuazione l'interessante progetto ordinistico sulla creazione di una rete locale e nazionale di prevenzione della patologia tumorale che colpisce rispettivamente 8,2 uomini e 2,8 donne su 100.000 ogni anno in Italia.

Il 29 maggio 2009 si è svolta a Roma la riunione dei Referenti individuati dalla CAO Nazionale, riunione finalizzata alla prima composizione di "dentisti sentinella" e alla divulgazione di un elenco di centri d'assistenza e di strutture d'eccellenza cui indirizzare i casi sospetti.

L'attività della rete di protezione che s'intende costituire sarà allargata all'organizzazione di incontri divulgativi e formativi di prevenzione primaria per dentisti e medici di medicina generale. Si svolgeranno inoltre, presso la sede ordinistica, conferenze aperte alla partecipazione dei rappresentanti dei cittadini.

Si sta concretizzando quindi un'alleanza tra Università, Società Scientifiche e Ordine, dimostrazione tangibile della maturità di una professione e della capacità dei suoi rappresentanti pronti a farsi carico delle proprie responsabilità nella

tutela della salute di tutti i cittadini con iniziative la cui *mission* vede, come obiettivo primario, l'impegno umano e intellettuale a favore di chi soffre.

ECM

Una buona sanità non può prescindere dalla promozione e dalla formazione che costituisce la garanzia principale per i cittadini di essere curati da professionisti aggiornati e in grado di rispondere pienamente alle esigenze di una moderna odontoiatria.

Importante quindi è stato il riconoscimento di una diversa interpretazione degli obblighi per i liberi professionisti: gli obiettivi formativi, le risorse economiche, gli sgravi fiscali e il riconoscimento di una specificità dei liberi professionisti in generale e degli odontoiatri in particolare.

L'Odontoiatra non deve percepire la formazione permanente come annoso obbligo normativo, ma come garanzia d'acquisizione di un alto valore culturale posto a disposizione del "soggetto salute".

ABUSIVISMO PROFESSIONALE

È di recente pubblicazione sui mass media nazionali e locali l'andamento in crescita del fenomeno legato alla piaga tipicamente italiana dell'esercizio abusivo della professione odontoiatrica.

I numeri sono allarmanti: circa un abusivo ogni tre giorni viene colto dai NAS che dedicano ormai da tempo una preziosa ed efficace attività di controllo, ma che rimane ovviamente marginale rispetto a tutti i numerosi loro compiti istituzionali. Tuttavia il fenomeno sembra in aumento, incrementato anche dalla "non nuova" presenza di falsi laureati con titoli rilasciati da Università compiacenti, o spesso ignare, e provenienti principalmente da nazioni che da pochi anni sono entrate a far parte della Comunità Europea.

La collaborazione con il Ministero dell'Università ha fatto sì che fino a oggi siamo riusciti a monitorare il problema, ma fino a quando ce la faremo???

Importante quindi è stata la decisione presa all'unanimità dal Consiglio dell'Ordine di costituirsi parte civile nelle cause contro gli abusivi: speriamo questo porti a dare un segnale forte e possa rappresentare un efficace deterrente visto l'attuale irrisoria sanzione economica che prevede l'art. 348 del c.p.p..

PROPOSTE

Le proposte per un ripensamento della professione in termini ordinistici sono molteplici e spaziano in vari campi: controllo e supervisione della formazione tramite collaborazione con l'Università, programmazione degli accessi, garanzia della formazione post-laurea (sia come patrocinatori sia come *provider* di eventi culturali), supervisione e ingerenza nella direzione sanitaria delle grandi strutture

gestite da società, severità nella lotta al prestanomismo senza sconti o garantismi, costituzione di parte civile nei processi contro abusivi o società illecite, controllo di qualità delle prestazioni, arbitrato nelle cause contro colleghi, accordi con società bancarie e finanziarie per convenzioni su finanziamenti a colleghi per l'apertura di studi o il rinnovo di attrezzature, ruolo di autorevole controparte nel confronto con gli amministratori e i politici su tutte le leggi sanitarie, attuazione del ruolo di controllo sulla pubblicità sanitaria, coordinamento con le società scientifiche per la promulgazione di linee guida condivise.

VITA AMMINISTRATIVA – FINANZIARIA DELL'ORDINE

Seguiamo con attenzione le problematiche relative alle entrate dell'Ente per poter provvedere alla proposta di conto consuntivo e bilancio preventivo.

Nel corso del 2009 le difficoltà al recupero dei crediti, hanno trovato pratica soluzione sia grazie all'opera della signora Leorin Emanuela, cui spetta la responsabilità del processo amministrativo, sia per l'attuazione di una nuova procedura conciliativa che consente il pronto ravvedimento del moroso.

Nel corso dell'anno 2009 sono state recuperate: n. 1 quota di iscrizione relativa all'anno 2006 (con la quale è stato recuperato il totale delle quote d'iscrizione); per l'anno 2007 n. 2 quote recuperate, rimane in essere il recupero di n. 2 quote tramite cartella coattiva; per l'anno 2008 incassate n. 28 quote su 36, ne rimangono da riscuotere n. 8 (per un importo totale di €. 1.541,27) non versate nei termini di scadenza.

Il problema del recupero dei crediti pregressi, malgrado a livello nazionale l'Ordine di Padova sia da annoverare tra i più efficienti, riguarda una quota marginale: per l'anno 2009, grazie al costante impegno della Sig.ra Leorin, rimangono da riscuotere n. 30 quote per un importo di €. 5.112,54.

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

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 tutti i casi la situazione contabile, per quanto riguarda queste quote da riscuotere, può essere considerata fisiologica.

Con il 31/12/2010 scade la convenzione con la Società Equitalia Polis (ex Gestline S.p.A.) 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 quadriennale. 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 fissato per quest'anno al 27/02/2010 e sono fornite su supporto informatico. Sono già in corso contatti con la società Equitalia Polis per il rinnovo della suddetta convenzione.

CONTO CONSUNTIVO 2009

Il buon andamento di cassa del 2009, con la difficoltà temporale sopravvenuta della decisione di dotarci di un direttore amministrativo per cui erano stati previsti nell'apposito capitolo 74 uscite per 80.000,00 euro, hanno costituito il presupposto per una variazione del capitolo di spesa, delibera n. 223 del 15 dicembre 2009, con storno dell'importo corrispondente al cap. 71 (rata mutuo ENPAM a scadenza il 30 giugno 2010).

BILANCIO PREVENTIVO 2010

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 espansa con la nostra responsabilità anche in campo nazionale, per cui alcune tematiche nazionali sono state trattate in fase di elaborazione e di organizzazione 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 pregiudiziale a qualsiasi scelta politica.

Il bilancio preventivo risponde ai bisogni finanziari per svolgere funzioni ed espletare i programmi.

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, che 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.

Come è noto, in tale elenco, non sono ricompresi gli Ordini e i Collegi Professionali e 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 alla esclusione degli Ordini provinciali e relativa 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 2010 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 con decorrenza 1-1-2007 con validità quadriennale e che ci vincola a un esborso di circa 20.000,00 Euro;
- i costi della quota nazionale ovvero della quota che l'Ordine è obbligato a corrispondere alla Federazione Nazionale per ogni iscritto ai due Albi. Attualmente ammontano a 23,00 euro/procapite salvo per i doppi iscritti per i quali la quota è unica; questa quota potrebbe subire delle variazioni in relazione all'incremento dell'inflazione con ricadute sui costi della gestione della FNOMCeO; prevediamo con questo bilancio preventivo un esborso per quote FNOMCeO pari a Euro 161.460,00+5.000 relativi all'ipotesi di nuovi iscritti per l'anno 2010,
- un fondo iniziale di cassa e avanzo di amministrazione al 31/12/2009 di Euro 482.957,00 di cui l'accantonamento relativo al TFR del personale ammonta a Euro 101.879,00. Per quanto riguarda il fondo iniziale di cassa faccio notare come questo sia 378.965,84 al fondo iniziale di cassa del bilancio consuntivo 2009.

Una grande parte delle spese sostenute per l'organizzazione dei convegni ordinistici del 2009, pari all'incirca a 60.000 euro, sono stati sostenuti direttamente dalla Federazione Nazionale per la mia doppia veste di Presidente dell'Ordine e Vice Presidente Nazionale e pertanto risulta non più prevedibile tale entrata nell'ambito dell'attività convegnistica di questo anno.

La necessità più volta espressa nell'agenda amministrativa di questo Ordine di una direzione consona all'importanza e al peso della nostra Istituzione a livello nazionale, ci porta a mantenere nel bilancio preventivo il capitolo relativo alla figura del Direttore.

Come è noto la legge n. 2 del 28/01/09 prevede che entro il 29/11/09 tutti i professionisti iscritti agli Ordini si dotino di una casella di posta elettronica certificata e che ne comunichino l'indirizzo all'Ordine di appartenenza. Per agevolare le scelte dei nostri iscritti riteniamo utile fornire le caselle di posta con un unico dominio fornito dalla FNOMCeO in tutta Italia per tutti gli iscritti.

Stiamo valutando i costi dell'attivazione delle caselle che per il primo anno potrebbero essere a carico del bilancio dell'Ordine anche se per legge sono a carico dei soggetti interessati. I costi dell'operazione saranno quindi a carico

dell'Ordine di Padova nella fase di acquisizione delle PEC per il primo anno e successivamente a carico degli iscritti.

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, nonostante il saldo nel corso del 2009 del finanziamento dei mutui che rappresentavano una voce consistente delle uscite.

Proponiamo per i capitoli specifici:

- spese legali: 30.000,00 euro;
- commissione di studio incontri interregionali con gli Ordini provinciali per approfondimenti dei temi istituzionali, riunioni di settore e rimborsi spese: 20.000,00 euro;
- promozioni di iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti: 45.000,00 euro;
- iniziative volte alla conservazione del decoro e dell'indipendenza della professione: 35.000,00 euro;
- assistenza tecnica sito web: 22.134,00 euro;
- Servizi amministrativi esterni: 15.000,00 euro;
- servizio gestione paghe, previdenza del personale 8.670,00 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 24.% di tutte le uscite.

I servizi esterni ammontano a circa il 4 %.

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 le 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 dal 1 Dicembre 2009 al 31 dicembre 2010 dovendo contabilizzare il mese del 2009 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

