

Bollettino & News

Direttore responsabile:
Ugo Garbarini

Comitato di Redazione:
Valerio Bruccoli,
Maria Grazia Manfredi,
Dalila P. Greco,
Luigi Paglia,
Roberto Carlo Rossi

Segreteria:
Cinzia Parlanti

Tel 02.86471400
stampa@omceomi.it

Consiglio Direttivo

Commissione Odontoiatri

Collegio dei Revisori dei Conti

BOTTA E RISPOSTA TRA ORDINE E FNOMCeO IN MERITO ALLA PUBBLICITA' SANITARIA

L'Ordine di Milano prende posizione nei confronti della FNOMCeO che, sembra, vorrebbe tornare all'assurdo vecchio regime autorizzativo della pubblicità sanitaria andando anche contro quanto prescritto dalla nota "Legge Bersani"

Al Presidente FNOMCeO

e p.c. Ai Presidenti OMCeO

Milano 4 Giugno 2009

Oggetto: riscontro comunicazione n. 14 del Presidente FNOMCeO

Illustre Presidente, caro Bianco,
ho portato in Consiglio la Tua comunicazione di cui in oggetto e voglio premettere che il Consiglio, all'unanimità, ha giudicato non condivisibili molte delle conclusioni riportate nel documento "Indagine conoscitiva sugli Ordini Professionali" dell'Autorità Garante principalmente perchè dimostrano di non tener conto della specificità di rilievo costituzionale della professione medica. Analizzando però la Comunicazione FNOMCeO n. 14 tutti siamo rimasti perplessi laddove, richiamata la delibera n. 52 del 23/2/2007, si afferma la necessità di una verifica preventiva del messaggio informativo

Non possiamo dimenticare infatti che, grazie al nostro intervento fortemente critico supportato dalle argomentazioni di un nostro consulente legale, proprio con la delibera 52 del Comitato Centrale FNOMCeO venne sostituito al comma 2 dell'art. 56 del codice deontologico la dizione "autorizzata dall'Ordine" con la dizione "verificata dall'Ordine". A seguito di tale sostanziale modifica che accoglieva i nostri rilievi critici, che ci avevano impedito di approvare il primigenio testo del codice deontologico, provvedemmo a fare nostro il nuovo

testo con la delibera che alleghiamo.
Se non abbiamo mal compreso pertanto la Tua comunicazione finisce per entrare in contraddizione con la vigente normativa deontologica approvata appunto dal Comitato Centrale del 23/2/2007 dove in alcun modo si parla di verifica preventiva del messaggio ma anzi si esclude l'autorizzazione e qualsivoglia obbligatoria preventiva verifica.
Se si dovesse ritenere la necessità di una verifica preventiva dei messaggi informativi ripiomberemmo in una situazione insostenibile essendo evidente che chi volesse cambiare la propria carta intestata dovrebbe obbligatoriamente richiedere preventivamente la verifica autorizzatoria all'ente.
E' evidente infatti che "verifica preventiva" non può che significare richiesta di autorizzazione di un messaggio ancora non effettuato laddove la norma deontologica prevede una verifica che non può non essere effettuata su un messaggio che ha già visto la luce. Infatti l'espressione "verificata dall'Ordine", logicamente, sintatticamente e grammaticalmente non può che voler significare che prima vi è il messaggio e poi l'Ordine può verificarne la liceità sotto il profilo della veridicità, trasparenza, non ingannevolezza e decorosità.
Ciò la normativa primaria statutale e deontologica vigente impone.
Dire che dobbiamo verificare preventivamente i messaggi informativi è dire cosa che non può non lasciare perplessi perchè sono ormai anni che ciò non accade proprio perché il Comitato Centrale della FNOMCeO il 23 febbraio, accogliendo i nostri rilievi, sostituì la dizione "autorizzata dall'Ordine" con la dizione "verificata dall'Ordine".
Tutto ciò non diminuisce, ma aumenta la responsabilità dei nostri iscritti e il nostro potere deontologico.
E' evidente infatti che a maggiore libertà corrisponde maggiore responsabilità e certamente un messaggio inveritiero ingannevole o indecoroso, verrebbe da noi censurato e sanzionato. E questo non certamente per la abusata definizione (peraltro usata ancora dal "Garante") di difesa corporativa, ma solo per la difesa del cittadino, la componente più debole oggetto del messaggio pubblicitario.
Confidando di poterTi trovare d'accordo con le considerazioni sopra esposte ben cordialmente Ti saluto

IL PRESIDENTE
(Dott. Ugo Garbarini)

COMUNICAZIONE N. 14 FNOMCeO

Da molti Ordini provengono richieste di chiarimenti in merito alla normativa da applicare alle iniziative di pubblicità dell'informazione sanitaria proposte dagli iscritti.....

Appare necessario fare il punto della situazione, considerato che le risultanze emerse nella relazione finale della recente indagine conoscitiva dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato hanno riaperto il tema del conflitto fra alcune norme deontologiche, nel caso di specie, quelle concernenti la regolamentazione della pubblicità sanitaria e le norme per la tutela della libera concorrenza, di cui è garante la suddetta Autorità.

Tutto ciò premesso, non possiamo che confermare le indicazioni emerse nella deliberazione del Comitato Centrale della FNOMCeO n. 52 del 23 febbraio 2007, per quanto riguarda la necessità di una verifica preventiva del messaggio pubblicitario svolta o tramite una specifica dichiarazione, rilasciata dall'iscritto, di conformità del messaggio pubblicitario alle norme del Codice di Deontologia o tramite una valutazione, sempre preventiva, del messaggio pubblicitario, svolta dall'Ordine.

Rimane pienamente in vigore l'indicazione per gli Ordini di rilasciare lo specifico nullaosta previsto dalla Legge 175/1992 qualora gli Enti territoriali (Comuni e Regioni) continuassero ad applicare la procedura amministrativa di autorizzazione prevista dalla suddetta Legge.....

Per visionare l'intera comunicazione collegarsi al sito [www. omceomi.it](http://www.omceomi.it) nella parte riservata agli utenti registrati alla voce Comunicazioni/Comunicazioni FNOMCeO.

POLIZZA ENPAM

Entro la fine di luglio tutti i Medici potranno aderire alla nuova polizza sanitaria stipulata dall'ENPAM con UNISALUTE (una società del gruppo Unipol). Infatti, la "vecchia" polizza stipulata con le Assicurazioni Generali è stata disdettata in quanto quell'ente assicurativo non riusciva più a contenere i costi dei rimborsi.

Sul fronte delle prestazioni erogate la nuova polizza è abbastanza simile a quella precedente, ma i premi sono sensibilmente aumentati. Ad esempio: un medico singolo paga 270 euro (a fronte dei vecchi 160), un medico con un altro componente del nucleo familiare paga 615 euro (a fronte di 360 euro della passata gestione), un medico con due familiari 815

euro, con tre familiari 920 euro e con quattro o più familiari 990 euro.

La copertura assicurativa, come sempre in questo tipo di polizze, è esclusa per le spese relative a situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data di adesione alla polizza da parte di ciascun assicurato. Sono tuttavia incluse tutte le manifestazioni morbose relative a malattie diagnosticate nell'ambito del periodo coperto dalla polizza stipulata tra ENPAM e "Generali".

Le prestazioni vengono erogate per malattia o infortunio a cui segua ricovero con intervento chirurgico. Se il ricovero avviene nelle cliniche convenzionate con l'UNISALUTE nulla sarà dovuto dall'assicurato relativamente all'intervento e al ricovero stesso (con esclusione, ovviamente, delle spese voluttuarie). Se l'intervento ha luogo in cliniche non convenzionate la polizza copre le spese fino a un massimale deciso dall'ente assicurativo e riportato in polizza. I massimali previsti, ancorché abbastanza contenuti, sono in genere sostanzialmente allineati con la media dei massimali previsti dalle assicurazioni sanitarie del mercato italiano. Se, viceversa, l'intervento chirurgico effettuato non rientra nella tabella riportata in polizza, l'assicurazione coprirà le spese dell'intervento e del ricovero con uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di mille euro. In caso di ricovero presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o se comunque non verrà chiesto il rimborso per le spese affrontate, l'assicurato avrà diritto ad una diaria di duecento euro nei primi dieci giorni di ricovero e di cento euro nei successivi giorni fino a trenta giorni totali massimi.

Come nella precedente polizza, sono inoltre previste prestazioni in caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di "grave evento morboso". L'elenco di questi "eventi morbosi" è molto ridotto ma è simile a quello del passato contratto assicurativo. Se il ricovero avviene nelle cliniche convenzionate con l' UNISALUTE nulla sarà dovuto dall'assicurato relativamente al ricovero stesso. Se, viceversa, il ricovero ha luogo in cliniche non convenzionate la polizza coprirà le spese fino al massimale di 400.000 euro per nucleo familiare con uno scoperto del 25% e con il minimo non indennizzabile di mille euro. Nella polizza di Unisalute vi è però un'importante innovazione in favore dell'assicurato: non è più richiesta l'invalidità permanente almeno del 66% per dare corso al rimborso. Inoltre, se, a seguito di ricovero per "grave evento morboso", non viene richiesto alcun rimborso, si darà corso al pagamento di una diaria

giornaliera di cento euro fino ad un massimo di trenta giorni.

Per quanto riguarda le neoplasie, esse sono comprese nei "gravi eventi morbosi" solo se "neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure". Negli altri casi, l'ente assicurativo liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti effettuato in regime ospedaliero o ambulatoriale con massimale annuo di ottomilacinquecento euro. Anche in questi casi nell'ipotesi di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Nel caso in cui l'assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% e un minimo non indennizzabile di mille euro. Nel caso in cui l'assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente solo i ticket sanitari a carico dell'assicurato.

Infine, è stata introdotta un'ulteriore diaria relativa a ricoveri senza intervento chirurgico ed effettuati non a seguito di "gravi eventi morbosi": verrà in questi casi corrisposta la cifra di sessantacinque euro al giorno fino ad un massimo di 15 gg per ogni ricovero.

Queste, in breve, le condizioni di polizza che possono essere interamente scaricate e lette sul sito dell'ENPAM www.enpam.it. Unisalute, mediante un proprio numero verde (800.016633 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30) dichiara di fornire un esauriente servizio di consulenza in merito a strutture sanitarie pubbliche e private convenzionate, aspetti amministrativi e burocratici, assistenza diretta all'assicurato in Italia e all'estero, centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero, farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), prenotazione di prestazioni sanitarie nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate.

Come abbiamo visto, la nuova polizza sanitaria stipulata dall'ENPAM può essere giudicata come un prodotto assicurativo di buona convenienza, tenuto conto che non pone limiti di età e non prevede visite preventive per i Medici che vogliono stipularlo. Rispetto alla precedente polizza delle "Generali", la presente assicurazione introduce qualche interessante novità positiva a fronte di un importante aumento del premio. Va inoltre sottolineato che l'elenco delle cliniche e delle strutture ospedaliere convenzionate, rispetto al passato, appare ancora un

po' troppo succinto e si auspica che venga ampliato al più presto.

Roberto Carlo Rossi

NOTA 78 SOSPESA PER SEI MESI

Publicata sulla G.U. del 28 maggio 2009 la determina dell'AIFA che sospende **per un periodo di sei mesi, la nota AIFA 78.** "La sospensione è subordinata al monitoraggio della spesa e della valutazione dell'impatto economico in relazione ad ogni singolo principio attivo inserito nella nota AIFA 78", si legge nel provvedimento dell'AIFA.

I farmaci antiglaucoma, di cui alla nota 78, diventano pertanto **prescrivibili a carico del S.S.N. senza limitazioni.** Il provvedimento entra in vigore a decorrere dal quindicesimo giorno dalla data di pubblicazione.

L'ONAOSI "CI RIPROVA"

Milano, 27 maggio 2009

Spett.le Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri

Spett.le Ordine dei Farmacisti
delle province di Milano e Lodi

All'attenzione dei Signori Presidenti

Numerosi Vostri iscritti liberi professionisti mi fanno avere illegittime richieste da parte di Onaosi di pagamento di contributi obbligatori.

Come è noto, e riconosciuto da centinaia di sentenze e come stabilito persino nello Statuto Onaosi, sono contribuenti obbligatori solo i pubblici dipendenti come reiteratamente stabilito dalla legislazione vigente.

Credo pertanto che vada segnalato a tutti i sanitari liberi professionisti che gli stessi non sono in alcun modo tenuti a pagare contributi obbligatori a Onaosi.

Purtroppo se dovessero ricevere la notifica di una

cartella esattoriale dovrebbero immediatamente rivolgersi ad un avvocato di loro fiducia per impugnare la cartella.

Credo sia estremamente improbabile che Onaosi richieda l'emissione di cartelle esattoriali, ma in ogni caso, come insegna il vecchio brocardo, *vigilantibus non dormientibus iura succurrunt*.

Del pari chi avesse pagato su avviso e non su cartella non opposta, i contributi nel quadriennio 2003 -2006 ben potrebbe richiedere la restituzione degli importi illegittimi rivolgendosi a professionista di sua fiducia.

Per quanto mi riguarda, in ottemperanza al Vostro invito, assistendo numerosi Vostri iscritti, ho ottenuto numerosissime pronunce di accoglimento della domanda di restituzione dei contributi pagati in base ad avviso.

Rimanendo a Vostra disposizione per quant'altro dovesse occorrerVi ben cordialmente Vi saluto.

(avv. Enrico Pennasilico)

P.S. Dal sito Onaosi è possibile esaminare il comunicato del Consiglio del 9 maggio 2009 che dimostra come, ancora il nuovo statuto della Fondazione non è stato approvato dalle competenti autorità ministeriali.

IVA PER CASSA

Il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 26 marzo 2009 (poi chiarito dalla circolare dell'Agenzia delle Entrate n° 20 del 30 aprile 2009) prevede che possono emettere fatture con Iva differita i soggetti che nell'anno solare precedente abbiano realizzato un volume d'affari non superiore a 200mila euro (nel caso di inizio di attività, si dovrà prevedere di non superare tale cifra di volume d'affari nell'anno in corso). In questi casi, ci si potrà avvalere della facoltà di non anticipare all'erario il versamento dell'imposta sul valore aggiunto, posticipandolo al momento dell'effettivo incasso. Il pagamento differito dell'IVA è calcolato su ogni singola operazione e deve essere esplicitato nella fattura, che dovrà riportare la dicitura: "operazione con imposta ad esigibilità differita". L'IVA dovrà comunque essere versata nel momento in cui avviene il pagamento della prestazione e, in ogni caso, l'imposta diviene esigibile decorso un anno dal momento di effettuazione dell'operazione. Il regime dell'IVA per cassa non si applica nel caso in

cui la cessione di beni o la prestazione di servizi sia effettuata nei confronti di privati consumatori.

SCONTRINO FISCALE

Lo scontrino fiscale rilasciato dalle farmacie per poter dedurre e detrarre la spesa sanitaria nella dichiarazione dei redditi, non riporterà più in dettaglio lo specifico nome del farmaco. E' quanto ha stabilito il Garante della Privacy con provvedimento 29 aprile 2009. In particolare a partire dal 1° gennaio 2010 sarà sufficiente indicare sullo scontrino: il codice alfanumerico posto sulla confezione dei medicinali, codice fiscale del destinatario e la natura e quantità dei medicinali acquistati.

MEDICI VOLONTARI ITALIANI - ONLUS

Medici Volontari Italiani è una associazione di solidarietà internazionale che ha per vocazione curare le popolazioni più vulnerabili nelle situazioni di crisi e di esclusione in tutto il mondo, compreso il nostro paese. Questo suscita l'impegno volontario di coloro che operano nel campo della salute e assicura l'appoggio di tutte le altre competenze necessarie a compimento della missione.

Per Informazioni

MEDICI VOLONTARI ITALIANI - ONLUS

Via Bambaia 10 - 20131 MILANO

Tel 02/28970226 - Fax 02/99987194

e-mail: posta@medicivolontariitaliani.org

sito web: www.medicivolontariitaliani.org

La sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è a Milano in Via Lanzone 31
e-mail: info@omceomi.it - **sito web:** www.omceomi.it

Per non ricevere più la newsletter di OmeceoMi **clickare qui**