



L'Ordine

di Treviso

Anno XV - N° 2/2007 | Direttore: Michele Bucci | Aut. Trib. TV n. 934 del 24/08/1994
Tariffa Regime Libero (ex. tab. D): Poste Italiane S.p.A. | Spedizione in abbonamento postale 70% | DCB TV

Marzia Vallardi, opera prima classificata al concorso "Chi non fuma... Vince" - Azienda ULSS n. 9

Organo
bimestrale di
informazione
dell'Ordine dei
Medici Chirurghi
ed Odontoiatri
di Treviso

*“Mettete dei
fiori
nei vostri
polmoni”*

02
2007

- **Progetto Accordia**
- **Salute e ambiente**
- **Errori umani ed errori dei sistemi**
- **Il testo del DDL Turco**
- **Concorso "Chi non fuma... Vince" ULSS 9**

■ Attività dell'Ordine

- 01 | Progetto Accordia
- 05 | Salute e Ambiente
- 10 | Commissione per la Medicina dello Sport
- 10 | Studi dentistici aperti nel mese di agosto

■ Comunicazioni dell'Ordine

- 11 | Errori umani ed errori dei sistemi
- 16 | Il testo del DDL Turco
- 18 | Sospensione dell'obbligo vaccinale
- 19 | Lavoro autonomo svolto in strutture private
- 20 | Variazioni agli Albi

■ Riceviamo e pubblichiamo

- 21 | FNOMCeO
- 22 | Antitrust
- 25 | Concorso "Chi non fuma...vince" – Ulss n. 9
- 27 | La bioetica della Regione Veneto
- 28 | A.I.D.M. (Associazione Italiana Donne Medico)
- 28 | Federspev
- 28 | Ricerca Medici

■ Rubriche

- 29 | Rassegna Giuridico Amministrativa
- 30 | Appuntamenti Scientifici

Segreteria

Orario di apertura al pubblico

- Lunedì 10,00 - 13,00 e 14,00 - 17,00
- Martedì 10,00 - 13,00
- Mercoledì 10,00 - 13,00
- Giovedì 10,00 - 13,00 e 14,00 - 17,00
- Venerdì 10,00 - 13,00



DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Michele BUCCI

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Domenico STELLINI

Vice Presidente

Saverio ORAZIO (Odont.)

Segretario

Daniele FREZZA

Tesoriere

Gaetano Giorgio GOBBATO

Consiglieri

Paolo BURELLI

Diego CODOGNOTTO CAPUZZO (Odont.)

Laura DAPPORTO

Brunello GORINI

Renzo MALATESTA

Giovanni MAZZOLENI

Federica NENZ detto NENZI

Pietro Mario ROSSI

Giampiero RUZZI

Fulvia SALZANI

Massimo SANTONASTASO

Remigio VILLANOVA

Giuseppe ZAPPÀ

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Effettivi

Gaetano CAPPELLETTO **Presidente**

Diego GIRARDI

Gianfilippo NERI

Supplente

Gianna DI LUNA

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Saverio ORAZIO **Presidente**

Diego CODOGNOTTO CAPUZZO

Luigino GUARINI

Edoardo STELLINI

Angelo UZZIELLI

Il Progetto Accordia

RELAZIONE SULLA PRESENTAZIONE



Sabato 12 maggio 2007 si è tenuto a Treviso un incontro organizzato dall'Ordine, in collaborazione con la Camera Civile degli Avvocati di Treviso, per la presentazione ai Medici, agli Avvocati ed alla stampa del "Progetto Accordia" che ha visto una nutrita e qualificata partecipazione di Medici, Avvocati e Giornalisti.

Preliminarmente il Presidente dott. Domenico Stellini ha ringraziato i presenti ed in particolare il dott. Napolitano, Presidente del Tribunale di Treviso, l'Avv. Caroleo, Relatore-Responsabile del Progetto Accordia di Roma, l'Avv. D'Angelo, Presidente della Camera Civile degli Avvocati di Treviso ed il dott. Calzavara, Dirigente INA Assitalia -Responsabile nazionale Responsabilità Civile ed i rappresentanti delle ULSS.

Il Presidente dott. Stellini apre l'incontro sottolineando che anche

con il Progetto Accordia l'Ordine intende assolvere al dovere di tutela del cittadino e del medico e per porre un freno al contenzioso che sta dilagando non solo a Treviso ed in Italia ma anche in Europa e negli Stati Uniti. L'Avv. D'angelo sottolinea il ruolo dell'Avvocato nel Progetto Accordia, affermando che lo stesso avrà il compito di tutelare entrambe le parti (cittadino e medico) e che si vuole intervenire sul nascere del conflitto arrivando, ove possibile, alla conciliazione evitando così il ricorso alla Magistratura.

Prende quindi la parola il relatore Avv. Caroleo che ringrazia l'Ordine e la Camera Civile per il loro operato perché il Progetto Accordia è una sfida, è in controtendenza in quanto dà una risposta nuova alla soluzione dei conflitti. In Italia infatti l'unico sistema per la definizione dei conflitti è il ricorso alla

Magistratura con tutte le conseguenze del caso: tempi lunghissimi e costi enormi. In campo penale il 90% dei casi cade in prescrizione ed in campo civile i tempi sono così lunghi che spesso chi vince non ottiene nulla perché la parte soccombente si è nel frattempo spogliata dei suoi beni.

Continua poi affermando che conciliazione significa ascolto, incontro, dialogo. All'Ordine di Roma hanno avuto in due anni 1.700 casi; solo il 10% è andato in Camera di Conciliazione, mentre il 90% si è risolto mettendo in contatto e facendo dialogare il paziente ed il medico. Si è pertanto appurato che non è tanto la malpratica che crea il contenzioso ma spesso è la mancanza di dialogo, di attenzione ai bisogni, alle aspettative del paziente e la conciliazione è l'occasione per ristabilire un clima sereno fra medico e paziente.

Non è neanche un caso che il Progetto Accordia veda protagonisti medici e avvocati, cioè le sole due categorie richiamate dalla Costituzione (diritto alla difesa e diritto alla salute).

L'avv. Caroleo passa quindi ad illustrare per sommi capi la procedura prevista dal Progetto Accordia:

- i pazienti si rivolgeranno allo Sportello di Conciliazione presso l'Ordine dei Medici che riceverà le loro domande;
- la domanda del paziente, con relativa documentazione verrà dall'Ordine trasmessa alla Commissione Tecnica (formata da medici, avvocati, compagnie assicurative);
- se la Commissione Tecnica ritiene infondata la domanda la archivia, se la ritiene fondata la trasmette al Conciliatore. Il Conciliatore è una figura terza, deve comporre, non decidere chi ha torto o chi ha vinto. La compagnia assicuratrice deve pagare entro 30 giorni, ciò significa che da quando il paziente presenta la domanda a quando riceve i soldi passano solo 90 giorni e a costo zero.

Propone poi che dall'Ordine di Treviso parta un coordinamento fra gli Ordini per il Progetto Accordia. Accenna infine al disegno di legge appena presentato dal Ministro della Salute Turco, da approvare entro il 30 di luglio p.v., che prevede, fra l'altro, una Commissione conciliativa interna ad ogni ULSS e Ospedale.

Segue poi la discussione con le domande e gli interventi dei presenti (Marcello Ferri, Maurizio Franco, Ilian Braner, Angelo Colman, Gianpietro Bazzo e molti Avvocati).

Alle varie domande rispondono di volta in volta il dott. Stellini, l'Avv. Caroleo e l'Avv. D'Angelo chiarendo che:

- i componenti della Commissione Tecnica vengono scelti di volta in volta in rapporto al caso: in-

PROGETTO

Convenzione tra la Camera Civile degli Avvocati di Treviso e l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Treviso.

PREMESSO

- che l'Ordine dei Medici, anche in ottemperanza a quanto stabilito all'art. 3 punto g) del D.Lgs. n. 233/1946, intende istituire, in via per ora sperimentale, un'iniziativa orientata alla definizione extragiudiziaria delle controversie tra i propri iscritti e i cittadini al fine di migliorare il rapporto medico-paziente., tutelando da una parte il decoro e l'immagine del professionista e dall'altra i diritti del cittadino;
- che la Camera Civile, organismo sorto per iniziativa degli Avvocati Civili di Treviso, ha, tra i suoi obiettivi, lo sviluppo degli "ADR", in particolare della conciliazione preventiva delle liti, al fine di ridurre il ricorso all'Autorità Giudiziaria Ordinaria, nonché i tempi lunghi di attesa e gli inevitabili aggravii di costi;
- che l'Ordine dei Medici ha dato corso in questi ultimi mesi ad una serie di incontri con alcune primarie Compagnie Assicuratrici e con la stessa Camera Civile, al fine di verificare la realizzazione di un progetto denominato "patto di conciliazione tra medico e paziente";
- che, all'esito di detti incontri, con delibera del Presidente dell'Ordine dei Medici ha stabilito di deferire alla Camera Civile alcune controversie che potrebbero insorgere tra sanitari e cittadini aventi le seguenti caratteristiche:
 - le liti devono riguardare il rapporto medico-paziente, con espressa esclusione di strutture pubbliche o private eventualmente coinvolte nel rapporto di lavoro;
 - le liti devono avere natura civilistica e quindi sono escluse tutte le controversie di natura penale;
 - il valore del petitum non deve superare i 25.000,00 €;
 - l'evento dannoso, oggetto della lite, deve essersi verificato a Treviso o in Provincia e deve essere stato prodotto da un medico od odontoiatra iscritto all'Ordine di Treviso;
 - l'evento dannoso deve riferirsi al periodo compreso tra il 1.1.2006 e il 31.12.2008, data quest'ultima in cui viene fissata la conclusione dell'esperimento;
 - le controversie oggetto della conciliazione non devono essere mai state precedentemente sottoposte all'Autorità Giudiziaria Ordinaria;
- che le Compagnie Assicuratrici si sono impegnate, in caso di sottoscrizione del verbale di conciliazione da parte di un medico assicurato presso di loro, a provvedere entro e non oltre il termine tassativo di 30 giorni dalla data della richiamata sottoscrizione, al pagamento della somma che sarà liquidata nel verbale di conciliazione redatto dal Conciliatore della Camera Civile e sottoscritto dalle parti sempre che non siano emersi motivi di inoperatività della garanzia in sede di Commissione Tecnica, beninteso nei limiti e termini di polizza;
- che, a tale scopo, l'Ordine dei Medici istituirà presso la propria sede uno Sportello gratuito di conciliazione. L'Ordine provvederà, altresì, a costituire una Commissione Tecnica, composta da medici e/o odontoiatri e avvocati specializzati, i quali dovranno in primo luogo verificare la sommaria fondatezza delle pretese avanzate dal cittadino e quindi procedere ad una prima istruzione della domanda di conciliazione, così da offrire un parere

ACCORDIA

di ammissibilità prima che detta domanda venga sottoposta all'eventuale composizione da parte del Conciliatore della Camera Civile;

- che la stessa Camera Civile ha accolto positivamente i proponimenti dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Treviso. Tutto ciò premesso e rilevato, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Treviso (in prosieguo solo "Ordine Medici") e la Camera Civile degli Avvocati di Treviso

CONVENGONO E STIPULANO

ART. 1

L'Ordine Medici di Treviso, con la sottoscrizione della presente convenzione, si impegna a comporre dinanzi al Conciliatore della Camera Civile, previo parere positivo della commissione tecnica costituita dallo stesso Consiglio dell'Ordine Medici, le controversie tra il medico iscritto all'Ordine Medici di Treviso aderente al patto di conciliazione e il singolo cittadino, che abbiano segnatamente le seguenti caratteristiche:

- le liti devono riguardare il rapporto medico-paziente, con espressa esclusione di strutture pubbliche o private eventualmente coinvolte nel rapporto di lavoro;
- le liti devono avere natura civilistica e quindi sono escluse tutte le controversie di natura penale;
- il valore del petitum non deve superare i 25.000,00 €;
- l'evento dannoso, oggetto della lite, deve essersi verificato a Treviso o in Provincia e deve essere stato prodotto da un medico od odontoiatra iscritto all'Ordine Medici di Treviso;
- l'evento dannoso deve riferirsi al periodo compreso tra il 1.1.2006 ed il 31.12.2008, data quest'ultima in cui viene fissata la conclusione dell'esperimento;
- le controversie oggetto della conciliazione non devono essere mai state precedentemente sottoposte all'Autorità Giudiziaria Ordinaria;

ART. 2

L'Ordine Medici di Treviso istituirà uno sportello di conciliazione presso la propria sede, nella persona del Presidente, con orario feriale quotidiano (dalle ore 8,30 alle ore 9,30) per:

- 1) fornire ai cittadini tutte le informazioni necessarie;
- 2) raccogliere le domande di conciliazione provenienti dagli stessi cittadini;
- 3) verificare tramite una commissione tecnica la loro sommaria fondatezza;
- 4) raccogliere il consenso del medico alla richiesta conciliativa del paziente;
- 5) deferire la controversia alla composizione della Camera di Conciliazione.

ART. 3

Il procedimento dinanzi al Conciliatore nominato dalla Camera Civile, a seguito della positiva valutazione della domanda di conciliazione proposta dal cittadino di cui all'articolo precedente, dovrà essere avviato mediante una istanza congiunta sottoscritta dal medico e dal paziente e dovrà contenere:

- a) l'indicazione della Camera alla quale ci si rivolge;
- b) l'indicazione delle parti ed eventualmente dei procuratori che li rappresentano;
- c) l'esposizione sommaria dei fatti, delle domande e delle eccezioni;

compatibilità, competenza, impedimenti;

- bisogna comunicare con i cittadini, vincere la loro diffidenza, seguire con grande attenzione i primi casi spiegando bene che la Camera di Conciliazione è organo terzo;
- il Progetto Accordia è stato fatto solo per il civile e solo fino ad un petitum di € 50.000,00. A Roma sui primi 10 casi furono richiesti € 107.000,00 e liquidati € 59.000,00.

Interviene il Presidente dott. Stellini per chiarire che un fatto è il numero dei ricorsi alla Magistratura, altro caso è il numero delle condanne ed inoltre afferma che l'Ordine vigilerà sul comportamento dei medici legali, in quanto c'è una tendenza generale a volgere l'interpretazione tecnica dei fatti più alla tutela del paziente/cliente (cittadino o medico che sia) che all'evidenza scientifica e che inoltre l'Ordine vigilerà sulla commistione fra medici legali e società e che ci sono società che "comprano" le cause. L'Avv. Caroleo chiarisce che, naturalmente, la conciliazione è facoltativa e non obbligatoria ed il dott. Stellini informa che le assicurazioni sono parte integrante del Progetto Accordia e che se il medico è assicurato con una compagnia che non aderisce al Progetto o non è assicurato viene sempre lo stesso interpellato per conoscere se vuol personalmente aderire alla conciliazione.

Infine il moderatore dott. Frezza ringrazia tutti i partecipanti all'incontro informando che l'Ordine ha istituito una Commissione sul Rischio Clinico ed un'altra Commissione per i rapporti fra i medici del territorio e l'Ospedale che si prefigge lo scopo del miglioramento del rapporto fra medici che avrà positive ricadute anche nel rapporto con i pazienti e che sicuramente servirà a ridurre il contenzioso.

Dott. Daniele Frezza

d) la domanda contenente la richiesta di nominare il conciliatore.

Inoltre tali istanze dovranno essere corredate della seguente documentazione:

- parere positivo della commissione tecnica;
- documenti medici (cartella medica, certificati, esami, referti diagnostici, relazioni medico legali ecc.);
- eventuale fattura o documento equipollente.

ART. 4

L'Ordine Medici in caso di conciliazione intervenuta si impegna a far rispettare l'accordo sottoscritto avanti al Conciliatore della Camera Civile, obbligando le compagnie assicuratrici aderenti al progetto "patto di conciliazione tra medico e paziente", o il medico direttamente, a liquidare le somme dovute, entro il termine tassativo di 30 giorni dalla sottoscrizione tra le parti del verbale di conciliazione.

ART. 5

L'Ordine Medici riconosce e pone a carico, di norma,

tramite le compagnie assicuratrici anzidette, a titolo di diritti di segreteria, una somma forfettaria da concordare per ogni singola conciliazione, da corrispondere alla Camera Civile degli Avvocati di Treviso.

ART. 6

L'Ordine Medici prende atto del regolamento della Camera di Conciliazione e dichiara di accettarne integralmente il contenuto.

Il regolamento viene allegato alla presente convenzione di cui diviene parte integrante, anche ai fini della regolamentazione del procedimento conciliativo.

ART. 7

Il conciliatore anche in caso di esito negativo della conciliazione redigerà apposito verbale.

ART. 8

La presente convenzione può essere in ogni momento modificata previo espresso accordo tra le parti.

Protocollo aggiuntivo

Alla Convenzione Stipulata l'11 novembre 2005 Convenzione tra la Camera Civile degli Avvocati di Treviso e l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Treviso.

Vista la convenzione stipulata l'11 novembre 2005

CONVENGONO E STIPULANO

il seguente protocollo aggiuntivo a modifica ed integrazione della convenzione suddetta:

- il valore del petitum non deve superare i 50.000,00 Euro;
- l'evento dannoso deve riferirsi al periodo compreso tra l'1.1.2006 ed il 31.12.2007, data quest'ultima nella quale le parti si riservano di verificare i risultati e di valutare l'opportunità di proseguire la sperimentazione;
- l'Ordine dei Medici di Treviso, d'intesa con la Camera Civile degli Avvocati di Treviso, provvederà a nominare caso per caso una Commissione Tecnica, composta da professionisti di comprovata esperienza legale, medica e assicurativa, la quale dovrà

in primo luogo verificare la fondatezza delle pretese avanzate dal cittadino e quindi procedere ad una prima istruzione della domanda di conciliazione, così da offrire un parere di ammissibilità prima che detta domanda venga sottoposta all'eventuale composizione da parte del Conciliatore della Camera Civile. Il professionista di comprovata esperienza assicurativa sarà nominato su indicazione della Compagnia che risulti essere l'assicuratrice del medico interessato e che partecipi alla presente iniziativa;

- l'Ordine dei Medici di Treviso istituirà uno sportello di conciliazione presso la propria sede con il seguente orario feriale: dal lunedì al venerdì dalle ore 10 alle ore 12;
- le Compagnie assicuratrici aderenti al progetto pongono a loro carico:
 - le spese della Commissione Tecnica, quantificate in € 200,00 (duecento/00) oltre IVA ed accessori per singolo componente e giornata lavoro, con il limite di sei membri e di dieci riunioni annue;
 - i diritti di segreteria a favore della Camera Civile, quantificati in € 50,00 (cinquanta/00) oltre IVA per ogni sinistro di pertinenza.

Salute e Ambiente

DAL NUOVO ARTICOLO 5 DEL CODICE DEONTOLOGICO AL RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO NAZIONALE DELLA FNOMCEO, ALLE INIZIATIVE DA ADOTTARSI A TREVISO

Il 10 maggio si è tenuta a Roma la riunione dei referenti provinciali degli Ordini dei Medici e Odontoiatri per la presentazione del **Documento "Tutela del diritto individuale e collettivo alla salute e ad un ambiente salubre. Inquinamento atmosferico urbano, stili di vita e salute."**

Il documento redatto da un pool di oltre 50 esperti a livello nazionale è la risultante di un lavoro congiunto tra la FNOMCEO e l'ISDE, che è l'associazione Italiana Medici per l'Ambiente, attiva in Italia dal 1990. L'incontro ha visto la partecipazione di oltre 60 colleghi, ed è stato organizzato e moderato dal Dr. Benato, Vice-presidente nazionale FNOMCEO e dal Presidente ISDE nazionale. Vi sono

stati numerosi interventi che hanno fatto emergere un forte interesse delle province sul tema ambiente e una adesione al documento e al percorso proposto che sintetizzato prevede:

1. La sottoscrizione di tutti i medici del documento ambiente che



sarà esposto nella sede dell'Ordine e l'approvazione formale del Documento a livello dei singoli Ordini Provinciali.

2. Lo sviluppo di attività sul livello provinciale di diffusione del documento e del senso di responsabilità della categoria sui temi ambien-

tali così come previsto dall'Art. 5 del Codice Deontologico.

3. L'insediamento di una Consulta Ambiente provinciale dei Medici, aperta a Colleghi esperti, a Colleghi Amministratori, e a Medici della Prevenzione ed Igiene pubblica, con la finalità di rappresentare un punto di riferimento per la categoria e per le Amministrazioni pubbliche (Provincia, Comuni, ARPAV, e altri Enti pubblici e privati coinvolti nella gestione del territorio e dell'Ambiente), nelle modalità che verranno definite.
4. Sviluppo di momenti di approfondimento e di formazione sulle tematiche ambientali organizzati dall'Ordine dei Medici con accreditamento ECM.

È un momento storico per la categoria che attraverso l'Art.5 del Nuovo Codice Deontologico e il Documento AMBIENTE può (e deve) riappropriarsi di temi di rilevante interesse sanitario (anche per una funzione sociale attiva) oggi disperse nelle competenze, per le importanti ricadute che determinano se affrontati in termini di prevenzione e di qualità della vita della nostra popolazione e non solo in termini di diagnosi e cura, laddove le patologie potenzialmente correlabili all'inquinamento ambientale si siano purtroppo già determinate.

*Dr. Daniele Frezza
Segretario Ordine dei Medici di Treviso
e Referente Documento Ambiente*

Documento che sarà sottoscritto dai medici presso gli ordini provinciali

FNOMCeO – ISDE Italia

TUTELA DEL DIRITTO INDIVIDUALE E COLLETTIVO ALLA SALUTE E AD UN AMBIENTE SALUBRE
INQUINAMENTO ATMOSFERICO URBANO, STILI DI VITA E SALUTE

“Per l'ambiente gli uomini sono responsabili, i medici due volte”

Dal momento che i rischi per la salute sono largamente legati al degrado ambientale e ai modelli di vita, i medici devono orientare il loro ruolo professionale e civile per promuovere la salute anche attraverso scelte di tutela ambientale. La dimostrazione che molti processi patologici trovano una loro eziopatogenesi in cause ambientali, quali l'accumulo di inquinanti nell'aria, nell'acqua, nel suolo e nel cibo, e l'esistenza su scala mondiale di gravi e irreversibili dissesti ambientali, hanno sollecitato una crescente attenzione verso questi temi. Ambiente degradato, esposizioni occupazionali a sostanze nocive e modelli di vita scorretti sono responsabili del 75% delle patologie e delle cause di morte. Da decenni nei convegni medici si discute di salute, rischi da lavoro, ambiente e inquinamento e i ricercatori si impegnano per evidenziarne le correlazioni. Queste attività che non vanno certamente sottovalutate, non ci sono comunque sembrate espressione della intera potenzialità dei medici e degli altri professionisti della salute nei confronti della popolazione e dei politici. Agli specialisti che tutti i giorni verificano, per le loro specifiche competenze, i danni che l'ambiente inquinato determina nella popolazione devono affiancarsi i medici del territorio che possono rappresentare la reale congiunzione tra sistema sanitario, popolazio-



ne e mondo scientifico. Per far ciò è necessario superare le barriere corporative all'interno della categoria, collaborare con le altre figure di tecnici della salute e dell'ambiente, raccordarsi con quei settori professionali che più possono influenzare gli amministratori e la popolazione - in particolare i media, la scuola, il mondo giuridico e quello economico. È opportuno sostenere e consigliare le altre categorie professionali e le amministrazioni affinché promuovano politiche di prevenzione e quindi di salvaguardia ambientale, creando consenso intorno a scelte talvolta scomode e impopolari. È altresì necessario intervenire nei confronti di soggetti che perseguono iniziative non rispettose della salute e dell'ambiente di vita e di lavoro. La nozione di responsabilità personale su cui la nostra cultura si è basata per millenni sembra ormai inadeguata. Sorge la necessità di elaborare concezioni nuove che ampliano tale nozione ad una dimensione collettiva. Questo allargamento di prospettiva coinvolge il medico nella sua funzione sociale: il medico nella attuale società non ha più soltanto una veste nel rapporto individualizzato con il paziente ma un più ampio mandato nei confron-

ti della collettività e della organizzazione sanitaria per gli aspetti di assistenza e di tutela della salute umana inserita nell'ecosistema.

Danno ambientale, ricadute sulla salute ed evidenze

L'inquinamento atmosferico rappresenta un grave problema di sanità pubblica dal momento che l'aria dei nostri centri urbani è resa sempre più irrespirabile dalla presenza di molteplici inquinanti. Anche le emissioni di gas serra, di origine antropica, sono cresciute e l'effetto serra è certamente una delle cause del **cambiamento climatico** che ha portato anche nel nostro Paese ad un aumento della temperatura media e a eventi climatici estremi, con la prospettiva di un profondo dissesto dell'ecosistema terrestre e di un avvenire incerto per le future generazioni. Per la **riduzione delle emissioni di gas serra in atmosfera** - responsabili dei cambiamenti climatici - l'Italia si è impegnata (insieme ad altri 158 paesi nel mondo) a ridurre entro il 2010 l'anidride carbonica in atmosfera del 6.5% mentre in realtà dal 1990 al 2004 si è registrato un aumento dell'11,6%. Nell'ultimo secolo la temperatura media mondiale è salita di 0,6° e l'aumento previsto entro la fine di questo secolo potrebbe essere fra 1,4° e 5,8°. In Italia l'aumento di temperatura negli ultimi decenni è stato leggermente superiore alla media mondiale. **Nell'estate 2003**, caratterizzata da una forte afa, nel nostro Paese si è osservato rispetto al 2002 un aumento di 2.222 decessi (da 17.493 a 19.715) e nel periodo compreso tra il 16 luglio e il 15 agosto l'incremento è stato del 36% nella popolazione in generale e

del 40% tra le persone di 65 anni e oltre (ISS, 2005).

Complessivamente l'inquinamento ambientale urbano è responsabile di effetti nocivi sull'apparato respiratorio e cardiovascolare, di effetti oncogeni e dell'aumento della mortalità generale. I principali studi condotti in Europa ed U.S.A. sulla **correlazione fra inquinamento atmosferico e cancro al polmone** sono concordi nel valutare che per ogni 10 µg/m³ di PM 2.5 si registra un incremento tra l'8% ed il 14% di neoplasie polmonari. Si ricorda che l'OMS ha stimato la quota di decessi attribuibili a valori di PM10 oltre 20µg/m³ in 13 città italiane con oltre 200.000 abitanti sulla base dei valori di PM10 registrati negli anni 2002-2004.

La stima è di 8220 morti/anno di cui 742 morti/anno per cancro del polmone. Da studi recenti emerge, altresì, che i decessi che si misurano o si stimano come effetto dell'inquinamento atmosferico non sono una semplice anticipazione di eventi che sarebbero comunque accaduti ma rappresentano un effetto netto di una mortalità che sarebbe stata evitata se i livelli di inquinamento fossero stati inferiori.

È noto che i principali determinanti della qualità dell'aria sono la mobilità motorizzata, i sistemi di riscaldamento e le immissioni in atmosfera di sostanze chimiche da insediamenti produttivi e dagli inceneritori. È dunque su tutti questi elementi che si deve agire se si vuole migliorare la qualità dell'aria.

Pertanto è solo una scelta contingente quella che come medici abbiamo fatto di richiamare l'attenzione del mondo scientifico in generale e di quello politico su uno di questi determinanti: il traffico veicolare.

Il trasporto motorizzato, come sostiene autorevolmente anche l'OMS, è indubbiamente una delle fonti più importanti di agenti in-

quinanti pericolosi quali gli ossidi di azoto, il benzene, l'ozono e soprattutto **il particolato fine (PM10 e PM 2,5) e ultrafine, ossia di dimensioni submicroniche, che producono situazioni di rischio per la salute umana e in particolare per quella dei bambini.**

Il traffico motorizzato è in aumento in tutte le città e oltre all'inquinamento atmosferico causa anche un aumento degli incidenti stradali (complessivamente in Italia causano circa 8.000 morti all'anno!), inquinamento acustico e, indirettamente, sedentarietà ed effetti psicosociali che incidono fortemente sui costi della società (Terza Conferenza Ministeriale dell'OMS, Londra 1999- "Carta europea trasporti, salute e ambiente").

Possibili iniziative

Ormai esistono, sia a livello internazionale che nazionale, **indirizzi e strumenti di riferimento per la definizione di efficaci strategie di riduzione dell'inquinamento atmosferico da traffico e da altre fonti di inquinamento.**

Appaiono tuttavia ancora carenti, almeno con riferimento all'ambito nazionale e regionale, significative esperienze di elaborazione e attuazione di strategie integrate, accompagnate da estese campagne di comunicazione sul significato delle strategie stesse e da sistematiche attività di monitoraggio e valutazione dei risultati conseguiti.

Un approccio efficace dovrebbe infatti comprendere:

1. Interventi mirati a garantire la **piena integrazione delle considerazioni sulla prevenzione e riduzione dell'inquinamento atmosferico nelle politiche:** Alutazione Ambientale strategica (VAS) di piani e programmi, Valutazione di Impatto Ambientale (VIA), Valutazione di Impatto Sanitario (VIS).
2. Interventi mirati a **ridurre la mobilità motorizzata**, soprattutto

privata: Pianificazione territoriale integrata con la pianificazione dei trasporti (aree urbane ad alta densità, a destinazione mista e compatte; rivitalizzazione dei centri urbani), politiche dei tempi delle città (Lgge n. 53/2000), teleservizi/e-government, telelavoro, commercio elettronico, e-banking e servizi on-line).

3. Interventi mirati a **modificare la distribuzione modale della mobilità: promozione della mobilità ciclabile e pedonale**, potenziamento e miglioramento dei servizi di trasporto pubblico, potenziamento dell'offerta di trasporto ferroviario e dell'intermodalità, valorizzazione del trasporto marittimo e fluviale, sviluppo di servizi innovativi e complementari al trasporto pubblico (*mobility management*, servizi a chiamata e di taxi collettivo, *car pooling* e *car sharing*), tariffazione dell'uso delle infrastrutture, fiscalità dei carburanti, revisione in senso ambientale del bollo auto, interventi di road e area-pricing, istituzione di Zone a Traffico Limitato (ZTL) e di aree pedonali, regolamentazione e riorganizzazione della sosta, tecnologie telematiche per la gestione del traffico, moderazione del traffico.
 4. Interventi mirati a **ridurre le emissioni in atmosfera:** regimi di incentivazione alla sostituzione di determinati veicoli, sostituzione del parco autobus o rinnovo delle flotte veicolari degli Enti pubblici, sistemi periodici di controllo tipo "bollino blu", carburanti alternativi (es. idrogeno, biocombustibili).
 5. Interventi mirati a **modificare i modelli di vita:** campagne informative, campagne promozionali sull'uso di trasporti sostenibili, organizzazione/partecipazione a concorsi e eventi (es. domeniche ecologiche etc.), educazione ambientale, siti internet o uffici, sportelli, punti informativi dedicati.
- Andrebbe, inoltre, prevista una **par-**

tecipazione allargata ai processi decisionali e all'attuazione degli interventi; la condivisione delle decisioni è infatti indispensabile per il successo di qualsiasi strategia ed è quindi fondamentale la qualità dell'informazione, la comunicazione più ampia e trasparente possibile e l'adeguata considerazione della percezione dei rischi nella cittadinanza. Risultano ancora poco valorizzate, in tal senso, le potenzialità offerte da alcuni strumenti innovativi di costruzione partecipata delle strategie, quali Agenda 21 locale o Città Sana. Nelle nostre città si stanno già attuando **strategie** quali il rinnovo del parco veicolare, l'introduzione di filtri per i motori più inquinanti ect., tutti provvedimenti utili ma che non vanno nella direzione di una progressiva riduzione del numero di autoveicoli e dei Km percorsi, perpetuando comunque il fenomeno del traffico.

L'opzione corrente fondamentale per poter migliorare la salute pubblica nelle città resta quella di limitare il traffico motorizzato stradale nelle nostre città e nelle aree limitrofe attraverso: l'adozione di piani di "Moderazione del traffico" e la creazione di una rete realmente percorribile in sicurezza pedonale e ciclabile, con particolare riferimento ai percorsi casa-scuola, casa-ambulatorio, casalavoro.

Proposte operative

Il nuovo **codice di deontologia medica** ha dedicato un articolo, il numero 5, alla "**Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente**" che recita "*Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini. A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative*

di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva." Noi medici siamo i primi osservatori di questi fenomeni in tutte le nostre professionalità:

– Come operatori delle Aziende Sanitarie dei Dipartimenti di prevenzione contribuiamo a rilevare la frequenza e distribuzione delle malattie ed osserviamo il progressivo consolidamento dei dati che indicano un aumento delle patologie e della mortalità da inquinamento atmosferico.

– Come medici di medicina generale constatiamo direttamente nei nostri ambulatori la diffusione sempre maggiore di patologie tumorali e soprattutto l'abbassamento dell'età di incidenza (K mammari, Linfomi ecc.)

– Come pediatri vediamo aggravarsi nei bambini residenti in zone più inquinate o più trafficate patologie come l'asma, il raffreddore primaverile, le bronchiti, le broncopolmoniti e soprattutto i tumori (in Europa negli ultimi 30 anni si è registrato un incremento dell'1,2 % annuo dei tumori fra 0 e 14 anni e dell'1,4% tra i 14-19 anni)

– Come medici specialisti in tutte le branche vediamo il costante aumento delle patologie cronicodegenerative tra cui quelle cardiocircolatorie e respiratorie che rappresentano le cause principali di mortalità e di ricovero o di disturbi nello sviluppo del sistema nervoso centrale legati all'esposizione a un vasto spettro di inquinanti chimici ambientali

– Come dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale vediamo le risorse indirizzarsi prevalentemente verso la cura, la riabilitazione e la diagnosi precoce piuttosto che verso la prevenzione primaria.

– Come medici universitari e ricercatori studiamo le correlazioni tra patologie ed ambiente insalubre e le portiamo a conoscenza degli studenti.

Tutto questo comporta:

a) che i medici siano fortemente

impegnati nella programmazione e nella messa in opera di programmi per la comunicazione del rischio, nella promozione di progetti integrati di prevenzione primaria, nella formazione, nella valutazione d'impatto ambientale e sanitario di piani, programmi e degli strumenti di pianificazione urbanistici, nella verifica di efficacia dei provvedimenti adottati. A questi fini i medici si propongono per il supporto tecnico-sanitario ai vari livelli di governo (nazionale, regionale e locale) che esercitano competenze politico-amministrative, normative e regolamentari, nei vari processi di pianificazione che incidono sulla salute collettiva. Per l'esercizio di queste funzioni, cui si aggiungono quelle prettamente sanitarie di "sorveglianza epidemiologica" e "comunicazione del rischio", i medici intendono instaurare costanti relazioni funzionali con le Agenzie Regionali per l'Ambiente, al fine di assicurare l'integrazione tra politiche sanitarie, ambientali ed energetiche prevista dall'art. 7-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992.

b) la predisposizione di un piano d'azione condiviso da portare avanti in maniera sistematica su tutto il territorio nazionale che comprenda attività di **formazione informazione** (distribuzione di materiali informativi negli studi e nei presidi medici sui rischi derivanti dall'inquinamento atmosferico, interventi nelle scuole per sensibilizzare insegnanti e genitori), attività di coordinamento di tutte le figure mediche del territorio (Medici di Medicina Generale, Pediatri di famiglia, Medici che lavorano nei Dipartimenti di prevenzione o che comunque nei settori della sanità pubblica, epidemiologi, ospedalieri ecc.), pressione nei confronti delle istituzioni locali per una valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte di tipo urbanistico in senso lato.

Dalla diagnosi alla terapia: iniziative sul territorio

Il nuovo articolo 5 del Codice Deontologico fa del medico una delle figure professionali chiamate a svolgere un ruolo attivo nella tutela del diritto individuale e collettivo alla salute e a un ambiente salubre. Nell'ambito di una partecipazione allargata ai processi decisionali e all'attuazione degli interventi anche il medico è chiamato a svolgere la propria parte. È quanto viene affermato nel Documento ambiente - cardine dell'iniziativa promossa da FNOMCeO (Federazione nazionale ordini medici chirurghi e odontoiatri) e ISDE Italia (Associazione di medici per l'ambiente) - che intende coinvolgere la classe medica chiedendo la sottoscrizione di un documento che verrà distribuito presso tutte le sedi dell'Ordine professional. Tra i punti salienti del documento, l'introduzione del concetto di Valutazione di Impatto Sanitario - da affiancarsi alla Valutazione Ambientale Strategica e alla Valutazione d'Impatto Ambientale - che dovrebbe avere proprio il medico come suo determinante referente, attraverso interventi precisi, mirati a garantire la piena integrazione delle sue considerazioni sulla prevenzione e sulla riduzione dell'inquinamento atmosferico nelle strategie decisionali. Ritroviamo il medico quale protagonista anche negli interventi mirati a modificare gli stili di vita attraverso campagne infor-

mative, educazione ambientale, iniziative promozionali sull'uso di trasporti sostenibili ecc. In sintesi il documento proposto da FNOM CeO e ISDE Italia chiede:

a) che i medici siano in prima fila nella valutazione e comunicazione del rischio, nella promozione di progetti integrati di prevenzione primaria, nella formazione, nella valutazione d'impatto ambientale e sanitario di piani, programmi e degli strumenti di pianificazione urbanistici, nella verifica di efficacia dei provvedimenti adottati. A questo fine i medici si propongono per il



supporto tecnico-sanitario ai vari livelli di governo (nazionale, regionale e locale) che esercitano competenze politico-amministrative, norma-

tive e regolamentari, nei vari processi di pianificazione che incidono sulla salute collettiva. Per l'esercizio di queste funzioni, cui si aggiungono quelle prettamente sanitarie di "sorveglianza epidemiologica" e "comunicazione del rischio", i medici intendono instaurare costanti relazioni funzionali con le Agenzie Regionali per l'Ambiente, al fine di assicurare l'integrazione tra politiche sanitarie, ambientali ed energetiche prevista dall'art. 7-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992.

b) la predisposizione di un piano d'azione condiviso, da portare avanti in maniera sistematica su tutto il territorio nazionale, che comprenda attività di **formazione informazione** (distribuzione di materiali informativi negli studi e nei presidi medici sui rischi derivanti dall'inquinamento atmosferico, interventi nelle scuole per sensibilizzare insegnanti e genitori), attività di **coordinamento di tutte le figure mediche del territorio** (Medici di Medicina Generale, Pediatri di famiglia, Medici che lavorano nei Dipartimenti di prevenzione o comunque nei settori della sanità pubblica, epidemiologi, ospedalieri ecc.), **pressione nei confronti delle istituzioni locali** per una valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte di tipo urbanistico in senso lato.

Commissione per la medicina dello sport

Il 19 Aprile scorso il Segretario dell'Ordine Daniele Frezza ha insediato – a nome del Presidente Stellini – la Commissione per la Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico, la cui promozione era stata indicata nell'ultimo numero de "L'Ordine".

La Commissione è aperta al contributo di tutti gli iscritti e si propone di essere riferimento culturale e deontologico per tutti i Colleghi che, a titolo diverso, sono interessati alle tematiche e alla pratica di tale disciplina.

Già adesso numerosi i Colleghi coinvolti, oltre agli specialisti (e tra di essi, quelli autorizzati alla certificazione per l'attività agonistica), ci sono i medici delle società sportive, gli addetti al controllo antidoping, i medici delle palestre, quelli

che svolgono l'assistenza alle gare, ecc.

Verosimilmente tale numero potrà aumentare se avranno seguito le impostazioni regionali e nazionali che attribuiscono al concetto di sport importanti valenze preventive legate soprattutto ai cambiamenti dello stile di vita.

Nella Finanziaria 2008 dovrebbe essere inserito un concetto distinto tra lo sport agonistico e lo sport di cittadinanza (intendendosi, per questo, quello inteso come diritto del cittadino e che sia rivolto ad attività formative e sociali, specie dei giovani). Ne dovrebbe derivare una ricaduta diversa sulle attuali forme di associazionismo: da un parte le associazioni che propongono sport agonistico nell'ambito del CONI e,

dall'altro, associazioni a carattere sociale, espressione di un nuovo welfare, per le quali risulterebbero indispensabili i contributi tecnici dei "lavoratori sportivi" in senso lato, tra cui i medici.

Nel percorso della Commissione è sembrato indispensabile preliminarmente, fare un censimento dei nostri iscritti interessati. In questo senso l'Ordine si è impegnato a stabilire dei contatti, iniziando dal CONI Provinciale, che consentano un inizio di anagrafe.

Successivamente la Commissione proporrà un calendario di riunioni per la definizione di obiettivi ed approfondimenti e la stesura di un programma di lavoro.

Michele Bucci

STUDI DENTISTICI APERTI NEL MESE DI AGOSTO

Si invitano i Colleghi, i cui studi dentistici rimarranno aperti nel prossimo mese di agosto, a voler compilare e ritornare alla Segreteria di quest'Ordine il presente modulo **entro e non oltre il 9 LUGLIO 2007 (anche a mezzo fax purchè ben leggibile: 0422 541637)**.

I dati rilevati saranno poi comunicati alla stampa locale per la pubblicazione.

Le comunicazioni che ci perverranno dopo il 9 luglio p.v. non potranno essere prese in considerazione per la stampa.

Dott. _____

Studio dentistico nel Comune di _____

via _____ n° _____ Tel. _____ Fax _____

PERIODO DI APERTURA NEL MESE DI AGOSTO: dal _____ al _____

dal _____ al _____

ORARIO DI APERTURA:

Lunedì _____ Martedì _____ Mercoledì _____

Giovedì _____ Venerdì _____ Sabato _____

Data

Firma

Errori umani ed errori dei sistemi. La responsabilità del medico

Documento approvato all'unanimità dal Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri

CAGLIARI, 21 APRILE 2007

La sicurezza delle cure rappresenta un obiettivo qualificante ed irrinunciabile di ogni moderna politica indirizzata al conseguimento dell'efficacia delle organizzazioni sanitarie e alla promozione della qualità dei servizi resa e percepita dai cittadini.

Lo sviluppo della medicina moderna come scienza biotecnologica e della sanità come complessa rete di servizi alla persona e alla collettività, hanno profondamente mutato le caratteristiche tecnico-professionali dell'atto medico, compresa la natura dei possibili errori e dei relativi profili di responsabilità. In una medicina povera di tecnologia e in una sanità a bassa complessità organizzativa, il colloquio con il paziente, la semeiotica fisica, il ragionamento clinico, l'esperienza e l'autorevolezza del singolo professionista, erano alla base del processo diagnostico-terapeutico; l'eventuale errore era fondamentalmente attribuibile ad un "profilo individuale" di responsabilità per manifesta imperizia, imprudenza e negligenza.

Lo sviluppo verticale delle conoscenze e delle competenze che si distribuiscono su più profili professionali, il massiccio ingresso orizzontale nella pratica clinico-assistenziale di sofisticate tecnologie e presidi, il ruolo



sempre più attivo dei cittadini nel richiedere accessibilità, efficacia e sicurezza delle attività sanitarie, hanno incrementato in modo esponenziale la complessità delle organizzazioni sanitarie. Il processo clinico assistenziale, anche sotto la spinta di esasperate politiche aziendalistiche alla ricerca di efficienza, è diventato simile ad una linea di produzione di una merce che mantiene però un altissimo contenuto etico e civile. In questo processo ed intorno ad esso

si muovono più attori con i propri ambiti di autonomia e di responsabilità ed un universo di domande e di bisogni ai quali non sempre possono corrispondere i medici e la medicina. Tutto ciò va contestualizzato all'interno di un rapporto medico-paziente in continuo cambiamento, che i medici vedono sintetizzato nel concetto di alleanza terapeutica; un contesto in cui le aspettative, più o meno giustificate, del paziente hanno una grande rilevanza. La complessità tecnico organizzativa delle attività, la molteplicità delle relazioni intra ed interprofessionali, l'invasività delle nuove tecniche e tecnologie di diagnosi e cura, definiscono un sistema che tende a produrre al suo interno condizioni favorevoli al manifestarsi di errori. In questo senso, senza nulla voler sottrarre agli ambiti di responsabilità individuale, laddove presenti, l'errore in sanità modifica sostanzialmente la propria natura. Le azioni rivolte alla sicurezza delle cure devono, dunque, innanzitutto far emergere e correggere i cosiddetti errori latenti, quelli cioè che appartengono all'area organizzativo-gestionale dei processi clinico-assistenziali; in questa prospettiva il "fattore umano" rappresenta quasi sempre l'ultimo anello di una catena di difetti del sistema; in altre parole

è l'effettore dell'evento indesiderato.

Questa moderna visione dell'errore consente di rappresentare in modo più realistico il fenomeno del rischio clinico e soprattutto di sviluppare efficaci politiche della sicurezza e quindi della qualità, laddove l'attenzione viene fortemente indirizzata, oltre che sugli operatori, sulle organizzazioni dei servizi.

In questa prospettiva gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, si sono adoperati affinché prevalga una cultura diversa, "positiva" dell'errore, affermando con chiarezza, all'art. 14 del

nuovo Codice di Deontologia Medica, che al medico compete "la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure".

Per tale ragione la FNOMCeO, interpretando e facendo proprie le legittime esigenze dei cittadini e della professione, ritiene che la promozione della sicurezza ed una efficace ed efficiente prevenzione e gestione del rischio clinico e degli eventi indesiderati, rappresenti un diritto dei pazienti ed un dovere dei professionisti quale elemento qualificante delle prestazioni erogate e, a tale scopo, pongono all'attenzione delle Istituzioni e di tutti i soggetti coinvolti alcune proposte concrete.

1) Produrre e trasmettere ai professionisti la cultura dell'errore, del rischio clinico e della sicurezza delle cure

Una efficace ed efficiente azione di prevenzione e gestione del rischio non può prescindere da una conoscenza dei determinanti del fenomeno che va considerata una vera e propria malattia del sistema



sanitario. Di questa patologia sono note in letteratura le caratteristiche epidemiologiche, la tassonomia, gli strumenti di indagine, le procedure di misura e valutazione, infine alcune terapie efficaci. Queste conoscenze definiscono un nuovo sottosistema cognitivo che deve entrare a pieno titolo nel core curriculum formativo dei futuri medici (e di tutti i futuri professionisti della salute) per cui riteniamo indispensabile:

- a) introdurre nei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie, e specificamente in Medicina e Odontoiatria, la necessità di acquisire un **congruo numero di Crediti Universitari (almeno 5) sul tema del rischio clinico e della sicurezza delle cure**, compresi gli aspetti legati alla comunicazione e alla deontologia.
- b) **affrontare, nei corsi di specializzazione post laurea e di formazione in medicina generale, le tematiche della sicurezza peculiari delle attività specialistiche in causa** con particolare riguardo alle tecnologie sanitarie e ai farmaci.
- c) prevedere che, **nel prossimo triennio, nel programma ECM di ogni professionista siano previ-**

sti un congruo numero di Crediti Formativi (non meno di 25) per le attività di audit o similari in materia di sicurezza delle cure. In particolare nelle attività di elevata complessità tecnico-manuale è sicuramente utile favorire lo sviluppo di tecniche e procedure di simulazione, già largamente impegnate in tutti i sistemi "ad alta affidabilità" (es. aeronautica) con scopo di insegnamento, di esercizio e di verifica periodica sia degli apparati e delle organizzazioni che delle performances umane (Screen Based Simulators, Task trainers e Simulatori in Scala Reale).

2) Rafforzare ed estendere la diffusione delle buone pratiche cliniche, la valutazione delle attività sanitarie e la gestione integrata delle competenze.

La sicurezza delle cure si fonda altresì sulla produzione, diffusione ed utilizzo delle buone pratiche cliniche che contrastino la pervasività della cosiddetta "medicina difensiva" e l'enorme rischio connesso al mantenimento, nella pratica professionale, di procedure ed orientamenti diagnostico-terapeutici non più validati dall'evidenza scientifica; in questa prospettiva la sicurezza delle cure è innanzitutto una questione tecnico-professionale. Con tale obiettivo la FNOMCeO ritiene indispensabile che nelle misure legislative di ammodernamento del SSN e nella direzione di un governo clinico delle attività sanitarie, fondato su un forte ed autorevole indirizzo e governo della qualità delle cure che prevede un ruolo "centrale" del Ministero della Salute e su una qualificata partecipazione e cooperazione di altri soggetti aven-

ti titolo e competenze istituzionali (Regioni e Province Autonome) tra i quali la FNOMCeO, vengano resi operativi ed operino in rete funzionali con e/o nell'ambito di altri organismi e soggetti istituzionali:

- a) **il Centro Nazionale Linee-Guida** con il compito di promuovere le attività e le procedure preventive, diagnostiche terapeutiche e riabilitative con il miglior impatto positivo in termini di salute (e sicurezza) e ottimale utilizzo delle risorse;
- b) il **Centro Nazionale Technology Assessment** con le funzioni di promuovere l'introduzione di nuove tecnologie ed il loro utilizzo secondo criteri di efficacia, appropriatezza e sicurezza sulla base delle evidenze scientifiche e di ottimale impiego delle risorse.
- c) il **Centro Nazionale Valutazione Servizi Sanitari** con le finalità di valutare i livelli di coerenza delle prestazioni rese, agli obiettivi e alle linee strategiche del SSN e delle innovazioni apportate ai Piani Sanitari Nazionali. In tale contesto la valutazione delle attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio clinico, soprattutto se misurate sulla efficacia degli esiti, assume particolare rilievo ed appare in grado di contribuire fortemente ad un orientamento alla qualità dell'intero sistema che deve migliorare il rapporto con i cittadini garantendo loro una maggiore sicurezza e trasparenza delle strutture sanitarie specie su alcuni dei più comuni eventi avversi (es. infezioni ospedaliere, errori di terapia, prevenzione delle cadute ecc.).

3) Progettare le organizzazioni sanitarie ed orientare la loro gestione in funzione della sicurezza e delle attività.

Le caratteristiche prevalenti di errore del sistema attribuibili alla stragrande maggioranza degli avventi avversi in sanità, pongano una questione centrale a tutti coloro che portano la re-

sponsabilità gestionale dei processi di cura e cioè quella di riprogettare organizzazioni più sicure sulla base e sulla scorta degli errori non evitabili ma evitabili, con o senza danni ai pazienti. Queste attività sono tipicamente "bottom-up", fondate cioè, su una forte responsabilizzazione dei professionisti, dei testimoni ed attori dei processi clinico-assistenziali che mandano segnali al management, da cui si aspettano risposte pronte, adeguate ed efficaci sul rimodellamento dell'organizzazione.

Su tale base la FNOMCeO ritiene che, con provvedimento legislativo attinente ai principi fondamentali del SSN, debba essere previsto che:

- a) tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, siano dotate di una **funzione e/o struttura operativa dedicata alla sicurezza dei pazienti e alla gestione del rischio clinico attraverso le attività di prevenzione degli errori (Incident Reporting), di valutazione reattiva e proattiva degli stessi** (Audit Clinico, GRC, Rassegna di Mortalità e Morbilità, Mappe di Rischio, etc.) infine di corretta gestione degli avventi avversi che si manifestano nel corso e a seguito di procedure cliniche dalla comunicazione alle procedure di valutazione e riconoscimento del danno ingiusto. Il Dipartimento ospedaliero ed analoghe configurazioni organizzative e gestionali delle attività territoriali definiscono l'ambiente fisico mentre tutti i professionisti in ragione delle proprie funzioni e responsabilità gestionali rappresentano i soggetti nei quali e tra i quali far sviluppare le procedure, gli strumenti e gli obiettivi di sicurezza e la valutazione dei risultati conseguiti. Tutte le U.O. dovrebbero essere quindi vincolate all'obbligo di report periodici sui quali, tra l'altro, valutare gli obiettivi di risultato del Responsabile e dei professionisti afferenti alla U.O. **Lo stesso Direttore Generale andrebbe valutato in ragione degli obiettivi di sicu-**

rezza delle cure proposti ed effettivamente conseguiti.

Tali funzioni e/o strutture dedicate alla sicurezza vanno coordinate con la Direzione Sanitaria Aziendale ma collocate in staff con la Direzione generale al fine di conseguire prontezza ed efficacia alle azioni di prevenzione e correzione degli errori di sistema e alle azioni di gestione degli eventi avversi.

- b) **le attività legate alla segnalazione volontaria degli errori, degli stessi eventi avversi e all'audit clinico sulla sicurezza siano del tutto volontari e confidenziali.**

Tali strumenti, in quanto funzionali all'interesse generale dei cittadini e della collettività, dovrebbero essere **adoperati solo dai professionisti con l'impossibilità quindi di un loro utilizzo sia per l'adozione di provvedimenti "punitivi", sia per un loro uso in corso di giudizio davanti all'Autorità Giudiziaria**, ferme restando le responsabilità di ognuno in tutti gli ambiti (Civile, Penale, Amministrativo, Deontologico) e quanto altrimenti oggetto di denuncia obbligatoria.

- c) le Regioni e le Province autonome, nell'ambito dei propri poteri debbano dotarsi di procedure e sistemi che consentano la rilevazione sistematica e registrazione degli errori, degli eventi sentinella e degli eventi avversi in ragione sia dello sviluppo delle proprie politiche della sicurezza sia da trasmettere **al Centro Nazionale Sicurezza delle Cure, operante funzionalmente con il network degli altri organismi della qualità dei servizi sanitari** e che preveda la partecipazione e cooperazione delle istituzioni professionali, con il coordinamento dell'A.S.S.R.

Tale Centro promuove l'aggiornamento e la diffusione delle buone pratiche di prevenzione e gestione del rischio clinico, affianca e sostiene iniziative regionali e locali, sviluppa il confronto fra esperienze diverse, progetta obiettivi nazionali relativi

alla sicurezza, avvia e supporta iniziative pubbliche presso i cittadini per la comunicazione sulle attività sanitarie poste in sicurezza.

4) **Ridurre costi economici e sociali del contenzioso garantendo l'accessibilità a procedure di risarcimento eque, tempestive e trasparenti, del danno derivante da trattamento sanitario.**

Questo aspetto è parte costituita della questione prevenzione e gestione del rischio clinico e definisce il punto di maggiore criticità nei rapporti tra i professionisti, le istituzioni sanitarie ed i cittadini.

Il nostro sistema giuridico prevede infatti che il danno da trattamento sanitario è risarcibile solo se derivante da una colpa (individuale o di sistema), il che comporta una oggettiva esasperazione del procedimento all'individuazione della colpa arrivando al punto di "presumerla" salvo diversa dimostrazione in capo all'incolpato (inversione dell'onere della prova). Non compete mettere in discussione il principio giuridico ma solo rilevarne alcune conseguenze devastanti nello specifico dei trattamenti sanitari, dove il danno si può realizzare in ragione dei limiti stessi della Medicina, ovvero rappresentare una complicità non evitabile o altrimenti non riducibile.

Questa area grigia, questa "alea della responsabilità" va rapidamente estendendosi, minacciando il rapporto fiduciario tra professionisti, pazienti ed Istituzioni Sanitarie. Il timore di un contenzioso medico legale incoraggia tra i professionisti pratiche difensive caratterizzate dall'abuso di procedure inutili (e magari dannose!) e dall'elusione di quelle efficaci ma gravate da rischi ritenuti insopportabili. L'obiettivo di un risarcimento incoraggia invece un complesso universo di veri o presunti

aventi diritto (pazienti e/o familiari di questi, studi legali e peritali) ad intraprendere azioni risarcitorie a fronte di qualunque evento o esito delle cure non previsto, magari accedendo a procedure penali, più rapide e meno costose, non pregiudicando l'eventuale successivo accesso a vie civili. Le Istituzioni sanitarie hanno, fino a pochi anni fa, completamente delegato alla Compagnie Assicuratrici o ai Brokers, laddove presenti, la gestione dei contenziosi rinunciando di fatto ad ogni ruolo in materia, con le drammatiche conseguenze di dover ancor oggi, in molte situazioni, esercitare "in difesa" il ruolo di contraente di polizze sempre meno garantiste, e più impegnative dei bilanci. A fronte di questo scenario così variegato ed inquietante, la FNOMGeO ritiene indispensabile:

- a) una specifica disposizione legislativa che ponga **a carico delle aziende sanitarie e degli Enti pubblici e privati accreditati operanti in conto e per conto del SSN, gli obblighi e gli oneri relativi alla tutela della responsabilità civile per danni alle persone derivanti da tutte le prestazioni sanitarie, comprese quelle erogate in regime di Convenzioni Nazionali e di quelle svolte in libera professione intramuraria.** Resta invece in capo ai singoli professionisti l'onere della tutela della responsabilità per colpa grave e dolo e l'obbligo dell'intera tutela della responsabilità civile se liberi-professionisti.
- b) la possibilità di provvedere a tali tutele mediante **stipula di polizze assicurative o forme alternative e complementari aventi le stesse finalità e livelli di garanzia. Appare al riguardo utile individuare a livello locale (aziendale) soggetti e procedure di soluzione stragiudiziale del contenzioso, mettendo in campo tutte le attività di gestione del rischio,** in ambito libero-professionale gli Ordini professionali rivestono invece un ruolo fondamentale nella

composizione ed operatività delle Commissioni Conciliative;

- c) prevedere tra gli strumenti anche la costituzione di un **Fondo Nazionale Infortuni da Trattamento Sanitario attraverso la riserva di finanziamenti alle Regioni da portare in sottrazione agli oneri delle polizze assicurative;** questo è abilitato ad **indennizzare i soggetti colpiti da danni in cui sia dimostrato il nesso di causalità con una prestazione sanitaria e non necessariamente un profilo di colpa professionale.** A tale Fondo potrebbero accedere in forma indistinta **le Commissioni di Conciliazione** costituite a livello regionale secondo modalità e composizione che ne garantiscono la trasparenza, l'autorevolezza e la terzietà e supportate nelle valutazioni tecniche (sussistenza del nesso di causalità, quantificazione del danno etc.) da **Collegi Arbitrali con esperti certificati dagli Ordini Professionali.** Qualora venga accettato l'indennizzo, non deve essere consentito al paziente o i suoi familiari il ricorso all'autorità giudiziaria. Gli obiettivi sono:
 - 1) 'calmierare' il settore assicurativo invertendo il trend di crescita dei premi e dei risarcimenti,
 - 2) velocizzare i tempi di indennizzo col duplice scopo di tutelare i cittadini danneggiati e recuperare il rapporto di fiducia;
 - 3) ridurre il ricorso a cause civili e penali che spesso hanno come movente principale la legittima esigenza di vedere risarcito il danno;
 - 4) incentivare le Strutture Sanitarie a sviluppare tutto il sistema della sicurezza posto che l'accesso al suddetto Fondo è vincolato all'assolvimento di tutte le norme e le attività di Prevenzione del Rischio Clinico.

5) **I diversi profili di responsabilità del medico: l'illecito, le attività peritali, la**

qualità professionale, il ruolo degli Ordini

Le iniziative giudiziarie, anche quelle che formalmente esercitano una funzione di tutela quali gli avvisi di garanzia, spesso enfatizzate dalla cronaca mediatica, impattano in modo devastante la percezione che i professionisti avvertono del loro ruolo sociale e professionale. Da più parti viene rilevato come la responsabilità medica e sanitaria in caso di eventi avversi, salvo casi sporadici, largamente prescinda dalla colpa o quantomeno ne esaspera la ricerca in corso di procedimento penale a meri fini risarcitori. A tale riguardo la FNOMCeO ritiene che:

a) la prospettata riforma del Codice Penale o un intervento legislativo specifico debba prevedere **modifiche dell'ordinamento idpnee a circoscrivere la responsabilità professionale sanitaria in ambito esclusivamente indennitario**, escludendone quindi la configurazione di illecito nell'ipotesi di colpa, fatta salva quella derivante dalla violazione di norme peculiari.

Cresce altresì il disagio per un contenzioso legale che si fonda su perizie commissionate dalle parti, ovvero atti professionali, che talora non rispettano soddisfacenti standards di qualità tecnico professionale. Questi fenomeni negativi vanno contrastati e la FNOMCeO richiede che:

b) in corso di accertamento peritale da parte delle Autorità aventi diritto, si faccia ricorso **a professionisti con acclarata competenza ed esperienza professionale (curriculum e anzianità professionale)** e che questi, laddove la complessità della materia lo richiede, debbano comunque avvalersi di esperti **Consulenti Clinici competenti** per lo specifico settore oggetto di perizia con analogo esperienza. A tale scopo si ritiene utile la istituzione di apposito **Elenco dei periti certificati dagli Ordini professionali** cui dovrebbero afferire coloro che lo richie-

dono e ne hanno titolo e al quale le Autorità potrebbero attingere per le loro esigenze, ovviamente fermo restando il vincolo costituzionale della assoluta discrezionalità e libertà del Giudice.

La proposta di sganciare il giusto ristoro del danno dalla definizione di una colpa, non intende sollevare i professionisti dalle loro responsabilità ma piuttosto si propone di



configurare quegli ambiti tecnico-professionali, deontologici sui quali è possibile intervenire con azioni di correzione e miglioramento delle basse performances. La FNOMCeO propone dunque di:

c) progettare ed introdurre in settori specifici progressivamente più numerosi, accanto ai sistemi vigenti di valutazione delle attività e dei professionisti, **meccanismi di valutazione della proficienza del**

personale sanitario, prevedendo percorsi di riqualificazione in caso di basse performances rispetto ad indicatori predefiniti. In questo contesto assume un forte rilievo il ruolo degli Ordini quali tutori e promotori della qualità professionale prevista dalla Deontologia; questi potrebbero a pieno titolo sanzionare le basse performances anche attivando misure compensative e di recupero (ad esempio obbligo di documentare aggiornamenti specifici o svolgere attività con tutoraggio di esperti).

L'esperienza consolidata ci dice che molto spesso alla base di un contenzioso o del fallimento della gestione di un evento avverso c'è una pessima comunicazione del/i professionista/i e della struttura. Per tali ragioni la FNOMCeO ritiene che:

d) vada favorita la formazione dei professionisti nella comunicazione con i pazienti (e i parenti) che hanno subito un danno per mantenere il rapporto di fiducia tra i cittadini ed il servizio sanitario e per tentare di diminuire il contenzioso o facilitare soluzioni stragiudiziali.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO dà quindi mandato al Comitato Centrale di:

- 1) attivare in tutte le sedi istituzionali iniziative idonee al conseguimento di tali obiettivi,**
- 2) promuovere, su queste proposte, un vasto fronte di consenso nell'ambito delle rappresentanze mediche ed odontoiatriche e di tutte le professioni sanitarie configurate in Ordini, Collegi ed Associazioni riconosciute,**
- 3) proporre alla Federazione Nazionale della Stampa, una iniziativa pubblica finalizzata alla condivisione di regole comuni nella informazione e comunicazione degli eventi avversi,**
- 4) promuovere un Forum Nazionale permanente di Audit Civico con le organizzazioni di tutela dei pazienti sui temi della sicurezza delle cure.**

Il testo del DDL approvato dal Consiglio dei Ministri dell'11 maggio 2007

“Disposizioni in materia di sicurezza delle strutture sanitarie e gestione del rischio clinico nonché di attività libero professionale intramuraria e di esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale”.

Articolo 1

(SICUREZZA DELLE CURE)

1. Le Regioni e le Province autonome assicurano le condizioni per l'adozione, presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate dal Servizio sanitario nazionale, di un sistema per la gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti, incluso il rischio di infezioni nosocomiali, prevedendo, nell'ambito delle disponibilità delle risorse aziendali, l'organizzazione di ogni Azienda sanitaria locale, Azienda ospedaliera e Azienda ospedaliera universitaria, di una funzione aziendale permanentemente dedicata a tale scopo. I singoli eventi del rischio clinico e dei dati successivamente elaborati sono trattati in forma completamente anonima.
2. Le regioni e le province autonome, nell'ambito delle rispettive funzioni istituzionali, assicurano in ogni Azienda sanitaria, o in ambiti sovrazionali individuati dalle Regioni, al cui interno operino uno o più ospedali, il servizio di ingegneria clinica che garantisca l'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti, i quali devono essere sottoposti a

procedure di accettazione, ivi compreso il collaudo, nonché di manutenzione preventiva e correttiva e a verifiche periodiche di sicurezza, funzionalità e qualità secondo lo stato dell'arte. Il servizio di ingegneria clinica contribuisce alla programmazione delle nuove acquisizioni e alla formazione del personale sull'uso delle tecnologie.

Articolo 2

(RESPONSABILITÀ CIVILE DELLE STRUTTURE E DEL PERSONALE SANITARIO)

1. La responsabilità civile per danni a persone causati dal personale sanitario medico e non medico, ivi compresa la dirigenza, occorsi in Aziende Ospedaliere (A.O.), Aziende Ospedaliere Universitarie (A.O.U.), Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) e in strutture sanitarie private accreditate è posta anche a carico della struttura stessa, conformemente alla disciplina della responsabilità civile.
2. La responsabilità riguarda tutte le prestazioni, anche quelle relative alle attività libero professionali intramurarie.
3. In alternativa alla copertura assicurativa, con riferimento ai rischi derivanti dalla respon-

sabilità di cui al comma 1, per le strutture sanitarie pubbliche possono essere istituite forme di garanzia equivalenti, purché non comportino maggiori costi.

Articolo 3

(DEFINIZIONE STRAGIUDIZIALE DELLE CONTROVERSIE)

1. Le regioni e le province autonome adottano, presso le Aziende sanitarie, nei limiti delle risorse umane e strumentali complessivamente disponibili, misure organizzative atte a garantire la definizione stragiudiziale delle vertenze aventi ad oggetto danni derivanti da prestazioni fornite da operatori del Servizio sanitario nazionale, fermo restando il contenimento delle spese connesse al contenzioso. Le regioni e le province autonome verificano annualmente, con riferimento agli ultimi tre esercizi, il concreto conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa.
2. La costituzione e il funzionamento dei servizi di cui al comma 1 si uniformano ai seguenti principi e criteri direttivi:
 - a) previsione della non obbligatorietà della conciliazione, quale strumento di composizione stragiudiziale delle controversie;

- b) garanzia della imparzialità, professionalità, celerità delle procedure e adeguata rappresentatività delle categorie interessate.
3. È esclusa la possibilità di utilizzare gli atti acquisiti e le dichiarazioni della procedura di conciliazione come fonte di prova, anche indiretta, nell'eventuale successivo giudizio.
 4. In caso di accordo tra le parti la conciliazione è definita con un atto negoziale ai sensi dell'articolo 1965 e seguenti del codice civile.

Articolo 4

(ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA)

1. Per garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, le regioni e province autonome assumono tutte le più idonee iniziative volte ad assicurare gli interventi di ristrutturazione edilizia, presso le aziende sanitarie, ospedaliere e ospedaliero universitarie, per rendere disponibili i locali destinati a tale attività.
2. L'adozione delle iniziative di cui al comma 1 dovrà essere completata in un arco temporale non superiore a mesi dodici a partire dalla data del 31 luglio 2007, durante il quale, mentre restano in vigore i provvedimenti già adottati per assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sono affidate l'individuazione e l'attuazione delle misure dirette ad assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali delle categorie interessate e nel rispetto delle vigenti disposi-

zioni contrattuali, il definitivo passaggio al regime ordinario del sistema della attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale e del personale universitario di cui all'articolo 102 del D.P.R. 11 luglio 1980, n.382.

3. Tra le misure di cui al comma 2, le Regioni e le Province autonome, con le risorse disponibili, possono, ove necessario, acquisire altri spazi ambulatoriali esterni, valutati anche dal Collegio di direzione, idonei allo scopo tramite l'acquisto, la locazione, la stipula di convenzioni; esse sono tenute a disporre, altresì, che le aziende sanitarie, in tale circostanza, gestiscano, con integrale responsabilità propria, l'attività libero-professionale intramuraria, al fine di assicurarne il corretto esercizio in particolare nel rispetto delle seguenti modalità: determinazione, in accordo con i professionisti, di un tariffario idoneo ad assicurare la integrale copertura dei costi dei servizi resi; affidamento a personale aziendale, o comunque dall'azienda a ciò destinato, senza ulteriori oneri aggiuntivi, della prenotazione delle prestazioni, da eseguirsi in sede o tempi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi che non debbano superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro; modalità con caratteristiche di terzietà, per la riscossione degli onorari relativi alle prestazioni erogate. Le Regioni e Province autonome dovranno definire le modalità per garantire l'effettuazione da parte dei dirigenti veterinari del

Servizio sanitario nazionale delle prestazioni libero-professionali che per la loro particolare tipologia e modalità di erogazione esigono una specifica regolamentazione.

Articolo 5

(ESCLUSIVITÀ DEL RAPPORTO DI LAVORO DEI DIRIGENTI DEL RUOLO SANITARIO)

1. Il comma 4 dell'articolo 15-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni è sostituito dal seguente.
 "4. La direzione di struttura complessa comporta l'esclusività del rapporto di lavoro per la durata dell'incarico prevista dal contratto individuale. La direzione di struttura semplice non comporta l'esclusività del rapporto di lavoro per la durata dell'incarico previsto dal contratto individuale, salvo che per le strutture semplici dipartimentali con autonomia gestionale. Per gli altri incarichi dirigenziali è consentito, a domanda, al termine dell'impegno assunto con il contratto individuale, transitare dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e dal secondo al primo con effetti giuridici ed economici che decorrono dal primo giorno del mese successivo".
2. Le disposizioni di cui al comma 1 decorrono dalla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana della presente legge per gli incarichi assegnati successivamente, e al momento del rinnovo degli incarichi per quelli attualmente in vigore.
3. Il primo periodo del comma 5 dell'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni è soppresso.

Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva

IL TESTO DELLA LEGGE REGIONALE 23.03.2007 N. 7

Art. 1

SOSPENSIONE DELL'OBBLIGO VACCINALE

1. Per tutti i nuovi nati a far data dal 1° gennaio 2008 è sospeso nella Regione del Veneto l'obbligo vaccinale disposto dalle seguenti leggi:

legge 6 giugno 1939, n. 891 "Obbligatorietà della vaccinazione antidifterica";

legge 5 marzo 1963, n. 292 "Vaccinazione antitetanica obbligatoria" e successive modificazioni e legge 20 marzo 1968, n. 419 "Modificazioni alla legge 5 marzo 1963, n. 292, recante provvedimenti per la vaccinazione antitetanica obbligatoria";

legge 4 febbraio 1966, n. 51 "Obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica";

legge 27 maggio 1991, n.165 "Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B".

2. Le vaccinazioni previste dalle leggi di cui al comma 1, continuano a costituire livello essenziale di assistenza ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e della vigente normativa in materia; tali vaccinazioni sono offerte attivamente e gratuitamente dalle aziende unità locali socio-sanitarie (ulss), restando inserite nel calendario vaccinale dell'età evolutiva, approvato e periodicamente aggiornato dalla Giunta regionale, in conformità agli indirizzi contenuti del vigente Piano nazionale vaccini, secondo quanto previsto dalla normativa statale in materia.

3. È fatto salvo quanto previsto dal-

la legge 25 febbraio 1992, n 210 "Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati" e successive modificazioni e dalla legge 29 ottobre 2005, n. 229 "Disposizioni in materia di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicazioni di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie".

Art. 2

DISPOSIZIONI ATTUATIVE

1. La Giunta regionale, al fine di garantire un'offerta vaccinale su tutti il territorio regionale, emana l'linee guida per la definizione delle azioni da applicarsi da parte delle competenti strutture ulss.

2. Fino all'adozione del provvedimento di cui al comma 1, le aziende ulss continuano ad eseguire le procedure attualmente praticate per le vaccinazioni dell'età evolutiva.

Art. 3

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

1. Al fine di valutare gli effetti derivanti dall'applicazione della presente legge, è istituito un Comitato tecnico scientifico, di seguito denominato Comitato, presso la struttura della Giunta regionale competente in materia di prevenzione.

2. La Giunta regionale definisce la composizione ed il funzionamento del Comitato.

3. Previa intesa con il Ministero competente alle riunioni del Comitato partecipano il direttore del centro

nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie ed un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità.

4. Il Comitato redige semestralmente un documento contenente la valutazione dell'andamento epidemiologico delle malattie per le quali la presente legge sospende l'obbligo vaccinale ed il monitoraggio dell'andamento dei tassi di copertura vaccinale nel territorio regionale, e lo trasmette, entro il 31 luglio di ogni anno, alla struttura della Giunta regionale competente in materia di prevenzione.

Art. 4

RIPRISTINO DELL'OBBLIGO VACCINALE

1. In caso di pericolo per la salute pubblica conseguente al verificarsi di eccezionali e imprevedibili eventi epidemiologici relativi alle malattie per le quali la presente legge ha sospeso l'obbligo vaccinale, ovvero, derivante da una situazione di allarme per quanto attiene i tassi di copertura vaccinale evidenziata dal documento di cui all'articolo 3 redatto dal Comitato, il Presidente della Giunta regionale sospende, con motivata ordinanza, l'applicazione della presente legge.

Art. 5

NORMA FINANZIARIA

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo 3, quantificati in euro 5.000,00 per ciascuno esercizio del triennio 2007-2009, si fa fronte utilizzando le risorse allocate sull'upb U0140 "Obiettivi di piano per la sanità" del bilancio di previsione 2007 e pluriennale 2007-2009.

Lavoro autonomo svolto in strutture private

CIRCOLARE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE

Pubblichiamo la comunicazione n. 19 prot. n. 3770 del 2 aprile 2007 della FNOMCeO:

Con la circolare n. 13 del 15 marzo 2007 l'Agenzia delle Entrate ha inteso chiarire il campo di applicazione delle disposizioni previste dall'art. 1, commi 38, 39, 40, 41 e 42 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007).

Come noto le disposizioni di cui sopra si inseriscono nell'ambito degli interventi volti a favorire la tracciabilità e la trasparenza dei pagamenti.

Nella fattispecie i commi da 38 a 42 prevedono alcuni adempimenti a carico delle strutture sanitarie private che consentono di prestare al loro interno attività mediche e paramediche a professionisti autonomi. In particolare tali strutture sono tenute a:

- incassare ogni compenso derivante dalle predette attività in nome e per conto del professionista;
- registrare nelle proprie scritture contabili, ovvero in apposito registro, i dati relativi al compenso incassato per ciascuna prestazione;
- riversare contestualmente il compenso al professionista.

La norma lascia comunque inalterato il trattamento fiscale dei predetti compensi, senza modificare gli adempimenti in capo ai professionisti ai fini delle imposte sui redditi IVA.

Pertanto la legge finanziaria 2007 ha introdotto un sistema di riscossione completamente nuovo per i medici e paramedici che prestano la loro opera presso strutture sanitarie private. La novità è rappresentata dal fatto che l'incasso delle prestazioni eseguite dai medici o paramedici presso tali strutture venga espletato dalle stesse. La circolare indicata in oggetto chiarisce che per le strutture

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

In particolare la nuova normativa si riferisce ai compensi correlati alle prestazioni di natura sanitaria rese dal professionista in esecuzione di un rapporto intrattenuto direttamente con il paziente. Tale ipotesi si concretizza solo quando le strutture sanitarie private mettano a disposizione dei professionisti ovvero concedano loro in affitto i locali della struttura per l'esercizio di attività medica e paramedica.

Ne consegue che esulano dal campo di applicazione delle disposizioni della legge finanziaria 2007 tutti quei casi in cui la struttura sanitarie privata sia impegnata direttamente nella organizzazione dei servizi medici e paramedici.

Ovviamente quindi non rientrano nell'ambito applicativo della norma in esame le prestazioni rese dal sanitario in regime di intramoenia; "in tale ipotesi, il medico opera, infatti, nel quadro di un rapporto assimilato a quello di lavoro dipendente e la prestazione sanitaria è formalmente resa al paziente dall'ente di cui il medico è dipendente".

Per attività medica e paramedica si intende quella di diagnosi, cura e riabilitazione resa nell'esercizio delle professioni e delle arti sanitarie soggette a vigilanza, ai sensi dell'art. 99 del T.U. delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto n. 1265/34 e successive modificazioni, ovvero individuate con decreto del Ministro della salute.

In merito alla tracciabilità dei com-

pensi la circolare conferma che la fattura rilasciata al paziente è sempre in nome e per conto del professionista e consegnata dalla struttura sanitaria con una marca da bollo da 1,81 euro se la parcella sia superiore a 77,47 euro. Si ritiene che previo consenso del professionista la riscossione accentrata in argomento possa effettuarsi anche mediante i servizi di carte di credito e bancomat sul conto bancario della struttura sanitaria.

Sarà poi cura della struttura sanitaria accreditare successivamente il relativo importo sul conto bancario del professionista. L'obbligo di registrazione dei compensi incassati da parte delle strutture sanitarie private non fa venire meno l'obbligo del professionista di registrare nelle proprie scritture contabili il compenso percepito.

In conclusione con riferimento all'apparato sanzionatorio, l'art. 42 della Legge 296/06 prevede che, indipendentemente dalle sanzioni applicabili nei confronti del professionista nelle ipotesi di omessa fatturazione o di omessa registrazione dei compensi, la struttura sanitaria privata, in caso di violazione delle norme sulla tracciabilità dei compensi (commi 38 e 39 Legge 296/06), sarà assoggettata alla sanzione amministrativa da 1.033 euro a 7.747 euro prevista dall'art. 9 del D.Lgs 471/97, con riguardo agli obblighi relativi alla contabilità. Nell'ipotesi di omessa trasmissione telematica alla Agenzia delle Entrate dei compensi incassati in nome e per conto dei professionisti ovvero di comunicazioni di dati incompleti o non veritieri sarà applicabile la sanzione amministrativa da 258 euro a 2.066 euro ai sensi dell'art. 11, commi 1, lett. a.) del D.Lgs 471/97.

Variazioni agli Albi

APRILE - MAGGIO 2007

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

Barooty Bakhtyar	I° Iscrizione
Battistel Michele	I° Iscrizione
Bertuola Federica	I° Iscrizione
Ciprian Nicoletta	I° Iscrizione
Cottin Michele	I° Iscrizione
De Martin Eleonora	I° Iscrizione
Frondaroli Fulvio	I° Iscrizione
Girardi Lidia	I° Iscrizione
Meneghin Erika	I° Iscrizione
Negro Isabella	I° Iscrizione
Perinotto Chiara	I° Iscrizione
Pitter Gisella	I° Iscrizione
Rossetto Marta	I° Iscrizione
Calenda Casarin Giulio	Trasferito dall'Ordine di Udine
Martin Gian Carlo	I° Iscrizione
Ongaro Filippo	Trasferito dall'Ordine di Venezia

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Eghbal Talab Paskeh Iman

CANCELLAZIONI DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

Bauce Paolo	Dimissioni
Bevilacqua Giuseppe	Deceduto
Doldan Raul Horacio	Trasferito all'estero
Pancieria Cesare	Dimissioni
Rossetto Fernando	Deceduto – Doppia iscrizione

CANCELLAZIONI DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Rossetto Fernando

Deceduto – Doppia iscrizione

Ziliotto Emma

Dimissioni – si cancella **solo** dall'Albo degli Odontoiatri aveva la doppia iscrizione

Se l'università non è in grado di programmare un sufficiente flusso di specialisti, il servizio sanitario nazionale eserciti il suo dovere alla formazione

Comunicato stampa del 1 marzo 2007

A ridosso dello sciopero che domani vedrà 22 mila specializzandi astenersi dal lavoro per richiedere un contratto che aspettano ormai da anni, la Fnomceo scende ancora una volta in campo per dichiararsi al loro fianco.

Dopo aver predisposto - durante il suo ultimo Consiglio Nazionale svoltosi a Roma dal 22 al 24 febbraio scorso - una Mozione, votata all'unanimità, che accoglieva le preoccupazioni degli Specializzandi che dopo un decennio di lotte non vedono ancora soddisfatti i loro diritti di cittadini e di professionisti, Fnomceo, a poche ore dall'inizio dello sciopero, dirama un suo comunicato di appoggio

alla protesta che, in particolare, chiede l'immediata emanazione del decreto attuativo del contratto di formazione specialistica per stabilire, in maniera chiara, diritti formativi e responsabilità assistenziali.

"A fronte di un numero considerevole di medici, così come del resto già avviene in altri paesi, anche nel nostro si hanno le prime avvisaglie di carenza di specialisti - ha dichiarato il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco - e poiché per fare uno specialista occorrono 5-6 anni, abbiamo bisogno di una programmazione seria del numero degli accessi alle scuole di specializzazione". E ha aggiunto: "E' quanto rivendichiamo a gran

voce come tutori della Professione medica".

Se l'Università non fosse in grado di garantire un tale obiettivo - dicono in casa Fnomceo - il SSN dovrebbe "recuperare il diritto-dovere di formare i suoi specialisti, avendone le risorse, le professionalità e le competenze".

"Non è accettabile - ha concluso sempre Bianco - dissipare risorse umane rappresentate da migliaia di giovani colleghi che vengono mantenuti in condizione di grave incertezza per il futuro, in un'età che dovrebbe essere quella del maggior rendimento professionale". E conferma la sua solidarietà alle ragioni più profonde della lotta dei giovani colleghi.

Nell'interesse dei cittadini e dei medici in formazione facciamo senza indugi questo passo

Comunicato stampa del 18 aprile 2007

Il presidente Fnomceo, a margine della Conferenza Stato-Regioni per il varo del contratto di lavoro per i Medici Specializzandi, ha rilasciato una dichiarazione:

A margine del confronto sul contratto di lavoro per i Medici Specializzandi, in corso presso la Conferenza Stato-Regioni, il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco, ha voluto rilasciare la seguente dichiarazione:

"Mi auguro che non si creino ulteriori difficoltà alla realizzazione dei

nuovi contratti per i medici in formazione specialistica e seguo con preoccupazione l'andamento dei lavori, ritenendo incomprensibile e inaccettabile un'eventuale interruzione di questo faticoso cammino che intende finalmente riconoscere una diversa dignità giuridica, economica e previdenziale agli Specialisti in Formazione".

Bianco ha quindi proseguito, sottolineando che "questo tormentato iter è l'ennesima dimostrazione dei limiti dell'applicazione 'tutta italiana'

della normativa europea in materia di formazione specialistica che fatica ad affrancare lo status del professionista in formazione da quello di uno studente, con tutte le riserve e le ricadute negative che sono evidenti agli occhi di tutti".

Il presidente Fnomceo ha poi così concluso: "Intanto facciamo questo passo ma altri saranno nell'immediato futuro altrettanto necessari nell'interesse degli stessi professionisti dei cittadini e delle istituzioni sanitarie".

Antitrust

La recente sentenza del Consiglio di Stato, citata dal dott. Panti nella newsletter della FNOMCeO, conferma la legittimità del Provvedimento adottato dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato del settembre 2000 nei confronti della Federazione e di alcuni Ordini Provinciali che sanciva che le delibere sulle convenzioni adottate nel 1985 e 1997 concretizzavano intese restrittive della concorrenza, quindi non valide ai sensi dell'art. 2 della legge anti-trust.

Il pronunciamento di Palazzo Spada non può essere disatteso da Ordini e Federazione e implicitamente suggerisce che eventuali interventi atti a condizionare rapporti di convenzione tra iscritti ed enti privati e pubblici debbano essere attentamente valutati e a tal proposito lo stesso Articolo 65 del nuovo Codice Deontologico contiene principi che potrebbero essere censurabili dall'Autorità.

Il Presidente dell'Ordine di Firenze ricorda nel suo scritto il famoso e conflittuale dibattito del Consiglio Nazionale del 2000 nel quale lui (e pochi altri) sostenne che la FNOMCeO non dovesse ricorrere al TAR sull'ordinanza dell'Antitrust che annullava le due delibere sulle convenzioni in quanto a suo parere il medico non dipendente quando opera nel mercato deve essere assoggettato alle regole della concorrenza che tutelano il cliente.

Dobbiamo senza dubbio prendere atto che purtroppo oramai il medico non solo libero professionista ma anche se dipendente o convenzionato opera in un clima di aziendalizzazione esasperata e si confronta con il mercato (budget, obiettivi, ottimizzazione delle risorse etc.) che sembra spesso dettare regole prevalenti rispetto

ai principi etici della professione. Tuttavia alla luce di questo ritenere la professione attività d'impresa non è affatto scontato sia nel diritto comunitario che nel diritto interno e quindi credo non si debba senza obiezioni accettare che la disciplina della concorrenza possa sovrapporsi ai principi fondamentali della deontologia quasi che l'antitrust possa essere elevata al rango di norma costituzionale.

La sentenza del Consiglio di Stato contiene diverse affermazioni che molti non condividevano e non condividono iniziando dall'asserzione secondo la quale l'attività degli ordini professionali, in quanto volta a regolare l'attività degli iscritti nell'offerta delle proprie prestazioni professionali, inciderebbe sugli aspetti economici della medesima. In tal modo gli ordini determinerebbero effetti restrittivi per la libera concorrenza, opinione che andrebbe rivisitata alla luce delle nuove disposizioni che con l'abolizione della tariffa minima di fatto tendono a esautorarci di ogni competenza in tema di onorari.

Per quanto attiene la divergenza di opinione con l'Antitrust sugli Elenchi aperti a tutti professionisti nei rapporti di convenzione, come è possibile approvare che i criteri di selezione dei professionisti operati dai vari enti siano, in modo insindacabile e autoreferenziale, scelti da parte degli stessi soggetti convenzionanti che perseguono fini di lucro. In questo modo vengono esautorati gli ordini che nella loro terzietà istituzionale dovrebbero avere come compito principale la garanzia della qualità degli iscritti. Certamente già nel 2000 era chiaro che dal punto di vista giuridico, alla luce della oscillante giurisprudenza in materia, non fosse

possibile formulare un attendibile giudizio sull'esito di un'eventuale impugnativa del provvedimento dell'AUTORITÀ ma come afferma Panti il problema del ruolo degli ordini e del governo della sanità in generale era ed è soprattutto politico e partiva già col 229/99 e continua con la recente legge Bersani.

Col 229/99 si introduce definitivamente il concetto di cittadino utente e cliente consumatore di servizi, abbandonando il termine paziente e da questo apparente giochino lessicale prende origine una nuova concezione di gestione della salute del paziente. Il paziente che è colui che soffre (patior) diventa un termine obsoleto da abbandonare in nome dell'efficienza, efficacia e appropriatezza delle prestazioni erogabili ai clienti con medici sempre più evidence based e attenti all'economia (scienza delle risorse limitate). Eppure esiste ancora chi crede, senza riesumare concezioni mistiche della mission o di una sorta di genoma ippocratico di un medico regolato da un ordine sacerdotale, che il vero nostro obiettivo prioritario sia curare spesso, guarire qualche volta, confortare sempre il paziente.

Chi può sapere cosa vuole il paziente (non il cliente) dai medici, amministratori o dal legislatore?

La malattia è un sequestro di persona più che un incidente biochimico, ti blocca, non rispetta le tue esigenze, i tuoi progetti e i tuoi diritti di cittadino, diventa padrona della tua vita e cosa veramente desidera in questi casi il paziente dal pianeta sanità? A mio parere soprattutto conforto e comprensione.

E' appena uscito un bellissimo libro scritto da tre illustri Colleghi

che raccontano il loro salto di ruolo da curanti a curati. Le loro storie sono descritte con incredibile realismo in un'altalena di rivelazioni e denunce talvolta scioccanti contro l'attuale organizzazione della Sanità, ormai controllata dai politici e troppo lontana dal dolore dei malati.

Sono forse concetti passati di moda che nessuno osa trattare perché in contrasto con la tendenza moderna che vede nell'annientamento del paternalismo della classe "medica" la soluzione, quasi vendicativa, di tutti i mali?

Il paternalismo è chiaramente condannabile andando esso contro un rapporto che dovrebbe prevedere che il paziente è il soggetto attorno al quale tutto deve ruotare. Siamo sicuri che l'ammalato sia contento di essere colui che sceglie tra le

varie opzioni terapeutiche proposte da un medico scienziato che vende servizi professionali a un consumatore?

Oggi oramai sono sempre più numerosi gli studiosi che sostengono la necessità di rivedere la formazione nell'ottica dell'importanza dell'umanizzazione della scienza medica abbandonando la prevalenza dell'aspetto tecnologico su quello sociale e umano.

Le convenzioni sono un problema minimale: oggi è forse in gioco la contrapposizione tra una visione "moderna" di una professione che al pari di altre dovrebbe confrontarsi con il mercato e una obsoleta idea di mission di uomini che si occupano, indipendentemente dall'ottimizzazione delle risorse, di chi soffre.

Si può continuare a considerare

regolamentata una professione con tariffa minima abolita, con obbligo di risultati e con libertà di pubblicità finalizzata all'aumento dei consumi concorrenziali?

Non si tratta di avere isterici atteggiamenti di difesa di vecchi valori ma di pensare seriamente alla necessità di mantenere in vita ordini progressivamente svuotati di contenuti e sull'opportunità di adeguarsi continuamente al cambiamento.

Credo che su questi temi vada aperto un grande dibattito aperto a tutti gli iscritti o forse è già troppo tardi? Dopo la recente vicenda dell'ONAOSI personalmente ho molti dubbi sulla possibilità di difesa di alcuni valori della professione.

Saverio Orazio

Collegati con

L'Ordine

consulta il sito

www.ordinemedicitreviso.org

per avere tutte le notizie e le informazioni

Per l'unità dei medici italiani, gli esami non finiscono mai

Comunicato stampa del 2 maggio 2007

Nei prossimi giorni, due questioni delicate e complesse metteranno a dura prova la ritrovata unitarietà dei medici italiani: la nuova normativa sull'Attività Libero Professionista Intramuraria svolta in studi privati – la cosiddetta ALPI allargata- e l'apertura delle trattative per il rinnovo del contratto di lavoro della Dirigenza medica e delle Convenzioni Nazionali.

Su ambedue le questioni il presidente Fnomceo, Amedeo Bianco, ha voluto rilasciare alcune dichiarazioni.

“Nel pieno rispetto dei ruoli e delle idee di ognuno - ha detto – mi permetto di sollecitare tutte le organizzazioni sindacali di categoria affinché le legittime diversità cerchino e trovino soluzioni unitarie alle questioni aperte”.

E, forte dei risultati dell'indagine parlamentare che ha fatto giustizia di tanti pregiudizi e luoghi comuni, sull'ALPI allargata, Amedeo Bianco ha così sostenuto: “Va scongiurato il pericolo di farsi prima dividere e poi stritolare negli ingranaggi di questa imperfetta diarchia di poteri tra lo Stato e le Re-

gioni, tra chi porta la responsabilità formale di dettare le regole ma non ne ha la diretta potestà di esecuzione (lo Stato) e chi invece detiene la potestà di fare ma troppo spesso non sa o non vuole usarla (le Regioni)”.

Nel pretendere finalmente chiarezza sulla assunzione di responsabilità, il presidente della Fnomceo ritiene quindi che le ragioni dell'unità “vada-no cercate nella concretezza e agilità delle soluzioni e commisurate esclusivamente agli equilibri dei legittimi interessi in campo”.

“Si deve partire dagli interessi dei cittadini - ha poi aggiunto – ai quali va consegnato un sistema che estenda l'offerta dei servizi nella trasparenza e nel rispetto dei loro diritti. Ai medici va garantita l'effettiva libertà di esercizio della libera professione secondo regole condivise, in spazi separati e distinti che rispettino i criteri di dignità e decoro; alle istituzioni sanitarie compete infine integrare le attività libero professionali, in ogni fattispecie, in una rete di servizi sanitari equa, ac-

cessibile, di qualità esercitando tutte quelle funzioni di indirizzo e governo utili a scoraggiare e sanzionare comportamenti opportunistici”.

La Fnomceo esprime infine piena e convinta solidarietà alle ragioni dello sciopero per il rinnovo del CCNL della Dirigenza medica scaduto da 17 mesi.

“Anche su questo delicato terreno le ragioni dell'unità vanno trovate nell'equilibrio delle proposte e delle risposte e le soluzioni fin qui messe in campo dal Governo non sono ancora adeguate alla quantità e alla qualità delle questioni normative ed economiche giacenti sul tappeto, dal precariato alla previdenza integrativa, alla rivalutazione della indennità di esclusività. Di questa unità – ha perciò concluso il presidente di Fnomceo – e delle sue ragioni hanno un grande bisogno non solo i medici italiani ma anche una grande opera civile, sociale e tecnico professionale del Paese: il nostro Servizio Sanitario Nazionale”.

Uso dei dati genetici ai fini di cura

Comunicazione n. 17 prot. n. 3432 del 22.03.2007 pervenutaci dalla Fnomceo

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

L'art. 90, comma 1, dei D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, dispone che il trattamento dei dati genetici da chiunque effettuato è consentito nei soli casi previsti da apposita autorizzazione rilasciata dal Garante,

sentito il Ministero della salute, che acquisisce a tal fine il parere del Consiglio Superiore di Sanità.

Con il provvedimento indicato in oggetto il Garante ha così definito le regole per la raccolta e l'uso dei dati genetici ai fini di ricerca e tutela della salute.

Su autorizzazione del Garante, con decorrenza dal 1° aprile 2007, i laboratori di genetica, gli istituti di ricerca, i medici e i farmacisti hanno l'obbligo di assicurare opportune

garanzie nel trattamento dei dati genetici per fini di cura e ricerca.

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

Il provvedimento ha efficacia dal 1° aprile 2007 al 31 dicembre 2008. I soggetti che al momento della pubblicazione in G.U. non siamo in regola con le prescrizioni contenute

La prevenzione del fumo a scuola

UNA FESTA LA PREMIAZIONE DEI CONCORSI “CHI NON FUMA ... VINCE” E “SMOKE FREE CLASS COMPETITION” A TREVISO.

Anche per l'anno 2006-2007 l'Azienda Ulss 9 di Treviso ha sviluppato localmente una serie di importanti iniziative per la prevenzione del fumo a scuola. Sono iniziative che favoriscono il coinvolgimento di tutte le componenti scolastiche (insegnanti, studenti e genitori) e di diversi attori istituzionali (Scuola, Sanità, Comuni, ecc.) e del volontariato, al fine di creare una condivisione e partecipazione trasversale per la prevenzione e la promozione della salute della comunità. Il Servizio Educazione e Promozione della Salute coordina le attività favorendo un approccio multidisciplinare e intersettoriale contribuendo ad integrare le competenze sul tema delle diverse figure coinvolte. Una preziosa collaborazione infatti è stata data dalla LILT (Lega Italiana per la Lotta contro il Tumore) provinciale che da anni apporta un importante contributo operativo a favore della lotta contro il fumo, l'USP (Ufficio Scolastico Provinciale) che favorisce e sensibilizza i propri docenti a lavo-



rare con metodi e approcci talvolta innovativi e creativi per diffondere nei ragazzi messaggi di salute, i Comuni e l'Ordine dei Medici che hanno dato il loro patrocinio. Il Concorso regionale “Chi non fuma

...Vince” rappresenta un modello di intervento che, con la collaborazione degli insegnanti e attraverso metodologie attive, mira ad avvicinare i giovani offrendogli un percorso di sensibilizzazione e presa di coscienza del problema del fumo. Infatti, sviluppando il loro senso critico, gli studenti rafforzano la loro capacità di fare scelte di salute contrastando la pressione sociale. In questo senso diventa in primo luogo fondamentale instaurare una relazione positiva con i giovani, coinvolgendo i ragazzi e suscitando il loro interesse, attraverso un atteggiamento empatico e sapendo cogliere il momento appropriato nel fare loro una proposta educativa. Il concorso, indirizzato ai ragazzi delle scuole secondarie di 1° grado (medie inferiori), è un concorso a premi che si propone di attivare la fantasia dei ragazzi per la creazione di spot e poster contro il fumo e a favore di scelte di salute. Il coinvolgimento non è unicamente sul piano tecnico-pittorico ma anche su un piano cognitivo ed emotivo per-

nelle autorizzazioni potranno beneficiare di un periodo di cinque mesi per adeguarsi.

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

Salvo che per i trattamenti non sistematici di dati genetici effettuati dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta, sarà necessario informare l'interessato sugli scopi perseguiti, sui risultati conseguibili, si periodo di conser-

vazione dei dati e dei campioni biologici.

Per poter trattare i dati genetici e utilizzare i campioni biologici è obbligatorio il consenso scritto dell'interessato revocabile in qualsiasi momento. Per le informazioni relative ai nascituri il consenso è espresso dal gestante. Nel caso l'esame possa rilevare l'insorgenza di patologie del padre, anche da quest'ultimo.

Con riferimento alle misure di sicurezza da adottare si precisa che i dati genetici e i campioni biologici contenuti nelle banche dati dovranno essere trattati con le tecniche di cifrature o mediante l'utilizzazione

di codici di identificazione. Per trasmettere i dati in formato elettronico si dovrà usare la posta elettronica certificata.

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

ché è attraverso la decodifica e la rielaborazione di testi e messaggi pubblicitari e relazionali che gli studenti costruiscono modalità di “contro informazione” sul tema. Alcuni prodotti sono stati valutati come particolarmente originali, sia sotto il profilo grafico-artistico, ma anche da un punto di vista del messaggio scritto.

Quest'anno, grazie alla feconda collaborazione tra pubblico e privato per l'organizzazione dell'intero percorso educativo, gli oltre 700 ragazzi delle 10 scuole partecipanti sono stati premiati con particolare ricchezza. “Più impresa distribuzione SRL” di Giorgio Palesa ha provveduto a garantire premi per i tre migliori lavori di classe e per i tre migliori lavori prodotti dai singoli ragazzi (1° premio videocamera, il 2° e il 3° premio una sofisticata calcolatrice nonché un buono sconto su calcolatrici professionali per tutti i partecipanti), mentre per gli studenti “segnalati” e per gli insegnanti la LILT a provveduto a consegnare attestati e premi speciali (vedi box).

La giornata di premiazione, che si è

tenuta il giorno 26 maggio p.v. presso il Teatro Eden, è concepita come una festa tra i ragazzi delle scuole che hanno aderito al Concorso e di tutti coloro che hanno partecipato al progetto: insegnanti, professionisti sanitari, dirigenti scolastici. Il giovane cantautore Marco Anzovino, “star” della giornata, che con il suo gruppo musicale ha avuto il compito di rallegrare la festa, ha presentato un vasto repertorio di cantautori italiani per far riflettere i giovani sul valore della vita. Alla giornata è stato riservato anche un momento di premiazione per il Concorso Smoke free class (altri 600 studenti di 22 classi di 7 scuole trevigiane). Rappresenta una strategia che si articola a livello internazionale, per promuovere tra i ragazzi comportamenti che inducano gli adolescenti a conservarsi non fumatori non iniziando a fumare e per coloro che fumano, ritardando la scelta di diventare fumatore, eliminando o diminuendo drasticamente il numero di sigarette, ma soprattutto promuovendo l'immagine del non fumatore.

La giornata si è conclusa con un buffet “sano” offerto da Service Vending società che collabora attivamente al progetto regionale Nutrivending per l'inserimento di cibi sani e nutrizionalmente corretti (frutta, yogourt, verdura ecc.) nei distributori automatici delle scuole.

Per far festa con gli studenti e congratularsi personalmente sono intervenuti il Direttore Generale dell'Az. Ulss9, dr Claudio Dario, il Segretario dell'Ordine dei Medici, dr. Daniele Frezza, il Vice Presidente della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Treviso, prof.ssa Maria Teresa Villanova e, per l'Ufficio Scolastico Provinciale, la prof.ssa Michela Busatto. Ad accompagnare le classi erano presenti i Sindaci di Chiarano e Monastier, l'Assessore alla Cultura di Quinto di Treviso e per il Comune di Treviso il Commendator Compiano.

Dr. Luca Sbrogiò

Responsabile Servizio Educazione e Promozione della Salute Dipartimento di Prevenzione Az. ULSS9 Treviso

CONCORSO “CHI NON FUMA ... VINCE” CLASSIFICA VINCITORI SCUOLE AZ. ULSS9

Elaborati individuali:

1° posto: Vallardi Marzia
2° posto: Galai Andrea
3° posto: Zanata Federico

1° A Scuola Secondaria di 1° Grado “S. Battistioli” di Chiarano
1° B Scuola Secondaria di 1° Grado “S. Battistioli” di Chiarano
2° C Scuola Secondaria di 1° Grado “Vivaldi” di Casier

Elaborati di classe:

1° posto: classe 1° C
2° posto: classe 3° D
3° posto: classe 1° H

Scuola Secondaria di 1° Grado “G. Leopardi” di Cessalto
Scuola Secondaria di 1° Grado “G. Leopardi” di Cessalto
Scuola Secondaria di 1° Grado di Monastier

Segnalazioni:

classe 2° A
Scodro Jessica

Scuola Secondaria di 1° Grado “S. Battistioli” di Chiarano
3° C Scuola Secondaria di 1° Grado “G. Leopardi” di Cessalto”

La bioetica nella regione Veneto

La deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 4049 del 22.12.2004 ha ridefinito una nuova visione di sistema nella Bioetica nell'ambito del nostro sistema sanitario regionale.

Già nel 1998 la Regione Veneto ha istituito a titolo sperimentale il Comitato Etico a valenza regionale, mentre nelle Aziende Sanitarie erano attivi i comitati Etici Locali con funzione prevalentemente orientata all'analisi dei protocolli di ricerca. Nel corso di questa fase sperimentale, parallelamente all'esperienza del comitato regionale, è cresciuta anche la coscienza nelle istituzioni sanitarie della necessità di approfondire le questioni etiche e di migliorare lo sviluppo dei contenuti relazionali e dell'attenzione ai bisogni globali del malato.

Con la nuova Deliberazione di Giunta il Comitato per la Bioetica della Regione ha cessato la fase sperimentale ed è stato istituito stabilmente, i Comitati Etici per la sperimentazione hanno assunto una valenza interaziendale provinciale e sono stati costituiti ex novo in ogni Azienda Ulss e Ospedaliera i Comitati Etici per la pratica clinica.

Nell'ambito della Regione Veneto si sono così separati strutturalmente gli ambiti della sperimentazione e dell'assistenza; si è evoluto dare particolare enfasi all'etica clinica istituendo comitati in ogni Azienda Ulss e Ospedaliera perché consapevoli che una distribuzione capillare di tale struttura possa favorire una maturazione più rapida della sensibilità e della cultura bioetica.

In ottemperanza a quanto stabilito in sede regionale anche la nostra azienda ha provveduto a costituire il proprio Comitato Etico per la pratica clinica. Attual-

mente il Comitato è composto da cinque medici di varie specializzazioni, tre infermieri, uno psicologo, un esperto in scienze giuridiche, un esperto in Bioetica, il cappellano ospedaliero, un assistente sociale, un rappresentante del personale amministrativo.

Costruito il proprio regolamento, il Comitato Etico ha già attivato due corsi di formazione in Bioetica per il personale, elaborando un documento di analisi etica sulle strategie operative dell'Azienda per l'applicazione della "Legge 194" sull'interruzione della gravidanza e sta ora affrontando la complessa questione del consenso informato per le procedure diagnostico-terapeutiche. L'equipe medico-assistenziale e il personale operante nell'istituzione sanitaria sono i naturali interlocutori del Comitato Etico per la pratica clinica così come i pazienti e/o i loro familiari; in ogni caso, della richiesta di consulto al Comitato di Etica, va data informazione al paziente e/o alla famiglia.

Il Comitato Etico per la pratica clinica opera come uno strumento di mediazione fra individuo e comunità nell'ambito del sistema sanitario e soprattutto sulle questioni emergenti dai conflitti di valore. Esso è il luogo della partecipazione e dell'universalizzazione che integra la prospettiva individuale e soggettiva con la dimensione comunitaria, armonizzandone i fini. Le diverse sensibilità e visioni, la molteplicità dei linguaggi non devono impedirci di vivere le diversità come ricchezza e di ascoltare le ragioni dell'altro per costruire quel terreno di riflessione comune attorno ai bisogni e ai fini della persona che costituiscono la radice morale del sistema so-

cio-assistenziale.

Ascoltarci reciprocamente, assumere le ragioni dell'altro per orientarci al bene comune, significa dare al Comitato Etico l'opportunità di realizzare una vera esperienza morale. Il nuovo assetto regionale per la Bioetica, nel quale si inserisce l'esperienza del nostro Comitato, si prefigge di contribuire alla speranza di civiltà e di essere un segno del bisogno di valori e dell'orizzonte di responsabilità che ci viene richiesto per la cura, il rinnovamento e l'acculturazione delle nostre strutture sociali e socio-sanitarie.

Gian Antonio Dei Tos



**Organo bimestrale di informazione
dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed
Odontoiatri di Treviso**

Presidente

Dott. Domenico STELLINI

Direttore Responsabile

Dott. Michele BUCCI

Redazione

**Michele Bucci, Paolo Burelli,
Diego Codognotto Capuzzo,
Daniele Frezza, Maurizio Gallucci,
Luigino Guarini, Renzo Malatesta,
Saverio Orazio, Pietro Antonio Parenti,
Orlando Ricciardi, Domenico Stellini**

Stampa

**Tipografia Sile - Carbonera (TV)
Tel. 0422 691911**

L'Ordine di Treviso

**31100 Treviso - Via Risorgimento, 11
Tel. 0422 543864 - Fax 0422 541637
ordmedtv@iol.tv
www.ordinemedicitreviso.org**

A.I.D.M. Associazione Italiana Donne Medico

Care giovani Colleghe e Amiche, siamo socie dell' Associazione Italiana Donne Medico – A.I.D.M. impegnata attraverso le sue sessantotto sezioni provinciali per il raggiungimento dei seguenti scopi: favorire la collaborazione fra medici valorizzare il lavoro e la formazione scientifico culturale delle donne medico collaborare con altre associazioni italiane ed estere per lo studio dei problemi che riguardano la salute e il benessere della donna elaborare trial di studio, linee guida con ASSR, con la Federazione Italiana Società Mediche (FISM) e altre società scientifiche di rilevanza nazionale, avendo come fine ultimo il mutuo riconoscimento dei crediti

formativi a livello europeo e internazionale.

La Sezione Provinciale di Treviso (presidente D.ssa Sara Tabbone) è attiva da due anni ed è stata molto feconda per quanto riguarda la produzione di convegni e seminari di formazione, anche a livello regionale, con accreditamento ECM del Ministero della Salute, e di varie altre attività scientifico culturali. Quest' anno ha istituito la "Young Forum A.I.D.M. TV" presente nelle USL 7- 8 e 9 (referente la D.ssa Laura Gazzola), che raccoglie le giovani donne medico dell'Associazione. Alcune socie Senior dell'Associazione si sono offerte di costituire un piccolo gruppo per l'accogli-

mento delle giovani dottoresse formato da un medico ospedaliero, uno di base e uno sul territorio, disponibile alle colleghe per consigli di lavoro, carriera, per appoggio e conforto.

Questo gruppo ha una funzione di aiuto professionale, di informazione sull'attività di formazione e anche di eventuale accogliimento all'interno dell' A.I.D.M. Care giovani Dottoresse, se volete essere padrone del vostro futuro di Donne Medico, contattateci, scrivetececi, iscrivetececi o solo sappiate che ci siamo.

Per informazioni e iscrizioni:
saratabbone@katamail.com
Telefono 0422 305912

Sito nazionale:
www.donnemedico.org

Federspev per tutti

Gentile signora e caro collega, a nome della grande famiglia dei pensionati sanitari, associati alla Federspev (siamo oltre 16mila tra medici e coniugi superstiti), mi permetto di segnalare alla tua attenzione l'attività della nostra Associazione, nella speranza che anche tu voglia farne parte.

La Federspev segue tutte le problematiche relative alle pensioni

Inpdap, Enpam e Inps (pensioni d'annata, perequazione automatica, doppia indennità integrativa speciale, reversibilità al coniuge superstite, ecc.); svolge consulenza previdenziale, fiscale e legale per gli iscritti; pubblica ed invia gratuitamente un giornale mensile, "Azione Sanitaria", contenente tutte le informazioni necessarie al pensionato; svolge iniziative nel campo culturale

e dello svago (viaggi, visite a monumenti, ecc); aiuta nei casi di assoluto bisogno gli iscritti che si trovano in difficoltà. L'adesione alla Federspev costa soltanto 3 € al mese per i pensionati titolari e 2 € al mese per le vedove dei sanitari.

La trattenuta sarà effettuata sulla pensione Enpam.

*Il Presidente Nazionale
 Eumenio Miscetti*

Ricerca Medici

Per i servizi di Guardia Medica Interna in possesso di uno dei seguenti titoli di specialità:

Allergologia	Endocrinologia	Igiene	Oculistica	Pediatria
Cardiologia	Fisiatria	Medicina Generale	Oncologia	Pneumologia
Chirurgia Plastica	Geriatría	Medicina del Lavoro	Otorino	Reumatologia
Chirurgia Toracica	Idrologia e Climatologia	Medicina Sportiva	Acustica	Urologia
Chirurgia Vascolare	Medica	Neurologia	Ortopedia	

Sede di Lavoro – PIEMONTE. Si garantisce retribuzione fissa mensile e contratto annuale

Per Informazioni Dott. Alfredo LAMASTRA – Coordinatore Sanitario Gruppo Policlinico di Monza
 Segreteria: 0131 2946191

Rassegna Giuridico-Amministrativa

MARZO – APRILE 2007

Impiego di medicinali, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, per indicazioni diverse da quelle autorizzate in Scheda Tecnica Ministeriale; definizione delle modalità applicative a livello regionale della normativa vigente.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 449 del 27 febbraio 2007

BUR n. 30 del 27 marzo 2007

D.L. von. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2007

Deliberazione della Giunta Regionale n. 452 del 27 febbraio 2007

BUR n. 30 del 27 marzo 2007

Regolamento recante : "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311"

Decreto 22 febbraio 2007, n. 43

G.U. n. 81 del 6 aprile 2007

Misure urgenti in materia di cellule staminali da cordone ombelicale

Ordinanza 4 maggio 2007 del Ministero della Salute

G.U. n. 110 del 14 maggio 2007

Appuntamenti scientifici

MAGGIO – GIUGNO 2007

12 Maggio, 26 Maggio e 9 Giugno 2007 ore 8.30

SEMINARIO AIDM (ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO) SUL TEMA
“FORMAZIONE RELAZIONALE IN MEDICINA: PROTAGONISTA LA MALATTIA NEOPLASTICA”

Presso la sede dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso.

Richiesti crediti ECM. INFO: 0422-301087

16 maggio 2007 ore 17.00

CONFERENZA ONDA (OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA) SUL TEMA
“PAPILLOMA VIRUS E TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO”

Presso Sala Verde, Palazzo Rinaldi. Info: Tel. 02-29015286 Fax. 02-29004729

e-mail: info@ondaosservatorio.it

18 Maggio 2007 alle ore 17.00

CONFERENZA AMMI (ASSOCIAZIONE MOGLI MEDICI ITALIANI) DAL TITOLO
“IL DISAGIO DELL'ETÀ EVOLUTIVA, DALLA CONOSCENZA ALLA COMPETENZA.
DA SEMPRE E PER SEMPRE O DALLA COMPrensIONE ALLA CURA?”

Presso Palazzo Rinaldi, Comune di Treviso. Info: 0422-56124

31 maggio 2007 alle ore 20.30

INCONTRI DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE DELL'ORDINE

“I MODELLI INTERPRETATIVI DELLA BIOETICA”

Presso la sede dell'Ordine (Treviso – Via Risorgimento, 11).

Organizzato dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Treviso.

6 giugno 2007 ore 20.30 – 22.00

CONFERENZA E DIBATTITO AMA-TV (ASSOCIAZIONE MEDICI PER L'AMBIENTE DI TREVISO)

“COSA SONO I POPs (PERSISTENT ORGANIC POLLUTANT):

MONITORAGGIO AMBIENTALE E TUTELA DELLA SALUTE”

Presso la Sala Convegni di Casa dei Gelsi (Via Fossaggera 4/c, Treviso).

8 giugno 2007 dalle ore 16.30 alle 20.00

CONVEGNO “MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE: L'EPIDEMIA DEL TERZO MILLENNIO”

Presso Ca' dei Carraresi di Treviso.

Organizzato dalle U.O. di Pneumologia e Geriatria dell'Ospedale Regionale di Treviso.

15 giugno 2007 alle ore 20.30

INCONTRI DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE DELL'ORDINE “FINESTRA SUL CODICE DEONTOLOGICO”

Presso la sede dell'Ordine (Treviso – Via Risorgimento, 11).

Organizzato dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Treviso.