

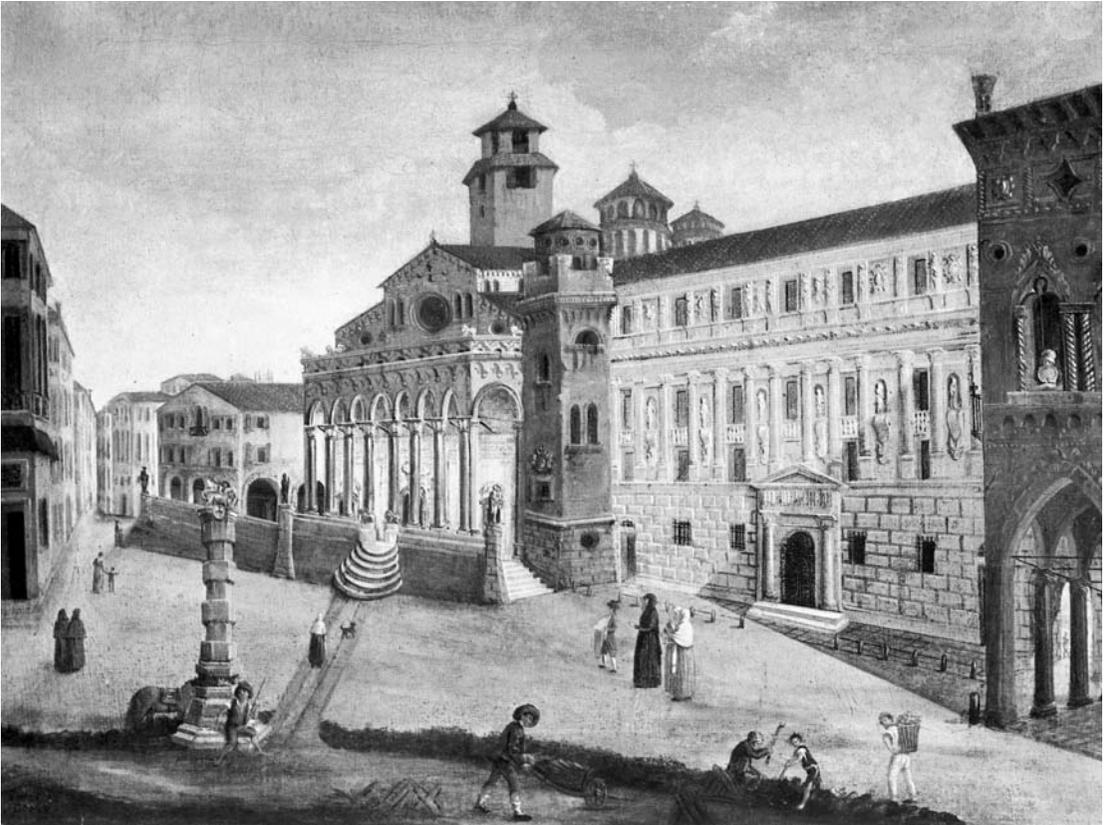


L'ORDINE

di *TREVISO*

Organo bimestrale di Informazione dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Treviso

Anno XIII - n° 2 **Marzo-Aprile 2005** • Direttore: Michele Bucci - Aut., Trib. Treviso n. 934 del 24/8/1994
Tariffa Regime Libero (ex tab. D): "Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale 70% - DCB TV"



Medoro Coghetto, La piazza del Duomo (Casa da Noal)

Editoriale

p. 3

Libera professione intramuraria

p. 11

Appuntamenti Scientifici

p. 5

Nuova ricetta

p. 16

ONAOSI

p. 8

Note AIFA

p. 22

Decreti

p. 9

Codice Deontologico

p. 33



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TREVISO

Via Risorgimento, 11 - Treviso

Tel. 0422 543864 - 0422 545969

Fax 0422 541637

ordmedtv@iol.it

www.ordinemedicitreviso.org

ORARIO DI APERTURA DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 10,00 alle ore 13,00

Lunedì e Giovedì anche il pomeriggio dalle ore 14,00 alle ore 17,00

CONSIGLIO DIRETTIVO

Dott. **GORINI Brunello**
(Presidente)

Dott. **FREZZA Daniele**
(Vice Presidente)

Dott. **PARENTI Pietro Antonio**
(Segretario)

Dott. **CODOGNOTTO CAPUZZO Diego**
Odontoiatra (Tesoriere)

Dott. **BAZZERLA Giorgio**

Dott. **BUCCI Michele**

Dott. **FAVRETTO Giuseppe**

Dott. **GALLUCCI Maurizio**

Dott. **GIANNUZZI Sandro**

Dott. **GOBBATO Gaetano Giorgio**

Dott. **ORAZIO Saverio** (Odontoiatra)

Dott. **PANDOLFO Gian Francesco**

Dott. **PENCO Claudio**

Dott. **ROSSI Pietro Mario**

Dott. **VALERIO Salvatore**

Dott. **ZAPPIA Giuseppe**

Dott. **ZORZI Gian Alberto**

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Dott. **MALATESTA Renzo**
(Presidente)

Dott. **MARTINELLO Pio**

Dott. **RIZZATO Sante**

Dott. **SUSANNA Fulvio** - Supplente

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI

Dott. **ORAZIO Saverio**
(Presidente)

Dott. **CODOGNOTTO CAPUZZO Diego**

Dott. **GUARINI Luigino**

Dott. **STELLINI Edoardo**

Dott. **UZZIELLI Angelo**

L'ORDINE TRA PASSATO, PRESENTE E (SPERIAMO) FUTURO

Ci sono molte nuvole sul futuro del nostro Ordine.

La considerazione si ricava dalle relazioni svolte in una giornata di studio della FNOMCeO di cui è opportuno riferire, per avvertire i Colleghi dei pericoli che incombono sulla professione, ma anche per informare delle attività (e difficoltà) di questo Consiglio che necessitano di una partecipazione sentita ed urgente da parte degli iscritti.

L'Ordine è un ente pubblico, espressione della comunità dei medici che, a differenza delle associazioni di categoria (volte, per definizione, a difendere interessi specifici anche in possibili contenziosi), è impegnato ad assicurare la tutela degli interessi globali dei cittadini nel campo sanitario.

Si tratta, quindi, di un organismo che, nella piena autonomia delle proprie decisioni, unisce due ambiti strettamente rapportati, quello dei medici e quello dei cittadini.

La legge istitutiva delle professioni sanitarie è stata emanata nel lontano 1946 ed il relativo regolamento attuativo è seguito nel 1950.

È chiaro a tutti come, da quelle date, il rapporto tra medico e cittadino sia cambiato sotto molti aspetti (da quelli puramente assistenziali a quelli normativi a quelli del più recente carattere comunitario).

Una società che cambia impone, in ogni ordinamento legislativo, un adeguamento; e tuttavia, nel caso del nostro Ordine, precise volontà politiche non consentono di provvedere a quella riforma che le stesse volontà ritengono necessarie ed urgenti.

Gli indirizzi comunitari stabiliscono che gli obiettivi tutti delle professioni non possono sfuggire a logiche di carattere economico (che, cioè, mirino

a privilegiare meccanismi di tipo imprenditoriale basate sulla legge della domanda e dell'offerta).

Da tali logiche discenderebbe la necessità di abolire qualsiasi istituzione ordinistica; e questo, per la nostra istituzione, vorrebbe significare l'assoluta mancanza di controllo su tutti i comportamenti (morali, deontologici, relativi alla pubblicità e alle tariffe) dei nostri iscritti.

Noi crediamo che, anche se la sanità è oramai diventata parte integrante del mercato, la nostra professione presenta delle specificità (che ci sembra pleonastico spiegare ai Colleghi), per cui riesce difficile il pensare di omologarci ad altre figure professionali la cui attività risulta basata esclusivamente sulla legge della domanda e dell'offerta.

D'altra parte, le incertezze normative contribuiscono a rendere l'esercizio dell'Ordine complesso e talora discutibile di fronte a precise situazioni che investono contemporaneamente il campo deontologico e tariffario.

La legge istitutiva dell'Ordine vieta di svolgere attività professionale sia con un pagamento forfetario e sia ignorando il tariffario minimo dell'Ordine.

La determinazione ed il controllo delle tariffe professionali (le quali, del resto, non sono contrarie al diritto comunitario), non deve essere considerata una pretesa corporativa. La tariffa minima rappresenta elemento di garanzia dei diritti, sia individuali che degli interessi pubblici, per l'ottenimento di quella prestazione di qualità in materia sanitaria, la cui tutela è affidata all'Ordine. La concorrenza al ribasso del costo della prestazione, nella fattispecie delicata della salute, potrebbe compromettere la validità delle prestazioni stesse.

Il collegamento tariffa-bontà di prestazione è elemento di giudizio fondamentale nella valutazione da parte della nostra istituzione ordinistica così come viene spesso implicata da parte di medici e cittadini.

I problemi segnalati all'Ordine riguardano, frequentemente, talune attività mediche legate a criteri e certificazioni di idoneità, basate sull'esame contestuale di distinti atti medici (clinici e strumentali) e, ancora più, di valutazioni di ordine medico/legale.

Nella medicina del lavoro, ai Collegi arrivano offerte di prestazioni "tutto incluso" con l'offerta di "cifre agevolate per pacchetti superiori a 5 pazienti" disponibili in sedi che, per non essere quelle ambulatoriali possono non offrire le dovute garanzie.

Per la medicina dello sport, quando sono previsti accertamenti per gli sport agonistici, vengono segnalate prestazioni a tariffe inferiori a quelle stabilite da una specifica delibera dell'Ordine e svolte in ambienti (palestre, stadi) in cui è poco probabile che la attività medica sia svolta secondo le modalità previste dalla legge e dalla deontologia.

Problemi ancora più complicati riguardano taluni esercizi legati alla medicina legale.

Anche su quotidiani locali viene promosso, per i casi di infortunio o di presunta malpractice, il ricorso ad associazioni di tutela che adottano il cosiddetto patto di quota lite.

Nella pratica, chi si ritiene danneggiato in campo sanitario, può avvalersi dell'offerta provvisoriamente gratuita di taluni medici i quali verranno retri-

buiti dal presunto danneggiato solamente se il caso risulterà indennizzato dalla Assicurazione e, in quel caso, in misura percentuale della somma liquidata al paziente (o cliente) e stabilita preventivamente.

Da una tale proposta è derivato un aumento smisurato del contenzioso tra medici e pazienti per i casi di presunta malpractice che coinvolgono soprattutto i colleghi ospedalieri (i quali dopo essere stati "sbattuti in prima pagina", risultano scagionati, nella grande maggioranza dei casi, alla fine del giudizio), ma anche i medici di famiglia (la cui certificazione è resa talora difficile dalla posizione di questo sanitario che è, contemporaneamente, di fiducia e con valenza medico-legale).

Accennando, anche se in maniera sommaria, ai problemi di sopravvivenza dell'istituzione ordinistica e, di riflesso, del contesto in cui opera questo Consiglio, si è tentato di contribuire alle domande che si pongono, sempre più spesso negli ultimi tempi, i nostri Collegi. I quali si chiedono quale sia la funzione dell'Ordine professionale, e in quali termini tale funzione l'Ordine possa svolgere, ma anche si interrogano sulla garanzia e il futuro del medico nell'ambito della istituzione ordinistica.

E' del tutto evidente che il risultato positivo di qualsiasi azione dell'Ordine potrà ottenersi solo con una attenzione dei Collegi che non si limiti alla partecipazione elettorale, ma si continui con un contributo costante ed attivo.

Michele Bucci

COLPO DI FRUSTA

Corso di formazione organizzato dall'Ordine dei Medici di Treviso
presso la sede di via Risorgimento,11

9 - 16 giugno 2005 (5 crediti ECM)

Il colpo di frusta oltre che un rilevante problema medico che coinvolge diverse discipline, è di forte impatto per la salute e l'attività lavorativa della popolazione. Obiettivo del corso è esplorare questo problema con l'occhio delle competenze diverse interessate al fine di integrare le rispettive attività socio-assistenziali. La metodologia didattica prevede casi clinici adattati allo scopo di guidare la discussione. È previsto un test finale di valutazione dell'apprendimento. È previsto un test finale di valutazione dell'evento. Il numero dei partecipanti è però contenuto per ovvii motivi didattici alle prime 30 iscrizioni.

GIOVEDÌ 9 GIUGNO 2005 Ore 20,30-23,15

Obiettivo educativo:

Alla fine della giornata i partecipanti sapranno descrivere gli elementi diagnostici del trauma distorsivo del rachide cervicale

Caso clinico e confronto con l'esperto

Docente: Dott. Gianfranco De Zotti

Fisiopatologia e valutazione clinica

Docente: Dott. Gianfranco De Zotti

Caso clinico e confronto con l'esperto

Docente: Dott. Matteo Bendini

Valutazione neuroradiologica

Docente: Dott. Matteo Bendini

Conclusioni

Questionario di valutazione dell'evento

Test finale di valutazione dell'apprendimento

GIOVEDÌ 16 GIUGNO 2005 Ore 20,30-23,15

Obiettivi educativi:

Alla fine della giornata i partecipanti devono essere in grado di descrivere i trattamenti conservativi e chirurgici, e conoscere gli aspetti medico legali del trauma distorsivo del rachide cervicale

Caso clinico e confronto con l'esperto

Docente: Dott. Gian Alberto Zorzi

Trattamento conservativo

Docente: Dott. Gian Alberto Zorzi

Trattamento chirurgico

Docente: Dott. Vincenzo Di Stefano

Caso clinico e confronto con l'esperto

Docente: Dott. Gianfranco De Zotti

Aspetti Medico Legali

Docente: Dott. Gianfranco De Zotti

Conclusioni

Questionario di valutazione dell'evento

Test finale di valutazione dell'apprendimento

Chi fosse interessato a partecipare deve compilare la scheda di iscrizione di pag. 7 e inviarla anche per fax alla Segreteria dell'Ordine (0422 541637).
È possibile l'iscrizione on-line ordmedtv@iol.it

APPUNTAMENTI SCIENTIFICI

• **12-13 maggio 2005** corso nazionale di Uro-Ginecologia ***“La nuova chirurgia protesica del pavimento pelvico: dubbi, certezze, prospettive”*** presso Castello di S.Salvatore - Palazzo Odoardo di Susegana, organizzato dall'U.O. di Ostetricia-Ginecologia del Presidio Ospedaliero di Conegliano.

Richiesti crediti ECM. Per informazioni: 049 8944500 - fax 049 8944501

• **21 maggio 2005** corso organizzato dalla Divisione di Chirurgia Generale e dall'U.O. di Day Surgery dell'Ospedale San Camillo di Treviso sul tema ***“Day Surgery: l'operato di ernioplastica inguinocrurale”*** presso la sala riunioni dell'Ospedale San Camillo di Treviso. Richiesti crediti ECM. Per informazioni: 0422 428382

• **17-18 giugno 2005** corso ***“Le malattie respiratorie aumentano: una sfida sanitaria, sociale ed ambientale”*** a Treviso presso Palazzo dei Trecento, organizzato dalla Sezione Trevigiana dell'Associazione Lotta contro l'Insufficienza Respiratoria. Richiesti crediti ECM.

• **23-24 giugno 2005 Meeting Internazionale** organizzato dalla IV Divisione Chirurgica dell'Ospedale Regionale di Treviso sulle lesioni benigne epatiche e neoplasie, benigne e maligne, pancreatiche e vie biliari.

Per informazioni: 0422 322480-450

• **30 settembre-1 ottobre 2005** presso Castelbrando di Cison di Valmarino ***Convegno scientifico di Oftalmologia*** organizzato dall'U.O. di Oftalmologia del Presidio Ospedaliero di Conegliano. Per informazioni: 0438 663342

• **15 ottobre 2005 Giornata di Aggiornamento in Reumatologia** organizzata dalla Struttura Semplice Dipartimentale di Reumatologia dell'Ospedale di Montebelluna in collaborazione con la Reumatologia dell'Università di Padova presso sede da definirsi. Per informazioni: 0423 611618

SCHEDA DI ADESIONE

Cognome e Nome

Codice Fiscale

Luogo e data di nascita

Professione

Disciplina

Telefono

Cellulare

Indirizzo

E-mail

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della legge 675/96 ai fini del corso e del programma ECM.

Data

Firma

DISCIPLINE

Allergologia ed immunologia clinica

Angiologia

Cardiologia

Dermatologia e venereologia

Ematologia

Endocrinologia

Gastroenterologia

Genetica medica

Geriatria

Malattie metaboliche e diabetologia

Malattie dell'apparato respiratorio

Malattie infettive

Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza

Medicina fisica e riabilitazione

Medicina interna

Medicina termale

Medicina aeronautica e spaziale

Medicina dello sport

Nefrologia

Neonatologia

Neurologia

Neuropsichiatria infantile

Oncologia

Pediatria

Psichiatria

Radioterapia

Reumatologia

Scienza dell'alimentazione e dietetica

Cardiochirurgia

Chirurgia generale

Chirurgia maxillo-facciale

Chirurgia pediatrica

Chirurgia plastica e ricostruttiva

Chirurgia toracica

Chirurgia vascolare

Ginecologia e ostetricia

Neurochirurgia

Oftalmologia

Ortopedia e traumatologia

Otorinolaringoiatria

Urologia

Anatomia patologica

Anestesia e rianimazione

Biochimica clinica

Farmacologia e tossicologia clinica

Laboratorio di genetica medica

Medicina trasfusionale

Medicina legale

Medicina nucleare

Microbiologia e virologia

Neurofisiopatologia

Neuroradiologia

Patologia clinica

Radiodiagnostica

Igiene, epidemiologia e sanità pubblica

Igiene degli alimenti e della nutrizione

Medicina del lavoro

Medicina generale

Continuità assistenziale

Pediatria (Pediatri di libera scelta)

Medicine alternative

2° CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE - RINVIO BANDO DI CONCORSO

... omissis ...

La Giunta Regionale

... omissis ...

delibera

- 1) di prendere atto che ad oggi non sono ancora stati emanati i principi fondamentali per la disciplina unitaria del sistema cui le regioni, ai sensi del citato articolo 25 del D.Lvo 368/1999, come modificato con D.Lvo 277/2003, devono ispirarsi nell'emanazione dei bandi di concorso per l'ammissione ai corsi di formazione specifica in medicina generale;
- 2) di prendere atto che, secondo quanto comunicato dai Ministeri della Salute e dell'Economia, le risorse destinate al finanziamento della formazione specifica in medicina generale a carico del FSN non sono sufficienti a garantire la copertura finanziaria necessaria per la realizzazione di un corso successivo al primo triennale, ora in svolgimento, da avviarsi con bando di concorso entro il 28 febbraio 2005;
- 3) di prendere quindi atto che non sussistendo, allo stato attuale, le condizioni necessarie occorre rinviare l'emanazione del bando di concorso per l'ammissione al secondo corso triennale di formazione specifica in medicina generale sino alla verifica delle sopra indicate condizioni.

COMPONENTI ELETTI NEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE ONAOSI

A seguito delle elezioni del Consiglio ONAOSI (2005-2010) risultano eletti:

Per i Medici Chirurghi ed Odontoiatri

- Dott. Fulvio Borromei (Medico chirurgo),
in rappresentanza degli iscritti dell'Ordine di Ancona;
- Dott. Giorgio Cavallero (Medico chirurgo),
in rappresentanza degli iscritti dell'Ordine di Torino;
- Dott. Carlo Gianformaggio (Medico chirurgo - Ordine di Trapani);
- Dott. Franco Mascia (Medico chirurgo - Ordine di Caserta);
- Dott. Aristide Paci (Medico chirurgo - Ordine di Terni);
- Dott. Umberto Rossa (Medico chirurgo - Ordine di Belluno);

Per i Farmacisti

- Dott. Andrea Giacomelli (Farmacista - Ordine di Pistoia);
- Dott. Michele Rinaldi (Farmacista - Ordine di Campobasso);

Per i Medici Veterinari

- Dott. Aldo Grasselli (Medico Veterinario - Ordine di Savona);
- Dott.ssa Laura Torriani (Medico Veterinario - Ordine di Milano).

Gli stessi sono stati proclamati eletti nella seduta del 25 febbraio 2005.

Regolamento recante norme in materia di procreazione medicalmente assistita

Nella Gazzetta della Repubblica Italiana n. 42 del 21 febbraio 2005 è stato pubblicato il decreto 16 dicembre 2004, n. 336 “*Regolamento recante norme in materia di procreazione medicalmente assistita*”. Il decreto in esame è stato emanato ai sensi dell’art. 6, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40, ai fini di determinare le modalità con le quali debba essere espressa la volontà di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Nella specie il regolamento prevede all’art. 1 che gli elementi minimi di conoscenza necessari alla formazione del consenso informato in caso di richiesta di accesso alla procreazione medicalmente assistita concernono:

- la possibilità di ricorrere agli strumenti offerti dalla legge 184/1983 in tema di affidamento ed adozione, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita;
- la disciplina giuridica della procreazione medicalmente assistita con riguardo ai divieti, alle sanzioni, alle tutele e alle conseguenze giuridiche per l’uomo, per la donna e per il nascituro;
- i problemi bioetici connessi all’utilizzo delle tecniche;
- le diverse tecniche impiegabili e le procedure con particolare riguardo alla loro invasività;
- l’impegno dovuto dai richiedenti con particolare riguardo ai tempi di realizzazione e all’eventuale terapia farmacologica da seguire;
- gli effetti indesiderati o collaterali relativi ai trattamenti;
- le probabilità di successo delle diverse tecniche;
- i rischi per la madre e il nascituro accertati o possibili quali evidenziabili dalla letteratura scientifica;
- gli aspetti psicologici relativi ai singoli richiedenti alla coppia e al nuovo nato;
- la possibilità di crioconservazione dei gameti maschili e femminili;
- la possibilità di revoca del consenso da parte dei richiedenti fino al momento della fecondazione dell’ovulo;
- **la possibilità da parte del medico responsabile della struttura di non procedere alla procreazione medicalmente assistita esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario, motivata in forma scritta;**
- la possibilità di crioconservazione degli embrioni qualora il trasferimento nell’utero degli stessi non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione (art. 14, comma 3, della legge n. 40 del 2004).

L’art. 1, comma 2, prevede che le strutture autorizzate siano tenute per il tramite dei propri medici a fornire ai richiedenti in maniera chiara ed esaustiva gli elementi informativi suesposti preliminarmente alla sottoscrizione del consenso informato ed al conseguente avvio del trattamento di procreazione medicalmente assistita.

Tale consenso deve essere acquisito unitamente al consenso relativo al connesso trattamento dei dati personali, qualora quest’ultimo atto di consenso non sia già stato precedentemente acquisito.

L’art. 2 stabilisce che la volontà di accedere al trattamento di procreazione medicalmente assistita debba essere espressa con apposita dichiarazione, sottoscritta

e data, in duplice esemplare, dai richiedenti congiuntamente al medico responsabile della struttura.

È a disposizione presso la segreteria dell'Ordine e sul sito www.ordinemedici-treviso.org l'allegato contenente la dichiarazione di consenso informato prevista dal regolamento.

Decreto Legge sulla competitività riforma delle professioni intellettuali

Il Decreto Legge 14 marzo 2005, n. 35, recante “*Disposizioni urgenti nell’ambito del Piano di azione per lo sviluppo economico, sociale e territoriale*” (G.U. 16.3.2005) contiene anche disposizioni inerenti la disciplina delle professioni intellettuali.

Appare importante sottolineare come l’adozione dello strumento del decreto-legge, previsto dalla Costituzione solo al verificarsi di “casi straordinari di necessità e d’urgenza”, sia indice del fatto che il Governo intenda pervenire ad una approvazione in tempi rapidi di una riforma che il mondo delle professioni attende da anni, evitando quindi un lungo iter parlamentare.

Il provvedimento in particolare prevede che nel caso in cui l’abilitazione all’esercizio della professione costituisca requisito per l’instaurazione del rapporto di lavoro subordinato sia obbligatoria l’iscrizione all’albo per l’espletamento delle relative funzioni (art. 2, comma 5).

Ciò deve essere considerato un risultato molto importante perché di fatto viene stabilita l’obbligatorietà di iscrizione all’Ordine anche per i medici del Servizio sanitario nazionale.

Il decreto-legge inoltre introduce altre norme di particolare rilevanza tra le quali il riconoscimento delle professioni non regolamentate (art. 2, comma 8), il limite alla costituzione di nuovi Ordini professionali (art. 2, comma 7), la disciplina del tirocinio (art. 2, comma 5) e infine per quanto concerne la composizione delle commissioni per l’esame di Stato di abilitazione professionale la previsione che entro la percentuale del 50% i commissari siano designati dall’Ordine o Collegio territoriale tra gli iscritti all’Albo (art. 2, comma 6), anche se con negatività si è dovuto constatare che la preventivata nomina ordinistica del Presidente della Commissione è stata soppressa.

Per quanto concerne il riconoscimento delle professioni non regolamentate si rileva che l’articolato è di natura ordinistica e quindi positivo, perché esclude esplicitamente che possa essere considerata professione un’attività che riguardi prestazioni tipiche delle professioni di interesse generale rientranti nella previsione di cui all’art. 2229 c.c. e ciò al fine di evitare sovrapposizione alle attività riservate già ai professionisti iscritti in Ordini.

In conclusione è opportuno sottolineare che una riforma organica e moderna delle professioni non possa trovare applicazione senza il necessario approfondimento e il naturale coinvolgimento dei rappresentanti istituzionali delle professioni stesse e nella specie della professione medica e odontoiatrica, che operano in un settore delicato quale quello della salute tutelato dalla Costituzione.

LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

Integrazione linee guida approvate con D.G.R. 2 maggio 2001, n. 1049

La Giunta regionale

... omissis ...

delibera

di approvare, ad integrazione della D.G.R. n. 1049 del 2.05.2001, le seguenti linee guida per l'Organizzazione della libera professione intramuraria:

Le presenti linee guida costituiscono direttiva per l'organizzazione da parte delle Aziende Sanitarie dell'attività libero professionale intramuraria. I regolamenti aziendali definiscono le condizioni per l'esercizio di tale attività coerentemente con le vigenti disposizioni normative e accorduali, tra le quali si richiamano quelle contenute nel D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nel D.P.C.M. 27 marzo 2000, negli artt. 54 e segg. dei CC.CC.NN.LL. delle aree dirigenziali, stipulati l'8.06.2000 e nella circolare regionale n. 5 del 10.05.2001, approvata con D.G.R. n. 1049 del 2.05.2001.

In particolare, i regolamenti aziendali devono conformarsi alle seguenti direttive:

1) Condizioni per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria

I regolamenti aziendali devono definire le condizioni per l'esercizio dell'attività in oggetto e devono essere redatti con l'obiettivo di garantire la libera scelta delle prestazioni sanitarie ponendosi come offerta integrativa e non sostitutiva dei servizi all'utenza. In particolare:

- a) deve essere garantito, da parte del sanitario interessato, lo svolgimento dei compiti istituzionali e degli obblighi derivanti a tal proposito dalle norme vigenti. L'attività non deve essere concorrenziale nei confronti del SSN.

In particolare, l'attività libero-professionale intramuraria non può globalmente comportare per ciascun dirigente un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. Per l'attività di ricovero la valutazione è riferita anche alla tipologia e complessità delle prestazioni.

Gli atti aziendali devono indicare come il rispetto di tale condizione venga garantito non solo in fase di programmazione, ma anche in fase di erogazione delle attività.

Deve essere prevista, pertanto, la negoziazione, in sede di definizione annuale di budget con i dirigenti responsabili delle équipes interessate, nel rispetto dei tempi concordati, dei volumi di attività istituzionale che devono comunque essere assicurati in relazione alle risorse assegnate. Di conseguenza, le aziende devono concordare con i singoli dirigenti e con le équipes interessate i volumi di attività libero-professionale intramuraria che, comunque, non possono superare i volumi di attività istituzionale assicurati. Tale condizione, in armonia con la logica aziendale, va verificata, di norma ogni sei mesi, ad opera dell'organismo di verifica di cui al successivo punto 5.

Al fine di assicurare il rispetto dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni, le Aziende, una volta verificato l'adempimento di quanto sopra sta-

bilito, possono ricorrere all'utilizzo dell'istituto della libera professione intramuraria di cui agli artt. 55, commi 2 dei CC.CC.NN.LL delle aree dirigenziali, stipulati l'8.06.2000 (richiesta di prestazioni ad integrazione dell'attività istituzionale), prioritariamente per l'acquisizione di prestazioni le cui attese risultano critiche.

- b) la libera professione deve avvenire al di fuori dell'orario di lavoro, dei turni di pronta disponibilità e di guardia.

L'attività libero professionale deve essere distinta da quella istituzionale.

A tal fine i regolamenti aziendali devono prevedere l'identificazione, anche per l'utente, della distinzione tra attività intramuraria ed istituzionale (ad esempio, laddove possibile, prevedendo l'attività operatoria in coda all'attività istituzionale o l'apertura delle sale operatorie in orari aggiuntivi e per l'attività ambulatoriale orari distinti all'inizio o alla fine dell'attività istituzionale). Laddove i regolamenti aziendali prevedano che, al fine di non provocare gravi disfunzioni clinico-organizzative, l'attività libero professionale debba, per particolari prestazioni, essere programmata all'interno delle sedute o sessioni dedicate all'attività istituzionale, l'impegno orario del personale impegnato in tale genere di prestazioni deve essere quantificato e recuperato con l'adozione di meccanismi oggettivi.

- c) la libera professione deve essere prestata nella disciplina di appartenenza. Le eccezioni a tale regola possono essere solo quelle previste all'art. 5, comma 4 del D.P.C.M. 27.03.2000 e, per quanto riguarda il Dipartimento di Prevenzione, quelle indicate nel paragrafo 5, lett. d) delle linee guida regionali per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria approvate con la richiamata D.G.R. 1049/2001.
- d) deve essere garantita, nel rispetto dei diritti della privacy del paziente, un'adeguata informazione al cittadino utente sulle modalità di accesso alle prestazioni libero professionali, con particolare riguardo:
- all'elenco dei sanitari che esercitano la libera professione;
 - al tipo di prestazioni erogabili;
 - alla scelta della struttura;
 - alle modalità di prenotazione;
 - alla previsione complessiva di spesa per ciascuna tipologia di prestazione;
 - agli orari previsti per l'attività ambulatoriale;

Nel caso di mancato rispetto delle condizioni poste alle precedenti lettere a), b) e c), il regolamento deve prevedere specifiche sanzioni, ivi compresa la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività libero professionale.

2) Responsabilità e funzioni organizzative

I regolamenti aziendali definiscono attribuzioni e responsabilità in capo a:

- a) Direzione Generale;
- b) Direzioni di Struttura (Presidio Ospedaliero, Distretto, Dipartimento);
- c) Direzioni delle Singole Unità Operative cui afferiscono i sanitari, singoli o in equipe autorizzati all'esercizio della libera professione intramuraria;
- d) Direzioni delle Unità Operative dell'area tecnica e amministrativa di supporto;
- e) Servizio di cui all'art. 7 della L. 251/2000.

Devono in ogni caso essere individuate le precipue attribuzioni e responsabilità in tema di:

- a) indirizzo generale in materia di Libera Professione intramuraria;

- b) stipula di accordi e convenzioni;
- c) procedura di autorizzazione del professionista, singolo o in équipes, all'esercizio della Libera Professione intramuraria;
- d) gestione degli aspetti organizzativi (individuazione spazi, orari e attrezzature/posti letto; informazioni all'utente; personale di supporto);
- e) gestione degli aspetti economico-contabili, fiscali, retributivi e contributivi, ivi compresa la gestione dei debiti orari;
- f) valutazioni e controlli;
- g) proposta e irrogazione di sanzioni, secondo quanto previsto ai successivi punti 4 e 5.

3) Prenotazioni

Come già ribadito con D.G.R. n. 3535 del 12.11.2004 deve essere differenziato il sistema di prenotazione tra l'attività istituzionale e quella libero professionale, al fine di garantire percorsi e modalità distinte.

4) Meccanismi di valutazione e controllo

Il regolamento aziendale deve prevedere meccanismi di valutazione e controllo, in particolare nelle seguenti fasi:

A) Fase di istruttoria della domanda di autorizzazione all'esercizio della libera professione o della domanda di modifica dell'atto autorizzativo.

I meccanismi di valutazione e controllo da prevedere devono consentire:

- la verifica che l'attività richiesta sia conforme alle disposizioni vigenti, con riferimento alla disciplina, alle tariffe proposte, ecc.;
- la verifica che le modalità di svolgimento proposte (orari, spazi, utilizzo di attrezzature, posti letto) non siano in contrasto con lo svolgimento delle finalità e delle attività istituzionali sia dell'Unità operativa di appartenenza dei sanitari interessati, sia dell'Azienda.

B) Fase successiva all'autorizzazione

I meccanismi di valutazione e controllo da prevedere in questa fase devono consentire:

- il controllo del rispetto, da parte del professionista interessato, del regolamento e, per quanto non previsto dallo stesso, della normativa vigente.

Si indicano quali strumenti di controllo e verifica in tale fase, da individuare nel regolamento:

- a) la lista delle prenotazioni;
- b) la registrazione dell'attività, sia per finalità medico-legali ed assicurative, sia ai fini di controllo gestionale e contabile, ferme restando le vigenti disposizioni a garanzia del rispetto del segreto professionale;
- c) la rilevazione dell'orario di lavoro istituzionale effettuato per il tramite di sistemi oggettivi per tutti i dirigenti, ivi compresi i dirigenti di struttura complessa. Per questi ultimi resta comunque fermo quanto stabilito dagli artt. 17 dei CC.CC.NN.LL. delle aree dirigenziali, stipulati l'8.06.2000, e quanto precisato dall'ARAN, in relazione alle disposizioni contenute in tale articolo, con nota prot. n. 1632 del 25 ottobre 2000;
- d) la registrazione e documentazione delle riscossioni effettuate;
- e) l'elenco del personale di supporto eventualmente utilizzato e del relativo orario.

I regolamenti aziendali individuano l'unità organizzativa responsabile dell'acquisizione e controllo della documentazione comprovante il rispetto degli obblighi di cui sopra e della predisposizione degli atti di liquidazione, che dovranno dare conto dell'esame della documentazione stessa e della loro verifica positiva. L'unità organizzativa responsabile di tali verifiche deve provvedere alla segnalazione di eventuali irregolarità rilevate al Direttore Generale. Inoltre, deve provvedere alla raccolta dei dati e al loro invio a cadenza almeno semestrale all'Organismo di cui al successivo punto 5), per l'espletamento dei compiti di sua competenza.

Compete al Direttore Generale, sentito obbligatoriamente l'organismo paritetico di cui al successivo punto 5, l'eventuale irrogazione di sanzioni a carico del dirigente sanitario che nell'esercizio dell'attività libero professionale non rispetti gli obblighi posti dalle disposizioni normative ed aziendali. Le sanzioni dovranno riguardare l'area di espletamento dell'attività libero professionale, salvo non si accerti che l'infrazione rilevata comporti violazione degli obblighi derivanti dal rapporto di lavoro. In tale ultimo caso dovrà farsi riferimento alle disposizioni di cui all'art. 31 e seguenti dei CC.CC.NN.LL 8.06.2000 delle aree dirigenziali in materia di verifica e valutazione dei dirigenti.

5) Organismo paritetico di promozione e verifica

- a) all'apposito organismo di promozione e verifica dell'attività libero professionale, di cui agli artt. 54, commi 6 dei CC.CC.NN.LL. delle aree dirigenziali, stipulati l'8.06.2000 e all'art. 5, comma 2, lett. h del D.P.C.M. 27.03.2000, devono essere assegnati almeno i seguenti compiti:
- controllo e valutazione dei dati relativi all'attività libero professionale intramuraria e dei suoi effetti sull'organizzazione complessiva, con particolare riguardo al controllo del rispetto dei volumi di attività libero professionale concordati con i singoli dirigenti e con le équipes, che comunque non possono superare i volumi di attività istituzionale assicurati;
 - segnalazione al Direttore Generale dei casi in cui si manifestino variazioni quali-quantitative ingiustificate tra le prestazioni istituzionali e quelle rese in libera professione intramuraria;
 - proposta al Direttore Generale dei provvedimenti migliorativi o modificativi dell'organizzazione della libera professione intramuraria e del suo regolamento.;
 - espressione del parere preventivo al Direttore Generale in merito all'irrogazione di eventuali sanzioni ai dirigenti sanitari.
- b) l'Organismo viene convocato almeno ogni sei mesi e ogniqualvolta se ne ravvisi la necessità. Della sua attività fornisce al Direttore Generale una relazione a cadenza almeno annuale. Tale relazione deve essere trasmessa alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale a cura dello stesso Direttore Generale.

6) Attività libero professionale intramuraria presso studi privati.

Per quanto riguarda l'attività libero professionale presso studi privati, si ribadisce come il suo esercizio, ad oggi, può essere consentito fino al 31.07.2005 ai dirigenti sanitari a rapporto esclusivo, ai sensi dell'art. 1, comma 1, della L. 20 giugno 2003, n. 141. È appena il caso di sottolineare che i regolamenti devono conformarsi alle disposizioni contenute nell'art. 7, comma 4 del D.P.C.M. 27.03.2000 e nel paragrafo 2 delle linee guida regionali contenute nella più volte richiamata circolare regionale n. 5 del 10.05.2001.

7) Supporto alla libera professione

I regolamenti devono, ai sensi dell'art. 5, comma 2, lett. d) e dell'art. 12 del D.P.C.M. 27 marzo 2000, individuare e quantificare il personale di supporto all'attività libero professionale. Il personale di supporto può essere impiegato, in relazione ai volumi e alle tipologie di attività, in analogia a quanto avviene per l'attività istituzionale, salva diversa e motivata determinazione del professionista. I regolamenti devono altresì disciplinare i criteri e le modalità per la ripartizione di una quota dei proventi derivanti delle tariffe a favore:

- a) del personale del ruolo sanitario, dirigente e non dirigente, che partecipa all'attività libero professionale quale componente di una equipe o personale di supporto nell'ambito della normale attività di servizio;
- b) del personale della dirigenza sanitaria che opera in regime di esclusività e che, in ragione delle funzioni svolte o della disciplina di appartenenza, non può esercitare l'attività libero professionale, secondo quanto previsto dall'art. 57, lett.i) dei CC.CC.NN.LL delle aree dirigenziali dell'8.06.2000;
- c) del personale che collabora per assicurare l'esercizio dell'attività libero professionale ivi compreso il personale della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa, secondo quanto previsto all'art. 57, comma 3 del CCNL 8.6.2000 della stessa area.

8) Regolamento aziendale

Le aziende provvedono ad integrare l'atto regolamentare in materia di libera professione, per conformarlo alle direttive sopra enunciate, nel rispetto delle disposizioni normative e contrattuali, relative a tutte le aree del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, disciplinanti i modelli di relazioni sindacali. Copia dei regolamenti così integrati viene trasmessa alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale.

Per quanto non disciplinato dal presente documento, si rinvia alle disposizioni in materia di libera professione contenute nei CC.CC.NN.LL delle aree dirigenziali, stipulati l'8.06.2000, nel D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nel D.P.C.M. 27.03.2000 e nella circolare regionale n. 5 del 10.05.2001, approvata con D.G.R. n. 1049 del 2.05.2001.

CHIRURGIA AMBULATORIALE STRUTTURA EXTRAOSPEDALIERA CHIRURGICA

Con DGR 549 del 25 febbraio 2005 la Regione ha definito la tipologia di struttura extraospedaliera chirurgica, stabilendone i requisiti minimi specifici di autorizzazione all'esercizio e determinando l'elenco delle prestazioni chirurgiche in essa attuabili.

Il testo integrale della DGR ed i relativi allegati possono essere scaricati dal sito dell'Ordine www.ordinemedicitreviso.org

MODALITÀ DI COMPILAZIONE DEL NUOVO RICETTARIO STANDARDIZZATO

Prime istruzioni della Regione Veneto

Con circolare prot. n. 94510/50.07.0.01 dell'11.2.2005 la Regione Veneto ha fornito le prime istruzioni "circa le modalità che in ambito regionale devono essere rispettate nella compilazione della nuova ricetta ex D.M. Economia e Finanze del 18.5.2004" ...

Prima di illustrare per le singole parti (aree) le componenti della nuova ricetta e le relative modalità di compilazione che si intendono applicare nella nostra Regione, si richiamano **alcuni elementi fondamentali che caratterizzano l'introduzione della nuova ricetta nel S.S.R.**

CONSEGNA, UTILIZZO E VALIDITÀ

- I nuovi ricettari hanno una numerazione unica progressiva per tutta la Regione (non sono più previste numerazioni differenziate per le varie Aziende U.L.S.S.). Non è quindi più prevista la stampa di ricettari con numerazione 999 da tenere a disposizione nel caso in cui una azienda si trovi momentaneamente sprovvista di ricettari, in attesa della successiva fornitura da parte del Poligrafico. Qualora si verifici tale evenienza possono essere richiesti dei ricettari ad altra Azienda U.L.S.S. della Regione purché venga annotata e segnalata alla Regione l'esatta numerazione dei ricettari scambiati ai fini dei successivi controlli previsti da parte dell'Agenzia delle Entrate.

- La Ricetta Unica standardizzata è utilizzata anche in sostituzione dei ricettari speciali per:

- la prescrizione delle prestazioni sanitarie agli assicurati, cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale (RICETTA/MODULO "S.S.N.").
- la prescrizione delle prestazioni sanitarie, con onere a carico del Ministero della Salute, al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile (RICETTA/MODULO "S.A.S.N." - Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti -).

- Restano in vigore le sole ricette per stupefacenti madre/figlia in base al D.P.R. 309/90 ed in triplice copia a ricalco per la terapia del dolore in base alla L. 12/2001.

- Circa il corretto utilizzo del nuovo ricettario, considerato che i dati di prescrizione verranno inviati direttamente al M.E.F., dalle farmacie che dispensano i medicinali e dalle strutture di erogazione delle prestazioni sanitarie, si richiama a riguardo, la massima cura nella conservazione e nell'uso stesso del ricettario, allo scopo di evitare lacerazioni, abrasioni e macchie che possano risultare di pregiudizio alle operazioni di lettura ottica.

Si invita quindi ad utilizzare per i timbri, inchiostri neri e non oleosi, e per la compilazione manuale, penne stilografiche o a sfera ad inchiostro nero. Nel caso in cui ci si avvalga di stampanti, sarà necessario controllare l'intensità dell'inchiostro per permetterne la rilevazione da parte dei lettori ottici.

Qualora non ci si avvalga di stampanti ed apparecchiature informatiche, sarà necessario garantire la massima chiarezza nella trascrizione manuale dei caratte-

ri numerici o alfabetici. A tal fine si elencano qui di seguito, le regole da osservare per garantire una corretta trascrizione manuale all'interno delle opportune caselle:

- Scrivere con la massima chiarezza e semplicità evitando ornati e grafismi.
 - Riportare un solo carattere per casella.
 - Non uscire dai bordi colorati delle caselle.
 - Non legare i caratteri tra loro.
 - Evitare il più possibile cancellature o correzioni dei caratteri già scritti, in particolare dei dati incasellati. Nel caso di correzione il medico dovrà apporre come di consueto la controfirma.
 - Evitare puntini, lineette, virgole o barrature tra i caratteri.
 - Non barrare o annullare le caselle inutilizzate tranne i campi previsti: ricetta non esente o casella note AIFA che vanno barrati in tutti i casi in cui non sono utilizzate.
 - La biffatura (barratura) va effettuata apponendo un segno evidente (come una X) all'interno del cerchio contenuto nella casella o annerendo il cerchio.
- La produzione e distribuzione delle nuove ricette, operata dall'Istituto Poligrafico dello Stato, saranno gestite e monitorate più efficacemente con l'istituzione del Registro Unico Nazionale dei Ricettari dove, oltre alla produzione, verrà registrata l'assegnazione ai medici prescrittori e l'utilizzo presso le strutture erogatrici.
- Come in precedenza le ricette, se trattasi di prescrizioni farmaceutiche, saranno valide unicamente all'interno della Regione, fatto salvo quanto previsto da specifici accordi per quanto attiene le farmacie ubicate in zone di confine interregionale, viceversa, se trattasi di prescrizioni di specialistica ambulatoriale, le ricette saranno valide sull'intero territorio nazionale.

L'UTILIZZAZIONE DEL RICETTARIO È PERSONALE

- Si conferma che l'uso del ricettario è strettamente personale e che all'atto della consegna deve essere registrato il nominativo del medico e la numerazione del ricettario consegnato come indicato nelle note della Direzione Regionale Piani e Programmi Socio Sanitari Servizio Farmaceutico del 20/02/2003 prot. n. 9776/50.07.42 del 24/03/2003 prot. n. 15408/50.07.42 e del 18/08/2003 prot. n. 38980/50.07.42

- In caso di sostituzione temporanea del medico (MMG, PLS), il sostituto utilizzerà il ricettario e il timbro del medico titolare. Lo stesso dicasi per le sostituzioni temporanee dei medici SUMAI.
- Qualora si tratti di medici che operano in associazione (M.M.G.; P.L.S.), ciascun medico utilizzerà il proprio ricettario per tutte le prescrizioni effettuate a favore sia dei propri assistiti che degli assistiti degli altri medici dell'associazione.
- In caso di risoluzione del rapporto di lavoro/convenzione il medico dovrà restituire all'Azienda U.L.S.S. tutti i ricettari non utilizzati (in parte o in toto).

I CODICI DI ESENZIONE (per patologia, per invalidità, per reddito) SONO QUELLI DEFINITI A LIVELLO REGIONALE con le DD.G.R. nn. 1361 del 07.05.2004 e n. 4047 del 22.12.2004, trasmesse alle Aziende sanitarie con le note a firma del Segretario Regionale del 24/08/2004 prot. n. 563699/50.07.01.00 e del 21/01/2005 prot. n. 37578/50.07.01.01.

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

... che dovranno essere rispettate nella nostra Regione dai vari soggetti che via via risultano coinvolti nella compilazione di quelle parti della nuova ricetta (**aree**), emessa a favore di soggetti assistiti dal S.S.N., che necessitano di particolari specificazioni.

(Per l'utilizzazione della ricetta a favore di soggetti assicurati da istituzioni estere si rimanda alle specifiche direttive ministeriali, già inoltrate).

a) area codice assistito:

L'area è diretta a rilevare l'informazione sul Codice Fiscale (C.F.) dell'assistito, codice che comprende come noto le informazioni sul sesso e l'età. Sino all'emissione della nuova Tessera Sanitaria a cura diretta del MEF, si acconsente che si riporti nel campo C.F. della nuova ricetta il codice sanitario regionale. Nel caso sia possibile utilizzare, come preferibile il C.F. si precisa che questo va recuperato da documento certificato, vale a dire dalla tessera del codice fiscale dell'assistito, o dalla tessera sanitaria quando questa rechi il codice fiscale rilevato da fonte ufficiale. In quest'ultimo caso si invitano le Aziende U.L.S.S. che a suo tempo si erano allineate a tale modalità a darne tempestiva comunicazione ai rispettivi medici prescrittori e a pubblicizzarne l'utilità nei confronti dell'utenza. Il codice assistito deve essere sempre indicato da parte del medico prescrittore. In caso di mancata indicazione l'erogazione della prestazione non potrà avvenire a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

b) area generalità dell'assistito:

All'atto della prescrizione il medico deve obbligatoriamente indicare il cognome e nome dell'assistito, ovvero le iniziali nonché il domicilio dello stesso nei casi previsti dalla legge, quando costituisce adempimento necessario per la validità dell'atto prescrittivo, anche in presenza dell'indicazione del codice fiscale. In caso di prescrizioni farmaceutiche sopra detta area può essere applicato il tagliando adesivo predisposto per la protezione dei dati personali, in modo da permettere di risalire all'identità dell'interessato solo in caso di necessità connesse al controllo della correttezza della prescrizione, ovvero a fini di verifiche amministrative o per scopi epidemiologici e di ricerca.

c) area sigla provincia e codice Azienda U.L.S.S. competente:

La compilazione deve essere effettuata soltanto qualora l'Azienda U.L.S.S. di competenza non coincida con quella del medico che rilascia la ricetta, secondo le seguenti modalità:

- in caso di coincidenza dell'Azienda U.L.S.S. di competenza dell'assistito con quella in cui opera il soggetto prescrittore, non si deve procedere alla compilazione dell'area.
- se l'Azienda U.L.S.S. di competenza dell'assistito rientra nell'ambito della stessa Regione in cui opera il soggetto prescrittore, occorre riportare nelle apposite caselle ombreggiate il codice di detta U.L.S.S. attenendosi al vigente sistema di codifica regionale (es. Azienda Ulss n. 1 sarà indicato 101, per l'Azienda Ulss n.2, sarà indicato 102, ecc.).
- se l'Azienda U.L.S.S. di competenza dell'assistito rientra nell'ambito territoriale di una Regione diversa da quella in cui opera il soggetto prescrittore, occorre riportare nelle apposite caselle le lettere corrispondenti alla sigla automobilistica della provincia nel cui territorio è situata l'Azienda U.L.S.S. di competenza dell'assistito e il codice di detta Azienda U.L.S.S..

d) area tipologia di prescrizione:

In questa area della ricetta sono contenuti i seguenti elementi:

- 1 casella contrassegnata dalla lettera “S” (*suggerita*). Se la prescrizione contenuta nella ricetta deriva da uno specifico suggerimento specialistico o da indicazioni rilasciate da una struttura di ricovero. Qualora ricorrano le anzidette circostanze il prescrittore procede alla biffatura dell’apposita casella contrassegnata dalla lettera “S”;
- 1 casella contrassegnata dalla lettera “H” (*ricovero ospedaliero*). Se la ricetta contiene la proposta di ricovero presso una struttura ospedaliera. Qualora ricorrano le anzidette circostanze il prescrittore procede alla biffatura dell’apposita casella contrassegnata dalla lettera “H”;
- 1 casella senza contrassegno e denominata “**ALTRO**” predisposta per la lettura ottica di biffatura, destinata alla indicazione di prescrizioni di tipo diverso, da utilizzare su specifica indicazione regionale.

e) area note CUF (Commissione Unica del Farmaco) oggi AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco):

Per l’indicazione delle note il medico ha a disposizione due gruppi di tre caselle in cui riportare il numero della nota. Le caselle non utilizzate devono comunque essere barrate.

Nel caso di note “bis” es. 79 e 79 bis, il prescrittore dovrà riportare nell’apposita area nel primo caso 79 e nel secondo 79b.

Si ricorda che l’indicazione della nota è obbligatoria ai fini dell’erogazione dei relativi farmaci con onere a carico del S.S.N.

f) area priorità della prestazione:

Tale area della ricetta contiene l’indicazione delle priorità di richiesta della prestazione da parte del medico prescrittente ed è caratterizzata da quattro caselle di biffatura (U=Urgente, B=Breve, D=Differita, P=Programmata). Le lettere identificative presenti in tali caselle non corrispondono esattamente a quelle individuate dall’Accordo Stato Regioni 11 luglio 2002 e adottate dalla Regione Veneto, per l’attività ambulatoriale, quali “classi di priorità” con la deliberazione n. 3535 del 12.11.2004, ma fatta eccezione per la prima (U), non prevista dal provvedimento succitato, le lettere sono sovrapponibili come tempistica, secondo quanto di seguito indicato:

Lettera “B” corrisponde alla “classe A” del provvedimento regionale

Lettera “D” corrisponde alla “classe B” del provvedimento regionale

Lettera “P” corrisponde alla “classe C” del provvedimento regionale.

g) area esenzione:

L’area è diretta a rilevare l’informazione sull’eventuale esenzione in capo all’assistito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria relativamente alla prestazione in oggetto.

In Regione Veneto sono presenti due ambiti di possibili esenzioni, ambito specialistico e ambito farmaceutico (cosiddetta esenzione dalla “quota fissa” introdotta a livello regionale) a loro volta scorporabili in due macrotipologie di esenzioni, da un lato l’esenzione per motivo di malattia, status di invalidità, intervento di prevenzione, dall’altro per motivi di reddito.

Con specifico riferimento a quest’ultima ipotesi, di fruizione delle prestazioni specialistiche in regime di esenzione dalla partecipazione alla spesa per motivi di reddito, si è del parere che la posizione dell’assistito che si autodichiara esente, per una delle quattro condizioni previste, debba continuare ad essere **rilevata sempre tramite autocertificazione ex D.P.R. n. 445/2000 su formulazione/dicitura esplicita** da sottoscrivere da parte dell’assistito sul retro della ricetta o in alternativa da raccogliere su modulo a parte, modulo che dovrà

essere congiuntamente pinzato alla ricetta. Tanto che si segua l'una o l'altra modalità, al fine di garantire la dovuta informazione e conoscenza sia verso l'assistito sia verso gli operatori che raccolgono l'autodichiarazione (pubblici o preaccreditati), sulla base dell'interpretazione consolidata della L. 537/93, si ribadisce che il *nucleo familiare* cui si fa riferimento nelle varie ipotesi di esenzione, è il nucleo familiare che si identifica ai fini fiscali vale a dire quello *formato dall'interessato, dal coniuge non legalmente separato e dai familiari a suo carico a fini fiscali*.

Rilevazione dell'esenzione per l'ambito specialistico:

1. esenzione per malattia, status di invalidità, intervento di prevenzione: il medico prescrittore (M.M.G., P.L.S; medici specialisti SUMAI, dipendenti e accreditati) deve riportare nell'apposito spazio riferito al "codice esenzione" il **codice regionale di esenzione** apponendovi i relativi caratteri nelle prime 3 caselle con l'eccezione del codice di esenzione per malattia rara (6 caratteri) e del codice INAIL (5 caratteri) con allineamento a sinistra.
2. esenzione per motivi di reddito, trattandosi di un'esenzione che non rientra tra quelle sopra richiamate, in assenza delle stesse, il medico prescrittore deve biffare la lettera "N" (= soggetto non esente per le condizioni descritte al punto di cui sopra 1.) mentre l'esenzione per motivi di reddito sarà rilevata secondo le modalità sopra descritte in **autocertificazione su specifica formula**, dalla struttura erogatrice la quale riporterà in ricetta, nello spazio dedicato al codice esenzione, il corrispondente **codice regionale di esenzione per motivi di reddito** apponendolo nelle prime tre caselle ed in aggiunta bifferà la lettera "R", senza necessità di acquisire l'ulteriore firma dell'assistito sul davanti della ricetta.
3. esenzione per le prestazioni odontoiatriche ex D.G.R. n. 2227/2002 si confermano le disposizioni già fornite su questo punto con la nota regionale del 04/06/2004 prot. n. 39861/50.07.01.01.

Rilevazione dell'esenzione per l'ambito farmaceutico:

1. esenzione per malattia, status di invalidità, il medico prescrittore (M.M.G., P.L.S; medici specialisti SUMAI, dipendenti e accreditati) deve riportare nell'apposito spazio riferito al "codice esenzione" il **codice regionale di esenzione** apponendovi i relativi caratteri nelle prime 3 caselle con l'eccezione del codice di esenzione per malattia rara (6 caratteri).
2. in caso di pazienti in possesso di esenzione per motivi di reddito, il medico barrerà la lettera "R" e riporterà il codice "**6R2**" nelle apposite caselle. Come in precedenza l'assistito, all'atto della presentazione della ricetta in farmacia, dovrà fornire l'autocertificazione sul retro della ricetta utilizzando le modalità attualmente in uso.

h) area numero confezioni/prestazioni

l'area è diretta a rilevare il numero complessivo delle prescrizioni farmaceutiche o specialistiche prescritte in ricetta. Il medico prescrittore deve obbligatoriamente indicare in questa area e con allineamento a sinistra il numero complessivo delle confezioni di farmaci, dei presidi o delle prestazioni specialistiche prescritti.

i) area data prescrizione

L'indicazione della data di compilazione deve essere effettuata trascrivendo nella apposita area i caratteri numerici identificanti il giorno (due caselle), il

mese (due caselle) e l'anno (due caselle).

Per la indicazione dei giorni da 1 a 9 la indicazione deve essere effettuata premettendo il valore "0" (esempio: il giorno 2 sarà indicato con il valore "02").

Per la indicazione dei mesi da gennaio a settembre il numero corrispondente deve essere preceduto dal valore "0" (esempio: il mese di marzo sarà indicato con il valore "03").

Per la indicazione dell'anno devono essere riportati solo gli ultimi due caratteri (esempio: l'anno 2005 sarà indicato con il valore "05").

È ammesso l'uso di timbri datari con caratteri OCR purché la stampigliatura risulti conforme alle anzidette disposizioni, sia collocata in corrispondenza delle apposite caselle e risulti di colore non cieco alla lettura ottica (inchiostro nero non oleoso).

l) area timbro e firma

Come per il passato, la prescrizione sul nuovo ricettario risulta valida unicamente se il medico prescrittore vi appone il timbro e la firma autografa.

Si richiama particolarmente l'attenzione delle **Direzioni Sanitarie Ospedaliere** a che si attivino con impegno e con ogni mezzo a divulgare adeguatamente conoscenze e informazioni sulle modalità prescrittive della nuova ricetta, **nei confronti dei medici (dipendenti)** impegnati nelle attività ambulatoriali ospedaliere."

IL LANTERNINO DI DIOGENE

È prossima la pubblicazione di un trimestrale di politica sanitaria e sociale dal titolo **"Il lanternino di Diogene"**, organo ufficiale del laboratorio di cultura LA NUOVA FUCINA, sorto all'inizio dei passati anni novanta, per l'iniziativa di una trentina di professionisti del Friuli Venezia Giulia, per lo più medici, ma non solo. Fine del laboratorio è studiare le problematiche sanitarie e sociali del nostro Paese, con particolare attenzione al Triveneto, suggerendo possibili soluzioni.

Per svolgere un'azione più incisiva sull'opinione pubblica, si è pensato di stampare un periodico e, così, divulgare meglio le nostre idee.

Chi è interessato a questa iniziativa o vuole essere coinvolto nella stessa, può rivolgersi al dott. Claudio Bevilacqua (Trieste - Via del Lavareto, 10 - Tel. 040/414008).

XXVI PREMIO LETTERARIO NAZIONALE PER MEDICI

La Lega Italiana per la lotta contro i tumori della sezione di Parma indice per l'anno 2005 la XXVI edizione del premio letterario nazionale di narrativa, aperto a tutti i medici, che si svolgerà in autunno per l'assegnazione dei seguenti premi: 1° classificato E 1.500,00, 2° classificato E 1.000,00 e 3° classificato € 500,00. La quota di partecipazione è di € 30,00 da versare con assegno o vaglia postale intestato alla Lega contro i tumori, sezione di Parma, e dà diritto a partecipare personalmente e gratuitamente alla cena nella stessa serata.

Gli interessati possono scaricare copia del bando di concorso dal sito www.ordinemeditreviso.org

NOTE AIFA 2004 (REVISIONE NOTE CUF) dal 19.11.2004

nota	principio attivo	indicazioni e limitazioni	avvertenze
1	gastroprotettori: <i>misoprostolo</i> <i>esomeprazolo</i> <i>lansoprazolo</i> <i>omeprazolo</i> <i>pantoprazolo</i> <i>rabeprazolo</i>	prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore: in trattamento cronico con FANS non selettivi, in terapia antiaggregante con ASA, solo nei soggetti ad alto rischio (pregresse emorragie digestive, ulcera peptica non guarita, in terapia con anticoagulanti o cortisonici, >75 anni) mai in associazione con Coxib	
2	acidi biliari: <i>chenoursodesossicolico</i> <i>taoursodesossicolico</i> <i>ursodesossicolico</i>	epatopatie croniche colestatiche in pazienti affetti da: cirrosi biliare primitiva colangite sclerosante primitiva colestasi in fibrosi cistica o intraepatica familiare calcolosi colesterinica	
3	antidolorifici: <i>tramadolo</i> <i>codeina+ paracetamolo</i>	pazienti affetti da dolore lieve e moderato in corso di patologia neoplastica o degenerativa e sulla base di disposizioni regionali	ricetta stupefacenti per codeina+paracetamolo
5	enzimi pancreatici: <i>pancrelipasi</i>	insufficienza pancreatica esocrina da pancreatite cronica pancreasectomia neoplasie del pancreas fibrosi cistica	
8	levocarnitina	carenza primaria di carnitina (dosaggio plasmatico o muscolare) carenza primaria di carnitina secondaria a trattamento dialitico	diagnosi e piano terapeutico strutt. specialistiche: cardiologia, nefrologia, emodialisi
8	antiaggreganti: ticlopidina	paz. sottoposti ad impianto di stent, per 1 mese con ASA; in pazienti che non possono assumere ASA (ipersensibilità, TIA, ulcera) trattamento della trombosi della vena centrale della retina	
9 BIS	antiaggreganti: clopidogrel	sindromi coronariche acute, senza innalzamento del tratto ST (angina instabile o infarto del miocardio senza onda Q), in associazione con ASA a basse dosi	diagnosi e piano terapeutico: cardiologia e servizio di emodinamica
10	acido folico cianocobalamina idrossicobalamina	anemie megaloblastiche da carenza di vit. B 12 e/o folati	
11	acido folinico e analoghi	recupero dopo terapia con antagonisti dell'acido diidrofolico chemioterapia antifettiva di associazione con pirimetamina	
12	darbepoetina epoetina alfa epoetina beta	anemia (Hb< 11) associata ad insufficienza renale cronica anemia (Hb< 10 >8) nei pazienti oncologici in chemioterapia antitumorale anemia (Hb <10) nei paz. trapiantati di fegato o con cirrosi, in terapia con ribavirina+interferone anemia (Hb<8,5) in pazienti HIV pluritrattati	diagnosi e piano terapeutico: centri specializzati
13	fibrati statine acidi grassi omega 3	dislipidemie familiari (tutti) ipercolesterolemia non corretta dalla dieta in soggetti con rischio cardiovascolare >20% o in prevenzione secondaria (statine) in soggetti con pregresso infarto (omega 3 trigliceridi)	diagnosi e piano terapeutico solo per Atorvastatina 40 mg e Rosuvastatina 40 mg strutture: malattie del ricambio, endocrinologia
15	albumina umana	dopo paracentesi evacuativa nella cirrosi epatica grave ritenzione idrosalina associata a ipoalbuminemia ed ipovolemia (cirrosi, sindrome nefrosica, sindromi da malassorbimento)	diagnosi e piano terapeutico strutture specialistiche: gastroenterologia, epatologia, nefrologia
28	medrossiprogesterone megestrol	neoplasia della mammella e carcinoma dell'endometrio anoressia/cachessia da neoplasie maligne, o da AIDS in fase avanzata	
30	filgrastim lenograstim molgramostim	neutropenia congenita o da chemioterapia trapianto di midollo osseo mobilitazione cellule staminali periferiche neutropenia in trapiantati di fegato e cirrotici, HIV pluritrattati	diagnosi e piano terapeutico: centri specializzati

nota	principio attivo	indicazioni e limitazioni	avvertenze
31	sedativi della tosse <i>diidrocodeina</i> <i>diidrocodeina+ac. benzoico</i> <i>levodropropizina</i>	tosse persistente non produttiva in gravi pneumopatie croniche e neoplasie polmonari	
32	interferoni <i>alfa 2a e 2b ricombinante</i> <i>alfa 2a e 2b peghilati</i> <i>n-1 linfoblastoide</i> <i>alfa-n3 leucocitario</i> <i>alfacon-1</i>	epatite cronica B, B-delta (monoterapia); epatite cronica C (con ribavirina); leucemia mieloide, tricoleucemia, sarcoma Kaposi, melanoma, mieloma, linfoma, carcinoma renale epatite cronica C, con o senza ribavirina epatite cronica B, B-delta, C, leucemia mieloide cronica intolleranza agli altri interferoni epatite cronica C, con o senza ribavirina	diagnosi e piano terapeutico centri specializzati
32 BIS	lamivudina	epatite cronica B evolutiva o avanzata con intolleranza all'interferone impiego post-trapianto trattamento e prevenzione delle recidive di epatite B da immunosoppressori	diagnosi e piano terapeutico centri specializzati
36	ormoni androgeni <i>testosterone</i> <i>metiltestosterone</i>	ipogonadismi primitivi e secondari pubertà ritardata	diagnosi e piano terapeutico centri specializzati
39	ormone della crescita <i>somatotropina</i>	età evolutiva: - bassa statura da deficit di GH (parametri di laboratorio); - sindrome di Turner citogeneticamente dimostrata; - deficit staturale nell'insufficienza renale cronica; - sindrome di Prader Willi in soggetti prepuberi età adulta: - livelli di GH <3 per ipofisectomia totale o parziale, per ipopituitarismo idiopatico, post-traumatico, da neoplasie sellari e parasellari	diagnosi e piano terapeutico centri specializzati
40	analoghi somatostatina <i>octreotide</i> <i>lanreotide</i>	acromegalia sindrome associata a tumori neuroendocrini tumori neuroendocrini "non funzionanti" con recettori per somatostatina	diagnosi e piano terapeutico centri specializzati
41	calcitonina	morbo di Paget	
42	bifosfonati <i>acido etidronico</i> <i>acido clodronico</i>	morbo di Paget (<i>ac. Etidronico</i>) lesioni osteolitiche da metastasi osee e del mieloma multiplo (<i>ac. Clodronico</i>)	
48	anti H2 <i>cimetidina, famotidina, nizatidina, ranitidina, roxatidina</i> inibitori di pompa <i>esomeprazolo, lansoprazolo, omeprazolo, pantoprazolo, rabeprazolo</i>	terapia di 4 settimane (max 6): ulcera duodenale o gastrica Hp positiva, in associazione con eradicanti ulcera duodenale o gastrica Hp negativa (primo episodio) malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (primo episodio) trattamento prolungato: sindrome di Zollinger-Ellison ulcera duodenale o gastrica Hp negativa recidivante malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite recidivante	
51	analoghi RH (reline) <i>buserelina</i> <i>goserelina</i> <i>leuprorelina</i> <i>triptorelina</i>	carcinoma della prostata (<i>tutte</i>) carcinoma della mammella (<i>goserelina, leuprorelina, triptorelina</i>) endometriosi (<i>goserelina, leuprorelina, triptorelina</i>) fibromi uterini non operabili (<i>goserelina, leuprorelina, triptorelina</i>) trattamento prechirurgico (<i>goserelina, leuprorelina, triptorelina</i>) pubertà precoce (<i>leuprorelina, triptorelina</i>)	diagnosi e piano terapeutico centri specializzati
55	antibiotici iniettabili <i>cefamandolo, cefonicid, ceftazolo, cefurossima, cefmetazolo, cefotetan</i> <i>cefoxitina, cefodizima, cefoperazone</i> <i>cefotaxima, ceftazidima, ceftizoxima</i> <i>ceftriaxone, cefepime, mezlocillina</i> <i>piperacillina, ampicillina+sulbactam</i> <i>piperacillina+tazobactam, ticarcillina</i> <i>/ac clavulanico, aminoglicosidi</i>	trattamento iniettivo di infezioni gravi trattamento iniettivo di infezioni causate da microrganismi resistenti	
56	antibiotici di continuità H-T <i>aztreonam, ertapenem, imipenem + cilastatina, meropenem, rifabutina, teicoplanina</i>	trattamento selettivo e mirato di infezioni gravi iniziato in ambito ospedaliero con possibilità di proseguimento in ambito territoriale	

nota	principio attivo	indicazioni e limitazioni	avvertenze
57	antiemetici <i>dolasetron, granisetron, ondansetron, tropisetron</i>	trattamento di nausea e vomito secondari a chemioterapia emetizzante o radioterapia emetizzante	
58	ossigeno liquido	insufficienza respiratoria cronica - ossigenoterapia a lungo termine	
59	lassativi osmotici <i>lattitolo, lattulosio</i>	encefalopatia porto-sistemica in corso di cirrosi epatica	
65	glatiramer acetato interferoni beta 1a e 1b	sclerosi multipla recidivante-remittente con punteggio >1<5,5 EDSS sclerosi multipla progressiva con punteggio >3<6,5 EDSS (solo beta 1b)	diagnosi e piano terapeutico centri specializzati
66	FANS non selettivi FANS selettivi (COXIB)	artropatie su base connettivica osteoartrosi in fase algica o infiammatoria dolore neoplastico attacco acuto di gotta osteoartrosi o artrite reumatoide in pazienti ad alto rischio di complicanze del tratto gastrointestinale superiore (emorragie, perforazioni, ostruzione pilorica) da non associare a gastroprotettori	
74	gonadotropine <i>follitropina alfa</i> <i>follitropina beta</i> <i>menotropina</i> <i>urofollitropina</i>	infertilità femminile: in donne di età <45anni, con valori di FSH <30 mU/ml al terzo giorno del ciclo infertilità maschile	diagnosi e piano terapeutico centri specializzati
75	alprostadil	pazienti con lesioni permanenti del midollo spinale e compromissione della funzione erettile	
76	sali di ferro <i>gluconato ferrico</i> <i>gluconato ferroso</i> <i>ferromaltoso</i>	stati di carenza in bambini di età < 3 anni; donne in gravidanza; anziani > 65 anni	
78	colliri antiglaucoma <i>apraclonidina, brimonidina, brinzolamide, dorzolamide, latanoprost, travoprost, bimatoprost</i> <i>dorzolamide+timololo</i> <i>latanoprost+timololo</i>	monoterapia: trattamento del glaucoma in pazienti per i quali i beta-bloccanti sono inefficaci o controindicati in associazione: nei pazienti in cui la monoterapia sia insufficiente	diagnosi e piano terapeutico strutture specialistiche: U.O. Oculistica, Oculisti ambulatoriali operanti c/o presidi pubblici
79	bifosfonati <i>ac. alendronico</i> <i>ac. risedronico</i> <i>raloxifene</i>	- profilassi secondaria di fratture osteoporotiche post-menopausa (<i>tutti</i>) - profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in uomini (<i>ac. Alendronico</i>) - profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in uomini e donne in trattamento da almeno 3 mesi con dosi elevate di corticosteroidi (<i>ac. Alendronico, Risedronico</i>) - profilassi primaria di fratture osteoporotiche in donne e uomini in trattamento da almeno tre mesi con corticosteroidi a dosaggi elevati (<i>ac. Alendronico, ac. Risedronico</i>)	
79 bis	teriparatide	pazienti che subiscono una ulteriore frattura vertebrale o di femore non dovuta a traumi, in corso di trattamento, da almeno 1 anno, con alendronato, risedronato, raloxifene	diagnosi e piano terapeutico: centro dipartimentale Medicina Interna per diagnosi e trattamento osteoporosi
82	antileucotrieni <i>montelukast</i> <i>zafirlucast</i>	trattamento di seconda linea dell'asma moderato persistente, in aggiunta agli steroidi, quando steroidi+beta2 agonisti non garantiscono adeguato controllo; profilassi dell'asma da sforzo	
83	lacrime artificiali <i>(Siccafluid gel oftalmico)</i>	trattamento sintomatico dei pazienti affetti da malattia di Sjogren	
84	antivirali <i>aciclovir</i> <i>brivudin</i> <i>famciclovir</i> <i>valaciclovir</i>	Herpes Simplex: infezioni genitali acute e recidive (<i>aciclovir, famciclovir, valaciclovir</i>) cheratite erpetica, stomatite in età pediatrica (<i>aciclovir</i>) Varicella Zoster: trattamento della varicella (<i>aciclovir</i>) trattamento delle infezioni da H. Zoster cutaneo (<i>tutti</i>) tali limitazioni valgono per i soggetti immunocompetenti	

nota	principio attivo	indicazioni e limitazioni	avvertenze
85	anticolinesterasici <i>donepezil</i> <i>galantamina</i> <i>rivastigmina</i>	probabile demenza di Alzheimer di grado lieve-moderato, su indicazione e monitoraggio delle UVA individuate dalle Regioni	diagnosi e piano terapeutico UVA (unità di valutazione Alzheimer)
87	antispastici urinari <i>ossibutinina (farmaco generico)</i>	incontinenza urinaria correlata a patologie del sistema nervoso centrale (es. ictus, m. Parkinson, traumi, tumori, spina bifida, sclerosi multipla)	
88	cortisonici uso topico	patologie gravi e croniche (es. psoriasi, dermatite atopica)	diagnosi d centri specializzati U.O. dermatologia + special. amb.
89	antistaminici	patologie su base allergica di grado medio e grave per trattamenti superiori a 60 giorni	

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: Sperimentazione di un sistema volontario di segnalazione degli eventi avversi

L'ARSS (Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto), con nota prot. n. 292 del 7.2.2005, informa che “nell’ambito della ricerca di strumenti condivisi per il governo clinico, ha avviato un progetto di sperimentazione di un sistema volontario di segnalazione degli eventi avversi (Incident Reporting), in collaborazione con le Aziende ULSS 1, 3, 8, 10, 16, 18, 19 e la Casa di Cura Villa Berica di Vicenza.

I punti salienti del progetto sono:

- coinvolgimento e formazione di tutti gli operatori sanitari delle unità operative interessate;
- volontarietà della segnalazione;
- confidenzialità dei dati;
- utilizzo di una scheda per la rilevazione dei dati già condivisa dai referenti per il rischio clinico delle Aziende ULSS del Veneto;
- utilizzo dei dati al solo scopo del miglioramento della qualità (individuazione delle criticità di sistema e possibilità di prevenzione e controllo delle situazioni di rischio);
- assoluta separazione dei percorsi/procedure dell’incident reporting da quelli disciplinari e/o del contenzioso.

Tra gli obiettivi del progetto vi è quello di testare la scheda di segnalazione degli eventi avversi prima di pensare ad una sua estensione a livello regionale, nonché quello di mettere a punto una procedura informatica per la gestione confidenziale ed anonima dei dati rilevati. Il testo completo del progetto è consultabile nel sito dell’ARSS (www.arssveneto.it).”

CONSIGLIO DELL'ORDINE - Seduta del 15 febbraio 2005

Presenti i Consiglieri: Gorini (Presidente), Frezza (Vice Presidente), Codognotto Capuzzo (Tesoriere), Gallucci, Giannuzzi, Gobbato, Orazio, Penco, Rossi, Zappia, Zorzi

Presenti i Revisori: Malatesta, Rizzato

Il Presidente, rilevata l'assenza del Segretario dott. Parenti, invita il dott. Zorzi, che accetta, ad assumerne le funzioni.

APPROVAZIONE DEL VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE

Viene letto e approvato il verbale del 25 gennaio 2005.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

E.C.M.: la Commissione Regionale ha dato il via all'accreditamento regionale. Il Presidente ritiene comunque che anche l'Ordine possa accreditare ed attribuire i punti ECM per la libera professione e ciò in base alla legge istitutiva, al decreto n. 229, alla recente sentenza del TAR Lazio che afferma che competente all'aggiornamento per i liberi professionisti è l'Ordine. Propone di porre l'argomento al prossimo o.d.g.

ELEZIONE CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE ONAOSI

Il Consiglio dell'Ordine, udita la relazione del Presidente che riferisce, fra l'altro, che il Consiglio Nazionale degli Ordini ha deliberato che possono essere eletti nel C.D.A. dell'ONAOSI solo i Presidenti di Ordine e che pertanto non è possibile riconfermare il dott. Giangiacomo Tessari, ex Presidente di quest'Ordine, che per cinque anni ha collaborato con grande dedizione e competenza nell'Opera in qualità di componente della giunta ONAOSI con delega ai Servizi e che sicuramente meritava la riconferma per continuare nella meritoria attività di Consigliere, e dopo gli interventi del dott. Frezza e del dott. Orazio, delibera all'unanimità di votare per i seguenti candidati:

- Dott. Fulvio Borromei (Medico chirurgo),
in rappresentanza degli iscritti dell'Ordine di Ancona;
- Dott. Giorgio Cavallero (Medico chirurgo),
in rappresentanza degli iscritti dell'Ordine di Torino;
- Dott. Carlo Gianformaggio (Medico chirurgo - Ordine di Trapani);
- Dott. Franco Mascia (Medico chirurgo - Ordine di Caserta);
- Dott. Aristide Paci (Medico Chirurgo - Ordine di Terni);
- Dott. Umberto Rossa (Medico Chirurgo - Ordine di Belluno).

FISSAZIONE DEL PERIODO DI SOSPENSIONE DALL'ALBO ODONTOIATRI DEL DOTT. XY

Il Consiglio dell'Ordine, riunito in Treviso il 15 febbraio 2005,

- preso atto della decisione adottata dalla Commissione Albo Odontoiatri di Treviso in data 21 settembre 2004 con la quale è stata comminata al Dott. XY la sanzione disciplinare della interdizione dall'esercizio professionale di odontoiatra per la durata di anni uno;
- dato atto che tale decisione deve ritenersi definitiva in quanto non risulta pervenuto ricorso entro i termini previsti dall'art. 53 del D.P.R. 221/50;

- visto l'art. 49 del D.P.R. 221/50;

delibera che **il Dott. XY è interdetto dall'esercizio professionale di Odontoiatra per la durata di anno 1 (uno) a decorrere dal 1° marzo 2005 al 28 febbraio 2006.**

RELAZIONE DEL PRESIDENTE SULL'AUDIZIONE DEL DOTT. AB

Il Presidente dà lettura della segnalazione dell'1.3.2004 della signora XZ, del verbale di audizione del 10.2.2005 e di tutta l'altra documentazione agli atti.

Il Consiglio dell'Ordine, dopo ampia discussione, delibera l'archiviazione del caso.

NUOVA SEDE: SITUAZIONE E ATTRIBUZIONE INCARICHI PROFESSIONALI

Il Consiglio dell'Ordine, udita la relazione del Presidente delibera all'unanimità il conferimento degli incarichi professionali per la nuova sede come segue:

- Arch. Bortolotto Luca di Milano:

- Progetto architettonico esecutivo
- Particolari costruttivi e decorativi
- Scelta e definizione dei materiali e finiture
- Coordinamento progettuale interdisciplinare
- Capitolato descrittivo delle opere architettoniche
- Lettera di invito alle imprese, analisi e tabulazione delle offerte
- Contratto d'appalto
- Progetto Comunale DIA in variante
- Richiesta del certificato di agibilità

- Arch. Perini Umberto di Treviso:

- Direzione lavori
- Liquidazione contabilità
- Collaudi opere architettoniche
- Dichiarazione fine lavori
- Denuncia Catastale con inserimento in mappa

- Ing. Cocco Giandomenico di Treviso:

- Eventuali analisi geotecniche
- Progetto e denuncia dei cementi armati
- Progetto di tutti gli impianti
- Progetto Legge 10 (isolamento termico)
- Direzione lavori opere in cemento armato ed impianti
- Progetto e coordinamento in fase di realizzazione della sicurezza nei cantieri
- Collaudo cementi armati
- Collaudo e certificazioni impianti

per un importo globale presunto di € 170.000,00 calcolato in base alla tariffa degli Architetti e degli Ingegneri.

VARIAZIONI AGLI ALBI

Il Consiglio dell'Ordine, accertata la regolarità della documentazione presentata, delibera le seguenti variazioni agli Albi:

Iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi:

Burlini Francesco	Trasferito dall'Ordine di Trieste
Granzon Renza	Trasferita dall'Ordine di Padova
Ruzzi Giampiero	Trasferito dall'Ordine di Bologna

Iscrizioni all'Albo degli Odontoiatri

Romoli Lorenzo	I ^a iscrizione
Tormen Luca	I ^a iscrizione

Passaggio all'Albo degli Odontoiatri con contemporanea cancellazione dall'Albo dei Medici Chirurghi:

Magni Giuseppe

Doppie iscrizioni - Iscrizione all'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione anche all'Albo dei Medici Chirurghi:

Bellini Elvio	Doppia iscrizione
Beltramin Renzo	Doppia iscrizione
Celin Stefano	Doppia iscrizione
Favero Lorenzo	Doppia iscrizione
Fedato Ugo	Doppia iscrizione
Novellini Elena	Doppia iscrizione
Smania Pierantonio	Doppia iscrizione
Vian Claudio	Doppia iscrizione
Winkler Roberto	Doppia iscrizione

Cancellazione dall'Albo Medici Chirurghi:

Faihs Andrea Maria	Deceduta il 21.01.2005
Giusto Giovanni	Deceduto il 29.01.2005
Lucheschi Andrea	Trasferito all'Ordine di Gorizia
MattiuZZi Domenico	Deceduto il 28.01.2005

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - Riunione del 25 gennaio 2005

Presenti: Orazio, Codognotto Capuzzo, Guarini, Stellini, Uzzielli

APPROVAZIONE DEL VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE

Viene letto ed approvato il verbale della riunione del 22 novembre 2004.

RELAZIONE DEL PRESIDENTE SULL'AUDIZIONE DEL DOTT. AB

Il Presidente dà lettura della segnalazione prot. n. 3622 del 30.9.2004 dell'Ordine di Venezia e del verbale di audizione del 24.1.2005 del dott. AB. La Commissione, dopo ampia discussione, delibera l'archiviazione del caso.

RELAZIONE DEL PRESIDENTE SULL'AUDIZIONE DEL DOTT. CD

Il Presidente dà lettura della segnalazione prot. n. 1134 dell'8.11.2004

dell'Ordine di Belluno e del verbale di audizione del dott. CD del 24.1.2005. La Commissione, dopo ampia discussione, delibera l'archiviazione del caso.

RELAZIONE DEL PRESIDENTE SULL'AUDIZIONE DEL DOTT. EF

Il Presidente dà lettura della segnalazione prot. n. 6737/10 del 15.10.2004 dell'Ordine di Padova e del verbale di audizione del dott. EF del 24.1.2005. La Commissione, dopo ampia discussione, delibera l'archiviazione del caso.

RELAZIONE DEL PRESIDENTE SULLA VERTENZA DOTT. GH/SIG.ra XZ

Il Presidente riferisce sulla vertenza in oggetto e comunica che la Commissione esperirà un tentativo di conciliazione e transazione fra le parti.

APPROVAZIONE PARCELLE

La Commissione delibera di approvare n. 6 parcelle.

PROCEDIMENTO DISCIPLINARE DOTT. XY

La Commissione, accertato che il dott. XY non risulta aver presentato ricorso avverso la sanzione disciplinare dell'interdizione dall'esercizio della professione di odontoiatra per un periodo di anni 1 (uno) comunicatagli con raccomandata a.r. prot. n. 4293 del 30 novembre 2004, delibera di chiedere al Consiglio dell'Ordine la fissazione del periodo di sospensione.

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - Riunione del 28 febbraio 2005

Presenti: Orazio, Codognotto Capuzzo, Guarini, Stellini

APPROVAZIONE DEL VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE

Viene letto ed approvato il verbale della riunione del 24 gennaio 2005.

RELAZIONE DEL PRESIDENTE SULLA VERTENZA DOTT. XY/SIG.ra XZ

Il Presidente riferisce sullo stato della vertenza.

SEGNALAZIONE ORDINE DI UDINE

La Commissione, esaminata la segnalazione prot. n. 215 del 25.1.2005 dell'Ordine di Udine, delibera l'archiviazione del caso non ravvisando comportamenti in alcun modo censurabili nell'operato del dott. AB.

QUESITO DEL DOTT. CD

La Commissione delibera di rispondere al dott. CD che nel caso sottoposto deve essere applicata la tariffa minima nazionale.

APPROVAZIONE PARCELLE

La Commissione delibera di approvare n. 2 parcelle.

NOTIZIE FEDERSPEV 2004

La nostra Sezione ha vissuto un 2004 denso di attività ed ha visto molto impegnati i componenti del Consiglio Provinciale nel programma “nuovi soci”, ottenendo il risultato di superare il traguardo dei 200 iscritti.

ATTIVITÀ AMBULATORIALE

In quest'anno l'affluenza ai nostri ambulatori, in particolar modo a quello di Medicina Generale, ha avuto un calo molto considerevole, imputabile verosimilmente alla sostituzione della efficiente segretaria con due inadatti e impreparati obiettori.

La gravità della situazione, tale da mettere in discussione il proseguimento della nostra utile opera, è stata fatta presente ai responsabili Caritas con molta fermezza. La presenza, promessa dal mese di marzo 2005, di una giovane volonterosa segretaria ci induce a proseguire nella nostra attività, con la speranza di recuperare le richieste di assistenza perdute.

ATTIVITÀ TURISTICO-CULTURALE

- 15 aprile Gita in Valpolicella - Visita della romanica Basilica di S. Giorgio Ingannapoltron. Apprezzamento della genuina cucina veronese. Interessante visita ad un grande centro per la lavorazione del marmo e immancabile assaggio di Recioto ed Amorone in cantina.
- 5 maggio Conferenza del dott. Maurizio Gallucci e presentazione dei due ultimi volumi della collana Arp e J organizzata dall'AMMI con il nostro appoggio
- 22 maggio Partecipazione attiva di alcuni Consiglieri e del Vice Presidente alla X Giornata del Medico ed esortazione calorosa ai nuovi pensionati di iscriversi alla nostra associazione.
- 30 maggio Minicrociera sul fiume Lemene con partenza da Portogruaro. Navigazione lungo il fiume ed in laguna. Sbarco a Caorle e visita della Basilica e dell'annesso Museo.
- 23-25 settembre Gita a Trento per visitare i castelli del Buon Consiglio, di Avio, di Stenico, Tobbino etc. Alto gradimento dei partecipanti.
- 18 novembre Visita a Venezia - Isola di S. Giorgio, della Mostra “Tiepolo - ironia e comico” e di quella del “Mal Governo - buon governo” e passeggiata pomeridiana per calli e campielli poco noti.
- 3 dicembre S. Messa in ricordo dei Colleghi Medici defunti programmata dall'AMMI.
- 10 dicembre Assemblea annuale a Portobuffolè - Villa Giustinian - con la presenza del Presidente dell'Ordine dei Medici di Treviso e del Presidente Regionale e Tesoriere Nazionale dott. Cervato che, come sempre ha portato le ultime notizie sull'attività del Consiglio Nazionale ed ha chiarito i dubbi di alcuni nostri soci. La presenza dei Presidenti delle altre nostre Province venete ha ulteriormente contribuito a rendere importante questa nostra manifestazione. La piacevolezza e signorilità del luogo hanno contribuito a rendere veramente festosa l'atmosfera, con lo scambio degli auguri natalizi.

COSA FA L'ORDINE

Nei mesi di gennaio e febbraio 2005 l'Ordine ha:

- ricevuto n. 581 lettere
- spedito n. 588 lettere
- iscritto all'Albo Medici Chirurghi n. 5 Colleghi
- iscritto all'Albo Odontoiatri n. 14 Colleghi
- iscritto all'Albo Odontoiatri, mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi, n. 23 Colleghi
- iscritto all'Albo Odontoiatri, con contemporanea cancellazione all'Albo dei Medici Chirurghi, n. 3 Colleghi
- cancellato dall'Albo Medici Chirurghi n. 14 Colleghi
- cancellato dall'Albo Odontoiatri n. 3 Colleghi
- approvato n. 11 parcelle
- approvato n. 22 pratiche di pubblicità sanitaria.

Il Consiglio dell'Ordine si è riunito 2 volte.

La Commissione Albo Odontoiatri si è riunita 2 volte.

Il Presidente ha sentito 6 Colleghi (prestanomismo, rapporti con l'Azienda ULSS, rapporti tra colleghi, pubblicità).

Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri ha sentito 3 Colleghi (prestanomismo, pubblicità sanitaria) ed 1 paziente (vertenza con Collega).

C'è stata 1 riunione di Commissione dell'Ordine.

Il Presidente ha partecipato:

- 6 novembre 7° Convegno interregionale "Flebologia", Treviso
- 5 gennaio "Ore 13: nuova legge contro il fumo" Antenna 3, Treviso
- 8 gennaio Federazione regionale, Padova
- 14 gennaio Federazione regionale, Padova
- 15 gennaio Corso "Gammopatie monoclonali di significato non determinato", Motta di Livenza
- 17 gennaio Federazione regionale, Padova
- 19 gennaio "Ore 13: guarigioni miracolose" Antenna 3, Treviso
- 20 gennaio audizione medico
- 24 gennaio incontro per nuova sede
- 27 gennaio audizione medico
- 1 febbraio Commissione redazione
- 2 febbraio audizione medico
- 5 febbraio 2° Incontro tra Dermatologo e Medico di Medicina Generale: "Le dermatiti da intolleranza a farmaci", Treviso
- 7 febbraio Congresso "L'osteoporosi: una malattia sociale. Obiettivi e risultati raggiunti nella Regione Veneto", Treviso
- 9 febbraio incontro per nuova sede
- 10 febbraio audizione medico
- 11 febbraio Convegno "LECM per il governo clinico", Treviso
- 11 febbraio incontro con Ministro

- 12 febbraio Federazione regionale, Trieste
- 14 febbraio Seminario “Carta nazionale dei servizi e cooperazione applicativa in Sanità: i risultati del Progetto IESS”, Mogliano Veneto
- 15 febbraio Consiglio
- 16 febbraio Convegno “Centralità della persona umana nei sistemi sanitari regionali”, Monastier
- 19 febbraio incontro con Tribunale del Malato, Treviso
- 21 febbraio audizione medico
- 23 febbraio incontro per nuova sede

Il Presidente è intervenuto con articoli e/o interviste presso la stampa:

- | | | |
|-----------|---------------|---|
| 18.1.2005 | Il Gazzettino | <i>Panoramica analitica del sito web dell'Ordine di Treviso</i> |
| 23.1.2005 | Il Gazzettino | <i>Danni medici, cento denunce all'Usl</i> |
| 6.2.2005 | Il Gazzettino | <i>Molte persone a letto con sintomi simili all'influenza</i> |
| 15.2.2005 | La Tribuna | <i>Influenza record nella Marca</i> |

AI MEDICI CHE PRATICANO SPORT

I Giochi Mondali della Medicina e della Sanità (ALICANTE in Spagna, dal 2 al 9 luglio 2005), giunti alla XXVI edizione, offrono ai medici che praticano sport, la possibilità di gareggiare con i colleghi sanitari di tutto il mondo.

Un Simposio Internazionale consente anche un aggiornamento professionale di medicina, fisioterapia e terapia nello sport.

Le discipline sportive sono 23 (atletica, nuoto, ciclismo e mountain bike, tennis, golf, calcio, calcetto, basket, pallavolo, tiro fucile, judo, tennis tavolo,...).

Per informazioni sul programma, modalità di partecipazione, sistemazione logistica, etc. contattare: Dott. Giovanni Giovannini - Delegato JMM per l'Italia - Tel. 057278688 - Fax 0572771535.

E-MAIL DEL PRESIDENTE

Si comunica che quest'Ordine ha iniziato ad inviare comunicazioni a mezzo posta elettronica agli iscritti dei quali è in possesso della relativa e-mail.

Si invitano tutti gli iscritti agli Albi a voler fornire alla segreteria dell'Ordine la propria casella di posta elettronica, al fine di poter ricevere in tempo reale notizie e scadenze che molte volte non possono essere pubblicate sul giornale dell'Ordine per la loro imminente scadenza.

Pertanto inviate una e-mail “*Desidero ricevere le news del Presidente a mezzo e-mail*” al nostro indirizzo: ordmedtv@iol.it

COMMENTARIO AL CODICE DI DEONTOLOGIA PROFESSIONALE

a cura del dott. Diego Codognotto Capuzzo

CAPO IV ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI TERAPEUTICI

Art. 12

Prestazioni e trattamento terapeutico

La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico.

Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente.

Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate. Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica, nonché di terapie segrete. In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili.

La prescrizione di farmaci, per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzate al commercio, è consentita purchè la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata.

In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti.

È obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti, le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico

Commento

Questo articolo è uno dei più importanti e costituisce una summa di principi basilari per l'attività professionale e l'art. 12 è stato uno degli articoli maggiormente approfonditi proprio per la significatività degli elementi contenuti nel testo stesso, primo fra tutti l'introduzione del principio dell'uso appropriato delle risorse economiche, principio che non può, comunque, condizionare l'autonomia del medico nelle appropriate scelte diagnostiche e terapeutiche. Si tratta di un principio voluto proprio perché rispondente a indirizzi e scelte ormai acquisiti a livello nazionale e internazionale. In questo senso è stata sottolineata la necessità di una equa allocazione delle risorse economiche a disposizione, anche attraverso la responsabilizzazione del medico, nell'interesse dell'intera collettività.

È rimarcata l'autonomia che accompagna il medico nella programmazione, nella scelta del presidio diagnostico terapeutico da applicare, da confrontare con la libertà di scelta che a ciascun cittadino è riconosciuta; libertà comunque supportata da una effettiva e consapevole assunzione di responsabilità in caso di rifiuto di cure proposte.

L'ultima parte dell'articolo sottolinea con particolare forza il principio di autonomia del medico, di responsabilità dello stesso riguardo alle scelte terapeutiche da effettuare. Si sottolinea il dovere del medico di accedere alle richieste del paziente, ma assolutamente di respingerle laddove queste fossero in contrasto con quei principi di scienza e coscienza che sono fondamento etico dell'esercizio professionale.

L'autonomia professionale è una delle caratteristiche che contraddistinguono il professionista anche in rapporto di lavoro subordinato. Nell'ambito della prestazione professionale cui il medico è quotidianamente chiamato esiste un ambito di discrezionalità culturale e tecnica e un'indipendenza, anche gerarchica, del professionista che, sotto la propria responsabilità, si occupa della diagnosi, della cura e della terapia del paziente.

A questo potere discrezionale corrisponde una correlativa responsabilità civile, penale e deontologica per eventuali errori inescusabili commessi. Molto ampio e delicato il dibattito che si sta ancora svolgendo, in dottrina e giurisprudenza, sulla natura della responsabilità professionale con particolare riferimento al grado della colpa che può rendere il medico "imputabile" da un punto di vista penale o, comunque, obbligarlo al risarcimento dei danni da un punto di vista civilistico.

Come è noto la responsabilità civile del prestatore d'opera intellettuale, e quindi anche del medico, è limitata solo al dolo o alla colpa grave se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di "speciale" difficoltà (art. 2336 c.c.).

Questa limitazione che riguarda soltanto il campo del diritto civile si applicherebbe non soltanto alla responsabilità contrattuale, ma anche a quella extracontrattuale cioè derivante da fatto illecito (cfr. Cass. 81/1544 e Cass. 71/1282). Questa limitazione di responsabilità era in passato applicata anche al campo penalistico contribuendo a creare un tipo di responsabilità per il professionista più attenuata rispetto a quella relativa alla normalità dei cittadini. Vi è

da dire che ultimamente questi orientamenti sono stati modificati dalla giurisprudenza in varie sentenze in cui è stata sancita la responsabilità del professionista secondo i comuni canoni della colpa scaturita da imprudenza, imperizia e negligenza. Senza pretendere di sintetizzare tutta la complessa problematica della c.d. colpa professionale e della correlativa responsabilità è però opportuno fare cenno al concetto di consenso informato. Il medico deve, cioè, ottenere il consenso alle cure o agli interventi che intende realizzare da parte del paziente stesso ove possibile o, altrimenti, dai suoi legali rappresentanti.

Il consenso, perché sia valido, deve essere personale, consapevole, esplicito e specifico e deve essere prestato per iscritto così da dimostrare agevolmente la sussistenza dello stesso soprattutto quando si tratti di interventi delicati e pericolosi per la salute del paziente.

Il medico, prima di acquisire il consenso, deve illustrare compiutamente al paziente le varie possibilità di intervenire, i probabili effetti benefici che ne dovrebbero conseguire nonché i rischi che potrebbero derivarne: deve quindi mettere l'interlocutore nelle condizioni di effettuare, nel limite delle sue possibilità, una valutazione quanto più cosciente e completa dei "costi" e dei "benefici" così da consentirgli di prestare un consenso davvero consapevole.

Ne deriva che l'informazione non deve, in nessun caso, tendere a condizionare la volontà del paziente, ma deve essere "neutrale" ed avere l'unico scopo di fornirgli tutti gli elementi per una decisione personale e cosciente nel suo esclusivo interesse. È opportuno, infine, segnalare che da un punto di vista processuale e di prova, secondo i normali canoni giuridici, al medico, come a qualsiasi altro professionista, spetta l'obbligo di dimostrare di aver svolto il proprio incarico professionale: spetterà, invece, al paziente provare di aver subito un danno derivante dalla colpa del professionista stesso.

Il medico, come qualsiasi altro libero professionista, è tenuto a fornire prestazioni di

carattere tecnico e culturale fondate su precise conoscenze ed esperienze derivanti, a loro volta, dalla scienza ufficiale che, come è noto, si evolve in continuazione. Da ciò emerge l'obbligo dell'aggiornamento professionale che costituisce, peraltro, oggetto specifico del successivo art. 16 del codice deontologico.

Le prescrizioni e i trattamenti terapeutici devono, poi, essere ispirati al principio del c.d. "rischio-beneficio". I pericoli e le controindicazioni della cura devono cioè essere bilanciati dalla possibilità di successo o, comunque, di buon risultato della cura stessa. Quello che il comma dell'articolo in commento vuol significare è che deve essere evitata la c.d. "temerarietà professionale", cioè una condotta che non tenga conto di possibili complicazioni e di eventuali conseguenze dannose, ispirata a una ottimismo, ma non completamente fondata, fiducia sulle potenzialità positive della cura e dell'intervento prescelto.

Il medico è tenuto ad una adeguata conoscenza dei farmaci e dei loro effetti e conseguenze anche nelle prevedibili reazioni individuali.

È tenuto, inoltre, a conoscere le caratteristiche e la natura dei mezzi diagnostici che utilizza e prescrive. Naturalmente il livello di diligenza e di conoscenza cui il medico è tenuto non può essere, sempre e comunque, del livello dello scienziato di fama internazionale. La giurisprudenza ha già da tempo chiarito che il punto di riferimento per comprendere se ci siano colpe del medico è quello basato sulla diligenza di quel tipo medio di buon professionista della stessa categoria cui appartiene il medico di cui trattasi. La valutazione sul comportamento del medico non può, ovviamente, essere limitata soltanto a criteri freddamente oggettivi e tecnici, ma deve essere aperta alle particolari condizioni in cui si svolge l'atto medico, legate al rapporto di personalità della prestazione professionale e di fiduciarità nei confronti del paziente.

L'adozione da parte del medico di terapie nuove deve essere limitata all'ambito della

sperimentazione clinica e non può quindi sussistere nel campo del rapporto di cura con il paziente. Il codice deontologico dedica alla questione della sperimentazione clinica vari articoli cui rimandiamo per l'approfondimento delle relative tematiche.

La giurisprudenza ha da tempo riconosciuto al medico la "libertà di scelta terapeutica": il che consente al professionista di utilizzare terapie anche non strettamente tradizionali e comunemente praticate purché si attenga sempre alle regole della prudenza e del rispetto delle conoscenze scientifiche. Il medico, in buona sostanza, cade nella colpa professionale e nella relativa responsabilità quando il trattamento terapeutico da lui utilizzato non trovi alcun supporto o giustificazione scientifica. Eguale responsabilità sussiste, qualora in presenza di trattamenti terapeutici di comprovata efficacia, il medico scelga senza validazione terapie non ancora sufficientemente garantite e sperimentate.

Art. 13

Pratiche non convenzionali - Denuncia di abusivismo

La potestà di scelta di pratiche non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale, fermo restando, comunque, che qualsiasi terapia non convenzionale non deve sottrarre il cittadino a specifici trattamenti di comprovata efficacia e richiede l'acquisizione del consenso.

È vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire chi eserciti abusivamente la professione anche nel settore delle cosiddette "pratiche non convenzionali".

Il medico venuto a conoscenza di casi di esercizio abusivo o di favoreggiamento o collaborazione anche nel settore delle pratiche di cui al precedente comma, è obbligato a farne denuncia anche all'Ordine professionale.

Il medico che nell'esercizio professionale venga a conoscenza di prestazioni mediche e/o odontoiatriche effettuate da non abilitati

alla professione è obbligato a farne denuncia anche all'Ordine di appartenenza.

Commento

L'art. 13 è estremamente chiaro nella sua formulazione, in quanto sottolinea il principio di autoregolamentazione della responsabilità professionale del medico che assume carattere più incisivo laddove si tratti di terapie non convenzionali. Il medico dovrà impegnarsi a far sì che il cittadino non si sottragga a specifici trattamenti di comprovata efficacia, perseguendo illusorie speranze di guarigione.

Art. 14

Accanimento diagnostico-terapeutico

Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita.

Commento

Questo articolo insieme ai successivi articoli 36 e 37 dedicati rispettivamente ai temi dell'eutanasia e dell'assistenza al malato inguaribile, costituisce una summa dei doveri del medico di fronte al malato inguaribile.

Questo articolo in particolare deve essere letto come un esempio pratico dell'orientamento insito in tutto il nuovo codice di deontologia medica relativamente al rispetto della personalità del malato e al rapporto paritario fra medico e paziente. Come attraverso il divieto dell'eutanasia non è permesso al medico di compiere alcun atto diretto alla soppressione della vita, così con questo articolo, correlativamente, si vieta l'accanimento diagnostico terapeutico consistente in una inutile ostinazione in trattamenti che non possono né salvare la vita del paziente né migliorare la qualità della vita residuale.

Se il concetto di accanimento terapeutico può essere sufficientemente chiaro occorre, invece, specificare che si parla di accanimento diagnostico quando il medico, pur in presenza di una prognosi infausta conti-

nui a sottoporre un paziente ad esami e a ricerche inutili (si pensi ad una malattia neoplastica in cui il tumore abbia dato origine a varie metastasi senza che il medico abbia avuto la possibilità di scoprire qual è la forma originaria). Naturalmente si è in presenza di situazioni drammatiche in cui il medico spesso può trovarsi solo davanti alla propria coscienza e sotto la spinta emozionale dei parenti del malato che umanamente potrebbero indurlo a tentare anche l'impossibile e addirittura il danno solo pur di mantenere qualche speranza.

Occorre innanzi tutto chiarire che lo stesso art. 37 del codice deontologico fornisce alcuni orientamenti sui compiti del medico di fronte a malattie a prognosi sicuramente infausta.

In riferimento all'accanimento diagnostico-terapeutico e in contrapposizione a questo è utile invece accennare alla medicina palliativa quale risposta adeguata che il medico può dare di fronte al malato inguaribile. La medicina palliativa si preoccupa di assicurare, per quanto possibile, la libertà dal dolore, libertà da altri sintomi (vomito, insonnia, etc.), la conservazione di una certa autonomia fisica e, ove possibile, la conservazione di un ruolo sociale e familiare.

Art. 15

Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica

I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.

Commento

In questo articolo si è voluto sottolineare e precisare che il trattamento di particolare rilievo debba essere finalizzato in maniera esclusiva al beneficio clinico del malato per alleviarne le sofferenze.

Si tratta, quindi, di trattamenti che responsabilizzano il medico nella valutazione più attenta delle conseguenti indi-

cazioni terapeutiche.

L'articolo vuole chiarire che il medico nel suo incontro con la malattia inguaribile non deve mai perdere di vista la dignità dell'uomo.

Il paziente non deve mai divenire "un campo di battaglia" di una contesa fra il medico e la morte: in questo modo la medicina rischia di diventare pratica freddamente tecnologica e parossisticamente competitiva.

CAPO V OBBLIGHI PROFESSIONALI

Art. 16

Aggiornamento e formazione professionale permanente

Il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico.

Commento

Con questo articolo l'Ordine professionale rivendica con piena coscienza il proprio compito di garante insostituibile dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente del medico e dell'odontoiatra, in ferma opposizione ad alcune iniziative legislative che lo vorrebbero esautorare da questo compito fondamentale per relegarlo a un mero ruolo notarile.

È giusto, peraltro, osservare che il progres-

so continuo ed estremamente veloce della scienza medica, il diversificarsi sempre più delle varie branche di specializzazione non possono permettere al singolo medico, benchè diligente e coscienzioso, di essere al corrente di tutte le acquisizioni scientifiche. Si deve rilevare, però, che l'obbligo di aggiornamento si sostanzia più che altro in una "tensione morale" che deve spingere il medico a migliorare le proprie conoscenze per offrire ai pazienti prestazioni professionali il più possibile adeguate alle loro necessità.

L'obbligo dell'aggiornamento professionale ha rilevanza anche deontologica: si ritiene che alcune mancanze professionali causate dalla scarsa preparazione culturale, provocata dal trascurato aggiornamento, possano costituire oggetto di procedimento disciplinare a carico del medico che se ne renda colpevole. Inoltre il medico che non si preoccupi di mantenersi aggiornato può procurare discredito all'intera categoria concedendo all'Ordine la facoltà di intervenire disciplinarmente.

Dopo aver sottolineato che, comunque, è la coscienza professionale del medico che deve costituire il primo fondamentale stimolo per soddisfare l'esigenza di aggiornamento e di formazione permanente, è opportuno rilevare che quest'obbligo ha rilevanza anche giuridica e che la sua violazione può essere considerata anche come colpa professionale in senso tecnico (si veda la normativa relativa all'ECM).

CERTIFICATI MALATTIA

La sede Provinciale INPS di Treviso ci ha scritto (3/2/2005):

“La malattia del lavoratore dipendente è un fenomeno che, per quanto riguarda la certificazione dello stato di salute, vede il medico curante in stretto contatto con l’Istituto Nazionale della Previdenza Sociale che ha il compito di provvedere alla gestione del certificato e all’erogazione delle prestazioni ad esso collegate.

Al fine di agevolare l’esposizione completa dei dati necessari per la gestione suddetta al medico, al paziente (dati anagrafici, di residenza, del datore di lavoro, etc) e all’operatore dell’INPS, è stato predisposto un modello specifico: l’OPM (/1,/2). Ai medici che li richiedono, regolarmente l’INPS trevigiano stampa e invia i modelli opportunamente numerati nei quali la compilazione è guidata perché l’inserimento manuale dei dati, in campi e caselle evidenziati, permetta il trasferimento degli stessi a specifiche procedure informatiche in modo inequivocabile.

Il modello OPM quindi deve essere usato solo per i casi che si riferiscono ad ammalati che, avendo un rapporto di lavoro dipendente privato, hanno l’obbligo di inviare la certificazione di malattia all’INPS, escludendo tutti i lavoratori per i quali non ci sia tale obbligo (dipendenti pubblici, apprendisti, impiegati dell’industria, dell’artigianato, delle assicurazioni, di banca ...).

Da un esame dei modelli OPM consegnati ai Medici della Provincia di Treviso nel periodo 2001/2004 emerge che, a fronte di un invio di n. 1.050.000 modelli, il rientro di certificati compilati attestanti lo stato di malattia è stato di n. 908.639.

È possibile pensare che detti modelli siano utilizzati anche per i casi in cui non ne sia previsto l’invio all’INPS.

Mi rivolgo quindi all’Ordine dei Medici della provincia di Treviso affinché trasferisca ai medici presenti nel territorio trevigiano, ai quali sarà anche inviata la nota presente, l’invito ad una cura diversa nell’uso dei certificati rilasciati dall’INPS.”

Abbiamo subito risposto che “assicuriamo il nostro intervento presso i medici di famiglia.

Corre peraltro l’obbligo di segnalare che la percentuale dei certificati non ritornati all’INPS compilati corrisponde statisticamente a quella dei certificati smarriti dai pazienti e per quanto riguarda il problema delle categorie per le quali usare il modello OPM devesi rilevare che i lavoratori a volte non sanno se sono assistiti o meno dall’INPS”.

A seguito di specifico quesito di un Collega in merito alla certificazione INPS quest’Ordine ricorda che **la circolare INPS 99/96 del 13.5.1996 stabilisce che le certificazioni relative ad assenza dal lavoro rilasciate da medici diversi da quelli di libera scelta, siano essi del servizio pubblico o liberi professionisti, sono valide ai fini della giustificazione dell’assenza del lavoratore dipendente per malattia se contenenti gli elementi identificativi del medico, del lavoratore e la prognosi.** Tale disposizione normativa è stata altresì inserita nell’art. 52 della nuova convenzione per la Medicina Generale.

FINE DEI FURTI

installazione • assistenza
garanzia di continuità nel tempo

ANTIFURTO SENZA FILI (via radio)

ANTIFURTO - ANTINTRUSIONE

TELEASSISTENZA

TELECAMERE - TVCC

VIDEO CONTROLLO

CASSEFORTI - ARMADI BLINDATI E

PORTE DA CAVEAU **DUTO**
Comfinchi

PER TUTTI I MEDICI
SOSTANZIOSA PROMOZIONE SU
ANTIFURTO SENZA FILI (via radio)



un altro ladro
disoccupato...

Azienda in possesso: **NOS** Nulla Osta Segretezza
rilasciato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri

**30 ANNI DI
INSTALLAZIONE
PROFESSIONALE**



TREVISO - Viale della Repubblica, 241

Ufficio Tecnico: tel. 0422 304 654

Uff. Commerciale: tel./fax 0422 305 511

PREVENTIVI GRATUITI

www.securitycenter.it

Dott. **PIZZOLON FRANCESCO**
MEDICO CHIRURGO

Master Universitario in Medicina Manuale

GODEGA DI SANT'URBANO (TV)
Telefono 0438 783096 - Cell. 348 3037004



L'ORDINE

di **TREVISO**

Organo di Informazione
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Treviso

Dott. Brunello Gorini
Presidente

Dott. Michele Bucci
Direttore responsabile

Redazione:

Michele Bucci, Diego Codognotto Capuzzo,
Daniele Frezza, Maurizio Gallucci,
Brunello Gorini, Luigino Guarini, Renzo Malatesta,
Saverio Orazio, Pietro Antonio Parenti

Stampa:

Tipografia Sile
Via Tommaso Salsa, 38 - Carbonera (TV)
Tel. 0422 691911

L'Ordine di Treviso:
Via Risorgimento, 11
31100 Treviso
Tel. 0422 543864 - Fax 0422 541637
e-mail: ordmedtv@iol.it
www.ordinemedicitreviso.org