

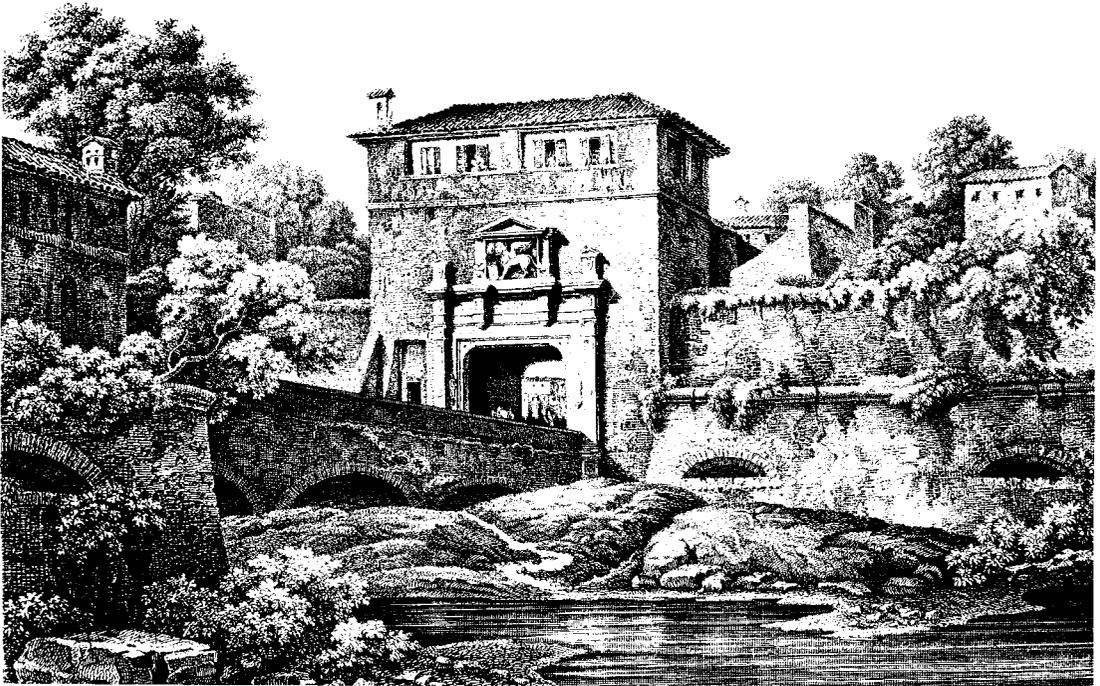


L'ORDINE

di TREVISO

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

Anno XII - n° 1 Gennaio 2004 • Direttore: Michele Bucci - Aut.. Trib. Treviso n. 934 del 24/8/1994 - Sped. in abb. postale 70% - Filiale di Treviso



Pietro Chevaliér, La Porta Altinia (sec. XIX)

Segreto professionale e riservatezza dei dati	p. 3	Sedazione nel paziente terminale	p. 22
Responsabilità penale e copertura assicurativa	p. 8	Farmaci sottoposti a monitoraggio	p. 24
Progetto ECM	p. 10	Cittadini non comunitari	p. 25
Etica della comunicazione	p. 12	ENPAM	p. 28
Rifiuti sanitari	p. 18	Appuntamenti scientifici	p. 30
		Notizie dalla FEDERSPEV	p. 31



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TREVISO

Via Risorgimento, 11 - Treviso

Tel. 0422 543864 - 0422 545969

Fax 0422541637

ordmedtv@iol.it

www.ordinemedicitreviso.org

Gli uffici di Segreteria sono aperti nei seguenti giorni:

Lunedì - Mercoledì - Venerdì dalle ore 10 alle ore 13

Martedì e Giovedì dalle ore 10 alle ore 14 e dalle ore 16 alle ore 18

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**

SEGRETO PROFESSIONALE E RISERVATEZZA DEI DATI

Il Codice di deontologia medica da più di un secolo, se proprio non vogliamo risalire ad Ippocrate, tutela la riservatezza dei nostri assistiti. In particolare gli attuali artt. 9, 10 e 11: segreto professionale, documentazione e tutela dei dati, comunicazione e diffusione di dati.

La Legge 675 del 31 dicembre 1996 sulla tutela della privacy e il successivo Testo Unico n 196 in materia di protezione di dati personali, vengono a codificare un campo che la civiltà avrebbe da tempo dovuto coltivare.

Ma in realtà a tutti sono noti episodi contrari di rilevazione di dati. Ovviamente tali norme vanno ad integrare gli artt. 326 e 622 del Codice Civile.

In realtà tale normativa sta creando e creerà non pochi problemi. Il primo è che, in conseguenza di quanto sopra, il medico, oltre a non poter rilevare lo stato di salute del proprio paziente senza il consenso di questi, deve chiedergli il consenso al trattamento di questi dati; fatto che, almeno in teoria, ammette la possibilità di rifiuto da parte del paziente. E questo è un secondo problema. Senza dimenticare che, in caso di mancanza di consenso con fuga di notizie e danni, il medico rischia la reclusione, oltre al risarcimento.

Il Decreto 318 del 26 luglio 1999, ex direttiva CE 95/46, prevedeva che entro la primavera del 2000 i medici avrebbero dovuto notificare al Garante i propri dipendenti e collaboratori incaricati del trattamento dei dati personali dei pazienti e della manutenzione dei dati. In un documento annuale andavano definiti i criteri organizzativi per proteggere aree e locali, per assicurare l'integrità dei dati e la sicurezza della loro trasmissione, programmi di formazione del personale. La Legge

315 del marzo 2000 ha dato proroga al 31 dicembre del 2000. Le difficoltà emerse in questo periodo, oltre alla posizione contraria di FNOMCeO e Sindacati, hanno di fatto procrastinato l'attuazione della normativa in attesa di un Testo Unico che facesse chiarezza, una volta per tutte. Il Testo Unico è arrivato, ma è fonte di altri problemi! Prevede, infatti, l'obbligo di raccolta del consenso da gennaio 2004 e la criptazione dei dati personali sulle ricette.

Ma andiamo per ordine. Per trattamento dei dati (art.14, 1a) si intendono 17 procedimenti che il medico, come qualsiasi altra persona, può fare avendo a disposizione dati di singoli cittadini: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, estrazione, modificazione, selezione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione.

I dati sensibili (art. 14, 1d) non possono essere oggetto di trattamento al di fuori delle organizzazioni che per legge li trattano e che li possono trattare anche senza il consenso dell'interessato. Salute e sfera sessuale sono dati sensibili.

I dati sensibili possono essere trattati lecitamente senza consenso (artt. 85 e 86) per tutela della salute pubblica (nel SSN: prevenzione diagnosi e cura, e attività correlate; gestione dei flussi dei dati sull'assistenza sanitaria; farmacovigilanza; certificazioni; verifica di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro; collegamento tra enti del SSN o tra singoli sanitari previo consenso al MMG. Al di fuori del SSN: tutela della maternità; interruzione di gravidanza; assistenza a tossicodipendenti; gestione di comunità alloggio, assegni ed istruzione a portatori di handicap).

Art. 9 Segreto professionale

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o che può conoscere in ragione della sua professione; deve, altresì, conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate, nel rispetto dei principi che garantiscono la tutela della riservatezza.

La rivelazione assume particolare gravità quando ne derivi profitto, proprio o altrui, o nocumento della persona o di altri.

Costituiscono giusta causa di rivelazione, oltre alle inderogabili ottemperanze a specifiche norme legislative (referti, denunce, notifiche e certificazioni obbligatorie):

- a) - la richiesta o l'autorizzazione da parte della persona assistita o del suo legale rappresentante, previa specifica informazione sulle conseguenze o sull'opportunità o meno della rivelazione stessa;*
- b) - l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato o di terzi, nel caso in cui l'interessato stesso non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e di volere;*
- c) - l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.*

La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su ciò che gli è stato confidato o è pervenuto a sua conoscenza nell'esercizio della professione.

La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.

Art. 10 Documentazione e tutela dei dati

Il medico deve tutelare la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso riguardante le persone anche se affidata a codici o sistemi informatici.

Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale e deve vigilare affinché essi vi si conformino.

Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse.

Analogamente il medico non deve diffondere, attraverso la stampa o altri mezzi di informazione, notizie che possano consentire la identificazione del soggetto cui si riferiscono.

Art. 11 Comunicazione e diffusione di dati

Nella comunicazione di atti o di documenti relativi a singole persone, anche se destinati a Enti o Autorità che svolgono attività sanitaria, il medico deve porre in essere ogni precauzione atta a garantire la tutela del segreto professionale.

Il medico, nella diffusione di bollettini medici, deve preventivamente acquisire il consenso dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti. Il medico non può collaborare alla costituzione di banche di dati sanitari, ove non esistano garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata della persona.

Il Garante ha esentato i medici dal chiedergli il permesso a trattare i dati dei pazienti per diagnosi, cura e ai fini di ricerca; ma occorre la raccolta del consenso, la messa in sicurezza dei dati con compilazione del documento programmatico e con la notificazione (art. 39) del trattamento particolare di

dati personali. In caso di ricerche genetiche, procreazione assistita, prestazioni sanitarie svolte via internet, indagini epidemiologiche, rilevazione di malattie mentali, infettive e diffuse, sieropositività all'HIV, trapianto di organi e tessuti e monitoraggio della spesa sanitaria, la notificazione va

presentata al Garante prima dei lavori di trattamento e una sola volta a prescindere dal numero di operazioni svolte e si ripresenta prima di cessare il trattamento. E non vale il consueto silenzio-assenso, ma l'inizio del trattamento è possibile solo 45gg dopo il benessere del Garante.

Riteniamo utile richiamare i contenuti fondamentali.

L'art. 83 (Altre misure per il rispetto dei diritti degli interessati) prevede che dal 1° gennaio 2004 non si debbano più chiamare i pazienti per nome, ma per numero. Il medico deve adottare soluzioni volte a rispettare, in relazione a prestazioni sanitarie o ad adempimenti amministrativi preceduti da un periodo di attesa all'interno delle strutture, un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati prescindendo dalla loro individuazione nominativa. In pratica, con il divieto di chiamare le persone in sala di attesa con il loro nome e cognome, si annullano anni di lotte dei cittadini per evitare di essere chiamati e identificati attraverso un numero. Ci si dovrebbe dotare di macchinette con nastri numerici come dal salumiere.

Art. 83: Tutti gli incaricati del trattamento dati sensibili (collaboratore di studio, infermiere, segretaria) sono sottoposti al segreto professionale.

Art. 83: I dati personali idonei a rilevare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato o ai congiunti da parte di esercenti le professioni sanitarie solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare, a meno che quei dati non siano stati in precedenza forniti all'interlocutore dall'interessato stesso.

Art. 83: Ci vorranno distanze e barriere salva-privacy agli sportelli, onde evitare raccolta di dati sanitari davanti a terzi.

Art. 83: Le liste d'attesa non dovranno più essere nominative!

Art. 83: Al paziente ricoverato va chiesto il consenso riguardo l'informazione relativa al suo ricovero per chi vuole andare a trovarlo; e massima attenzione a parlare dello stato di salute di ricoverati, davanti ad estranei.

Art. 181(norma transitoria): Per i trattamenti iniziati prima del 1 gennaio 2004 (cioè per gli assistiti già in carico), la raccolta del consenso può avvenire anche in occasione del primo ulteriore contatto con l'interessato, al più tardi entro il 30 settembre 2004. Tale consenso varrà per tutti i successivi operatori nell'ambito del SSN, per diagnosi e cura. Il consenso al trattamento dei dati da parte del cittadino può essere manifestato anziché con un atto scritto dell'interessato anche oralmente. In tal caso il medico dovrà provvedere ad annotare il consenso. Ma un consenso espresso solo in forma orale senza la firma del paziente può essere sempre negato a posteriori o comunque creare contenzioso. Ma cosa avverrà dei dati in possesso del medico se un assistito non si presenterà entro il 30 settembre? Dovranno essere distrutti o il medico conservandoli correrà il rischio della sanzione (arresto sino a 2 anni e un'ammenda da 10.000 a 50.000 Euro)? Il medico dovrà attivarsi per rintracciare l'assistito?

Il consenso dovrà essere preceduto da un'informativa al cittadino, informativa che secondo il Codice dovrà essere fornita preferibilmente per iscritto, anche attraverso "carte tascabili con eventuali allegati pieghevoli", includendo almeno gli elementi indicati dal Garante ai sensi dell'articolo 13 comma 3 eventualmente integrati anche oralmente, in relazione a particolari caratteristiche del trattamento.

Art. 79: Destinatari del consenso ottenuto dal mmg e pls sono i proprii sostituti, i colleghi associati, gli specialisti interpellati, i farmacisti, tutti i professionisti, non necessariamente sanitari, che interagiscono con loro. Insomma i mmg e pls dovranno richiedere un consenso totale! Ma un consenso troppo esteso stride col concetto di indicazione informata e consapevole.

Art. 80: Ospedali ed enti pubblici possono avvalersi di modalità semplificate di raccolta del consenso ma dovranno dotarsi di organismi di sorveglianza del processo di raccolta dati.

Per rendere evidente che il paziente ha espresso il consenso entro il settembre 2004 il Garante ha pensato di far applicare un bollino sulla tessera sanitaria o sulla futura carta sanitaria elettronica. Chi darà il bollino non è dato sapere; di certo è divertente pensare che prima ancora che sia distribuita la tessera elettronica personale abbiano già pensato di incollarci qualcosa sopra; e ci saranno problemi tra lettore elettronico e colla?

Art. 82: in caso di emergenza l'informativa e il consenso possono essere resi a posteriori. Del tipo che il 118 dopo aver salvato la vita ad un cittadino può legittimamente sentirsi dire che gli è negato il consenso a rianimarlo e magari subirà una richiesta di danni!

Art. 87: Dal 1° gennaio 2005 il Garante prescrive l'applicazione degli ormai famosi adesivi che dovrebbero occultare il nome dell'assistito sulle ricette del SSN. L'adesivo potrà essere rimosso per verifiche amministrative, contabili o di appropriatezza prescrittiva. Per quanto riguarda invece le prescrizioni al di fuori del SSN, già dal 1 gennaio 2004, per i farmaci non ripetibili non si possono più riportare le generalità dell'assistito. Per tali farmaci il

medico può indicare le generalità dell'interessato solo se ritiene indispensabile permettere di risalire alla sua identità per un'effettiva necessità derivante dalle particolari condizioni del medesimo interessato o da una speciale modalità di preparazione o di utilizzazione (art. 89). Attenzione però ai farmaci non ripetibili: c'è ancora l'obbligo dei formalismi, quindi anche di riportare le generalità dell'assistito: il mancato rispetto dei formalismi per i farmaci non ripetibili comporta significative sanzioni amministrative.

L'art. 33 e un successivo allegato riepilogano le misure minime di sicurezza per conservare i dati, siano essi in formato digitale o in formato cartaceo. Si tratta di norme necessarie sotto il profilo tecnico, ma alle quali è stata aggiunta una buona dose di ulteriore burocrazia.

L'inadempimento agli obblighi imposti da Testo Unico a chi tratta i dati sensibili dei pazienti prevede sanzioni amministrative, penali e anche la possibilità di pendenze civili.

Sanzioni previste per gli inadempienti:

- a. In caso di mancata attuazione delle misure minime di sicurezza di cui all'art. 33 sono previsti l'arresto sino a 2 anni e un'ammenda da 10.000 a 50.000 Euro.
- b. Per omessa o inidonea informativa all'interessato è prevista un'ammenda da 3.000 a 18.000 Euro, che, nei casi di maggiore rilevanza, passa a 5.000 - 30.000 Euro.
- c. L'art. 167 prevede poi le sanzioni in caso di trattamento illecito, che comportano importanti misure detentive.

Il Presidente

La posizione dell'Ordine di Treviso

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri come organo ausiliario dello Stato non può certo invitare i Colleghi a disattendere le norme di legge. Ma ha contemporaneamente il dovere, ben superiore, della tutela della salute della popolazione.

Per tale motivo intende intraprendere ogni iniziativa atta a migliorare le norme celenterate del Testo Unico.

Il Consiglio dell'Ordine di Treviso

è del parere di non comminare sanzioni ai medici ed agli odontoiatri che continuando l'esercizio della professione secondo il Codice deontologico dovessero incappare nei "formalismi" della riservatezza dei dati sensibili.

Il Consiglio dell'Ordine di Treviso

ritiene che non sia possibile curare senza essere messi a conoscenza della storia clinica del paziente,

auspica

che la scelta dell'assistibile, effettuata al momento della scelta del medico attraverso i modelli CIS, verso il medico di famiglia o il pediatra di libera scelta, essendo suffragata dalla firma originale dello stesso venga ritenuta consapevolmente atta ad autorizzare il trattamento dei dati per la diagnosi e cura e che qualsiasi consenso debba essere previsto per iscritto con una formula unica e non generica,

auspica

infine che i medici non siano costretti a distruggere tutti i dati sanitari di quegli assistiti che, per vari motivi, non esprimeranno il proprio consenso anche a fronte del rischio delle sanzioni e ammende, e che possano continuare a identificare le ricette con le generalità del paziente, salvo espressa richiesta contraria del paziente.

Dal 1 gennaio 2004

- non si possono chiamare i pazienti per nome, ma per numero.
- le ricette in bianco per i farmaci ripetibili sono redatte senza le generalità del paziente.
- i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta raccolgono dai propri assistiti il consenso al trattamento dei loro dati anche per tutti gli altri operatori pubblici. Tempo utile fino al 30 settembre. Dopo tale data? Se non vengono distrutti la sanzione è da 3.000 a 18.000 Euro, e in casi di maggiore rilevanza passa da 5.000 a 30.000 Euro.

Entro il 31 marzo di ogni anno

- si deve inviare al Garante il Documento programmatico sulla sicurezza (DPSS) che va compilato da ogni medico che usa cartelle cartacee o computerizzate.

Entro il 30 aprile 2004

- c'è l'obbligo della notifica al garante, esclusivamente per via telematica con firma elettronica. Attualmente tale procedura è possibile solo in posta al costo di 25 Euro cui si deve aggiungere una tassa di 150 Euro per diritti di segreteria al garante!

LA RESPONSABILITÀ PENALE E LA COPERTURA ASSICURATIVA

Treviso 29 novembre 2003

Il programma triennale dell'attuale Consiglio dell'Ordine dei Medici di Treviso, include tra le priorità un rinnovato impegno della Categoria sulle tematiche della Responsabilità Professionale, con l'obiettivo di accrescere le conoscenze, stimolare le Ullss e la Regione ad adottare strategie innovative fino alla ricerca di soluzioni sperimentali da conseguire in provincia di Treviso.

Il Consiglio dell'ordine, sensibilizzato da tutte le categorie professionali rappresentate, particolarmente dai medici ospedalieri, ha istituito al suo interno una commissione presieduta dal dr. Daniele Frezza, medico ORL dell'ospedale di Treviso e Vicepresidente dell'Ordine dei Medici e dal dr. Giorgio Bazzlerla, medico pneumologo dell'ospedale di Vittorio Veneto, consigliere dell'Ordine dei Medici, che si è occupata di progettare e pianificare un percorso che consente di analizzare e studiare gli aspetti più importanti correlati alla responsabilità professionale.

Si è deliberato di promuovere un ciclo di conferenze a tema, attraverso le quali giungere ad un elaborato che sia il punto di partenza di una proposta progettuale complessiva della Categoria, verso la Regione, le UU.LL.SS.SS., la magistratura, le rappresentanze dei malati, la stampa.

I temi che verranno trattati sono i seguenti:

- Responsabilità professionale e copertura assicurativa;
- Risk management e qualità dell'atto medico per la riduzione dell'errore in medicina;
- Legislazione in Europa a livello nazionale e regionale e proposte di altri ordini sulle tematiche della

responsabilità professionali;

- Proposte sperimentali da adottarsi in provincia di Treviso per ridurre il contenzioso e l'esposizione dei professionisti, d'intesa con la Regione e ULSS, la Magistratura, il Tribunale del Diritto dei Malati, con la costituzione ad es. di una Camera conciliativa extragiudiziale.

Mi pare opportuno, seppur sinteticamente, presentare alcune anticipazioni dell'incontro avvenuto il 28 novembre scorso, in attesa di pubblicare per esteso gli atti, visto l'altissimo livello della trattazione da parte dei relatori invitati. Sulla responsabilità professionale sono intervenuti per l'aspetto civile il giudice Pedoja del Tribunale di Treviso, per l'aspetto penale, l'Avv. Piero Barolo, Presidente dell'Ordine degli Avvocati di Treviso e per le attualità in medicina legale rispetto alla responsabilità professionale, il Prof. Salvatore Malannino, Direttore della scuola di Medicina Legale di Trieste.

Il giudice Pedoja, attraverso una precisa disamina dei riferimenti giuridici in ambito civile, secondo le linee dell'attuale giurisprudenza, ha presentato in modo chiaro e inequivocabile alcuni aspetti che risultano determinanti per la Categoria.

Innanzitutto responsabilità in ambito civile significa illecito, che consiste in quella violazione di un diritto altrui, che causando un danno ingiusto ne consegue un risarcimento e quindi non in termini di possibile esposizione ma di "danno" (peraltro da dimostrare) già avvenuto.

Questo illecito può essere di tipo contrattuale ed extracontrattuale. Il medico risponde fino a 10 anni dalla denuncia nell'aspetto contrattuale (termine di

prescrizione per le conseguenze della violazione di una obbligazione), ed entro 5 anni per l'aspetto extracontrattuale (termine di prescrizione per l'illecito extracontrattuale).

In queste dinamiche si è instaurato l'inversione dell'onere della prova spettando pertanto al medico dimostrare di aver compiuto in modo diligente, con perizia e prudenza un atto medico e non il contrario al paziente, il quale è oggi solo tenuto a denunciare un'apparente "danno".

Ne consegue pertanto la necessità che la categoria in generale ma, particolarmente su questo aspetto, adotti delle procedure scritte e codificate che consentano di provare l'inconsistenza della responsabilità attribuita e cioè dell'illecito.

La diligenza richiesta al medico, è oggi in giurisprudenza quella del professionista medio, con riduzione dell'ambito di applicazione nei casi di "speciale difficoltà" in cui si risponde solo per colpa grave o per dolo.

L'avv. Barolo, Presidente dell'Ordine degli Avvocati di Treviso, esperto penalista, ha iniziato la sua relazione confermandoci la gravità del problema sul piano giuridico della responsabilità del medico indicando come a Milano si sia creato un pool di magistrati che si occupano solo di cause specifiche di sanità.

Un'esposizione quella del medico, anche sul piano penale, a causa della lentezza delle cause civili.

Ha centrato il suo intervento sulla necessità del raggiungimento della certezza della prova per giungere ad una condanna penale; a suo parere invece in medicina legale si giunge spesso ad una definizione probabilistica, che può essere prioritaria in ambito civile ma non penale.

Si può pertanto affermare che è in atto un orientamento di certezza della prova che tutelerà maggiormente in ambito penale il medico ad una respon-

sabilità professionale rispetto all'ambito civile. Per giungere pertanto ad una diligente e prudente condotta medica l'avv. Barolo ha sottolineato con forza la necessità di:

1. redigere delle linee guida sull'essenzialità di un atto diagnostico-terapeutico;
2. di avvalersi sempre di aggiornata documentazione scientifica;
3. di utilizzare quadri di riferimento ufficiali nazionali o internazionali condivisi dalle maggiori società scientifiche.

Il Prof. Malannino, Direttore della Clinica di Medicina Legale di Trieste, ha perfettamente raccolto gli interessanti interventi del giudice Pedoja e dell'avv. Barolo evidenziando il ruolo della medicina legale nei confronti della Responsabilità Professionale del Medico. È emersa una impostazione che ha convinto i consiglieri dell'ordine presenti, con una figura di medico legale a "pieno titolo" nella Categoria, che si pone verso i colleghi non su un piano giuridico ma prioritariamente medico, cercando di ricostruire l'iter diagnostico terapeutico attuato anche mediante il dialogo e l'approfondimento con consulenti di settore per giungere ad un equilibrato e finale parere medico legale.

L'incontro si è concluso con una Sessione specifica sui problemi assicurativi coordinato dal dott. Giorgio Bazzlerla. Si è confermata l'assoluta incertezza del piano assicurativo sul ramo sanità, dove le nuove polizze "LOSS" (che rispondono solo per il periodo di copertura della polizza) sono state sostituite rispetto alle precedenti CLAIMS (che rispondevano invece anche per denunce presentate a distanza di anni per atti medici compiuti nel periodo di copertura della polizza).

Si è confermata l'assoluta necessità di attivare estensioni di polizza per la colpa grave ed il dolo, non garantiti per

il medico al pari di ogni altro dipendente pubblico.

Si è parlato inoltre dell'opportunità o meno di attivare una polizza assicurativa aggiuntiva rispetto a quella dell'Ente in cui si lavora (l'argomento presenta ancora differenti valutazioni in merito per le quali torneremo con degli articoli specifici).

Si è confermato l'intenzione delle tre ULSS della Provincia di Treviso, e peraltro della Regione, di attuare delle gare uniche.

La gara della regione (ad oggi ne siamo a conoscenza) è andata deserta dimostrando ulteriormente lo scarso interesse per il ramo sanitario alle condizioni attuali del mercato assicurativo.

È anche da queste ultime premesse, che il 27 marzo 2003 si terrà la seconda conferenza dal tema: *“La responsabilità professionale e il rischio clinico. La gestione dell'evento e le procedure di correzione.”*

Daniele Frezza

PROGETTO ECM DELLA REGIONE VENETO: Rilevamento e Analisi dei fabbisogni formativi dei Professionisti della Salute (D.G.R.V. n. 3600 del 13.12.2002)

La Regione Veneto ha tracciato con la Delibera n°3600 del 13 dicembre 2002 le linee essenziali del progetto E.C.M.. La proposta operativa contenuta nell'accordo della Conferenza Stato Regioni del 20 dicembre 2001 prevede al primo punto la conoscenza e l'analisi dei fabbisogni formativi da attuarsi con l'appoggio d'Ordini, Collegi ed Associazioni professionali sanitarie; seguono l'individuazione degli obiettivi formativi affidata alla “Consulta delle professioni sanitarie” (costituita dai rappresentanti designati dagli Ordini, Collegi ed Associazioni professionali) e l'accreditamento dei progetti di formazione compito del già costituito “Comitato Tecnico Scientifico”.

Il progetto E.C.M. della Regione Veneto è rivolto:

- ai Professionisti della salute ai quali è destinata, in piena libertà di scelta, l'offerta di formazione che scaturirà dall'analisi dei fabbisogni formativi. I progetti formativi così individuati

costituiranno una parte dei percorsi formativi validi per l'accreditamento.

- ai Responsabili delle Aziende Sanitarie ai quali sarà chiesto di indicare gli obiettivi educativi sui cui impegnare il personale dipendente e convenzionato.

Nella prima fase del progetto “Rilevamento e Analisi dei fabbisogni formativi dei Professionisti della Salute” sono coinvolti circa 76.000 professionisti della salute compresi in 32 professioni e 44 discipline.

Per la strutturazione della metodologia di rilevazione dei fabbisogni è stata individuata la società CT2 Srl di Milano esperta in progettazione e project management sia della parte informatica (progettazione della base di dati, identificazione degli strumenti software) sia dei contenuti (censimento delle fonti, coordinamento raccolta informazioni e data entry) per la costituzione di banche dati; alla stessa è stato affiancato un gruppo di lavoro

che, coordinato dal dott. Lamberto Pressato presidente dell'Ordine dei Medici di Venezia, comprende il dott. Brunello Gorini presidente dell'Ordine dei Medici di Treviso in veste di direttore del centro regionale di riferimento per le cure primarie, la prof.ssa Ada Innecco consigliere dell'Ordine dei Medici di Venezia, il prof. Franco Ferraro esperto di formazione e V.R.Q., il prof. Cesare Scandellari professore ordinario di Medicina e "cultore" di Metodologia clinica, il prof. Nicola Sicolo professore associato di Medicina Interna all'Università di Padova - Clinica Medica 3°, il dott. Mario Plebani direttore del Servizio di Medicina di Laboratorio dell'azienda ospedaliera Università di Padova e del Dipartimento Interaziendale di Medicina di Laboratorio, il dott. Saverio Orazio della Commissione Albo Odontoiatri della FNOMCeO, Luigino Schiavon presidente del Collegio IPASVI di Venezia, Maurizio Prandini presidente dell'Ordine dei Farmacisti di Rovigo e da tre componenti del CTS regionale esperti di formazione e metodologia: il prof. Luciano Vettore, già professore ordinario di Medicina interna e ora presidente della Società Italiana di Pedagogia Medica, Chiara Rizzo referente dell'area infermieristica e Tiziana Rossetto per quella della riabilitazione, prevenzione e tecnico sanitaria. È stato predisposto quale strumento di ricerca, un questionario che si compone di due sezioni:

la parte generale che contiene informazioni di carattere demografico e di segmentazione ed è trasversale a tutte le professioni/discipline ed una parte specifica alla professione/disciplina; entrambe le sezioni sono costruite su dati estratti dall'analisi delle risposte che 41 Referenti di professione/disciplina, individuati dal gruppo di lavoro, hanno dato alle interviste inviate in precedenza e da documenti ottenuti con focus groups attivati per alcune aree della assistenza primaria ed infermieristica.

Si tratta di avviare e poi di mantenere nel tempo un processo d'educazione continua a contenuti molto ampi e variegati, perché attinenti a molti e diversi profili professionali.

Il primo compito del nostro Ordine è quello di portare a conoscenza di tutti i Professionisti, il progetto ECM della Regione Veneto, promuovendo direttamente la diffusione dei questionari. Le tue opinioni raccolte nel questionario sono la prima opportunità che ti viene data per entrare da protagonista in un processo di formazione

Il questionario è reperibile nel sito ecm.regione.veneto.it o presso l'Ordine.

È stata inoltrata la richiesta di inserire il progetto di "Rilevamento ed Analisi dei fabbisogni formativi" nel programma Educazione Continua in Medicina con l'assegnazione dei relativi Crediti Formativi ai professionisti della salute che risponderanno al questionario.

CONCORDATO PREVENTIVO

La Camera dei Deputati nella seduta del 15 dicembre 2003 ha approvato, con voto di fiducia posto dal Governo, un maxi emendamento all'art. 2 del disegno di legge finanziaria 2004 con il quale, tra l'altro, si ripristina anche per i professionisti l'obbligo di emettere le fatture nei confronti dei privati non soggetti all'IVA.

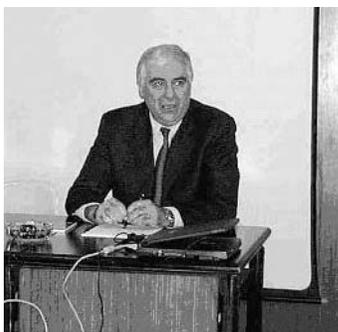
ETICA DELLA COMUNICAZIONE

Treviso 6 Dicembre 2003

Nella relazione del dott. Gianantonio Dei Tos, vicepresidente della Consulta Regionale di Bioetica, sono stati sviluppati gli aspetti etici della verità e della comunicazione, in particolare il ruolo del medico nell'alleanza terapeutica con il malato. Il relatore ha ricordato la missione fondamentale del medico, che è quella di accompagnare il malato nel suo percorso, fornendo non soltanto le proprie conoscenze e competenze, ma soprattutto la propria presenza umana; e dell'Ordine, depositario e difensore dei valori etici della professione.

A quest'ultimo compete il richiamo al rispetto dei valori etici non solo agli operatori sanitari, ma anche agli amministratori pubblici, ai managers delle Aziende Sociosanitarie, ai cittadini, affinché i principi deontologici non vengano a mancare nella programmazione e nella gestione della sanità.

Il concetto di verità nella relazione tra operatore sanitario e paziente: dalla verità biomedica alla verità partecipativa



‘La nostra missione non è quella di far trionfare la verità, ma di esserne suoi testimoni’

H. de Lubach

le in medicina. È impossibile intervenire su un uomo senza comunicare e, dall'importante esperienza di Balint, abbiamo imparato che il medico stesso è una medicina: dal semplice comunicare per intervenire si passa all'intervenire attraverso il comunicare.

Il principio dell'autonomia, che negli ultimi decenni ha radicalmente trasformato la relazione medico-paziente nella cultura nord-americana e europea e che ha ispirato la dottrina del consenso informato, ha riproposto il

Il rapporto comunicativo ha sempre avuto un ruolo essenziale

tema della comunicazione come essenziale nello sviluppo del processo clinico. Comunicare con il paziente diventa così un'arte, o meglio, una scienza con una sua specifica identità disciplinare e con un suo corrispondente termine: logotecnica clinica. Occorre imparare a comunicare, così come si fa con qualsiasi altra tecnica... ma oggi noi non vogliamo entrare nei dettagli di questa tecnica, quanto piuttosto introdurre alla prospettiva etica della comunicazione, riflettendo su quale sia il senso per noi della verità comunicata al malato.

È sempre difficile costruire un discorso sulla verità. Forse nessun altro dei concetti fondamentali della tradizione filosofica si segnala per la sua centralità e per l'indeterminatezza dei suoi confini come l'idea di verità. La quasi

infinita polisemia che il termine ha acquisito con l'evolvere della tradizione trova in parte spiegazione nella tendenza alla coestensività all'essere stesso, fin dai primordi del pensiero greco, tanto che Aristotele definiva la filosofia come teoria e scienza della verità e dichiarava che "ciascuna cosa possiede tanto di verità quanto possiede di essere" (Metafisica). La tradizione Aristotelica definiva la verità come il fatto di dire dell'essere che è e del non-essere che non è, e la menzogna come il fatto di dire dell'essere che non è del non-essere che è.

In estrema sintesi potremmo dire che la filosofia è questa domanda integrale, sia intensiva che estensiva, della verità, o disvelamento dell'essere.

La ricerca della verità reca con sé il valore fondamentale dell'eticità e della felicità, consapevoli che essa non giace mai nelle nostre mani come un possesso pieno e compiuto, bensì come un processo continuo, come una infaticabile ricerca del senso.

Come non pensare che la cosa più spontanea per un uomo sia questa appassionata ricerca del vero?

Come non immaginare la felicità di chi raggiunge e viene raggiunto da una verità, ben sapendo che essa è sempre la faticosa conquista di tutta una vita, in un doloroso e sempre parziale cammino di avvicinamento, non raramente attraverso l'amara esperienza dell'errore!

Ogni uomo ha il medesimo compito teoretico ed etico dell'antico filosofo di cercare e testimoniare la verità.

La ricerca della verità coinvolge il senso ultimo e globale dell'esistenza e del mondo.

Per la sua stessa struttura razionale l'uomo non riesce a vivere senza la verità, né placa la sua ricerca di senso con le semplici verità settoriali delle scienze empiriche o con le parziali comprensioni dello sforzo ermeneutico; vi è sempre in fondo un bisogno

totalizzante di verità, anche lì dove, paradossalmente, la ricerca del senso dell'essere si conclude nella sua radiale negazione. Anche in questo caso infatti, pur nella disperazione la persona cerca di cogliere questa verità come unica e globalizzante e non resiste al bisogno di vivere coerentemente alla propria intuizione.

La verità è l'oggetto e lo spirito più profondo dell'animo umano ed è un diritto della persona.

La verità non è solo un'aspirazione della persona, ma un diritto irrinunciabile per esercitare quell'atto di discernimento che qualifica la capacità di decisione di ogni essere umano. Se esiste un diritto generale alla verità, a fortiori, esiste anche il diritto di ogni uomo di conoscere la verità che riguarda la propria persona. E' un principio riconosciuto e sancito in tutti gli ordinamenti giuridici che si ispirano a principi di rispetto dell'uomo e di libertà.

Poiché la salute riguarda la sfera più intima della vita di una persona, la conoscenza delle proprie condizioni è indispensabile per vivere in maniera consapevole e protagonista; la verità sulla propria salute è allora un principio irrinunciabile, contenuto in tutte le 'Carte' dei diritti del paziente, dove esiste sempre la formulazione esplicita di questo diritto all'informazione.

Vi è quindi sempre il diritto del paziente a conoscere tutto ciò che concerne il suo stato di malattia, diritto che si estende non solo alla diagnosi e alla prognosi, ma a tutti quegli aspetti che potranno condizionare la sua vita o influire sulle sue scelte. Senza la conoscenza del proprio stato di salute diventa impossibile esercitare un consenso libero alle cure o il suo rifiuto e, in ogni caso, rimanere arbitri del proprio destino.

Se conoscere la verità sulla propria salute è, nella sensibilità culturale contemporanea, considerato un diritto

della persona, non possiamo eludere il fatto che non sempre lo sguardo lucido sulla realtà oggettiva della propria malattia, seppur auspicabile, sia anche in realtà sostenibile. Ciò è vero, in particolare, quando la malattia si presenta con la prospettiva di una prognosi infausta. l'Ethos contemporaneo tende spesso a proteggere il malato grave dalla coscienza dell'avvicinarsi della propria fine. Quante volte abbiamo visto i familiari di un paziente deceduto, sentirsi in parte consolati e liberati dall'impressione che la morte sia sopraggiunta senza che il proprio caro ne avesse coscienza.

La cultura contemporanea non si è sottratta all'angoscia del morire, né ha saputo rielaborare il senso di un evento che appare ancora scandaloso alla razionalità della coscienza, verso il quale la paura, il desiderio di fuga appaiono ancora i sentimenti più naturali.

Forse oggi, ancora più radicalmente, la morte appare priva di dimensioni simboliche e perciò stesso ancora più angosciante perché priva di un orientamento, di un significato; essa appare come lo scandalo di una forza dirompente e incontrollabile dentro una cultura della razionalità e della programmazione; rappresenta lo spettro finale dell'emarginazione e della solitudine in cui viene rinchiuso il malato, per il quale non esiste visibilità né presenza dentro la comunità.

Ma la domanda del malato che vuol conoscere la verità sulla sua malattia, sul suo futuro, torna a noi. A noi medici, stretti nel conflitto di coscienza che nasce tra il diritto alla verità e il dubbio sull'insostenibilità della stessa. Parlare? Tacere? Mentire? Dire sempre la verità?...

O nasconderla?... In pochi ambiti della nostra relazione con i malati una condotta stereotipata, rigida o prefabbricata, per non dire ideologica può essere tanto nociva.

La questione della verità al malato riporta al problema più generale della relazione medico-paziente, che fonda il senso stesso della professione medica e appartiene strettamente all'atto terapeutico. La domanda che il paziente pone sul futuro della sua salute ci chiede la disponibilità a costruire una relazione che permetta di penetrare i significati della domanda.

Non si può abbozzare risposta se non si è in grado di produrre un discernimento sul senso della domanda e sul reale movimento interiore che spinge il malato a formularla. Solo una profonda disponibilità relazionale ci rende capaci di interpretare correttamente l'esigenza che il malato reca con sé.

La qualità della relazione costruita con il malato rappresenta allora il prerequisito per tentare di iniziare un percorso di scoperta della verità che superi il conflitto fra il diritto a conoscere e l'insostenibilità esistenziale della notizia. La complessità della risposta richiede conoscenza della personalità del paziente, dei suoi contenuti emotivi, del reale pensiero interiore che è sottinteso alla domanda e soprattutto a come questa si modifica nel tempo. Di fronte alla domanda di verità il primo passo allora è la costruzione di questo clima relazionale che favorisce il discernimento e che individua nel medico la figura di colui che assume su di sé la fiducia del paziente.

La costruzione di un clima di fiducia è irrinunciabile per aprire un dialogo che si basa sull'affidamento del malato al progetto terapeutico che la coscienza professionale di ognuno di noi è in grado di proporre; ancora di più non vi può essere proposta di alcuna comunicazione di verità al di fuori del clima di fiducia.

Se la fiducia è la condizione indispensabile alla relazione medico-malato è allora evidente che diventa insostenibile ogni ipocrisia, seppur in buona

fede, che si frapponga a questa ricerca della verità. La falsità, che tende inevitabilmente a rivelarsi con il progredire della relazione, tende a spezzare la fiducia e ad isolare il malato negando al medico la possibilità di sostenerlo, costringendolo così alla solitudine. Ciò è vero anche per i familiari che quando si ostinano a negare di fronte al malato anche l'evidenza, nella speranza di ridurre la sofferenza, ottengono come unico risultato di allontanarsi psicologicamente dal proprio caro costringendolo ad un isolamento ancora più pesante perché vissuto come un abbandono affettivo.

Se intuiamo che non possiamo permetterci di costruire una relazione positiva ammettendo la falsità o l'ipocrisia che rovinerebbero la possibilità di costituirci come punto di riferimento qualificato nel cammino di sofferenza della persona che abbiamo in cura, resta sempre il problema di quale verità dire al malato.

Una verità che pretenda di essere 'oggettiva' nel senso di essere pura trasmissione di notizie cliniche, magari associata all'informazione statistica sulle probabilità teoriche di guarigione delle varie opzioni terapeutiche possibili, è in realtà solo una triste parodia della verità di cui ha bisogno il malato.

La tendenza che emerge talora in alcune realtà sanitarie, soprattutto di cultura anglosassone, di porre il malato di fronte alla fredda realtà dei fatti e delle percentuali di riuscita delle varie strategie terapeutiche, sembra volere rendere il paziente protagonista delle scelte che riguardano la sua salute; in realtà è una forma camuffata di deresponsabilizzazione da parte dei sanitari, che forse potranno godere il vantaggio di sfuggire alle problematiche medico-legali, ma che invece rischiano di caricare sul paziente il peso di una situazione intollerabile. Si viene così a tradire la sapienza dell'antica

tradizione ippocratica che di fronte all'evoluzione della malattia non ha mai imposto al medico l'obbligo della guarigione, perché essa spesso è irraggiungibile nonostante l'onestà scientifica del nostro sforzo culturale e tecnologico; ha comunque però imposto al medico di consolare sempre.

La prima verità che dobbiamo comunicare quindi al malato è la nostra alleanza con lui. Vorrei sottolineare lo spessore antropologico del termine alleanza e il valore che la stratificazione culturale dei significati ha deposto nell'evolvere della tradizione.

Il problema centrale della comunicazione della diagnosi e di una prognosi difficile si individua innanzitutto nella capacità di offrire sostegno al malato. Vorrei proporre la citazione di un brano di un documento dell'episcopato tedesco del 1978; un frammento dalla tradizione della cultura cattolica che ben interpreta il valore della relazione nella comunicazione della verità.

“Ciò che è decisivo non è solo l'esattezza di ciò che si dice, ma la solidarietà nella situazione difficile, che va di pari passo con la prognosi inquietante di una malattia. Il punto più importante, in questo caso, è che il malato durante il corso dell'ultima tappa della vita non si senta lasciato solo da coloro che lo curano, nel momento stesso in cui comincia ad affrontare l'angoscia della morte. Molte testimonianze recenti dimostrano a quale punto la verità che si dice al malato possa avere un'influenza liberatrice sulle relazioni tra il morente e coloro che lo assistono. Questo fatto ci autorizza a sperare che cresca la disponibilità ad affrontare la verità della morte. Questa è una condizione necessaria perché il morente possa vivere in maniera umana le ultime tappe della sua vita.”

Si tratta di operare quindi una scelta della trasparenza, che non consiste

nel gettare sul malato il peso di una conoscenza intollerabile in una sorta di accanimento verso una verità inutile e disumana, quanto piuttosto di seguire la reale volontà di conoscere che il malato esprime dentro una relazione medico-paziente che scorre verso la maturazione di un'alleanza terapeutica.

Il discernimento della volontà di sapere è uno dei momenti più delicati di questa relazione che si lascia guidare dai ritmi e dalla misura di ciò che il malato desidera percepire ed assumere della propria realtà. Vi è una sorta di 'grading' della conoscenza che può arrivare fino alla volontà di non sapere: anche questa un'esigenza che deve trovare adeguato rispetto.

La verità è sempre partecipativa e chiede un processo graduale di avvicinamento dentro questa relazione solidale che sola ne consente lo svelamento. La verità si costruisce consensualmente al crescere della relazione con il malato, man mano che il paziente sente la nostra vicinanza diventare solidarietà.

Questo ci costringe a dismettere la politica della negazione che chiude il malato dietro quel muro di silenzio capace solo di evocare angoscia e deresponsabilizzazione. La negazione impedisce la vera comunicazione con l'effetto di precipitare il malato nella solitudine. Ciò che risulta efficace è avere la capacità di stabilire fin dall'inizio una relazione vera che permetterà alla domanda di verità di evolvere e consentirà al malato di esprimere, quando lo vorrà, inquietudini, angosce ed interrogativi con la certezza che a tutto questo sarà data attenzione.

La comunicazione della verità diventa allora un percorso relazionale verso la conoscenza caratterizzato da una gradualità segnata da forti momenti maturativi in cui tutti scoprono la propria dimensione simbolica avviandosi così al tentativo di decifrare il senso

degli eventi per rendere ragione, ove li sia possibile, di quanto accade.

La verità diventa così funzione di ciò che noi siamo in grado di esprimere in termini di capacità relazionale. Lì dove la conoscenza della propria condizione di malato diventa fonte di angoscia solo la relazione con il medico o con chi si fa carico della cura può consentire la praticabilità di un cammino cosciente del possibile esito finale. Al di fuori di ogni vera prospettiva relazionale l'informazione può conoscere solo la falsità o il silenzio. Questo costringe ad interrogarci sui profili di maturità relazionale che gli operatori sanitari sono in grado di esprimere. La comunicazione richiede non solo doti innate di empatia, ma una struttura professionale che non si può improvvisare con la semplice generosità. Forse abbiamo trascurato il fatto che la professionalità di un operatore sanitario non si misura solo dalla competenza tecnica della sua cultura scientifica, bensì anche dalla sua competenza relazionale, frutto, oltre che di una maturità psicologica, anche di una prospettiva etica.

Dentro la questione della verità al malato si viene così a disegnare per gli operatori sanitari il profilo di una virtù: la capacità del prendersi cura. Essa è espressione innanzitutto del *cum-patior*, della disponibilità cioè a condividere con l'altro il suo cammino di sofferenza, di diventarne compagno per quel segmento di strada che egli chiederà a noi di percorrere con lui.

Si delinea così la struttura più profonda del significato della professione medica che non può essere concepita semplicemente come una lotta contro la malattia e la morte. Tale lotta sarebbe comunque impari e carica di frustrazione per tutti ed inesorabilmente destinata alla sconfitta. Si tratta viceversa di accettare la complessità di una relazione professionale che costruisce il percorso terapeutico den-

tro la globalità delle esigenze della persona malata, evitando le mutilazioni antropologiche di una medicina rigidamente organicista e priva di prospettiva relazionale.

Più semplicemente si tratta di integrare nella prospettiva etica del nostro tempo il valore solidaristico ed umanitario della professione sanitaria. Allora la comunicazione della verità diventa fonte di maturazione e di liberazione di energie umane, supera la paura della coscienza del pericolo della vita e rinnova il senso e la fatica di questa professione.

Come suggeriva Henry de Lubach non si tratta di far trionfare la verità, ma di esserne suoi *testimoni*... nel senso proposto dalla stessa radice latina (assistere ed essere consiglieri e pedagoghi). È il valore della testimonianza che possiamo rendere al malato che rende sostenibile una verità difficile, ma che soprattutto rende credibile il senso

della nostra professione. Ciò è possibile solo se la competenza professionale si apre alla prospettiva etica, un'etica di sentimenti e di pietà che orienta ad un vivere che cerca di dare senso alle opere e ai giorni, dove anche l'ammalarsi ed il morire chiedono un significato, attendono una risposta.

Se è difficile imparare a vivere dando senso alle opere e ai giorni, è ancora più impegnativo imparare a morire.

Tota vita descendum est mori diceva Seneca, *per tutta la vita bisogna imparare a morire*, d'altro canto solo dalla vita emerge un senso per la morte.

A noi medici viene chiesto anche l'umile, paziente, ma prezioso lavoro di chi accompagna lungo i cammini della sofferenza chi ricerca la propria verità, nella pietà e nella consolazione, soprattutto lì dove la guarigione è ormai una speranza senza ragioni.

Gianantonio Dei Tos

RISCOSSIONE CONTRIBUTO DELL'ORDINE ANNO 2004

A decorrere da quest'anno è cambiato il sistema di riscossione del contributo di iscrizione all'Ordine.

A seguito convenzione stipulata con il Concessionario UNIRISCOSSIONI di Treviso gli iscritti a quest'Ordine dal 2004 riceveranno un avviso di pagamento a mezzo posta ordinaria.

Tale avviso **potrà essere posto a fascicolo presso il proprio Istituto di Credito** il quale provvederà al pagamento alla scadenza delle rate: **28 febbraio** (per la prima rata o unica soluzione) e **30 aprile** (per la seconda rata). In caso di morosità, dopo 40 gg. successivi la seconda rata, verrà notificata a mezzo raccomandata regolare cartella esattoriale (si ricorda che, da recenti normative, se non viene ritirata la seconda raccomandata si considera come ricevuta) e, in caso di mancato pagamento UNIRISCOSSIONI dovrà procedere ai sensi di legge, senza possibilità di intervento di quest'Ordine, con l'applicazione della mora e del fermo auto amministrativo.

RIFIUTI SANITARI

Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari

(D.P.R. n. 254/15.7.2003)

Con l'entrata in vigore del D.P.R. 254 del 15.7.2003 Gazzetta Ufficiale 11 settembre 2003 (regolamento che disciplina la gestione dei **rifiuti sanitari** e dei **rifiuti speciali** che per pericolosità risultino analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo) sono abrogate tutte le norme anche di legge, che regolavano la gestione dei rifiuti sanitari. L'abrogazione riguarda esclusivamente le norme dedicate ai rifiuti sanitari, D.Lgs. 22 del 5.2.1997 (Legge Ronchi), è stato abrogato soltanto l'articolo 45 che si riferisce appunto ai "rifiuti sanitari".

Per quanto riguarda la gestione delle altre tipologie di rifiuti, urbani, assimilati agli urbani, speciali, pericolosi e non pericolosi, il regolamento rimanda alle norme e ai principi generali di sicurezza stabiliti dalla Legge Ronchi che resta in vigore. Resta pertanto attuale la suddivisione dei rifiuti secondo l'origine in rifiuti urbani e speciali, e secondo la pericolosità in pericolosi e non pericolosi, e tutta la normativa riguardante la gestione dei rifiuti speciali, il divieto di miscelazione delle varie tipologie di rifiuti, il divieto di abbandono etc.

La principale novità del D.P.R. 254/03 è che questo decreto ha come oggetto i rifiuti sanitari e le norme in esso contenute si applicano senza distinzione a chiunque li produca.

Il D.P.R. definisce come "**rifiuti sanitari**" i rifiuti elencati a titolo esemplificativo negli allegati I e II del presente regolamento, che derivano da strutture pubbliche e private individuate ai sensi del D.Lgs 509 del 30.12.1992, (Riordino della disciplina sanitaria), e successive modificazioni, che svolgono attività medica e veterinaria di pre-

venzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca ed erogano le prestazioni di cui alla legge n. 833/1978 (Istituzione del SSN).

Sono disciplinati dal suddetto regolamento anche i "**rifiuti speciali** prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che come rischio risultino analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo, con l'esclusione degli assorbenti igienici".

Sono compresi tra i rifiuti speciali i rifiuti derivanti da attività sanitarie, secondo la classificazione riportata all'articolo 7 del D.Lgs n. 22/1997.

Le norme e le leggi citate che individuano i soggetti interessati al D.P.R., sono talmente estensive da ricomprendere tutte le strutture sanitarie (ospedali, case di cura, ambulatori, studi medici) e tutti gli operatori sanitari pubblici e privati, ovvero medici di famiglia, pediatri di libera scelta, odontoiatri, liberi professionisti, etc., in quanto produttori di rifiuti speciali.

D.P.R. 254/15.7.2003

1) Chi è interessato:

- a) "strutture pubbliche e private individuate ai sensi del D. Lgs. 502/92 che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, di cura, di riabilitazione, di ricerca ed erogano prestazioni di cui alla L. 2.12.78".
- b) strutture o soggetti che producono rifiuti speciali, che sono quei rifiuti "prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che come rischio risultino analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo, con l'esclusione degli assorbenti igienici.

2) Quali sono i **rifiuti disciplinati dal regolamento**:

- a) rifiuti sanitari: i rifiuti elencati a titolo esemplificativo negli allegati I e II del D.P.R., che derivano da strutture pubbliche o private che svolgono attività medica e veterinaria.

Esemplificando ulteriormente l'allegato I, sono rifiuti sanitari: tutti i materiali monouso usati per diagnosi, terapia e protezione personale; materiali per medicazione, assorbenti igienici, pannolini, pannoloni, denti, piccole parti anatomiche non riconoscibili, organi e parti anatomiche non riconoscibili, rifiuti di gabinetti dentistici; rifiuti di ristorazione, spazzatura. Rifiuti taglienti, contenitori vuoti di farmaci, L'allegato II contiene la lista dei rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo.

- b) “**rifiuti speciali**, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che come rischio risultino analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo, con l'esclusione degli assorbenti igienici. L'articolo 7 del D.Lgs n. 22/97, definisce come rifiuti speciali i rifiuti derivanti da attività sanitarie.

3) **Tipologia dei rifiuti sanitari**:

A seconda della tipologia del rifiuto, cambiano le norme per la gestione.

Un rifiuto sanitario può presentare più di una caratteristica e pertanto rientrare in più tipologie, di seguito saranno riassunte tutte le modalità di deposito, raccolta, trasporto e smaltimento.

- a) **rifiuti sanitari non pericolosi**: “i rifiuti sanitari che non sono compresi tra i rifiuti pericolosi di cui al D.Lgs n. 22/97”. Ovvero i rifiuti sanitari che non compaiono nella lista dei rifiuti pericolosi. Sono ad esempio rifiuti sanitari

non pericolosi i taglienti inutilizzati come gli aghi, le siringhe e le lame.

deposito temporaneo: un anno se non si superano i 20 metri cubi. Il deposito temporaneo è consentito presso il luogo di produzione.

raccolta e trasporto: conferimento a terzi autorizzati o al servizio di pubblica raccolta con cui sia stata stipulata apposita convenzione, o trasporto in proprio. Sia nel caso di conferimento a terzi che del trasporto in proprio deve essere compilato l'apposito formulario in quattro copie.

smaltimento: trimestrale o quando si raggiungono i 20 metri cubi.

- b) **rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo**: rifiuti che sono compresi nella lista del suddetto allegato II del regolamento, che a titolo esemplificativo sono: medicinali citotossici e citostatici, sostanze chimiche di scarto pericolose, rifiuti di amalgama prodotti da interventi odontoiatrici, soluzioni fissative, di sviluppo e attivanti a base acquosa, lampade fluorescenti, batterie al piombo, al nichel-cadmio, contenenti mercurio.

deposito temporaneo: un anno se non si superano i 10 m³.

raccolta e trasporto: conferimento a terzi autorizzati o al servizio di pubblica raccolta con cui sia stata stipulata apposita convenzione, o trasporto in proprio. Sia nel caso di conferimento a terzi che del trasporto in proprio deve essere compilato l'apposito formulario in quattro copie.

smaltimento: con cadenza almeno bimestrale o, in alternativa, quando la quantità in deposito raggiunge i 10 metri cubi.

- c) **rifiuti sanitari pericolosi a**

rischio infettivo (e rifiuti speciali): rifiuti che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni. Sono i rifiuti elencati nell'allegato I del regolamento, che presentano almeno una delle seguenti caratteristiche, ovvero siano contaminanti:

- da sangue o altri liquidi biologici che contengano sangue in quantità tale da renderlo visibile;
- feci o urine, nel caso in cui sia ravvisata clinicamente dal medico che ha in cura il paziente una patologia trasmissibile attraverso tali escreti;
- liquido seminale, secrezioni vaginali, liquido cerebro-spinale, liquido sinoviale, liquido pleurico, liquido peritoneale, liquido pericardico o liquido amniotico.

Sterilizzazione: i rifiuti pericolosi a rischio infettivo possono essere smaltiti in impianti di termodistruzione come rifiuti assimilati agli urbani, previo processo di sterilizzazione. Le norme che regolano tale procedura sono molto complesse ed onerose, difficilmente alla portata delle piccole strutture sanitarie (procedimento che risponde alle norme UNI 10384/9, che comprende la triturazione e l'essiccamento; impianto esclusivamente dedicato alla sterilizzazione dei rifiuti situato all'interno della struttura sanitaria; necessità di autorizzazione; verifiche periodiche di efficacia con prove di convalida; comunicazione preventiva alla Provincia ai fini dell'effettuazione dei controlli periodici; convalida dell'impianto etc.).

Deposito temporaneo: 5 giorni dal momento della chiusura del contenitore, estensibili a 30 per quantitativi inferiori a 200 litri, nel rispetto dei requisiti di igiene

e sicurezza e sotto la responsabilità del produttore.

I rifiuti devono essere contenuti in apposito imballaggio a perdere con su scritto "rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo" e il simbolo del rischio biologico; se si tratta di rifiuti taglienti o pungenti devono essere contenuti in apposito imballaggio a perdere resistente alla puntura con su scritto "rifiuti, sanitari pericolosi a rischio infettivo taglienti e pungenti".

Deposito preliminare: non deve superare di norma i 5 giorni; sono comunque sottoposti al regime dei rifiuti pericolosi.

Raccolta e trasporto: sottoposti al regime dei rifiuti pericolosi.

Smaltimento: mediante termodistruzione in impianti autorizzati.

N.B.: se tali rifiuti presentano anche altre caratteristiche di pericolo, devono essere smaltiti in impianti per rifiuti pericolosi (es. amalgama dentale contaminato da prodotti biologici, fiala di farmaco citotossico contaminato da sangue etc.).

- d) **rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani:** se il rifiuto non presenta carattere di pericolosità e non è a rischio infettivo, ovvero se non presenta le caratteristiche dei rifiuti precedenti, è assoggettato al regime giuridico e alle modalità di gestione dei rifiuti urbani.

Sono assimilabili agli urbani: spazzatura, rifiuti derivanti dalla preparazione di pasti, dall'attività di ristorazione, vetro, carta, cartone, plastica, metalli, indumenti e lenzuola monouso, gessi ortopedici e bende, assorbenti igienici anche contaminati da sangue esclusi quelli dei degenti infettivi, pannolini pediatrici e

pannoloni, contenitori e sacche utilizzate per le urine, contenitori vuoti di farmaci, di vaccini ad antigene spento, di soluzioni per infusione. Rifiuti sanitari a solo rischio infettivo assoggettati al procedimento di sterilizzazione effettuato secondo i termini di legge.

e) **rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento:**

- farmaci scaduti o inutilizzabili; medicinali citotossici e citostatici e materiali visibilmente contaminati che si generano dalla manipolazione ed uso degli stessi.

- Organi e parti anatomiche non riconoscibili (pericolosi a rischio infettivo).

- Sostanze stupefacenti e altre sostanze psicotrope.

Smaltimento: in impianti di incenerimento

- gli organi e le parti anatomiche

non riconoscibili devono essere gestiti con le stesse modalità dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (es. denti)

- le sostanze stupefacenti e le altre sostanze psicotrope devono essere incenerite in impianti autorizzati. Il deposito temporaneo, il trasporto e lo stoccaggio sono esclusivamente disciplinati dal D.P.R. 309/90.

Ad oggi, per gli studi medici, è sufficiente stipulare un contratto con privati autorizzati, eliminare i rifiuti sanitari potenzialmente infetti in apposito contenitore (fornito dall'azienda stessa), consegnare mensilmente all'operatore addetto i rifiuti, firmare la modulistica fornita dall'operatore stesso, il quale provvede anche alla sua compilazione.

Stessa procedura può essere adottata per gli altri rifiuti sanitari con conferimento o trasporto in proprio in impianti autorizzati con cadenza annuale.

ATTIVITÀ SPORTIVA

Si comunica che, visto quanto previsto dall'art. 1 del D.M. 18/02/1982 ed integrazioni (D.M. 28/02/83) su "Norme per la Tutela Sanitaria dell'attività sportiva agonistica", che demanda alle Federazioni Sportive Nazionali la qualificazione agonistica a chi svolge attività sportiva, la Federazione Italiana di Atletica Leggera ha aggiornato le categorie di atleti agonisti (Delibera n. 30 dell'11/10/03).

Dall'anno agonistico 2004 (tesseramenti a partire dall'1/12/03), per la Federazione Italiana di Atletica Leggera sono "**categorie agonistiche**" a tutti gli effetti:

<i>Ragazzi/e1</i>	<i>2-13 anni</i>
<i>Cadetti/e</i>	<i>14-16 anni</i>
<i>Allievi/e1</i>	<i>6-17 anni</i>
<i>Juniore M/F</i>	<i>18-19 anni</i>
<i>Promesse M/F</i>	<i>20-21 anni</i>
<i>Senior M/F</i>	<i>22 anni in su</i>
<i>Senior Master</i>	

Secondo il citato D.M. del 18/2/82, pertanto gli atleti di queste categorie devono sottoporsi agli accertamenti specifici previsti per l'attività sportiva agonistica.

SEDAZIONE NEL PAZIENTE TERMINALE

Documento dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze

La pratica della così detta sedazione nei pazienti terminali non è di univoca interpretazione ed è uno dei temi oggetto di ricerca ed approfondimento sul piano clinico, etico e deontologico.

Una definizione la inquadra come “la somministrazione intenzionale di farmaci sedativi in dosi tali da ridurre il livello di coscienza di un paziente in fase terminale di malattia, allo scopo di alleviare il dolore o altri sintomi non più controllabili con altri metodi” (Broeckaert B: Palliative sedation defined, or why and when terminal sedation is not euthanasia. 1st Congress RDPG, December 2000. J Pain Symptom Management 20 (6), 558,2000). Nella letteratura la sedazione nei pazienti terminali risulta praticata attorno al 25% dei casi su soggetti seguiti dai servizi di cure palliative nell'ultima settimana di vita; molti autori fanno ormai chiaro riferimento ad una situazione estrema, parlando di “sedation in the last days” (BMJ What is a good death-26.07.03).

Sul piano etico e deontologico, la sedazione nei pazienti terminali è sovente ricondotta nell'ambito della così detta “dottrina del doppio effetto”, per la quale deve essere ritenuto moralmente lecito trattare un paziente ricercando un effetto positivo (in questo caso alleviare i sintomi refrattari), pur sapendo che il trattamento potrebbe anticipare la fine della vita. Tale dottrina attribuisce determinante rilievo alle intenzioni che, in questa eventualità, sono orientate ad ottenere l'effetto positivo in qualche modo giustificando, ove esistente, il parallelo effetto negativo, in quanto di per sé indesiderato.

Tale pratica è prevista dal Codice di Deontologia Medica che, all'art. 15, prescrive che “i trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze”.

Occorre aggiungere che, ove possibile, in un'ottica di valorizzazione dell'autonomia della persona assistita, la concreta soglia di giustificazione etica e deontologica si colloca nel momento della scelta, che diviene cruciale qualora sia determinata da una espressione di volontà (attuale o pregressa) del paziente e quindi guidata dal rispetto dei suoi desideri, anche nelle fasi finali della vita. L'art. 34 del Codice Deontologico afferma che “il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso”.

La sedazione nei pazienti terminali è pertanto una pratica la cui attuazione richiede i seguenti requisiti:

1. La presenza di una malattia in fase terminale, giunta ormai agli ultimi giorni di vita
2. La persistenza di dolore o di altri sintomi refrattari al trattamento
3. Il consenso informato e consapevole della persona, attuale o pregresso
4. L'intenzione di alleviare adeguatamente i sintomi mediante la somministrazione di farmaci sedativi
5. La proporzionale riduzione del livello di coscienza

Nel contesto della sedazione del dolore non può che prevalere, all'interno degli scopi fondamentali della

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”.

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”.

Art. 36 “Eutanasia”

“Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocarne la morte”.

Art. 37 “Assistenza al malato inguaribile” - I° comma

“In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale il medico deve limitare la sua opera all’assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita”.

medicina, la tutela della qualità della vita rispetto alla garanzia della durata della vita, come anche la morale cattolica insegna (vedi enciclica “Evangelium vitae”).

Obbligo del medico è perseguire il miglior interesse della persona assistita e quindi non interrompere la vita ma garantirne la qualità.

In questo quadro la riduzione del livello di coscienza è eticamente e giuridicamente lecita - e basti pensare all’anestesia - se autorizzata dal paziente e diretta al suo miglior interesse. È questa l’unica evidenza deontologica che deve orientare il comportamento del medico nella assistenza alla fase finale della vita.

EUROPEAN ASSOCIATION OF PALLIATIVE CARE

Dal documento della Ethic Task Force del Febbraio 2003

In terminal sedation, the intention is to relieve intollerabile suffering, the procedure is to use a sedating drug for symptom control, and the successful outcome is the alleviation of distress. In euthanasia, the intention is to kill the patient, the procedure is to administer a lethal drug and the successful outcome is immediate death.

POLIZZA SANITARIA ENPAM-GENERALI

La compagnia addetta alla gestione Sinistri delle polizze ENPAM ha cambiato sede, pertanto le richieste di indennizzo e relativi allegati dovranno essere spediti al seguente indirizzo:

G.G.L. CLIM - Gestione Sinistri Polizze ENPAM
Via Caldera, 21 - Piano 3° palazzina D ala 1- 20153 MILANO
Tel. 02 67398399 - Fax 02 4095912

FARMACI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

Nella Gazzetta Ufficiale n. 279 del 1.12.2003, è stato pubblicato il decreto 21.11.2003, concernente l'Istituzione dell'elenco di farmaci da sottoporre a monitoraggio intensivo ai sensi del D. Lgs. 95 del 8.4.2003 (attuazione della direttiva 2000/38/CE relativa alla specialità medicinali) che all'art. 1, paragrafo c), comma 2, dispone che i medici e gli altri operatori sanitari sono tenuti a segnalare tutte le sospette reazioni avverse gravi o inattese di cui vengano a conoscenza nell'ambito della propria attività. Devono essere segnalate tutte le sospette reazioni avverse osservate, gravi, non gravi, attese ed inattese a tutti i vaccini e ai farmaci posti sotto monitoraggio intensivo ed inclusi in elenchi pubblicati periodicamente dal Ministero della Salute.

L'elenco di farmaci da sottoporre a monitoraggio intensivo, disponibile sul sito internet del Ministero della Salute è riportato di seguito.

specialità medicinale	Principio Attivo	ATC	SSN-PFN
AERIUS	DESITORATADINA	R06AX27	C
AIRTAL	ACECLOFENAC	M01AB16	A
ALLEX	DESLOORATADINA	R06AXZ7	C
ALMOGRAN	ALMOTRIPTAN	N02CC05	A
ALMOTREX	ALMOTRIPTAN	N02CC05	A
AXAGON	ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO	A02BC05	A
AZOMYR	DESLOORATADINA	R06AXZ7	C
CANC1DAS	CASPOFUNGIN	302AX	H
CEPROTIN	PROTEINA C UMANA	B01AX49	H
CIAUS	TADALAFIL	G04BE08	C
C1TOFUR	TEGAFUR	L01BC03	A
CLEVER	EBASTINA	R06AX22	C
COPAXONE	GLATIRAMER ACETATO	L03AX13	A
CYNT	MOXONIDINA	C02AC05	C (sosp)
DATSCAN	IOFLUPANO IODIO 1231	V09AB03	C
EMADOTE	FAMCICLOVIR	J05AB1*	A
ENDOREM	FERUCABOTRAN	V08CB03	C
ESOPRAL	ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO	A02BC05	A
FABRAZYME	AGALS1DA5E BETA	A16AB04	H
FAMVIR	FAMCICLOVIR	J05AB09	A
FISIOTENS	MOXONIDINA	C02AC05	C
GABRIOX	UNEZOD	301XX08	H
GLADIO	ACECLOFENAC	M01AB16	A
IXENSE	APOMORFINA	G04BE07	C
KAFENAC	ACECLOFENAC	M01AB16	C (sosp)
KESTINE	EBASTINA	R06AX22	C
KETEK	TEUTROMICINA	J01FA15	A
KINERET	ANAKINRA	L04AA	H
LEVITRA	VARDENAFIL	G04BE09	C
LEVIAX	TEUTROMICINA	J01FA15	C
LINEZOD Pharmacia	LINEZOLID	J01XX08	H
LUCEN	ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO	A02BC05	A
LUMIGAN	BIMATOPROST	S01EX49	A
MABCAMPATH	ALEMTUZUMAB	L01XC04	H
MILTEX	MILTEFOSINE	L01XX09	C
NERIXIA	NERIDRONATO SODICO	M0SBA49	A
NEXIUM	ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO	A02BC05	A
OFTALAR	PRANOPROFENE	S01BC09	C
OPATANOL	OLOPATADINA	S01GX09	C
OSIGRAFT	OSTEOGENK PROTBN 1	M09AX	C
PRANOFLOG	PRANOPROFENE	S01BC09	C
RELERT	ELETRIPTAN	N02CC06	A
RELPAX	E1.ETRIPTAN	N02CC06	A
RESOVIST	FERUCARBOTRAN	V08CB03	C
SIMDAX	LEVOSIMENDAN	C01CX	C
TALUVIAN	APOMORFINA	G04BE07	C
TRACLEER	BOSENTAN MONOIORATO	C02KX01	H
TRAVATAN	TRAVOPROST	S01EX49	A
UFT	TEGAFUR URACILE	L01BC03	A
UPRIMA	APOMORFINA	G04BE07	C
URAPLEX	TROSPIMUM CLORURO	G04BD49	C
VFEND	VORICONAZOLO	I02AC03	H
VIREAD	TENOFOVIR DISOPROXIL	J0SAF07	H
VIVANZA	VARDENAFIL	GMBE09	C
YARINA	DROSPIRENONE + ETINILESTRADILO	G03AA12	C
YASMIN	DROSPIRENONE + ETINILESTRADILO	G03AA12	C
ZENAPAX	OACUZUMAB	L04AA08	H
ZIRAVIR	FAMCICLOVIR	305AB09	A
ZOMETA	ACIDO ZOLEDRONICO	M0SBA08	H
ZYVOXID	LINEZOLID	301XX08	H

CITTADINI NON COMUNITARI

RICONOSCIMENTO TITOLO ABILITANTE ALL'ESERCIZIO DELLE PROFESSIONI MEDICA E ODONTOIATRICA

Riguardo la data che deve essere riportata nell'albo professionale, ai sensi dell'art. 3 del DPR 221/50 per i diplomi di laurea abilitanti e non, riconosciuti dal Ministero della Salute ai sensi del DPR 394/99:

il Ministero della Salute riconosce i titoli accademici conseguiti da cittadini non

comunitari, comunitari e italiani in un Paese non comunitario ai sensi dell'art. 49 del DPR 31 agosto 1999 n. 394 e con le procedure di cui ai decreti legislativi 27 gennaio 1992 n. 115 e 2 maggio 1994 n. 319. Il riconoscimento operato dal Ministero della Salute, a differenza di quello delle autorità accademiche, è

limitato all'esercizio professionale e sino a quando l'avente diritto mantiene l'iscrizione nell'albo. Nell'ipotesi in cui il cittadino non comunitario, comunitario o italiano dovesse cancellarsi dall'albo per qualsiasi motivo e qualora in futuro, intendesse reinscrivere si renderebbe necessaria l'attivazione della procedura di riconoscimento ex novo. Inoltre il riconoscimento del titolo accademico da parte del Ministero della Salute non è automatico ma discende a seguito dell'esame del curriculum formativo e, nell'ipotesi in cui detto percorso formativo non sia conforme o equipollente a quello italiano, ammette il richiedente a prove compensative e soltanto dopo il superamento di dette prove procede al riconoscimento del titolo accademico conseguito in un Paese non comunitario. Il fatto che il riconoscimento non è automatico e che ha valore soltanto ai fini dell'esercizio della professione ci induce a ritenere

ordine alfabetico principio attivo

ACECLOFENAC	AIRTAL	M01AB16	A
ACECLOFENAC	GLADIO	M01AB16	A
ACECLOFENAC	KAFENAC	M01AB16	C (sosp)
ACIDO ZOLEDRONICO	ZOMETA	M05BAOS	H
AGAISIDASE SETA	FABRAZYME	A16AB04	H
ALEMTOZUMAB	MABCAMPATH	L01XC04	H
ALMOTRIPTAN	ALHOGRAN	N02CC05	A
ALMOTRIPTAN	ALMOTREX	N02CC05	A
ANAKINRA	KINERET	L01AA	H
APOMORFINA	IXENSE	G04BE07	C
APOMORFINA	TALUVIAN	GMBE07	C
APOMORFINA	UPRIMA	GMBE07	C
BIMATOPROST	LUMIGAN	S01EX49	A
BOSENTAN MONOIDRATO	TRACLEER	C02KX01	H
CASPOFUNGIN	CANCIDAS	J02AX	H
DACUZUMAB	ZENAPAX	LCMAA08	H
DESORATADINA	AERIUS	R06AX27	C
DESORATADINA	ALLEX	R06AX27	C
DESORATADINA	AZOMYR	R06AX27	C
DROSPIRENONE + ETINILESTRADILO	YARINA	G03AA12	C
DROSPIRENONE + ETINILESTRADILO	YASMIN	G03AAI2	C
EBASTINA	CLEVER	R06AX22	C
EBASTINA	KEST1N6	R06AX22	C
ELETRIPTAN	RELERT	N02CC06	A
ELETRIPTAN	RELPAK	N02CC06	A
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO	AXAGON	A02BC05	A
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO	ESOPRAL	A02BC05	A
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO	LUCEN	A02BC05	A
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO	NEXIUM	A02BC05	A
FAMCICLOVIR	EMADOTE	J05AB09	A
FAMCICLOVIR	FAMVIR	J05AB09	A
FAMCICLOVIR	ZIRAVIR	J05AB09	A
FERUCARBOTRAN	ENDOREM	V08CB03	C
FERUCARBOTRAN	RESOVIST	voacBoa	C
GLATIRAMER ACETATO	COPAXONE	L03AX13	A
IOFLUPANO IODIO 1231	DATSCAN	V09AB03	C
LEVOSIMENDAH	SIMDAX	C01CX	C
LINEZOLID	GABRIOX	J01XX0B	H
LINEZOLID	LINEZOLID Pharmacia	J01XX08	H
LINEZOLID	ZYVOXID	J01XX08	H
MILTEFOSINE	MILTEX	L01XX09	C
MOXONIDINA	CYNT	C02AC05	C (sosp)
MOXONIDINA	FISIOTENS	C02AC05	C
NERIDRONATO SODICO	NERIXIA	M05BA49	A
OLOPATADINA	OPATANOL	S01GX09	C
OSTEOGENIC PROTEIN 1	OSIGRAR	M09AX	C
PRANOPROFENE	OFTALAR	S01BC09	C
PRANOPROFENE	PRANOFLOG	S01BC09	C
PROTEINA C UMANA	CEPROTIN	B01AX49	H
TADALAFIL	CIALIS	G04BE08	C
TEGAFUR	CITOFUR	L01BC03	A
TEGAFUR URACILE	UFT	L01BC03	A
TEUTROMICINA	KETEK	J01FA15	A
TEUTROMICINA	LEVVIAX	J01FA15	C
TENOFOVIR DISOPROXIL	VIREAD	J05AF07	H
TRAVOPROST	TRAVATAN	S01EX49	A
TROSPRIUM CLORURO	URAPLEX	G04BD49	C
VARDENAFIL	LEVITRA	G04BE09	C
VARDENAFIL	VIVANZA	G04BE09	C
VORICONAZOLO	VFEND	J02AC03	H

che la data che deve essere riportata nell'albo professionale ai sensi dell'art. 3 del DPR 221/50, sia quella del riconoscimento da parte del Ministero della Salute e non già quella del conseguimento nel Paese non comunitario.

Qualora si dovesse accedere alla tesi che la data da riportare nell'albo è quella del conseguimento nel Paese non comunitario si verificherebbe una disparità di trattamento tra il richiedente ammesso alle prove compensative e l'altro che si vede riconosciuto il suo diploma di laurea senza prove compensative. Al contrario, nell'ipotesi in cui il diploma di

laurea sia stato conseguito da un cittadino membro dell'Unione Europea in un Paese dell'Unione, la data che deve essere riportata sull'albo è quella dell'effettivo conseguimento e non già quella del riconoscimento da parte del Ministero della Salute che deve essere considerata a tutti gli effetti come un semplice accertamento.

Infine, nell'albo deve essere riportata la data del D.M. con cui viene riconosciuta e non già quella della G.U. atteso che quest'ultimo ha soltanto valore di pubblicità - notizia e non costitutiva e di accertamento.

ILLEGITTIMITÀ DI REGOLAMENTAZIONE

La Corte costituzionale (sentenza n. 353 depositata il 12.12.2003) ha chiarito che l'istituzione di nuove professioni sanitarie è riservata allo Stato, dichiarando l'illegittimità costituzionale della legge 25/2002 della Regione Piemonte, che aveva regolamentato le pratiche terapeutiche non convenzionali (come omeopatia, fitoterapia e agopuntura), con l'istituzione di figure professionali ad hoc, medici e non, iscritte in appositi registri.

La legge piemontese sulle medicine non convenzionali prevedeva "nell'ottica del pluralismo scientifico e della libertà di scelta da parte del paziente" l'istituzione di un registro per le pratiche terapeutiche "alternative" e la costituzione di una Commissione permanente presso l'assessorato alla Sanità. Con due compiti cruciali: la definizione dei requisiti minimi per il riconoscimento degli istituti deputati alla formazione degli operatori e la verifica del possesso dei requisiti per l'iscrizione in un apposito registro regionale, dopo il superamento di una prova teorica e pratica.

Secondo la presidenza del Consiglio, che ha impugnato il provvedimento, il riconoscimento "regionale" di professioni sanitarie non ancora riconosciute a livello statale (in Italia manca una legge sulle medicine non convenzionali) viola i limiti alle competenze delle Regioni previsti anche dal nuovo articolo 117 della Costituzione. Dello stesso avviso è stata la Corte costituzionale. Ripercorrendo la storia della disciplina delle professioni sanitarie - dal regio decreto 1265/1934 alla Costituzione del 1948, dal Dlgs 502/1992 alla legge 251/2000 - i giudici hanno evidenziato come le figure da formare, i profili e gli ordinamenti siano da sempre riservati alla competenza statale. A seguito dell'entrata in vigore del nuovo Titolo V, la disciplina in materia è da ricondurre nell'ambito della competenza concorrente in materia di "professioni", di cui all'art. 117, terzo comma, della Costituzione. I relativi principi fondamentali, non essendone stati, fino ad ora, formulati dei nuovi, sono pertanto da considerare quelli risultanti dalla legislazione statale già in vigore. Nessun dubbio, allora, sul fatto che anche oggi "la potestà legislativa regionale in materia di professioni sanitarie debba rispettare il principio, già vigente nella legislazione statale, secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e ordinamenti didattici, debba essere riservata allo Stato".

RINNOVO ELENCHI DISPONIBILITÀ PER SOSTITUZIONE MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Gli interessati sono invitati a compilare il modulo pubblicato ed inviarlo, anche a mezzo fax (0422 541637), purchè ben leggibile, alla Segreteria dell'Ordine.

✂-----

Il sottoscritto Dott. _____

Tel. _____

È DISPONIBILE

per l'anno 2004 ad effettuare sostituzioni di medici di medicina generale/pediatr
tri di libera scelta delle seguenti ULSS _____

Dichiara inoltre che, qualora venisse meno tale disponibilità prima della scadenza annuale (31/12/2004), si impegna a darne immediatamente comunicazione all'Ordine dei Medici di Treviso.

Data _____ Firma _____

Si ricorda che all'atto dell'affidamento/accettazione dell'incarico di sostituzione devono essere sottoscritti i seguenti punti:

- Il Medico Sostituto deve garantire il pieno rispetto degli orari d'ambulatorio e può modificarli solo previo accordo col Medico Titolare, tenuto conto dei possibili disagi dell'utenza.
- Il Medico Sostituto deve garantire lo stesso periodo di reperibilità telefonica attiva che viene garantita dal Medico Titolare (in genere ore 8-10 con risposta diretta del titolare o di altra persona).
- Nelle giornate di sabato e nei giorni prefestivi il Medico Sostituto deve rispettare gli impegni del Medico Titolare, deve effettuare la reperibilità telefonica e/o l'ambulatorio qualora fosse prevista attività ambulatoriale e deve effettuare le visite richieste anche se dovesse comportare un prolungamento dell'orario oltre le ore 10 del mattino.
- Il Medico Sostituto si impegna a sostituire un solo medico per volta, salvo casi particolari -dichiarati- nello stesso ambito di scelta, per garantire agli utenti una presenza effettiva nella sede d'attività del tutto simile a quella del titolare.
- Eventuali accordi tra Medico Titolare e Medico Sostituto al di fuori di questo regolamento devono comunque tenere presente che interesse principale è anche evitare disagi e servizi di scarsa qualità agli assistibili.

NOTIZIE DALL'ENPAM

Con Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 1° dicembre 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 10 dicembre 2003, n. 286, la misura del saggio degli interessi legali è stata ridotta dal 3% al 2,5%, in ragione d'anno, con decorrenza 1° gennaio 2004. La variazione del saggio di interesse rende ancora più convenienti i piani di ammortamento dei riscatti (laurea, specializzazione, allineamento, servizio militare o civile, etc.).

L'Ente provvederà al ricalcolo di tutti i piani di ammortamento in essere per riscatti e condono previdenziale per inadempienze contributive.

Contributi previdenziali ENPAM

In base all'indice di svalutazione sono stati fissati anche i limiti di reddito per i versamenti contributivi previdenziali agganciati agli introiti da libera-professione (pari al 12,50% del reddito professionale netto o nella forma ridotta, per gli aventi titolo, al 2%), prodotti durante l'anno 2003 secondo le nuove procedure che vedono la denuncia dei redditi netti non già soggetti ad altra contribuzione previdenziale prodotti con la libera professione entro il 30 luglio di ciascun anno e il relativo pagamento dei contributi entro il 31 ottobre, secondo i calcoli eseguiti direttamente dagli Uffici Enpam in base alla denuncia effettuata dal medico; il pagamento è agevolato con l'invio della modulistica prestampata.

Gli importi degli introiti da libera professione oltre i quali il medico è tenuto al versamento contributivo sono per i medici infraquarantenni e ultraquarantenni a contribuzione ridotta € 4.649,36, mentre il tetto oltre il quale è dovuto il contributo solo dell'1% (0,50 di solidarietà e 0,50 utile ai fini del trattamento di pensione) è di € 47.028,19.

I contributi minimi obbligatori (quota A) dovuti per il 2004 sono stati determinati, invece, rivalutando i contributi relativi all'2003 sulla base dell'incremento percentuale del numero ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati fatto registrare tra giugno 2002 e giugno 2003, che è stato pari al 2,3% (con arrotondamento alla seconda cifra decimale) e precisamente:

- per tutti gli iscritti sino al compimento del 30° anno € 155,72
 - per gli iscritti compresi dal 30° al compimento del 35° anno € 312,00
 - per gli iscritti compresi dal 35° al compimento del 40° anno € 594,54
 - per gli iscritti compresi dal 40° al compimento del 65° anno € 1.106,75
 - per gli iscritti ammessi, entro il 31 dicembre 1989, alla contribuzione ridotta, in quanto coperti da altra copertura previdenziale obbligatoria € 594,54
- vanno inoltre aggiunti € 10,33, come richiesto dai Ministeri vigilanti per rafforzare la tutela nei casi di invalidità e premorienza a favore degli iscritti senza altra copertura previdenziale obbligatoria, e € 42,06 per la copertura dell'onere derivante dalle indennità di maternità, aborto, adozione e affidamento preadottivo, erogate dall'ENPAM:

L'ENPAM ha deciso di creare una banca dati dei medici italiani in pensione, o prossimi alla pensione, i quali vogliano offrire la propria esperienza lavorativa ed il loro tempo libero, a titolo esclusivamente volontario e in stretta collaborazione con le autorità (Ministero degli Affari Esteri, Protezione Civile, Ministero della Salute) e le Organizzazioni Non Governative (ONG) impegnate in progetti sanitari nazionali e internazionali.

Gli interessati sono invitati a compilare e spedire all'ENPAM il modulo in calce.

Cognome e Nome dott. _____

Luogo e data di nascita Città e Prov. _____ Data _____

Stato civile _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo di residenza _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Altri recapiti _____

Tel. casa _____ Tel. ufficio _____ Cell. _____

Laurea in medicina e chirurgia _____

conseguita c/o l'Università di _____ nell'anno _____

Specializzazione in _____

conseguita c/o l'Università di _____ nell'anno _____

Specializzazione in _____

conseguita c/o l'Università di _____ nell'anno _____

Storia professionale _____

Hobby e interessi coltivati _____

Disponibile a recarsi all'estero Disponibile per progetti in Italia Disponibile come Tutor
 SI NO SI NO SI NO

Tempo che desidera mettere a disposizione su base volontaria per eventuali progetti

LINGUE STRANIERE (livelli: 1. nulla - 2. scarso - 3. sufficiente - 4. buono - 5. ottimo - 6. madre lingua)

Inglese livello [_____] Francese livello [_____] Spagnolo livello [_____]

Con riferimento alla L. n. 675 del 31.12.96, acconsento al trattamento dei dati personali

Data _____ Firma _____

APPUNTAMENTI SCIENTIFICI

LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE E IL RISCHIO CLINICO. LA GESTIONE DELL'EVENTO E LE PROCEDURE DI CORREZIONE.

INTRODUZIONE: Dr. Daniele Frezza - Vicepresidente Ordine dei Medici di Treviso

MODERATORI: Dr. Giorgio Bazzera e Dr. Daniele Frezza - Coordinatori Commissione Qualità dell'atto Medico - Ordine dei Medici di Treviso.

RELATORI:

Dr. Mario Secolo - Direttore Sanitario ULSS n.8

Il rischio clinico in sanità

Dr. Paolo Moreni - Professore a Contratto - Istituto di Medicina Legale di Padova

La gestione del rischio nelle Aziende Sanitarie

Dr.ssa Renata Cinotti, Dr. Patrizio Didegno - Regione Emilia Romagna

L'esperienza dell'Emilia Romagna nella gestione del rischio clinico

Prof. Paolo Benciolini - Direttore Istituto di Medicina Legale dell'Università di Padova

Ruolo della Medicina Legale nel rischio clinico

Dr. Claudio Dario - Direttore Generale ULSS n.9 - Treviso

La progettualità in Provincia di Treviso e nell'ULSS n.9 nella gestione del rischio clinico e nelle procedure di correzione.

CONCLUSIONI: Avv. Fabio Gava - Vicepresidente e Assessore alle Politiche Sanitarie della Regione Veneto

**SALA RIUNIONI HOTEL CA' DEL GALLETTO
TREVISO - SABATO 27 MARZO 2004 - ORE 10-13**

Programma preliminare

• **Venerdì 19 marzo 2004** ore 9,30 organizzato dal Coordinamento REM, Seminario di Studio **"RAPPRESENTANTI DELLA CITTADINANZA NEI COMITATI ETICI PER LA SPERIMENTAZIONE"** presso Sala di facoltà, Dipartimento di filosofia, Padova. Per informazioni: 0872 570256 - <http://easi.negrisud.it/etica>

• **Sabato 27 marzo 2004** ore 9 organizzato dall'Associazione di Dermatologia Clinica di Treviso **"1° CORSO DI AGGIORNAMENTO DERMATOLOGIA PEDIATRICA"** presso Sala Riunioni dell'Ospedale Ca' Foncello. È richiesta la preiscrizione al n. 0422 322517. L'iscrizione (€ 50,00) è gratuita per i soci A.D.C. e per gli specializzandi in Dermatologia. Per informazioni: www.addc.it - tositti@adde.it

• **Mercoledì 31 marzo 2004** ore 20,30 - 23,30, organizzato dall'ANDI di Treviso **"COME DIAGNOSTICARE L'INTERNAL DERANGEMENT DELL'ATM"** (Dott. S. Prati) Hotel Ca' del Galletto - via S. Bona Vecchia, 30 - Treviso (in corso di accreditamento ECM; partecipazione gratuita riservata ai soli Soci ANDI)

• **Mercoledì 7 aprile 2004** (data provvisoria) ore 20,30 - 23,30 organizzato dall'ANDI di Treviso **"ODONTOIATRIA RESTAURATIVA CON LA METODOLOGIA CAD-CAM"** (Dott. S. Costanzo) Hotel Ca' del Galletto - via S. Bona Vecchia, 30 - Treviso (in corso di accreditamento ECM; partecipazione gratuita riservata ai soli Soci ANDI)

• **Sabato 17 aprile 2004** ore 9,00 - 17,45 organizzato dall'ANDI di Treviso **"GIORNATA DI CHIRURGIA ORALE"** (Prof. G.A. Favero, Dott. G. Mazzoleni, Dott. C. Boato, Dott. A. Zirilli) Hotel Villa Fiorita - via Giovanni XXIII, 1 - Monastier (in corso di accreditamento ECM; partecipazione gratuita per Medici e Odontoiatri)

NOTIZIE DALLA FEDERSPEV

Nell'anno appena trascorso la nostra Sezione ha mantenuto la sua intensa attività sia nel campo del volontariato che nel settore turistico-culturale.

Ambulatorio di Solidarietà

Ospitato nella sede della Caritas Diocesana di Vittorio Veneto, che provvede ai compiti di Segreteria, entra, nel 2004, nel suo terzo anno di attività quale servizio di medicina generale e specialistico di ginecologia, per i soggetti più bisognosi di aiuto, indigenti: nella quasi totalità immigrati non in regola.

L'ambulatorio funziona con una cadenza bisettimanale e con la contemporanea presenza di uno specialista ginecologo e di un medico di medicina generale. L'affluenza è sostenuta e la prevedibile riduzione di richieste per la messa in regola di molti immigrati è per ora molto limitata. Come negli anni precedenti la maggior parte dei nostri pazienti proviene dall'Europa dell'Est, in maggioranza sono donne: la gratitudine e la fiducia dimostrate sono il più bel compenso per i nostri bravissimi medici volontari.

Attività turistico-culturale

Gita a Concordia Sagittaria a metà aprile

Visita, al mattino, degli scavi archeologici recentemente ampliati, ed al pomeriggio, a Sesto al Reghena della celebre Abbazia di Santa Maria in Sylvis.

Abbiamo avuto le congratulazioni del Rettore per essere il primo gruppo di medici (oltre 30) così numeroso in visita. Lo scorso anno la gita era stata sospesa per la... paura della pioggia, e quest'anno abbiamo affrontato una vera pioggia, senza danni.

Visita al Santuario dei SS.Vittore e Corona ad Anzù di Feltre ai primi di giugno. Dopo l'accurata visita del Santuario e del chiostro ci siamo recati a Feltre nella zona medioevale e abbiamo visitato gli scavi archeologici del Duomo. Dopo una sosta "al Cappello" di Mel, visita del castello di Zumelle.

Dopo la pausa estiva, negli ultimi giorni di settembre, dato il grande successo ottenuto lo scorso anno, è stata ripetuta la gita in Umbria con base a Perugia e visita di Ascoli Piceno, Spoleto, Spello, Todi e rifornimento a Montefalco di Sagrantino. Non è mancata la visita agli Istituti ONAOSI, sia maschile che femminile ed abbiamo avuto anche un incontro con il Presidente Dott. Aristide Paci. Come sempre l'accoglienza è stata cordiale ed affettuosa.

Una conferenza dal titolo intrigante ed accattivante "Bello... da gustare con gli occhi" ha chiuso, ai primi di novembre, il nostro programma. Bravissima la relattrice Dott. Prof. Flavia Strumendo.

Assemblea annuale

Il 27 novembre u.s. si è svolta l'annuale assemblea, quest'anno anche elettiva per il quadriennio 2004-2007 con la consueta gratificante partecipazione di tanti iscritti. Dopo la votazione il Consiglio Direttivo Provinciale risulta così composto:

Presidente: Dott.ssa FONTANIN Maria Luisa
Vice Presidente: Dott. CASSETTA Egidio
Segretario: Sig.ra MASO Liliana Ved. Cappellazzo
Tesoriere: Sig.ra DURIGHELLO Rosanna Ved. Meleleo
Consiglieri: Dott. CELLINI Antonio
Consiglieri: Dott. CITRON Francesco
Dott. MUNARI Giorgio

Collegio dei Revisori Dei Conti:

Sig.ra MIRANDOLA Laura Ved. BOTTO
Dott. ORICOLI Luigi
Sig.ra ROMERI Olga Ved. PATRESE
Dott. TURCHETTO Giampaolo

Assente, con nostro e suo rammarico, il Presidente dell'Ordine dei Medici Dott. Brunello Gorini impegnato in Commissione Ministeriale d'esami.

Presenti il Dott. Cervato, Tesoriere Nazionale e Presidente Regionale ed il Proboviro Nazionale e Presidente Provinciale di Belluno Dott. Bertolissi.

Il Dott. Cervato ha fatto una dettagliata relazione sugli obiettivi finora raggiunti:

- **con l'ENPAM:** proposta, accettata, di un terzo livello a copertura pressochè totale di ogni forma morbosa della polizza sanitaria integrativa;
- **con l'ONAOSI:** riduzione della quota associativa, ora obbligatoria, a 18,00 euro all'anno
- **Fondo di Solidarietà:** sono state accolte tutte le domande di medici e vedove in difficoltà

Il Dott. Cervato ha assicurato che per i problemi ancora insoluti (pensioni d'annata!) l'impegno presso i parlamentari è sempre altissimo e pressante. Dopo l'approvazione dei bilanci consuntivo e preventivo, presentati dalla disponibilissima e attiva tesoriera Signora Meleleo e l'intervento del Presidente sull'attività sezionale dell'anno, un allegro, ottimo e vivace pranzo sociale ha chiuso la giornata.

Ancora una volta mi permetto di ricordare ai medici già pensionati e non iscritti alla Federspev ed a quelli che lo saranno tra poco e che avranno avuto la curiosità o la costanza di arrivare a leggermi fino alla fine, che le nostre pensioni **vanno tutelate**, perché sono sempre più a rischio oltre che ridotte e che se da soli siamo inermi, indiscutibilmente l'unione fa la forza. E poi, ritrovarci almeno una volta all'anno, è gradevole e fa bene.

Maria Luisa Fontanin

MA COSA FA L'ORDINE ?

Nei mesi di novembre e dicembre 2003 l'Ordine ha:

- ricevuto n. 552 lettere
- spedito n. 888 lettere
- iscritto all'Albo Medici Chirurghi n. 13 Colleghi
- iscritto all'Albo Odontoiatri n. 5 Colleghi
- cancellato dall'Albo Medici Chirurghi n. 5 Colleghi
- cancellato dall'Albo Odontoiatri n. 2 Colleghi
- approvato n. 5 parcelle
- approvato n. 22 pratiche di pubblicità sanitaria

Il Consiglio dell'Ordine si è riunito 1 volta. L'Esecutivo si è riunito 2 volte.

Il 15 novembre si è tenuta l'Assemblea dell'Ordine

La Commissione Albo Odontoiatri si è riunita 2 volte.

Ci sono state n. 3 riunioni di Commissioni dell'Ordine.

Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri ha sentito 2 Colleghi (pubblicità sanitaria).

Il Presidente ha partecipato:

- 3 novembre Convegno Farmacisti S. Leonardo
- 10 novembre Riunione delle Società Scientifiche Trevigiane
- 12 novembre Corso aggiornamento su “Urgenze psichiatriche”
- 12 novembre “La Cefalea dall’infanzia alla vecchiaia” Castelfranco Veneto: intervento di salute e sulla privacy
- 17 novembre audizione medico (denunce pazienti)
- 20 novembre 4° Convegno annuale “Giornate Vittoriosi di Medicina Legale” Vittorio Veneto: intervento sulla attività della Commissione Qualità dell’atto medico e rapporti con il Tribunale del malato
- 21 novembre Assemblea del Dipartimento di Salute Mentale della ULSS 9: intervento di salute e sulla collaborazione ed integrazione professionale e formativa.
- 21 novembre audizione medico (pubblicità)
- 21 novembre “Come salvaguardare e valorizzare la genitorialità in funzione del benessere dei minori nelle situazioni di separazione e divorzio” Tavola rotonda organizzata dall’Associazione Mogli Medici Italiani (AMMI)
- 22 novembre “Professioni sanitarie a confronto” Convegno dell’Ordine dei Medici di Padova
- 24 novembre incontro redazione “Treviso c’è”
- 27 novembre Commissione esaminatrice per l’accesso al 1° Corso Triennale in Medicina Generale
- 29 novembre “La responsabilità professionale del medico” conferenza organizzata dalla Commissione per la qualità dell’atto medico.
- 29 novembre Consiglio Nazionale ENPAM Roma
- 30 novembre Elezioni Consulta ENPAM per SAI
- 5 dicembre incontro proposta Formazione a Distanza
- 6 dicembre Roma Consiglio Nazionale FNOMCeO
- 7 dicembre Roma Consiglio Nazionale Straordinario FNOMCeO
- 9 dicembre “Il medico competente tra norma, responsabilità e pratica corrente” Castelfranco Veneto: intervento di salute e sulla privacy
- 9 dicembre incontro con esecutivo Ordine dei Farmacisti
- 12 dicembre “Albero biliare: fisiopatologia e clinica” Convegno, Ospedale Ca’ Foncello, Treviso: intervento di salute e sul problema della privacy.
- 15 dicembre “Comunicazione corretta ed efficace con l’utente” Ospedale S. Camillo, Treviso: relazione sull’evoluzione della comunicazione nel rapporto medico-paziente.
- 16 dicembre audizione medico (denunce pazienti)
- 24 dicembre incontro programmazione corsi aggiornamento

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

15/11/2003	Il Gazzettino	<i>Stamattina Assemblea dei medici</i>
15/11/2003	La Tribuna	<i>Medici in assemblea</i>
16/11/2003	La Tribuna	<i>L’Ordine dei Medici trasloca</i>
16/11/2003	Il Gazzettino	<i>Medici, la privacy sta diventando un problema</i>
20/11/2003	CorriereMedico	<i>Esame dopo il sì del tutor</i>

PERCORSO FORMATIVO SULLA RESPONSABILITÀ PENALE E CIVILE DEL MEDICO

5 Moduli di 2 giorni consecutivi, ciascuno di 7 ore al giorno
con orario 9.30 – 13 · 14.00 – 17.30

Il costo del Percorso Formativo è di € 3.250,00 (+IVA se dovuta) ed include anche un abbonamento annuale “A” gratuito al portale internet www.sanilex.it. I primi due moduli sono in fase di accreditamento ECM.

CALENDARIO	
1° MODULO: Il processo di responsabilità e responsabilizzazione	
1° Corso 21-22 aprile 2004	2° Corso 5-6 maggio 2004
2° MODULO: Competenze e doveri del personale sanitario e diritti del paziente	
1° Corso 19-20 maggio 2004	2° Corso 9-10 giugno 2004
3° MODULO: Le indagini preliminari e le indagini difensive	
1° Corso 23-24 giugno 2004	2° Corso 7-8 luglio 2004
4° MODULO: Il giudizio - la responsabilità penale	
1° Corso 22-23 settembre 2004	2° Corso 6-7 ottobre 2004
5° MODULO: Il giudizio - la responsabilità civile	
1° Corso 20-21 ottobre 2004	2° Corso 10-11 novembre 2004

Il Percorso Formativo si terrà a Padova, il luogo sarà comunicato ai partecipanti di volta in volta.

Dichiaro di aver effettuato il versamento di € 3.250,00 (+IVA se dovuta) intestato a:
SanitàLex Scrl - c/o Banca Sella Ag. di Firenze
sul c/c n. 052900075030 ABI: 03268 CAB: 02800

Per informazioni sull'iscrizione telefonare a: Sig.ra Iris Miolo
Tel./Fax 055-680520 e-mail: iemss@centroin.it

Il portale internet www.sanilex.it mette a disposizione dei clienti abbonati (persona fisica cui è assegnato un codice, ad esclusivo uso personale, necessario per accedere alla sua area riservata) un servizio informativo – formativo – e consulenziale attivo 24 ore su 24

FUNZIONI DEL PORTALE SANILEX:

- accedere agli archivi: sentenze, massime, schede giuridiche e pareri espressi secondo una struttura tassonomica giuridico-medica;
- richiedere chiarimenti sulle informazioni presenti negli archivi;
- accedere all'area documentale: evidence based treatment, specialità medicinali, informazioni di carattere informativo (link a siti speciali), accesso a banche dati in abbonamento;
- porre quesiti, nel caso in cui negli archivi delle schede giuridiche e dei pareri non siano presenti le informazioni necessarie o che non risultino esaustive oppure non evidenzino gli elementi di differenziazione specifici;
- richiedere ricerche documentali ad hoc (con contribuzione).

Modalità di pagamento e registrazione

Carta di credito sistema Banca Sella intestato a:

SanitàLex Scrl
c/o Banca Sella Agenzia di Firenze
Sul C/C n° 052900075030
ABI: 03268 CAB: 02800

Bonifico Bancario intestato a:

SanitàLex Scrl
c/o Banca Sella Ag. Firenze
Sul C/C n° 052900075030
ABI: 03268 CAB: 02800

ABBONAMENTO A:

€ 300,00 (al netto dell'IVA)

La quota di abbonamento comprende:

- A1. accesso agli archivi: schede giuridiche/massime, pareri, sentenze rese disponibili in forma digitale dalla Cassazione;
- A2. accesso alla sezione documentale medica selezionata da SanitàLex;
- A3. risposte, entro 24 ore, a 12 richieste di chiarimenti sui contenuti giuridico-sanitari presenti sul portale;
- A4. risposte, entro 72 ore, a due quesiti, nell'arco dell'abbonamento annuo, nell'ambito giuridico (penale o civile);
- A5. un corso di formazione on-line di 3 ore sulla firma digitale
- A6. un corso di formazione on-line di 5 ore sul consenso informato.

ABBONAMENTO B:

€ 200,00 (al netto dell'IVA)

La quota di abbonamento comprende:

- B1. accesso agli archivi: schede giuridiche/massime, pareri, sentenze rese disponibili in forma digitale dalla Cassazione;
- B2. accesso alla sezione documentale medica selezionata da SanitàLex;
- B3. risposte, entro 48 ore, a 6 richieste di chiarimenti sui contenuti giuridico-sanitari presenti sul portale;
- B4. un corso di formazione on-line di 3 ore sulla firma digitale
- B5. un corso di formazione on-line di 5 ore sul consenso informato.



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, 18 - 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