



# L'Ordine

di Treviso

Anno XV - N° 3/2007 | Direttore: Michele Bucci | Aut. Trib. TV n. 934 del 24/08/1994  
Tariffa Regime Libero (ex. tab. D): Poste Italiane S.p.A. | Spedizione in abbonamento postale 70% | DCB TV

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



L'ingresso dell'Ospedale Civile di Conegliano

03  
2007

- **Incontri di aggiornamento dell'Ordine**
- **Formazione e ECM**
- **La cartella clinica informatizzata**
- **La crisi dei camici bianchi**
- **Il consenso informato**

## ■ Attività dell'Ordine

- 01 Incontri di Aggiornamento
- 01 Commissione Albo Odontoiatri
- 01 Pubblicità sanitaria e Codice di Deontologia Medica
- 03 Variazioni agli Albi

## ■ Comunicazioni dell'Ordine

- 04 Informazione scientifica del farmaco
- 07 Trattenute ai pensionati INPDAP
- 08 Cartello "Vietato Fumare"
- 08 Onorificenze agli iscritti
- 09 Notizie odontoiatriche:  
Cassazione e Agenzia delle Entrate
- 11 Accesso alla Commissione Centrale

## ■ Riceviamo e pubblichiamo

- 12 Federazione Regionale
- 15 FNOMCeO
- 17 ENPAM
- 18 La crisi dei camici bianchi
- 19 Il consenso informato
- 20 AMA Treviso
- 21 Lega Italia per la lotta contro i Tumori
- 21 Ricerca Medici
- 22 La Banca dei Tessuti di Treviso
- 24 AIDO Regionale
- 27 Farmaci antidolorifici e stupefacenti
- 29 Volontariato in Africa
- 31 Sviluppo del territorio e integrazione con l'Ospedale
- 35 Medicina non convenzionale e carcinoma della mammella
- 38 Ansia e depressione

## ■ Rubriche

- 39 Rassegna Giuridico Amministrativa
- 40 Appuntamenti Scientifici

# Segreteria

## Orario di apertura al pubblico

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



**L'Ordine**  
di Treviso

### DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Michele BUCCI

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Domenico STELLINI

#### Vice Presidente

Saverio ORAZIO (Odont.)

#### Segretario

Daniele FREZZA

#### Tesoriere

Gaetano Giorgio GOBBATO

#### Consiglieri

Paolo BURELLI

Diego CODOGNOTTO CAPUZZO (Odont.)

Laura DAPPORTO

Brunello GORINI

Renzo MALATESTA

Giovanni MAZZOLENI

Federica NENZ detto NENZI

Pietro Mario ROSSI

Giampiero RUZZI

Fulvia SALZANI

Massimo SANTONASTASO

Remigio VILLANOVA

Giuseppe ZAPPIA

### COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

#### Effettivi

Gaetano CAPPELLETTO **Presidente**

Diego GIRARDI

Gianfilippo NERI

#### Supplente

Gianna DI LUNA

### COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Diego CODOGNOTTO CAPUZZO

#### Presidente

Luigino GUARINI

Saverio ORAZIO

Edoardo STELLINI

Angelo UZZIELLI

## INCONTRI DI AGGIORNAMENTO DELL'ORDINE

La Commissione per l'Aggiornamento Professionale organizza presso la sede dell'Ordine in Treviso – Via Risorgimento n. 11, con inizio alle ore 20,45 le seguenti serate di aggiornamento:

Giovedì **15 novembre 2007**:

### “CERTIFICAZIONE DI MALATTIA: RACCOMANDAZIONI E CONSIDERAZIONI”

Relatore: Dott. Giancarlo Settembre (Responsabile Sanitario INPS di Treviso)  
con la partecipazione del Dott. Brunello Gorini e del Dott. Salvatore Cauchi  
in rappresentanza dei Sindacati dei Medici di Medicina Generale della nostra Provincia;

Mercoledì **5 dicembre 2007**:

### “AMBIENTE E SALUTE DEL BAMBINO”

Relatore: Dott. Giacomo Toffol (Pediatra di libera scelta)

## COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

A seguito delle dimissioni da Presidente della Commissione Albo Odontoiatri del Dott. Saverio Orazio ed alla nomina del nuovo Presidente avvenuta il 17 settembre 2007, si comunica che la Commissione Albo Odontoiatri risulta così composta:

Dott. Diego	<b>CODOGNOTTO CAPUZZO</b>	<i>Presidente</i>
Dott. Luigino	<b>GUARINI</b>	
Dott. Saverio	<b>ORAZIO</b>	
Prof. Edoardo	<b>STELLINI</b>	
Dott. Angelo	<b>UZZIELLI</b>	

## Publicità Sanitaria e Codice di Deontologia Medica

Pubblichiamo il quesito pervenuto all'Ordine:

*“È nostra intenzione aprire ad Oderzo uno studio dentistico dedicato esclusivamente alla pedodonzia”.*

*L'obiettivo è quello di educare i piccoli pazienti alla prevenzione delle patologie del cavo orale e trattarli con le terapie più innovative.*

*Vorremmo far conoscere questa nuova realtà attraverso i canali di pubblicità consentiti, ma che non abbiamo chiari.*

*Ci interesserebbe ad esempio sapere se è possibile rivolgersi alle scuole del territorio”*

**Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri risponde:**

In merito alla sua richiesta di chiarimenti sulle nuove norme pubblicitarie che hanno avuto vasta eco sulla stampa e interpretazioni spesso ambigue è utile, come stiamo continuando a fare attraverso tutti i mezzi di comunicazione consentiti, divulgare notizie certe anche se in questo campo il concetto di dinamismo è una realtà consolidata.

La nuova Legge del luglio 2006 (nota come Legge Bersani) tra l'altro afferma:

*“Sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali il divieto, anche parziale, di **svolgere pubblicità informativa** circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni **secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'Ordine**”.*

L'Ordine, nell'ambito dei suoi poteri di verifica e controllo dell'esercizio della professione nell'interesse della cittadinanza, valuta il contenu-

to, la forma e gli aspetti estetici dei messaggi pubblicitari o meramente informativi, in qualunque forma esposti o tramite qualsiasi supporto diffusi, compresa la carta intestata e i ricettari, in base alle presenti norme e nella salvaguardia del decoro e della dignità della professione.

L'Ordine da sempre sostiene le campagne di informazione e di prevenzione a favore dei pazienti e auspica che i Colleghi si impegnino in tali iniziative, purtroppo spesso abbiamo dovuto registrare episodi di spettacolarizzazione delle performance terapeutiche che hanno avuto come diretta conseguenza l'induzione di illusorie aspettative nei pazienti affetti dalle patologie interessate; in altre occasioni in virtù di una incontestabile conflittualità corporativa abbiamo dovuto dirimere controversie tra Colleghi. Un esempio frequente è proprio dato dall'informazione odontoiatrica nelle scuole pubbliche che ha suscitato esposti all'Ordine per concorrenza sleale verso i Colleghi o illecito accaparramento di clientela. Abbiamo sempre sostenuto che l'educazione sanitaria dovrebbe essere materia di insegnamento e in campo odontoiatrico avrebbe ricadute molto positive sulla salute orale dei pazienti, purtroppo la richiesta è sempre rimasta inevasa.

Alle Associazioni di categoria o Società scientifiche che ci hanno presentato simili domande abbiamo sempre suggerito, previo richiesta ufficiale al Provveditore, di inviare nelle scuole Colleghi che operano in territori lontani dalla sede professionale, in questo modo non ci sono state lamentele e la correttezza è sempre stata rispettata.

Ad ogni buon conto giova ricordare gli articoli del nuovo Codice di Deontologia che potrebbero essere pertinenti all'argomento:

### **Art. 27**

**Libera scelta del medico e del luogo di cura**

La libera scelta del medico e del luogo di cura da parte del cittadino costituisce il fondamento del rapporto tra medico e paziente.

Nell'esercizio dell'attività libero professionale svolta presso le strutture pubbliche e private, la scelta del medico costituisce diritto fondamentale del cittadino.

È vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influire sul diritto del cittadino alla libera scelta.

Il medico può consigliare, a richiesta e nell'esclusivo interesse del paziente e senza dar luogo a indebiti condizionamenti, che il cittadino si rivolga a determinati presidi, istituti o luoghi di cura da lui ritenuti idonei per le cure necessarie.

**Questo articolo del nuovo Codice richiama i concetti del precedente sui comportamenti che possono costituire concorrenza sleale verso i Colleghi o illecito accaparramento di clientela.**

### **Art. 55**

**Informazione sanitaria**

Nella comunicazione in materia sanitaria è sempre necessaria la massima cautela al fine di fornire una efficace e trasparente informazione al cittadino. Il medico deve attenersi in materia di comunicazione ai criteri contenuti nel presente Codice in tema di pubblicità e informazione sanitaria; l'Ordine vigila sulla corretta applicazione dei criteri stessi.

**Il medico collabora con le istituzioni pubbliche al fine di una corretta informazione sanitaria ed una corretta educazione alla salute.**

### **Art. 56**

**Pubblicità dell'informazione sanitaria**

La pubblicità dell'informazione in materia sanitaria, fornita da singoli o da strutture sanitarie pubbliche o private, non può prescindere, nelle forme e nei contenuti, da principi di correttezza informativa, responsabi-

lità e decoro professionale.

La pubblicità promozionale e comparativa è vietata.

Per consentire ai cittadini **una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti** è indispensabile che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discrezionale, ma obiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili e verificata dall'Ordine competente per territorio.

Il medico che partecipa, collabora od offre patrocinio o testimonianza alla informazione sanitaria non deve mai venir meno a principi di rigore scientifico, di onestà intellettuale e di prudenza, escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri. Il medico non deve divulgare notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario, non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico in particolare se tali da alimentare infondate attese e speranze illusorie.

### **Art. 58**

**Rispetto reciproco**

Il rapporto tra medici deve ispirarsi ai principi di corretta solidarietà, di reciproco rispetto e di considerazione della attività professionale di ognuno. Il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito.



# Variazioni agli Albi

LUGLIO - SETTEMBRE 2007

## ISCRIZIONI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

Alvaro Eva	Prima iscrizione
Andriollo Marta	Prima iscrizione
Boffa Nicoletta	Trasferita dall'Ordine di Trieste
Caira Stefania	Trasferita dall'Ordine di Padova
Campo Dall'Orto Riccardo	Prima iscrizione
De Marchi Roberta	Prima iscrizione
De Marco Luisa	Trasferita dall'Ordine di Cosenza
Di Gregorio Marco	Prima iscrizione
Fornasier Tommaso	Prima iscrizione
Lanza Antonio	Reiscrizione
Maset Marta	Prima iscrizione
Mazzer Micol	Prima iscrizione
Mazzer Giosuè	Prima iscrizione
Modesti Valentina	Prima iscrizione
Neri Lucia	Trasferita dall'Ordine di Belluno
Pagotto Alberto	Prima iscrizione
Pattavina Giovannella Desirée	Trasferita dall'Ordine di Siracusa
Pavanello Donatella	Prima iscrizione
Pejrani Giovanni	Trasferito dall'Ordine di Napoli
Piazzolla Pasquale	Trasferito dall'Ordine di Taranto
Possamai Anna	Prima iscrizione
Roveda Federica	Prima iscrizione
Silvestrin Chiara	Prima iscrizione
Taddeo Ilaria	Prima iscrizione
Tosco Lorenzo	Prima iscrizione
Zgircibaba Ecaterina	Prima iscrizione

## ISCRIZIONI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Gabrieli Paolo Francesco	Prima iscrizione
Perin Ermanno	Prima iscrizione
Squarzoni Luca	Prima iscrizione

## CANCELLAZIONI DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

Barbon Francesca	Trasferita all'Ordine di Padova
Bellini Elvio	Trasferito all'Ordine di Rovigo (doppia iscrizione)
Beraldo Stefania	Trasferita all'estero
Dalla Pria Antonio Franco	Dimissioni
Derton Luigi	Dimissioni (doppia iscrizione)
Ferrante Ermanno	Dimissioni (doppia iscrizione)
Ferrarese Mario	Dimissioni
Miorin Manuela	Trasferita all'Ordine di Vicenza
Ranieri Marco	Trasferito all'Ordine di Venezia
Tshimanga Kalongo	Trasferito all'Ordine di Sondrio

## CANCELLAZIONI DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Bellini Elvio	Trasferito all'Ordine di Rovigo (doppia iscrizione)
Derton Luigi	Dimissioni (doppia iscrizione)
Fanzago Andrea	Dimissioni <b>solo</b> dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi
Ferrante Ermanno	Dimissioni (doppia iscrizione)
Segnini Paolo	Trasferito all'Ordine di Venezia
Parcianello Giovanni Riccardo	Dimissioni <b>solo</b> dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi

# Modalità operative per le attività di INFORMAZIONE SCIENTIFICA DEL FARMACO

*Pubblichiamo il testo della D.G.R. n.1307 dell'8.05.2007, pubblicata nel BUR n. 49 del 29.05.2007, in merito all'attività di informazione scientifica del farmaco. Le nuove disposizioni avranno decorrenza a far data dal 1° luglio 2007:*

## **A) Pubblicità presso i medici, gli operatori sanitari**

(art. 119 D.Lgs. 219/06)

1. Le Aziende farmaceutiche che intendono svolgere attività di informazione scientifica sui farmaci nella Regione Veneto comunicano alla stessa:

nome, cognome, codice fiscale, data inizio attività dei propri informatori scientifici (ISF), specificando l'eventuale area terapeutica che essi rappresentano e l'ambito territoriale in cui svolgono la loro attività (specificare l'ambito provinciale e/o di ASL e/o AO)

codice identificativo dell'Azienda stessa ed eventuali aziende farmaceutiche consociate/associate  
certificazione del rispetto delle disposizioni previste dall'art. 122 del D.Lgs. 219/06, con particolare riferimento a:

- titolo di studio secondo quanto previsto dall'art. 122, comma 2, D.Lgs 219/2006;
- attività svolta sulla base di un rapporto di lavoro instaurato con un'unica impresa farmaceutica, comprese eventuali situazioni in deroga previste da specifico decreto del Ministero della Salute (art. 122, comma 3 del D.lgs 219/06);
- il nominativo del direttore del servizio scientifico, di cui all'art. 126 del D.lgs. 219/06, dal quale essi dipendono;
- il nominativo del responsabile



del servizio di farmacovigilanza aziendale (comma 4, art. 130 D.Lgs 219/06);

gli ISF dovranno essere dotati di tesserino di riconoscimento (foto compresa), che riporta i seguenti dati:

- nome e cognome;
- codice fiscale;
- data inizio attività presso l'Azienda farmaceutica;
- logo e nome dell'Azienda farmaceutica;
- codice identificativo dell'Azienda farmaceutica (fonte Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA);
- aree terapeutiche nelle quali l'ISF opera;
- ambito territoriale e/o ASL e/o AO nei quali l'ISF opera.

Detto tesserino sarà fornito dalle rispettive Aziende farmaceutiche e vidimato dalla Regione Veneto, sulla base degli elenchi dei nominativi ricevuti, da esibirsi per l'accesso nelle strutture del SSR, incluse quelle convenzionate.

Ogni successiva variazione dell'elenco dei nominativi dovrà essere tempestivamente (30 giorni) comunicata alla Regione o Provincia Autonoma; in caso di cessazione del rapporto di lavoro il tesserino dovrà essere ritirato immediatamente dall'Azienda farmaceutica.

2. Lo svolgimento dell'attività degli ISF all'interno delle strutture del SSR viene assicurato e agevolato dalle Direzioni delle suddette strut-

ture attraverso l'individuazione di locali idonei (esempio sala medici, biblioteca di reparto, studio del medico) in fasce orarie concordate con il responsabile dell'unità operativa, sensibilizzando la disponibilità dei medici e farmacisti e promuovendo la condivisione di una politica aziendale di programmazione degli incontri di informazione scientifica sui farmaci mediante visite individuali su appuntamento o preferibilmente incontri collegiali organizzati dalle Direzioni medesime e/o dal responsabile del reparto/unità operativa. Non sarà pertanto ammesso lo svolgimento dell'attività di informazione medico scientifica all'interno dei reparti di degenza nonché negli ambulatori specialistici durante l'orario di visita dei pazienti ad eccezione degli studi medici.

Lo svolgimento dell'attività degli ISF negli studi medici convenzionati (MMG, PLS e Guardia Medica) avviene in apposito orario, concordato con il medico.

3. Al fine di agevolare la programmazione degli incontri, dovrà essere apposto negli studi medici convenzionati e nelle strutture del SSR un apposito cartello nel quale siano chiaramente individuate le modalità di ricevimento degli ISF.

4. Il numero delle visite individuali di ogni ISF ai singoli medici di medicina generale e pediatri di libera scelta è quantificabile in visite annuali pari a 5 per ogni medico interessato alla prescrizione. Tale limite si ritiene un indicatore utile al monitoraggio dell'impatto dell'informazione scientifica sull'andamento prescrittivo e il Tavolo di Monitoraggio potrà prevedere sistemi o indicatori differenziati, in relazione alle diverse politiche aziendali delle industrie farmaceutiche ed alle eventuali diverse ricadute sui livelli di prescrizione.

Qualora un ISF sia responsabile del servizio di informazione scientifica di più prodotti, il numero massimo di visite rimane comunque determi-

nato, in numero di cinque annuali, fatta salva l'esigenza di veicolare nuove informazioni rilevanti sull'uso appropriato dei medicinali (modifiche dell'RCP – es. nuove indicazioni terapeutiche – o nuove informazioni sulla sicurezza – es. avvertenze, eventi avversi, controindicazioni, effetti collaterali).

5. Gli ISF devono svolgere la loro attività presso i medici da soli; la presenza del capoarea o di altre figure professionali non correlate all'attività di informazione scientifica, è ammessa solo per funzioni diverse dalla informazione scientifica.

6. Non è consentito, agli operatori del Servizio Sanitario Nazionale e delle farmacie convenzionate, fornire agli informatori scientifici né indicazioni relative alle abitudini prescrittive dei medici né informazioni inerenti le procedure di acquisto dei medicinali.

7. È fatto obbligo alle aziende farmaceutiche di comunicare alla Regione Veneto entro il 31 gennaio di ogni anno:

il numero dei medici e dei farmacisti operanti nella Regione oggetto dell'attività di informazione scientifica sul farmaco;  
il numero di visite effettuate dagli ISF presso gli operatori sanitari oggetto dell'attività di informazione scientifica.

## **B) Cessione e acquisizione dei campioni gratuiti** (art. 125 D.Lgs. 219/06)

1. I campioni gratuiti di cui all'art. 125 del D.Lgs. 219/06 possono essere consegnati dagli ISF, ai medici autorizzati a prescrivere il medicinale, secondo i criteri di seguito schematizzati:

- due campioni a visita per ogni dosaggio o forma farmaceutica di un medicinale, esclusivamente nei diciotto mesi successivi

alla prima commercializzazione del prodotto ed entro il limite massimo di otto campioni annui per ogni dosaggio e forma;

- per i farmaci in commercio da più di diciotto mesi, invece, gli ISF possono consegnare al medico non più di quattro campioni complessivi a visita entro il limite massimo di dieci campioni annui, scelti nell'ambito del listino aziendale.

I limiti quantitativi sopra specificati si applicano anche ai medicinali vendibili al pubblico in farmacia non dispensati con onere a carico del SSN e secondo le indicazioni AIFA.

2. La consegna gratuita dei campioni di medicinali, ai medici autorizzati a prescriberli, è subordinata ad una richiesta scritta – che riporti in modo leggibile la data, il nome e cognome, il timbro e la firma del medico richiedente, il numero di campioni del farmaco di ogni dosaggio e forma farmaceutica.

Le Aziende farmaceutiche sono tenute a farsi consegnare dagli ISF ogni richiesta medica, conservarla per 18 mesi, e a fornire la suddetta documentazione in caso di richiesta da parte della Regione. Il medico che ha richiesto i campioni secondo le modalità sopra descritte e secondo le quantità indicate, è direttamente responsabile della gestione e della corretta conservazione dei campioni stessi.

3. Fatto salvo quanto previsto per i campioni gratuiti non è consentita la cessione a titolo gratuito di medicinali. Per i farmaci destinati ad "uso compassionevole" o alle sperimentazioni cliniche si fa riferimento alla specifica normativa vigente (Decreto 08.05.2003 e D.Lgs 211/2003).

## **C) Materiale informativo** (art. 120 D.Lgs. 219/06)

È consentito utilizzare per l'informazione al medico solo materiale au-

torizzato dal Ministero della Salute (ora Agenzia Italiana del Farmaco) ai sensi dell'art. 120 D.Lgs. 219/06. Ad ogni visita, gli ISF devono consegnare al medico, per ciascun medicinale presentato, il riassunto delle caratteristiche del prodotto, completo delle informazioni sul prezzo e, se del caso, delle condizioni alle quali il prodotto può essere prescritto con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, fatto salvo quanto previsto dall'art. 122, comma 5, del D. Lgs. 219/06.

Nessun'altra documentazione può essere fornita al medico se non sono trascorsi 10 giorni dalla data di deposito della documentazione stessa presso l'Agenzia Italiana del Farmaco. Detta data deve essere riportata nel materiale divulgato.

In ogni caso le informazioni contenute nella suddetta documentazione devono essere conformi alla documentazione presentata ai fini del rilascio o modifica dell'Autorizzazione all'immissione in commercio (AIC).

Pertanto nessun altro materiale, quale ad es. documentazione ad uso interno da parte dell'Azienda farmaceutica può essere utilizzato ai fini dell'informazione scientifica degli ISF. Sono fatti salvi gli adempimenti previsti in materia di farmacovigilanza.

### **D) Concessione di prodotti gratuiti promozionali di valore trascurabile** (art. 123 D.Lgs 219/06)

L'art. 123 del D.Lgs 219/06 nel quadro dell'attività di informazione e presentazione dei medicinali svolta presso i medici o farmacisti prevede il divieto di concedere, offrire o promettere premi, vantaggi pecuniari o in natura, salvo che siano di valore trascurabile e siano comunque collegabili all'attività espletata dal medico e dal farmacista.

La quantificazione del predetto valore trascurabile è fissata in un massimo di € 20,00 annui per Azienda

farmaceutica per ogni singolo medico o farmacista.

Considerato che il valore in costo di abbonamenti alle riviste scientifiche, di testi, di documenti su supporto informatico, ecc., collegati all'attività espletata dal medico e dal farmacista è generalmente superiore a € 20,00 superando quindi i limiti posti dalla determinazione della quantificazione del "valore trascurabile", viene stabilito che la cessione gratuita di detto materiale può essere effettuata solo a favore delle unità operative delle AO/ASL ivi comprese le UTAP, le medicine di gruppo e le associazioni territoriali.

In questo caso l'Azienda farmaceutica è tenuta a darne comunicazione alle Direzioni aziendali delle ASL/AO di appartenenza, in quanto detti prodotti si configurano come un bene comune a tutti gli operatori sanitari, dipendenti o convenzionati, dell'Azienda sanitaria della Regione.

Per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta la cessione di detto materiale viene effettuata alle strutture sanitarie pubbliche presso o per il tramite del distretto di competenza, salvo diversi accordi e/o organizzazioni tra medici convenzionati e azienda sanitaria.

### **E) Convegni e congressi riguardanti medicinali**

I sanitari che partecipano ad eventi organizzati e/o promossi e/o finanziati, a qualsiasi titolo, dalle aziende farmaceutiche sono tenuti a darne comunicazione alle rispettive aziende sanitarie e strutture accreditate di appartenenza.

### **F) Dispositivi Medici**

Il contenuto del presente regolamento vale anche per l'informazione scientifica dei dispositivi medici, ovviamente per quanto applicabile.

### **G) Vigilanza e controllo**

Nella Regione Veneto è istituito un tavolo di monitoraggio continuo con il compito di identificare concertando e condividendo con tutte le categorie professionali ivi rappresentate, gli strumenti, le modalità e le azioni finalizzate alla applicazione delle disposizioni previste dal presente provvedimento nonché alla definizione di indicatori di appropriatezza dell'attività di informazione scientifica, anche in relazione all'andamento della spesa farmaceutica.

La Regione identificherà con proprio successivo provvedimento la tipologia e la gravità delle inadempienze al presente provvedimento, indicando le relative eventuali sanzioni.

Al tavolo partecipano tutte le professionalità interessate: rappresentanti regionali e delle aziende sanitarie, medici convenzionati, medici dipendenti, farmacisti, informatori scientifici, industria farmaceutica; i componenti sono individuati con specifico provvedimento.

Per tutte le altre attività di informazione scientifica di cui al D.Lgs 219/06 rimane in vigore quanto già previsto sul tema dal D.Lgs 219/06 stesso.

Tutte le violazioni al presente provvedimento e quelle relative al D.Lgs 219/2006 verranno comunicate oltre che alle autorità competenti anche al Ministro della Salute e dell'Agenzia Italiana del Farmaco ognuno per la materia di propria competenza.



# Trattenute ai Pensionati INPDAP

Per il personale in pensione per l'iscrizione al Fondo prestiti verrà operata una ritenuta pari allo 0,15% della pensione lorda in godimento (nessuna ritenuta per le pensioni inferiori a 600,00 € lorde mensili), mentre per il personale in attività la ritenuta sarà pari allo 0,35%.

Annualmente la Gestione fondo credito determinerà le prestazioni a seconda del budget a disposizione: accesso a prestazioni di tipo creditizio per piccoli prestiti rimborsabili in 12, 24, 36 e 48 mesi, prestiti pluriennali con cessione del quinto erogati direttamente o garantiti dall'INPDAP, mutui ipotecari che limitatamente ai pensionati avranno una durata massima di dieci anni; tra i benefici sociali le prestazioni ai figli o agli orfani di iscritti o di pensionati INPDAP in convitti e per vacanze di studio in Italia e all'estero,

per borse di studi, per master e dottorati di ricerca, mentre per i pensionati case albergo, soggiorni senior e interventi assistenziali per malati di Alzheimer.

N.B. – L'INPDAP ha promesso l'invio di una lettera contenente sia il modello per comunicare l'eventuale non adesione al Fondo credito, sia l'informativa delle prestazioni che la Gestione unitaria delle attività creditizie e sociali può erogare agli iscritti che aderiscono.

## Prestazioni:

prestiti, mutui, borse di studio, master e stage aziendali, english test e work experience, vacanze studio in Italia e all'estero, case albergo per anziani e ospiti, convitti per studenti e ospiti. In particolare, i finanziamenti

sino a 60 mesi, rimborsati con la cessione del quinto dello stipendio o della pensione, sconteranno un tasso non superiore al 7,50% (8,25 per durata tra 61 e 120 mesi), mentre i prestiti personali con ritenuta avranno interessi massimi, rispettivamente, del 6,64% e del 7,60%. Non sarebbero previste spese di estinzione anticipata e di apertura della pratica.

Per i mutui di durata dai cinque ai trenta anni è previsto uno spread dello 0,90 in aggiunta all'Irs per mutui a tassi fisso e in aggiunta all'Euribor, a tre mesi/365 giorni, per quelli a tasso variabile.

Non sarebbero previste spese nè per l'istruttoria, nè per l'estinzione anticipata, le spese di perizia sarebbero minime e i finanziamenti sino al 100% per la prima casa e all'80% per la seconda casa.

Raccomandata A.R.

**Spett.le INPDAP**

(specificare la sede territoriale di competenza)

OGGETTO: Dichiarazione di volontà  
Rifiuto assoggettazione contributiva sulla pensione per Gestione prestazioni creditizie  
rif. Decreto Ministro dell'Economia delle Finanze 7 marzo 2007 numero 45

Con riferimento al Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 7 marzo 2007 numero 45 in GU 10 aprile 2007 numero 83

Il/la sottoscritto/a .....  
abitante a ..... Via .....  
titolare di pensione INPDAP n. ....

Con richiamo di quanto previsto all'art. 2 del Decreto di cui sopra

## DICHIARA

di **NON VOLERE** essere assoggettato alla contribuzione per la Gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali di cui all'articolo 1, comma 245 della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

Data .....

Firma .....

Si allega fotocopia della carta di identità



## OBBLIGO DI ESPOSIZIONE NEGLI STUDI E NELLE STRUTTURE DEL CARTELLO “VIETATO FUMARE”

Si ricorda che ai sensi dell'art. 51 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e successive modificazioni ed integrazioni è fatto obbligo, sanzionato pecuniariamente, di esposizione nelle sale di attesa degli studi medici, odontoiatrici e dei poliambulatori del cartello “Vietato fumare.”

## UNA PIAZZA INTITOLATA AL SINDACO SORDI

Una piazza intitolata al Sindaco Mauro Sordi, scomparso nel 2004 è stata inaugurata domenica 17 giugno 2007 dal Comune di Spresiano.

**MAURO SORDI** è stato Sindaco dal 1995 al 2004 oltre ad essere medico di medicina generale. Il dott. Sordi, nato nel 1956, ha avuto un ruolo preminente per la comunità di Spresiano dove ha sempre vissuto ed operato. Il Sindaco Cristiano Belliato dunque ha invitato tutta la cittadinanza alla cerimonia di inaugurazione per onorare la figura del nobile cittadino scomparso ormai da tre anni.

## ONORIFICENZA AD UN ISCRITTO

Abbiamo il piacere di informare che il nostro iscritto dott. **GIOVANNI CASTORINA** è stato insignito in data 2 giugno 2007 dell'onorificenza di Ufficiale dell'Ordine “Al Merito della Repubblica Italiana”.

# Cassazione: i Dentisti non hanno l'obbligo di consegnare ai clienti la Dichiarazione di conformità

“I dispositivi medici su misura, quelli cioè fabbricati appositamente sulla base di una prescrizione medica e destinati a essere utilizzati solo da un determinato paziente, non devono essere marcati Ce”.

Nel settore dentale, l'odontotecnico che li fabbrica è comunque obbligato “alla redazione della dichiarazione di conformità” alla direttiva 93/42/Cee, ma

Rovigo, nel 2003, aveva confermato la sanzione amministrativa di 30.879 euro inflitta da un Comune a un odontoiatra “per aver immesso in commercio e in servizio dispositivi medici su misura installati a pazienti omettendo di consegnare loro nei tempi e nei modi previsti l'obbligatoria attestazione di conformità”. In pratica, come accertato dai Nas, lo specia-

la messa in commercio dei dispositivi medici. In particolare, l'ente locale e il tribunale ritenevano violate le regole stabilite nella circolare con cui il ministero della Salute aveva chiarito l'applicazione delle norme Ue per i presidi odontotecnici.

L'odontoiatra ha ricorso in Cassazione, sostenendo che il Dlgs 46/1997 non prevede la punibilità dell'odontoiatra che installi un dispositivo medico su misura senza consegnare al paziente la documentazione prescritta. Di più: per gli apparecchi su misura non scatta l'obbligo di redigere la dichiarazione di conformità Ce e l'installazione di una protesi non integra “immissione in commercio” o “messa in servizio”.

La Suprema Corte concorda e precisa: “Il fatto contestato (omessa consegna al paziente dell'attestazione di conformità) non coincide con la fattispecie di cui al Dlgs 46/1997, articolo 23, comma 3”. Non è previsto e non è sanzionato, se non nella circolare ministeriale. Ma le circolari amministrative – spiega la Corte – “sono atti meramente interni alla Pa” efficaci nei rapporti tra gli enti senza “spiegare alcun effetto giuridico nei confronti di soggetti estranei all'amministrazione”. Deve dunque escludersi che una circolare esplicativa di una legge “possa estendere l'applicazione di una sanzione a una condotta non prevista dalla legge della quale essa pretende costituire attuazione”. Doppio risultato per il dentista ricorrente: cassata la sentenza del tribunale e annullata l'ordinanza del Comune.



il dentista che li installa non è tenuto a consegnarla ai pazienti, come erroneamente ha prescritto una circolare del ministero della Salute. Con questo chiarimento, la seconda sezione civile della Cassazione (**sentenza n.11826**, depositata il 22 maggio scorso) ha annullato la sentenza con cui il tribunale di

lista aveva installato protesi dentarie a tre clienti senza che fosse stato rilasciato dal tecnico il documento di conformità e dunque senza consegnarlo ai pazienti.

Secondo il Comune, il dentista aveva violato il Dlgs 46/1997, emanato in attuazione della direttiva 93/42 sulla produzione e

# Applicabilità della Legge 27.12.2006 n. 296 agli Odontoiatri/Medici Dentisti che utilizzano collaboratori

Nel marzo scorso l'Agenzia delle Entrate aveva diramato la circolare n. 13 sulla materia in oggetto, nella quale non era definita con chiarezza l'applicabilità agli studi dentistici.

In risposta ad una specifica richiesta dell'ANDI, che chiedeva l'esclusione degli studi dei medici/odontoiatri, l'Agenzia delle Entrate, con circolare n. 171 del 13.7.2007, conferma che le regole dei commi 38-42 della Legge Finanziaria 2007 vanno applicate anche agli odontoiatri che utilizzano collaboratori. L'Agenzia delle Entrate sostiene infatti che gli studi dei medici dentisti/odontoiatri organizzati sia in forma individuale che in forma associata rientrano, per questo specifico aspetto fiscale, nella fattispecie "struttura sanitaria privata" e debbono quindi, nel caso utilizzino collaboratori che fatturano direttamente ai pazienti, assoggettarsi agli obblighi di cui ai commi 38-42 della Finanziaria che di seguito si sintetizzano:

- incassare il compenso in nome e per conto del professionista collaboratore e riversarlo al

medesimo contestualmente o in seguito;

- registrare nelle scritture contabili obbligatorie, ovvero in apposito registro, il compenso incassato per ciascuna prestazione di lavoro autonoma del collaboratore resa nell'ambito della struttura;
- comunicare telematicamente all'Agenzia delle Entrate (con

Queste regole valgono nel caso lo studio/struttura odontoiatrica metta a disposizione o conceda in affitto ad altro professionista i locali e le attrezzature per l'esercizio di attività di lavoro autonomo mediche ed i compensi correlati alle prestazioni di natura sanitaria siano rese dal professionista collaboratore in esecuzione di un rapporto intrattenuto direttamente con il paziente.

Rimangono escluse dall'ambito applicativo di queste regole esclusivamente le prestazioni rese dalla "struttura sanitaria privata" (compreso studio odontoiatrico organizzato in forma individuale o in forma associata) al paziente dal professionista collaboratore (medicodentista/odontoiatra) nell'ambito di un rapporto che vede la "struttura sanitaria privata" fatturare direttamente al paziente le prestazioni rese dal collaboratore, (in pratica il collaboratore fattura al titolare di studio le prestazioni odontoiatriche eseguite presso lo studio dello stesso a favore dei pazienti dello studio ed a sua volta il titolare dello studio fattura la prestazione al paziente).

modalità che non sono ancora state definite) l'ammontare dei compensi complessivamente riscossi per ciascun percipiente.



# Accesso al pubblico e contatti con la Commissione Centrale per gli esercenti le Professioni Sanitarie

A decorrere da lunedì **11 giugno 2007**, gli orari e le modalità per il ricevimento del pubblico presso la Segreteria della Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie (sede: piazzale dell'Industria, 20 – IV piano, stanze nn. 1-2-3) sono le seguenti:

1. Il ricorso, nonché ogni altro atto consequenziale, è depositato **esclusivamente** presso l'ufficio Accettazione del Ministero della Salute (sede: piazzale dell'Industria, n. 20 – piano terra).
2. Si può prendere visione dei fascicoli d'ufficio relativi ai procedimenti pendenti, nonché richiedere e ritirare le copie (la tassa uso studio é pari a € 0,30 ogni 4 facciate) degli atti e dei documenti in essi contenuti **il lunedì, il mercoledì e il venerdì dalle ore 11.00 alle 12.30.**
3. L'accesso ai fascicoli di cui al punto precedente è **consentito solo previa richiesta** da effettuarsi a mezzo dell'apposito modulo, che va trasmessa alla Segreteria via fax (06/59942276) **con almeno un giorno lavorativo di anticipo.**
4. Ai sensi dell'art. 77 disp att. c.p.c. ("le parti o i loro difensori muniti di procura possono esaminare gli atti e i documenti inseriti nel fascicolo d'ufficio e in quelli delle altre parti e farsene rilasciare copia"), l'accesso di cui al punto precedente è **consentito soltanto agli avvocati costituiti** (nonché, ai sensi dell'art. 53 del DPR n. 221/1950, ai ricorrenti), ovvero quelli muniti di procura ai sensi dell'art. 84 c.p.c. conferita dalla parte, ovvero ai loro collaboratori muniti di **delega scritta su carta intestata dell'avvocato costituito.**
5. Ne consegue che lo svolgimento delle predette attività non è consentito agli avvocati che **nella procura in atti risultano essere soltanto domiciliatari**, né ai collaboratori di questi ultimi, dovendo entrambi essere muniti di delega scritta dell'avvocato costituito, su carta intestata dello stesso, con indicazione del nome e cognome del delegatario (cioè dell'avvocato domiciliatario e/o del suo collaboratore). **Non sono accettate deleghe indirette.**

## Indirizzo

Ministero della salute  
 Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie  
 Ufficio III Piazzale dell'Industria, 20  
 00144 Roma (piano quarto, stanze nn. 1, 2 e 3)

## Recapiti telefonici

Dott.ssa Maria Teresa Camera - *Dirigente dell'Ufficio di Segreteria*  
 06 5994.2751

Dott. Roberto Dati	06 5994.2164
Sig.ra M. Rita Conforti	06 5994.2101
Sig.ra Rita Fichera	06 5994.2319
Sig. Gianluigi D'Angelo	06 5994.2752

Telefax 06 5994.2276

## DALLA FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI

È ripresa l'attività della Federazione Regionale degli Ordini dei Medici del Veneto, dopo la pausa di agosto, con una **riunione che si è tenuta a Padova il 17/9** us. Erano presenti i Presidenti dei 7 Ordini Provinciali o loro delegati e 3 Presidenti delle Commissioni Odontoiatriche.

**Il Presidente Fazzini, ha riaffrontato il tema della Formazione e dell'ECM**, sul quale vi era stato a luglio un incontro con il neo Assessore Martini. Siamo in una fase delicata in cui la Regione si aspetta un confronto costruttivo con la classe medica che rivendica una centralità su tale tema, ora affidato in quasi tutte le ULSS ad altre figure amministrative o sanitarie. (Nell'incontro con l'Assessore Martini il Presidente Fazzini aveva consegnato 2 documenti, che sintetizzano l'analisi sul problema ECM e le aspettative dei medici su tale ambito. Si allega il Documento "Politico sull'ECM" che è stato da noi redatto e che ha trovato la condivisione regionale per divenire documento ufficiale della Federazione Regionale.) Sembra estremamente utile disegnare una strategia comune sulla formazione tra Medici Dipendenti, Convenzionati e Libero Professionisti; in particolare **tale visione di integrazione della formazione, che potrebbe migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti è stata condivisa e rilanciata come strategia vincente per far coincidere la posizione ordinistica con quella sindacale**, da tutti i Presidenti presenti (Dott. Fazzini, Dott. Benato, Dott. Scassola, Dott. Noce, Dott. Rossa) e da tutti i presenti, su cui si è acceso un interessante dibattito. *(Tale tema, che oggi diviene di estrema attualità era stato lanciato come uno dei cardini del programma ordinistico da parte del Dott. .Stellini e oggi i fatti sembrano dargli ragione!)*

**Nell'incontro del 17/9 sono stati affrontati inoltre i temi del Rischio Clinico, delle UTAP, e dell'applicazione "a macchia di leopardo" della Legge 22 sull'accreditamento**, con particolare riguardo agli Studi Odontoiatrici e ai controlli che le ULSS stanno effettuando. Su tale tema si è condiviso che un gruppo di lavoro costituito dai Presidenti delle Commissioni Odontoiatriche redigerà un Documento sulla situazione attuale, criticità, e prospettive da presentarsi all'Assessore Martini).

Dott. Daniele Frezza  
Segretario Ordine dei Medici di Treviso

---

## Il Sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) nel VENETO

La formazione continua in medicina sta vivendo una fase di riflessione e di verifica. Il Progetto ECM, avviato il 1 gennaio 2002 e concluso il 31 dicembre 2006, è ora in fase di proroga. Il Ministero della Salute ha recentemente approvato (29-5-2007) il testo varato dalla Commissione paritetica Stato-Regioni dal titolo "Progetto per la definizione e implementazione del Programma Nazionale ECM". In questo documento vengono ridefinite le competenze nazionali e regionali, ribadendo il ruolo prevalente della Regione, a seguito della revisione del titolo V

della Costituzione, nella responsabilità diretta della programmazione e organizzazione della sanità e conseguentemente del governo della formazione continua in medicina. Viene introdotto il concetto di accreditamento dei provider a livello regionale e nazionale secondo regole comuni, venendo svolto a livello regionale per i provider con bacino di utenza regionale e a livello nazionale per i provider con bacino d'azione sovraregionale o nazionale.

Il documento nazionale dovrà obbli-

gatoriamente inserirsi in una fase di rivisitazione e rilancio del programma ECM della Regione Veneto.

La Federazione Regionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri del Veneto ha avviato dal gennaio scorso un costante dibattito interno alla Professione sulla formazione continua in medicina, con momenti di confronto con le Organizzazioni Sindacali dell'Area medica, sia della Dipendenza che della Medicina Convenzionata, dell'Odontoiatria e della Libera Professione. Tale dibattito, che ha avuto anche mo-

menti di confronto istituzionale con la Regione e di verifica con le altre professioni sanitarie, ha consentito di raggiungere il consenso su alcuni punti cardine e di definire delle linee di sviluppo su cui la Regione dovrà esprimere le proprie determinazioni.

La richiesta forte che proviene dalla professione è che la formazione continua in medicina ritorni ad essere uno dei temi strategici della professione. Il medico svolge una funzione precisa ed insostituibile nella diagnosi e cura del paziente, sancita dalla Costituzione e dalle Leggi dello Stato e il suo ruolo all'interno dell'organizzazione sanitaria è determinante nel raggiungimento degli obiettivi di sistema, considerando che la qualità dell'azione sanitaria dipende dall'appropriatezza, efficienza ed efficacia dell'atto medico strettamente correlati alla preparazione professionale e al suo costante aggiornamento e da tutta la filiera di decisioni e azioni dei vari professionisti della sanità coinvolti in una determinata procedura sanitaria. Ne deriva pertanto che, in linea con il Documento Nazionale, emerge la necessità di ridefinire i reali bisogni formativi del medico, nelle sue ampie articolazioni, al di là del riconoscimento del punteggio ECM. Il progetto ECM rappresenta solo uno strumento di controllo del processo e non l'obiettivo vero di interesse della Professione, dell'utenza, della Regione che è quello di avere professionisti sempre aggiornati in un ambito di forte sviluppo e innovazione quale quello della sanità.

Così come si auspica che la formazione continua delle altre professioni sanitarie possa essere definita, in una sua porzione, congiuntamente a quella della professione medica, per immaginare una costante e sinergica azione sanitaria verso il pa-

ziente, a vantaggio della qualità e appropriatezza della prestazione e del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale.

Tale obiettivo, prevalentemente nell'ambito della professione medica, diviene fondamentale per un reale raggiungimento dell'integrazione ospedale-territorio, sia tra la Medicina Generale, la Specialistica Ambulatoriale che l'Ospedale nei suoi diversi livelli di competenza, aperto alle esigenze dell'odontoiatria e della libera professione, anch'esse componenti importanti del SSR, in quanto formazione continua può significare anche condivisione di Linee Guida, EBM, procedure e protocolli coerenti con gli orientamenti di programmazione regionale e aziendale.

Vista l'importanza strategica della formazione continua in medicina la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri, auspica che la Regione Veneto confermi la Sua particolare attenzione all'argomento utilizzando le esperienze migliori acquisite, riportando il medico al centro di tale sistema organizzativo sia a livello regionale che aziendale e di ULSS, e considerando l'Ordine dei Medici e Odontoiatri (Ente pubblico a tutela della salute del cittadino, con la formazione continua della professione tra le sue finalità istitutive) come livello regionale e provinciale di supporto attivo al Progetto ECM regionale nel Veneto.

Si ritiene infatti che la definizione dei bisogni formativi, individuali e di gruppo, la definizione dei Piani di formazione Aziendale e le reali innovazioni al sistema (FAD, Formazione sul campo..) debbano essere condotte a sintesi da un medico, che comprenda appieno le reali aspettative del livello professionale e sappia condurle, in linea con gli

indirizzi regionali e aziendali, verso una appropriata formazione continua sottesa a migliorare la qualità dell'atto medico e a ridurre il rischio clinico, attraverso lo strumento dell'ECM.

L'Ordine dei Medici e Odontoiatri, nel suo livello regionale costituito di Federazione potrà e dovrà supportare la Regione Veneto, in maniera diretta e attiva, nella pianificazione e gestione del progetto regionale ECM, secondo modalità da definirsi congiuntamente ai livelli di rappresentatività della professione medica e delle altre professioni sanitarie, nel rispetto dei reciproci ruoli e competenze. Il livello provinciale, attraverso l'organizzazione strutturata dei 7 Ordini dei Medici e Odontoiatri, Organi Ausiliari dello Stato, potrà, come auspicato, rappresentare un livello periferico fiduciario della Regione Veneto nel progetto ECM, nel confermare l'accreditamento dei provider e degli Eventi che hanno espressione sul singolo livello provinciale, secondo modalità e accordi da concordarsi.

La Federazione Regionale auspica infine che siano migliorati gli strumenti e le risorse a disposizione della professione nella Formazione Continua, con l'identificazione di livelli omogenei di erogazione della Formazione Continua tra Dipendenza Ospedaliera, Medicina Convenzionata e Ambulatoriale, Odontoiatria e Libera Professione, aderenti agli ambiti contrattuali laddove presenti, nell'ambito dell'autonomia decisionale della Regione su tale tema.

Treviso 9 Luglio 2007

*(Documento redatto dall'Ordine dei Medici di Treviso, in linea con l'attività della Commissione Regionale Formazione.)*

*Dott. Daniele Frezza – Segretario Ordine dei Medici di Treviso*

# Cartella Clinica Informatizzata: Rapporto tra Medici e Personale infermieristico

Nei mesi di Giugno e Luglio, la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici ha affrontato, su richiesta dell'Ordine di Treviso, il delicato tema del rapporto tra professioni sanitarie, in questo caso infermieristica, e i medici. In relazione ad un **Progetto di Legge Regionale di informatizzazione della cartella clinica su tutto l'ambito regionale** (su cui si sono espresse perplessità di merito e di applicazione, dopo aver approfondito il tema con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale di Treviso) si è intervenuti con richiesta di audizione in V Commissione, fornendo degli emendamenti al testo che ci sembrano garantire un corretto equilibrio tra ruolo del medico e degli infermieri, senza comunque transigere sulla responsabilità complessiva della cartella clinica che è del medico, nella figura del Direttore della Struttura o del medico da Lui delegato. Su tale tema è inevitabile che aumenti un contenzioso nelle sedi medico-legali, se così non fosse, soprattutto in momenti temporali così delicati in cui il controllo del rischio clinico e della documentazione sanitaria, rappresentano uno degli ambiti di intervento della professione più importanti e sentiti.

*(Si rimane a disposizione di qualsiasi chiarimento o approfondimento.  
Dott. Daniele Frezza – Segretario dell'Ordine dei Medici di Treviso)*

**EMENDAMENTI PRESENTATI IN V COMMISSIONE il 25/6 u.s. E DISCUSSI ALLA PRESENZA DEL PRESIDENTE BAZZONI, DEL DOTT. RUSCITI E DEL PRESENTATORE CONSIGLIERE MARCHESE**  
(Presenti per l'Ordine Dott. Fazzini, Dott. Frezza e il direttore dell'Ordine di Verona Dott. Cerioni; nell'incontro era presente il Segretario Regionale ANAAO Dott. Calabrese)

**Progetto di Legge n. 200, "Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche" già licenziato dalla V Commissione**

Premesse generali: l'informatizzazione della cartella clinica rappresenta un obiettivo sicuramente condivisibile. La complessità delle procedure attuate in ospedale (e in via di iniziale attuazione sul territorio) durante una degenza sia a fini chirurgici che diagnostico-terapeutici, sono tali da richiedere un serrato confronto tra le esperienze attuate in tale settore nelle ULSS/Aziende del Veneto per giungere ad una possibile sintesi da attuare in modo omogeneo a livello regionale. Il Progetto di legge rappresenta una brusca accelerazione su tale tema, senza un obbligato confronto tra la Regione, le Direzioni Generali e Sanitarie e l'Ordine dei Medici e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza medica atto ad introdurre nell'informatizzazione della cartella clinica un processo di reale miglioramento alla qualità del sistema, senza trascurarne la complessità e la necessaria accuratezza finalizzata a controllare il rischio clinico e le procedure in esso contenute.

Vi è pertanto la necessità di recuperare il percorso sopra indicato, con l'apertura di un tavolo tecnico di confronto tra Regione, ULSS-Aziende, Ordine dei Medici e Sindacati della Dirigenza Medica atto a superare le criticità rilevate, su cui si propongono alcuni primi emendamenti, per giungere ad un obiettivo concordato ed equilibrato, in un ambito estremamente complesso e a crescente responsabilità anche giuridica, quale quello della cartella clinica.

**Emendamenti al Progetto di Legge n. 200, "Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche" già licenziato dalla V Commissione**

Emendamenti:

Nel titolo si propone di introdurre il termine "**Linee Guida**" e non Norme sulla....

All'Art. 2 si propone di sostituire il termine documento amministrativo con "**documento sanitario**". Al termine del comma 1 dopo La cartella clinica può essere ospedaliera o territoriale si propone di aggiungere un altro periodo a seguire che recita: "**Essa è compilata secondo le direttive emanate dall'Azienda Sanitaria/ULSS, sotto la diretta responsabilità e continua vigilanza del Direttore dell'Unità Operativa interessata.**"

All'Art. 2 comma 2 si propone di inserire al punto d "**la dichiarazione di consenso informato del paziente, ove previsto, che deve contenere in sintesi gli elementi informativi forniti**". Dopo il punto d andrebbero inseriti altri 2 punti che precisino che nella cartella clinica sono contenuti: **e) referti di visite specialistiche di consulenza e di esami diagnostici strumentali eseguiti; f) la descrizione dell'intervento chirurgico, se eseguito. Ovviamente gli altri punti andrebbero a seguire.**



## PRIVACY E VISITE A DOMICILIO

La Federazione Nazionale, con comunicazione n. 46 del 27 luglio 2007, comunica che nella G.U. della Repubblica Italiana del 13 luglio 2007, n. 161, è stato pubblicato il provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali 14 luglio 2007 recante “*Trattamento dei dati sensibili per l’accesso di medici in zone a traffico limitato (ZTL)*”.

Nella fattispecie il Garante ha disposto il divieto per i Comuni a richiedere, e per i medici a fornire, le generalità o anche altre informazioni che possano identificare le persone visitate a domicilio all’interno di zone a traffico limitato (ZTL).

## DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA

La Federazione Nazionale con comunicazione n. 49 del 6 settembre scorso comunica che nella G.U. della Repubblica Italiana n. 181, del 6 agosto 2007, è stata pubblicata la legge 3 agosto 2007, n. 120, recante “*Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria*”.

Il provvedimento prevede, al fine di garantire l’esercizio dell’attività libero-professionale intramuraria, l’adozione da parte delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano di iniziative volte ad assicurare i necessari interventi di ristrutturazione edilizia.

È previsto in particolare un termine di 18 mesi a decorrere dal 31 luglio 2007 per l’adozione delle iniziative menzionate; entro tale termine i medici del servizio pubblico potranno continuare ad esercitare la libera professione all’interno degli studi privati. Inoltre viene stabilito che le Aziende Sanitarie e Ospedaliere, i Policlinici e gli altri istituti interessati predispongano un piano nazionale relativo ai volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria riferiti alle singole unità operative (art. 1).

La legge in esame stabilisce tra l’altro la possibilità del lavoro part-time (art. 3) anche per la dirigenza medica esclusivamente nei casi in cui risulti comprovata una particolare esigenza familiare o sociale, fermo restando il rapporto di lavoro esclusivo con sospensione fino al ripristino del rapporto a tempo pieno dell’attività libero-professionale intramuraria eventualmente in corso di svolgimento. Le circostanze familiari o sociali per le quali è consentito il ricorso all’istituto del lavoro a tempo parziale sono stabilite dai contratti collettivi nazionali.

## COMUNICATO STAMPA DEL 18.6.2007

**Netta contrarietà all'istituzione del profilo degli odontotecnici è stata espressa dai Presidenti delle Commissioni per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri sia durante il Comitato Centrale svoltosi nella mattinata di venerdì 15 giugno - nel corso di alcune Audizioni che il massimo organo deliberante della FNOMCeO ha voluto proprio per discutere e deliberare su questo argomento - sia durante la riunione che gli Odontoiatri, sempre nella stessa giornata di venerdì, hanno voluto tenere presso la loro sede istituzionale.**

**Ma ancora, durante l'affollata assemblea dei dentisti italiani tenutasi, sempre a Roma, presso il Jolly Hotel, sabato 16 giugno, presente anche Giovanni Leonardi, Direttore Generale del Dipartimento delle Professioni Sanitarie del Ministero della Salute.**

**La linea seguita dai vertici odontoiatrici, del resto, era stata già tracciata il 21 aprile scorso a Cagliari, durante un Consiglio della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri che, considerando l'ipotesi di tre lauree brevi per ulteriori tre profili professionali (oltre all'odontotecnico, anche l'ottico e il chiropratico), aveva votato un Ordine del giorno per far valere "la posizione assolutamente negativa della Federazione, più volte formalizzata presso le competenti Autorità con note ufficiali e ampia documentazione".**

*Ciò che i dentisti italiani chiedono a gran voce, in sostanza, è di fermare tutto e riprendere il filo del dialogo con le istituzioni dalle quali si sentono "esautorati".*

**"In questo ambito, stante la sollevata di scudi non solo del mondo ordinistico ma anche dei sindacati, del mondo studentesco, delle società scientifiche e volendo responsabilmente scongiurare un conflitto tra ministero e mondo professionale nella sua interezza - ha detto a questo proposito il presidente della CAO nazionale, Giuseppe Renzo - è assolutamente necessario arrivare ad una soluzione condivisa".**

**"Sulle negatività che scaturirebbero dalla istituzione di questi profili, del resto non devo dire di più: senza comportare alcun miglioramento degli attuali livelli assistenziali, essi creerebbero pericolosi presupposti per una sovrapposizione di competenze, creando ambiguità sui diversi ruoli".**

**Giuseppe Renzo, peraltro, sottolinea anche la dubbia legittimità del percorso istituzionale sin qui scelto: "Il ricorso ai Decreti ministeriali, senza la necessaria approvazione di una legge ordinaria al riguardo - ha infatti sostenuto - mi lascia molto perplesso: l'art 5 della legge n. 46 del 2006 subordina l'individuazione di nuove professioni sanitarie o in sede di recepimento delle Direttive Comunitarie, ovvero per iniziativa dello Stato e delle Regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano Sanitario Nazionale o nei Piani Sanitari Regionali che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute".**

**E ha aggiunto: "lo stesso articolo, al comma 5, prevede che la definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse".**

**Il Presidente della Federazione, Amedeo Bianco, solidale con Renzo anche in questa occasione ha voluto ribadire: "Abbiamo in più circostanze denunciato il pericolo di una indiscriminata proliferazione di nuovi profili sanitari. Ferma restando l'esigenza di sviluppare competenze specifiche in alcuni settori dei processi clinico-assistenziali, si rischia così di creare in campo sanitario vere e proprie guerriglie tra vecchie e nuove professioni sulla pelle dei cittadini sani e malati."**

## Fondo di Previdenza Generale - Contributi

### Contributi fissi "Quota A" (Art. 3, comma 3; art. 34, comma 3)

REQUISITI	AMMONTARE DEL CONTRIBUTO INDICIZZATO	MODALITÀ DI PAGAMENTO
Il contributo è dovuto dal mese successivo all'iscrizione all'Albo sino al mese precedente quello di decorrenza della pensione per invalidità o al mese di compimento del 65° anno di età o, in via facoltativa, fino al 70° anno di età.	Contributi per l'anno 2007: € 176,04 annui indicizzati fino a 30 anni di età; € 341,72 annui indicizzati dal compimento dei 30 fino ai 35 anni di età; € 641,26 annui indicizzati dal compimento dei 35 fino ai 40 anni di età; € 1.184,29 annui indicizzati dal compimento dei 40 fino a 65 anni di età; € 641,26 annui indicizzati, fino a 65 anni di età, per tutti gli iscritti ultraquarantenni ammessi a contribuzione ridotta; Oltre ai contributi ordinari tutti gli iscritti sono tenuti a versare il contributo di maternità, adozione e aborto pari a € 35,74 annui.	A mezzo di ruoli esattoriali, come per le imposte dirette.

**Note:** I contributi fissi sono interamente deducibili dall'imponibile IRPEF. Gli iscritti di età inferiore a 40 anni e gli iscritti ultraquarantenni a contribuzione ridotta possono chiedere di essere ammessi a contribuire nella misura intera. Tale opzione è irrevocabile e consente di accedere al riscatto di allineamento.

## Fondo di Previdenza Generale - Contributi

### Contributi fissi "Quota B" - Fondo della Libera Professione (Artt. 3, 4 e 6)

REQUISITI	AMMONTARE DEL CONTRIBUTO INDICIZZATO	MODALITÀ DI PAGAMENTO
Iscrizione all'Albo professionale.  Reddito libero professionale netto annuo superiore per l'anno 2006 a:  € 5.024,56 annui indicizzati per gli iscritti di età inferiore a 40 anni ovvero ammessi al contributo ridotto alla "Quota A";  € 9.279,44 annui indicizzati per gli iscritti di età superiore a 40 anni.	Contributi dovuti sui redditi prodotti nell'anno 2006:  12,50% del reddito professionale netto, con esclusione delle voci connesse ad altra forma di previdenza obbligatoria sino all'importo di € 49.755,03 indicizzati;  1% sul reddito eccedente tale limite, di cui solo lo 0,50% pensionabile.  Gli iscritti che contribuiscono – in base ad un rapporto stabile e continuativo – anche ad altre forme di previdenza obbligatoria, compresi i Fondi Speciali ENPAM, ovvero siano già titolari di pensione, possono presentare istanza per essere ammessi alla contribuzione ridotta:  del 2% sino € 49.755,03 indicizzati;  dell'1% sul reddito eccedente tale limite, di cui solo lo 0,50% pensionabile.	L'importo del contributo è calcolato dall'Enpam sulla base dei dati indicati nel Modello D, che deve essere reso alla Fondazione, anche per via telematica, entro il 31 luglio 2007.  Il contributo deve essere versato mediante bollettino MAV già compilato, pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale, entro il 31 ottobre 2007.  La Banca Popolare di Sondrio, incaricata dall'Enpam, invierà tale bollettino a tutti gli iscritti tenuti al versamento, in prossimità della suddetta scadenza.

**Note:** I contributi proporzionali sono interamente deducibili dall'imponibile IRPEF.

La contribuzione ridotta si applica sui redditi prodotti a partire dall'anno precedente la presentazione dell'istanza se inoltrata entro il 31 luglio 2007; altrimenti si intende riferita ai redditi denunciati per l'anno immediatamente successivo.

L'iscritto che contribuisce in misura ridotta può chiedere, entro il suddetto termine, di versare il contributo in misura intera; l'opzione è irrevocabile.

I pensionati del Fondo sono esonerati d'ufficio dal versamento del contributo. Possono, tuttavia, chiedere, entro il 31 luglio 2007, di continuare a contribuire in misura ridotta ovvero intera.

# La crisi dei Camici Bianchi

## GLI ORDINI A ROMA: "CORSIE VUOTE" RIVEDERE IL NUMERO DEI MEDICI IN BASE ALLE NECESSITÀ DELLE REGIONI"

*Pubblichiamo l'articolo apparso sulla stampa quotidiana giovedì 20 settembre 2007.*



“È urgente un correttivo”. Gli Ordini dei Medici non hanno dubbi se in corsia i camici bianchi scarseggiano, significa che qualcosa non sta funzionando per il verso giusto e che è diventato indispensabile porre mano al sistema. E la prima proposta è arrivata proprio ieri da Roma. “Il numero chiuso è sacrosanto, ma è mal distribuito ed è anche per questo che le cose non funzionano – sottolinea il Vicepresidente Nazionale della FNOMCeO Maurizio Benato, padovano – Il Veneto ad esempio, ha esigenze che sono sicuramente diverse da quelle di molte altre Regioni. Il numero dei medici va necessariamente ricalibrato sulle necessità regionali e saranno poi le Regioni a riunirsi e discutere collegialmente le singole necessità”. Se non si cambia il meccanismo, il sistema rischia di implodere. E sono i numeri a dimostrarlo. Il prossimo anno le scuole di specialità di Padova e Verona “sforneranno” ad esempio 2 o 3 oculisti per coprire le esigenze di tutta la Regione. “Ma facciamo il caso dei pe-

diatri – aggiunge Benato – In Italia sono 7mila e la quasi totalità andrà in pensione entro il prossimo decennio. Come pensiamo di sostituirli? Con la ventina che escono ogni anno?”

Il sistema scricchiola ed è pieno di incongruenze. “Guardiamo i numeri – sottolinea Benato – Nonostante i criteri d’accesso alla Facoltà di Medicina non ci convincano, ogni anno agli Ordini si iscrivono 5mila nuovi medici. Non sono pochi, ma sono mal distribuiti. Ci sono ingolfamenti nelle Università del Sud, mentre il Nord che poi esprime il sistema sanitario più capillare ed evoluto, è sottostimato. Ecco da dove nascono i problemi. L’Università di Padova, ad esempio, è penalizzata di almeno un buon 20 per cento rispetto a quelle siciliane o campane o altre del meridione”.

A questo meccanismo perverso si aggiunge poi un esame di accesso alla Facoltà che gli stessi medici, con le Università, ritengono non essere adeguato, da qui la proposta di modifica che verrà presentata al Ministro. “Si tratta di studiare un accesso alla Facoltà di Medicina che superi il test e tenga conto del voto di Maturità, di una media delle materie ritenute importanti per il percorso di studio scelto, il tutto moderato sulla base di un voto ponderato per istituto – aggiunge Benato – Questo potrebbe rendere il sistema più equo”. Ma non è la sola risposta, anche le Università si sono mosse. “Le Università hanno una loro autonomia – spiega il Professor Giorgio Palù, Preside della Facoltà di Medicina di Padova – Noi ci siamo già mossi per chiedere al Ministero di poter elevare il numero degli accessi. Abbiamo due corsi di laurea, altri due sono stati deliberati e diventeranno operativi il prossimo anno. Questo significa che diventerà possibile elevare il numero dei posti, oggi a 267 (239, più 18 destinati agli stranieri) a 320”.

È un primo passo, ma che potrebbe essere fondamentale. “Non è facile fare previsioni sui bisogni – aggiunge Palù – La tecnologia e la scienza in ambito

biomedico subiscono delle modificazioni e delle crescite che sono poco programmabili- Non è facile valutare cosa avverrà fra 10 anni e soprattutto di quali figure ci sarà necessità più di altre. Una cosa che però si potrebbe fare subito per ovviare alle carenze che lamentano gli ospedali, è ad esempio aprire il valore del test a livello nazionale e non solo in sede locale. È ovvio che chi si trova a concorrere in una Facoltà molto richiesta come Padova, fa sicuramente più fatica di chi si presenta ad esempio a Ferrara dove il numero dei concorrenti è di gran lunga inferiore”.

Gli Ordini dei Medici stanno poi intervenendo anche in altri ambiti, come ad esempio dando vita ad una ricognizione per verificare quanti di coloro che si sono specializzati, poi effettivamente si sono impiegati in quel campo. “Attraverso le Società scientifiche, 200 iscritte alla Federazione Italiana delle Società Mediche e 200 libere, stiamo cercando di attivare un attento monitoraggio dal quale dovremmo essere in grado di calcolare quanti sono le necessità reali di specialisti”.

Insomma il sistema non sta immobile e cerca di superare la difficoltà del momento che a quanto pare è un problema quasi esclusivo delle Regioni del nord. D’altro canto la stessa FNOMCeO ammette che il numero dei Medici stranieri che cominciano ad affiancarsi ai reparti è senza dubbio in crescita.

“Sono soprattutto specialisti provenienti dal Sud America o dai Paesi dell’Est – spiega Benato – devono fare alcuni esami integrativi e chiedere l’equipollenza della laurea. Ma sono forze lavoro che in molti ambiti adesso possono servire”. Come si affaccia il modello anglosassone che vede una sostanziale rimodulazione delle mansioni infermieristiche. “Certo non si tratterà di affidare a infermieri i compiti che sono dei medici – conclude Benato – Ma piuttosto di ricalibrare il sistema in modo che il medico possa diventare un manager e gestire un sistema complesso”.

# Il codice di DEONTOLOGIA MEDICA

## *A proposito di comunicazione e informazione e acquisizione del consenso*

L'art. 33 "informazione al cittadino" espone con chiarezza i concetti di informazione e di comunicazione.

*"Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostiche-terapeutiche e sulle presumibili conseguenze delle scelte operate".*

*"Il medico dovrà comunicare con il soggetto, tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuovere la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta".*

L'informazione definisce un flusso di notizie che si svolge in senso monodirezionale, dal medico al paziente, mentre, la comunicazione è una trasmissione di notizie in senso bidirezionale, che si realizza tra il medico e il paziente. Il medico che comunica l'informazione deve considerare con attenzione la capacità di comprensione del suo interlocutore al fine di stabilire quanta e quale informazione possa essere trasmessa.

Per questo motivo è fondamentale disporre di una grande sensibilità psicologica, che prevede una buona capacità di ascolto, ma anche chiarezza del messaggio che si vuole trasmettere, con rispetto della verità e comprensibilità dei termini utilizzati.

Già in passato (M. Barni) è stato proposto che "al concetto di informazione si sostituisca l'altro più compiuto di comunicazione, che ha in sé ben precisi connotati non di indottrinamento, ma di dialogo". Una felice integrazione di informazione e di comunicazione sono la premessa per l'acquisizione del consenso informato. Un consenso informato, anche se espresso in forma scritta, documenta la volontà della persona competente, ma non può mai sostituire l'informazione e la comunicazione.

L'art. 35 del Codice Deontologico pre-

cisa, infatti, che, per intraprendere un'attività diagnostica e/o terapeutica, il consenso deve essere esplicito e informato e che il medico è anche tenuto a rispettare l'eventuale decisione del paziente di non voler essere informato o di delegare l'informazione ad altro soggetto (art. 33). Si tratta di passaggi molto delicati, poichè non è sufficiente che le informazioni siano state date, ma è anche necessario che siano state comprese.

Comunicazione soddisfacente è quella che permette di comprendere di essere stati ben capiti e di dimostrare di aver capito anche le emozioni del malato. Una accorta utilizzazione dello strumento della comunicazione favorisce il coinvolgimento della persona malata nelle decisioni diagnostiche e terapeutiche. L'alleanza terapeutica, tra medico e paziente, nasce dalla comunicazione efficace che motiva il paziente ad approfondire gli accertamenti diagnostici, a curarsi e a guarire.

Fare una buona comunicazione è un procedimento sempre più difficile e faticoso per una serie di motivi, tra cui il cambiamento del modo di fare medicina, il contesto sociale nel quale il medico si trova ad operare, la facile reperibilità di fonti di informazioni e la carenza di tempo disponibile per gli operatori sanitari. La nostra società dispone di mezzi per attingere a molti tipi di informazioni, anche ad aggiornamenti medico-scientifici, e quindi la gente sviluppa aspettative mediche sempre più grandi.

La divulgazione medica è stata giudicata come un elemento di disturbo della relazione medico-paziente, ma è espressione dei cambiamenti della nostra società e risponde alla crescente domanda di conoscenze mediche.

Si vuole comprendere con chiarezza le indicazioni diagnostiche e terapeutiche suggerite dal medico, in modo da poter decidere se e come farsi parte attiva nella cura della propria salute.

È cambiata anche la tipologia delle malattie, poichè, nella medicina d'oggi, il medico si confronta sempre più frequentemente con patologie croniche per l'invecchiamento della popolazione e per la possibilità di ottenere lunghe sopravvivenze in malattie un tempo mortali.

La cronicità rappresenta l'aspetto della medicina che interessa in maniera sempre più evidente il nostro sistema sanitario. È un nuovo contesto in cui il medico deve saper esprimere una particolare abilità comunicativa.

Nelle patologie acute la disparità del sapere scientifico colloca il medico in una condizione di superiorità gerarchica nei confronti del malato, mentre nelle malattie croniche la gerarchia va negoziata e conquistata ininterrottamente, con la sensibilità della comunicazione.

Un punto particolarmente delicato è l'informazione e la comunicazione a pazienti con prognosi gravi o infauste (art. 33). In questi casi il medico, nell'informare deve valutare le capacità di comprensione del paziente, per promuovere la massima adesione alle proposte diagnostiche-terapeutiche.

Non esiste una classificazione a priori delle notizie delicate, ma sta al medico comprendere e giudicare la sensibilità del paziente.

Quando il malato terminale mantiene la sua integrità mentale, ha pieno diritto di conservare la sua identità e l'autonomia nelle scelte, se gli è fornita una comunicazione autentica e solidale.

La professione medica diviene sempre più complessa, ma sembra di cogliere l'aspettativa e l'esigenza che la figura del medico possa riacquistare un ruolo di guida autorevole lungo il percorso di cura del paziente (leadership, evoluzione neo-ippocratica).

Prof. Nicola Conte  
Presidente Commissione Bioetica  
Ordine Medici di Treviso

Nell'accingermi a commentare, quale Presidente dell'Associazione Medici per l'Ambiente di Treviso, l'art. 5 del nuovo Codice Deontologico, ringrazio la Presidenza di quest'Ordine e Voi tutti per l'importanza del contesto in cui ciò viene a cadere e che mi è stato offerto.

Nella lettura del citato articolo vorrei soffermare la vostra attenzione su tre verbi che concentrano meglio di ogni altra parola il significato del suo contenuto:

**CONSIDERARE** l'ambiente in cui vive l'uomo come fattore determinate per lo sviluppo della persona...

*L'O.M.S. in una sua ricerca del 2006 ha calcolato che il 24% delle malattie ed il 23% delle morti siano conseguenza di cause ambientali e che più di un terzo delle morti infantili siano da attribuirsi a fattori ambientali. Perciò è necessario e quanto mai urgente sviluppare accanto allo studio dei dati anamnestici relativi alla persona, la consapevolezza dell'importanza di un'anamnesi ambientale.*

**PROMUOVERE** una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali...

*Dal 2005 come Associazione abbiamo contribuito a far nascere, crescere e svilupparsi una cultura del dialogo e del confronto con gruppi di cittadini e con settori industriali variamente interessati all'utilizzo delle risorse ambientali facendo appello al senso di responsabilità ed al principio di precauzione. Cito, ad esempio, il nostro documento "la salute, la popolazione ed i rifiuti" sottoscritta da più di centotrenta Colleghi delle varie discipline dove si fa appello all'uso della ragione per la scelta di alternative possibili e praticabili all'incenerimento dei rifiuti.*

**PARTECIPARE** alle iniziative di prevenzione e di promozione della salute.

*In questo senso ci stiamo adoperando da tempo per sostenere dibattiti pubblici su argomenti che riguardano gli stretti rapporti tra ambiente e salute utilizzando, quando possibile, anche le pagine dei giornali locali per una informazione più capillare e diffusa.*

C'è molto da fare, ad ogni livello...

Come Associazione abbiamo intravisto nell'art. 5 del nuovo Codice Deontologico il dispiegarsi di nuovi orizzonti per il Medico non certo a lui sconosciuti, ma certamente poco esplorati, analizzati e studiati perchè ingiustamente ritenuti a margine del processo di conoscenze che contraddistingue ancora la sua formazione: orizzonti che oggi si impongono prepotentemente alla sua attenzione perchè non liberi da incognite per la salute.

Il nostro Codice Deontologico nell'insieme delle regole morali in esso contenute, con l'articolo 5, impegna noi Medici alla tutela dell'ambiente.



Dott. Francesco Cavasin  
Presidente "AMA TV"

# LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI


## Apertura dello sportello informativo per pazienti neoplastici

Il 18/9 u.s. si è tenuta una conferenza stampa per la presentazione di una interessante ed estremamente utile attività della Lega Tumori di Treviso per tutti i pazienti neoplastici, o loro familiari, della provincia. L'Ordine dei Medici di Treviso ha partecipato unitamente all'ULSS n.9 all'avvio di tale importante iniziativa, che vedrà due volontarie della Lega Tumori, alternarsi ad uno sportello informativo sui diritti pensionistici, di invalidità e del lavoro, nonché per sussidi ed esenzioni per i

pazienti neoplastici in prima diagnosi o in continuità di trattamento o per i loro familiari che li assistono. Ci è stato chiesto di attivarci per diffondere all'interno della categoria questa iniziativa e di fronte alla stampa, a nome del Presidente e del Consiglio si è data la massima disponibilità in tal senso, in tutte le modalità che saranno ritenute utili. In particolare si sta valutando, su nostra proposta, di preparare un kit informativo, con i riferimenti legislativi e normativi e tutto il percorso da segui-

re, che ogni singolo medico, sia ospedaliero, che convenzionato, o specialista, potrà consegnare al paziente e ai loro familiari, anche per facilitarci in questo compito che va oltre all'aspetto clinico-terapeutico, ma di grande valenza per consentire al paziente di affrontare con serenità e tranquillità il percorso terapeutico.

Alleghiamo copia dell'opuscolo redatto dalla Lega Tumori, disponibile a facilitarne la diffusione presso i reparti ospedalieri e gli studi professionali.



**LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI**

Sezione Provinciale di Treviso  
ONLUS

**il paziente oncologico**

ha diritto:

- alla salute
- al lavoro
- all'inclusione sociale

Decreto Lgs. 23.11.1988 n. 509  
Articolo 10

Legge 05.02.1992 n. 104  
Articoli 2,3,4,21

Legge 12.03.1999 n.68  
Articolo 1

Decreto Lgs. 25.02.2000 n.61  
Articoli 12 bis, 33

Legge 8.03.2000 n.53  
Articolo 4

Legge 9.01.2004 n. 6

Legge 9.03.2006 n. 80  
Articolo 6

Contratti Collettivi  
2001  
2003


**il Paziente Oncologico**

In tutto l'arco dell'esistenza deve ricevere il miglior trattamento "personalizzato" sul piano medico, psicologico, sociale e lavorativo.  
Se in età lavorativa, deve essere informato sulla legislazione e sui mezzi attuativi che consentono di conciliare cura e lavoro.

La normativa nazionale tutela il lavoratore in caso di assenza dal posto di lavoro per malattia, relativamente a:

- retribuzione
- licenziamento
- periodo di "comporto" e/o aspettativa
- part-time




Per avere informazioni più dettagliate, ed un supporto all'adempimento delle varie formalità, puoi rivolgerti a:



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI  
SEZIONE PROVINCIALE DI TREVISO  
ONLUS

31100 Treviso - via dell' Ospedale, 1  
Tel 0422 321855- Fax 0422 405822  
legatumontrevisodivirgilio.it  
www.lilt.it

...oppure puoi chiedere consigli anche a:

-  Medico di Famiglia
-  Azienda ULSS n. 9 di Treviso
-  Commissione Pari Opportunità di Treviso

## Ricerca Medici

La **Casa Circondariale di Belluno** ha necessità di stipulare, con urgenza, convenzione libero-professionale per Guardia Medica e servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria.

La convenzione prevede la prestazione di un minimo di 96 ore mensili ed un massimo di 200 ore. La retribuzione oraria lorda è di € 21,15. Il servizio è organizzato su 12 ore giornaliere, sia nei giorni feriali che in quelli festivi. Il servizio sanitario interno a favore della popolazione detenuta è diretto da altro medico, che ha funzioni di Dirigente Sanitario, presente tutti i giorni feriali.

Si evidenzia che i professionisti non disponibili alla stipula di un rapporto contrattuale per l'anno in corso, ma interessati alla assunzione per il 2008, possono presentare apposita istanza in carta semplice per l'inserimento nella graduatoria da redigere per il prossimo anno (il modulo può essere ritirato presso la segreteria di qualsiasi istituto penitenziario). Info: **0437 930800**

**L'ULSS N. 2 - Feltre (BL)** sta raccogliendo disponibilità di personale medico per la formazione di un elenco da utilizzare per il conferimento di incarichi nel servizio di Continuità Assistenziale.

Il modulo di domanda è reperibile sul sito dell'Ordine **www.ordinemedicitreviso.org**

# LA BANCA DEI TESSUTI DI TREVISO

La Banca dei Tessuti della Regione Veneto, con sede presso l'Ospedale Ca' Foncello, è una struttura sanitaria pubblica che raccoglie, tratta, conserva e distribuisce tessuti omologhi ("homograft") per impianto clinico. L'attività della struttura è iniziata nel 1992 con la raccolta, conservazione e utilizzo di tessuti cardiaci e cardio-vascolari per rispondere alle esigenze interne della Cardiocirurgia. Negli anni successivi la distribuzione ha iniziato ad allargarsi ad altri Ospedali del Triveneto che necessitavano di tessuti cardiaci ed è stata progressivamente attivata la raccolta, processazione e distribuzione di altre tipologie di tessuti (placenta per l'estrazione della membrana amniotica, tessuto osseo-tendineo e vascolare da vivente). In ottemperanza alla legge 91/1999, che ha organizzato il Sistema Trapianti in Italia, la Regione

Veneto, con delibera n. 3948/2000, ha istituito la Banca dei Tessuti di Treviso come banca di riferimento della Regione stessa, dandole quindi riconoscimento ufficiale. Oggi la Banca dei Tessuti di Treviso è attiva nel reperimento dei tessuti cardiaci, segmenti vascolari, membrana amniotica, tessuto osseo da donatore vivente e da donatore cadavere nelle strutture sanitarie del Triveneto e delle Marche e distribuisce tessuti in tutta Italia.

Dal 2002 al 1 semestre 2007 la Banca, in rapporto alla sua mission che consiste "nel migliorare la qualità della vita nelle persone che necessitano di tessuti omologhi attraverso il reperimento, trattamento e distribuzione di tessuti per l'innesto", ha reperito complessivamente 7.091 donatori e distribuito 10.048 tessuti.

Dietro al successo numerico di rac-

colta e distribuzione vi è uno staff impegnato per implementare il reperimento di tessuti e la distribuzione, nel rispetto di quanto previsto dalle linee guida e dalla normativa nazionali.

Complessivamente sono stati coinvolti e formati oltre un migliaio di operatori sanitari deputati al reperimento e alla selezione dei donatori di tessuti e sono stati coinvolti oltre 3000 specialisti utilizzatori di tessuti. L'utilizzo clinico dei tessuti omologhi in Italia sta segnalando un progressivo incremento per gli ottimi risultati, verificati direttamente dai chirurghi impiantatori. La Banca dei Tessuti di Treviso collabora con diversi specialisti per promuovere la conoscenza dei possibili utilizzi clinici dei tessuti omologhi e per formare il personale che negli Ospedali è deputato alla selezione del donatore.

## Principali tipologie di tessuti trattati:

TIPOLOGIA DI TESSUTO	INDICAZIONI TERAPEUTICHE
<b>TESSUTI CARDIACI</b> Valvola aortica, polmonare, mitrale e relativi condotti, pericardio	sostituzione di valvole infette (endocarditi)
<b>TESSUTI VASCOLARI</b> carrefour aortico e venoso, aorta toracica e addominale	per la cura di gravi problemi circolatori (anche per salvataggio d'arto)
<b>SEGMENTI ARTERIOSI</b> Arterie femorali, arterie iliache	sostituzione di protesi infetta
<b>SEGMENTI VENOSI</b> Vene safene, vene femorali	fistole artero-venose in emodializzati per by-pass in cardiocirurgia
<b>PLACENTA</b> Membrana amniotica	per chirurgia oculare, urogenitale, ortopedica per il trattamento dei grandi ustionati per la riepitelizzazione e nel trattamento delle cicatrici
<b>TESSUTI OSTEO-TENDINEI</b> Femore, tibia, perone, bacino, omero, cartilagini, fascia lata, tendini, menisco, diafisi femorali e tibiali, creste iliache, opercoli cranici, teste di femore	per chirurgia ricostruttiva in ortopedia e chirurgia maxillo-facciale in odontoiatria per rialzo del seno mascellare per la cura di pazienti tumorali per la cura di importanti difetti ossei per salvataggio d'arto



Gli omoinnesti *cardiovascolari* crio-preserved che vengono normalmente utilizzati sono divisi in tre classi :

1. valvolari cardiaci per il trattamento delle patologie della valvola aortica in età adulta.
2. valvolari cardiaci per il trattamento di cardiopatie congenite complesse in età pediatrica.
3. vascolari.

In Italia molti cardiocirurghi hanno sviluppato l'utilizzo ritenendo quasi obbligatorio l'impiego dell' omoinnesto aortico o polmonare nella Ross operatin per: giovane età, donne in età fertile che desiderano partorire, endocardite della valvola aortica, infezioni su protesi aortiche, radice aortica di piccole dimensioni.

In età pediatrica lo sviluppo dell' utilizzo è ancora più evidente favorito dal limitato numero di protesi meccaniche impiantabili con diametri pediatrici. Le valvole vengono utilizzate in una vasta gamma di patologie congenite complesse, soprattutto per ricostruire strutture cardiache ipoplastiche o artesiche - artesia della polmonare, tronco arterioso comune, cuore sinistro ipoplasico. In campo vascolare si possono utilizzare vene safene, vene cave, arterie iliache, aorta toracica, aorta addominale. Il loro utilizzo viene preferito al uso sintetico per la loro elevata resistenza alle infezioni e la bassa trombogenità. Possono essere utilizzate per sostituzione di protesi vascolari infette, come accessi vascolari per emodializzati e condotti per la rivascularizzazione legata al salvataggio d'arto. L'impiego sistematico della bioprotesi in vena ombelicale umana con FAV eseguita con la tecnica del pantaloon vein graft ha ottenuto l'aumento dell'operability rate che da alcuni anni si è attestato al 97% delle ischemie critiche e a questo si aggiungono i favorevoli risultati "in acuto", la pervietà e il salvataggio d'arto non si discosta che di alcuni punti percentuali dai risultati delle ricostruzioni eseguite in sola vena safena autologa in pazienti nelle stesse condizioni di ischemia critica. Ponendosi quindi come una razio-

nale alternativa al salvataggio d'arto in pazienti privi di idonea safena. La *membrana amniotica* ha proprietà antiadesive, batteriostatiche, antiflogistiche, riduce l'angiogenesi, inibisce la funzione dei fibroblasti, riducendo così la formazione di cicatrici, previene la degradazione del collagene e favorisce la riepitellizzazione in vitro e in vivo. Attualmente è particolarmente diffusa in chirurgia oculare. In ambito oculistico viene utilizzata per trattamento di ulcere corneali, ricostruzione della congiuntiva e difetti epiteliali della cornea. E' stata usata in chirurgia ginecologica per la riparazione del onfalocele. In chirurgia generale per prevenire la formazione di aderenze post chirurgiche, e più recentemente in ortopedia, come tessuto barriera e associato a spongiosa nelle pratiche di ricostruzione. Oggi la crioconservazione garantisce la sicurezza di numerosi controlli sia nella selezione della donatrice che nella in contaminazione del tessuto.

L'osso *allogenico* prelevato da donatore vivente (ad esempio pazienti che vengono operati per protesi d'anca e che danno il consenso per l'utilizzo della testa di femore rimossa) viene frequentemente utilizzato nella revisione di protesi d'anca per riempire difetti scheletrici post-traumatici o post-chirurgici. Asportazione di neoplasie oppure interventi di artrodesi vertebrale. L'osso da donatore cadavere richiede procedure organizzative complesse sia nella fase di prelievo che d'impianto: la chirurgia ortopedica specie negli ultimi cinque anni ha sperimentato tecniche e impieghi che spesso si conformano alle specifiche esigenze del singolo paziente. Le indicazioni terapeutiche oltre alla



chirurgia tumorale sono la lligamentoplastica, il trapianto di menisco, il ricambio protesico. L'ortopedico rivolge alla banca le richieste e attraverso l'accordo si invia il tessuto più idoneo che risponde sempre a criteri di compatibilità morfologica e sicurezza.

Una delle maggiori attenzioni della Banca è volta a garantire la sicurezza e la qualità dei tessuti distribuiti, tramite un'accurata selezione del donatore e l'applicazione di severi protocolli clinici nella lavorazione dei tessuti. Di grande importanza è stato quindi l'ottenimento della certificazione ISO 9001:2000 per le attività legate alla raccolta, procurement e distribuzione di tessuti e per la progettazione ed erogazione delle attività formative e di comunicazione. Risultati positivi sono stati anche ottenuti a seguito delle verifiche per l'accreditamento istituzionale effettuate dal Centro Nazionale Trapianti per la dichiarazione di conformità alle linee guida nazionali sia per il settore osteo-tendineo che per il settore cardio-vascolare.

Oggi il consolidamento dell'esistente e la collaborazione con nuove regioni limitrofe sono gli obiettivi principali della Banca Tessuti di Treviso.

N° donatori per anno

N° tessuti distribuiti per anno

Banca dei Tessuti della  
Regione Veneto  
ULSS 9

Presidio Ospedaliero di Treviso

PROGETTO “INSIEME PER: RIFLETTERE, CONDIVIDERE E INFORMARE”

Il Progetto è nato dalla collaborazione della nostra Associazione con l'Assessorato Regionale alla Sanità, il Centro Regionale Trapianti e la Federazione Regionale dei Medici del Veneto, in linea con il protocollo d'intesa CRT / FIASO/ AIDO firmato lo scorso anno.

Finalità di tale Progetto, come prevede la legge 91/99, è la promozione della cultura della Donazione e dei Trapianti tra i cittadini, nel rispetto di una scelta libera e consapevole.

Riteniamo, a tal fine, importante conoscere l'opinione dei medici ed accogliere i suggerimenti, essendo la figura del Medico, sia dal punto di vista professionale che umano, centrale nel rapporto tra i cittadini e la sanità a mezzo dell'allegato questionario.

I risultati dell'indagine, condotta in tutta la Regione, saranno presentati ufficialmente e pubblicati.

Certi della vostra preziosa collaborazione, vi ringraziamo sentitamente.

Maria Grazia Bettiol  
Presidente Regionale AIDO

TeL. e Fax AIDO Regionale: 041 5042903

1. La legge 91/99 (art. 2) prevede che anche i Medici di medicina generale diffondano tra i cittadini la conoscenza delle leggi 578/93 – 582/94, dei corretti stili di vita e delle possibilità terapeutiche collegate al trapianto di organi e tessuti: Lei ritiene di aver avuto la possibilità di approfondire tali tematiche così da rispondere a domande dei suoi assistiti?  
 **SI**     **NO**                    a. se **NO** quali sarebbero i suoi suggerimenti? .....
2. Il D.M. 8 aprile 2000 (art. 2), prevede che i Medici di medicina generale accettino le dichiarazioni di volontà e le trasmettano alle ULSS di competenza. Ritiene ciò:
  - a. Un ulteriore aggravio
  - b. Qualificante per la Sua figura professionale
  - c. Indifferente
3. Con la legge 91/99 ed i successivi Decreti Regionali, è stato istituito e reso operativo in Veneto il Sistema Regionale Trapianti; ritiene di aver ricevuto informazioni sufficienti in merito al ruolo di ciascun soggetto coinvolto?  
 **SI**     **NO**
4. Ha avuto l'opportunità di frequentare Corsi di Formazione su:
  - a. Legge 578/93 (D.M. 582/94) (accertamento di morte)                     **SI**     **NO**
  - b. Legge 91/99 (disposizioni in materia di prelievi e trapianti)            **SI**     **NO**
  - c. Se **SI**                    - Quando?: .....
  - Organizzati da: .....
5. Ha avuto l'opportunità e/o la necessità di conoscere il Coordinatore Locale della Sua zona?                     **SI**     **NO**  
 a. se **SI** in quale occasione? .....
6. Tra i Suoi pazienti ha persone in lista di attesa?                     **SI**     **NO**  
 a. se **SI** di quale organo? .....
7. Secondo Lei la ricerca del ricevente è compito del:
  - a. personale dell'Ospedale dove viene prelevato l'organo                     **SI**     **NO**
  - b. personale del Coordinamento Locale     **SI**     **NO**
  - c. personale del Centro Interregionale di riferimento                     **SI**     **NO**     **NON SO**

8. È indispensabile l'accertamento di morte con criteri neurologici per il prelievo di organi?  
 **SI**     **NO**     **NON SO**
9. Tra i Suoi pazienti ha persone trapiantate di organo?     **SI**     **NO**  
 a. se **SI** di quale organo? .....
- b. se **SI** si rivolgono a Lei o solamente al Centro Trapianti?
- c. nel caso si rivolgano a Lei ritiene che il rapporto con il paziente sia soddisfacente?     **SI**     **NO**
- d. nel caso si rivolgano a Lei ritiene che il Suo rapporto con il Centro Trapianti sia collaborativo?  **SI**     **NO**
10. Tra i Suoi pazienti ha persone in lista di attesa per i tessuti?     **SI**     **NO**  
 a. se **SI** di quale?.....
11. Tra i Suoi pazienti ha persone trapiantate di tessuto?     **SI**     **NO**  
 a. se **SI** di quale? .....
12. Secondo Lei i tempi delle liste di attesa per i tessuti sono accettabili?     **SI**     **NO**     **NON SO**
13. Secondo Lei i tessuti devono necessariamente essere richiesti alle Banche?     **SI**     **NO**     **NON SO**
14. È indispensabile l'accertamento di morte con criteri neurologici per il prelievo di tessuti?     **SI**     **NO**
15. Tra i Suoi pazienti ha famigliari di donatori?     **SI**     **NO**  
 a. se **SI**, si sono rivolti, in quel momento a Lei per un consiglio?  **SI**     **NO**  
 b. se **SI**, si è sentito a proprio agio?     **SI**     **NO**
16. È stato contattato dal Coordinamento per informazioni su suoi pazienti donatori?     **SI**     **NO**
17. È stato contattato dalle Banche per informazioni su suoi pazienti donatori?     **SI**     **NO**
18. Tra i Suoi assistiti c'è qualcuno che Le ha chiesto informazioni su:  
 a. Donazione?     **SI**     **NO**  
 b. Trapianti?     **SI**     **NO**  
 c. Certezza della morte?     **SI**     **NO**  
 d. Dove dichiarare la propria volontà a donare?     **SI**     **NO**
19. Secondo Lei quali sono i motivi per i quali le persone decidono di donare:  
 a. Ridare a qualcuno la vita  
 b. Aiutare gli altri  
 c. Superare il dolore del lutto  
 d. Dover morale/sociale  
 e. Pensare che il proprio caro continui a "vivere" nel ricevente  
 f. Altro .....
- .....
20. Secondo Lei quali sono i motivi per i quali le persone decidono di non donare:  
 a. Paura di non essere morto  
 b. Ignoranza delle modalità del prelievo e trapianto  
 c. Timore del commercio di organi  
 d. Timore che venga "privilegiato" il raccomandato  
 e. Motivi religiosi  
 f. Non averne mai parlato  
 g. Poca fiducia nella sanità  
 h. Altro .....
- .....

21. Secondo Lei le persone sono ugualmente favorevoli alla donazione sia degli organi che dei tessuti?  
 **SI**     **NO**    a. se **NO** perchè?.....
22. Se un Suo assistito Le domanda dove rivolgersi per registrare il proprio **ASSENSO** alla donazione, come si comporta:  
a. Lo sconsiglia  
b. Lo indirizza all'AIDO  
c. Lo indirizza alla ASL  
d. Non sa  
e. Altro .....
23. Se un suo assistito Le domanda dove rivolgersi per registrare il proprio **DISSENSO** alla donazione, come si comporta:  
a. Lo sconsiglia  
b. Lo indirizza all'AIDO  
c. Lo indirizza alla ASL  
d. Non sa  
e. Altro .....
24. Ritieni possa essere utile avere strumenti di informazione (opuscoli, manifesti, etc...) nella Sua sala di attesa?  
 **SI**     **NO**
- 



**L'Ordine**  
di Treviso

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

Presidente

**Dott. Domenico STELLINI**

Direttore Responsabile

**Dott. Michele BUCCI**

Redazione

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

Stampa

**Tipografia Sile - Carbonera (TV) - Telefono 0422 691911**

**L'Ordine di Treviso**

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

# Farmaci Antidolorifici e Stupefacenti

## NOVITÀ OPERATIVE

L'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Treviso comunica che con **decreto del Ministro della Salute** in data 18.4.2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 98 del 28.4.2007, è stato disposto l'**aggiornamento** e il **completamento** delle **tabelle** contenenti l'indicazione delle **sostanze stupefacenti e psicotrope e relative composizioni medicinali**; a tale decreto è seguito un chiarimento del Dott. De Giuli ed una circolare della Giunta Regionale Veneta del 07 giugno 2007.

In sintesi le novità operative per il farmacista sono:

- A) introduzione di 3 farmaci cannabinoidi nella tab II° sez. B quali nuovi principi attivi da impiegarsi nella terapia del dolore (comunque, ad oggi, non sono ancora presenti sul mercato italiano specialità contenenti tali molecole).**  
**B) chiarimento sui farmaci impiegati nella terapia del dolore:**

**I° - i farmaci previsti nell'allegato III° bis** (buprenorfina - codeina - diidrocodeina - fentanyl - idrocodone - idromorfone - metadone - morfina - ossicodone - ossimorfone) vengono impiegati **nel trattamento del dolore indipendentemente dall'origine del dolore stesso.**

Rispetto alla precedente normativa per cui tutti farmaci prescritti per la terapia del dolore non pagavano alcun ticket, ora un farmaco prescritto con la **RICETTA AUTOCOPIANTE A RICALCO** per la terapia del dolore, può essere o in fascia C (a pagamento totale) o in fascia A con pagamento del ticket di € 2/confezione e con un massimo di € 4 per ricetta a meno che sia indicata una specifica esenzione per patologia.

Nella nota regionale del 7.6.2007 si richiama l'attenzione sul fatto che "**la prescrizione dei medicinali deve avvenire nel rispetto delle indicazioni d'impiego specificatamente autorizzate per ciascun medicinale registrato (provvedimento A.I.C.)**" ed invita ad una stretta collaborazione fra medici e farmacisti affinché venga verificata l'aderenza delle prescrizioni alle indicazioni autorizzate.

Questo richiamo è particolarmente importante per diversi farmaci analgesici stupefacenti in quanto nel loro **provvedimento di riclassificazione autorizzato** si distingue fra le indicazioni a carico del S.S.N.(fascia A) e quindi rimborsabili da quelle a totale carico del cittadino (fascia C. a pagamento totale) (note regionali prot. 4764/ e 21541/50.07.02.01 del 5 e 7 gennaio 2005 rispettivamente e prot. 232900/50.07.02.02. del 31/03/05).

I farmaci più usuali interessati da tale precisazione dell'AIFA sono:

- CO-EFFERALGAN 16 cpr. secche (codeina+paracetamolo)
- ACTIQ (fentanyl)
- DEPALGOS (ossicodone+paracetamolo)
- OXYCONTIN (ossicodone)
- TICINAN (morfina)
- TRANSTEC (brupenorfina)
- TRIQUISIC (buprenorfina)

Tali farmaci infatti prevedono che vengano considerati in:

**CLASSE A** limitatamente ai pazienti affetti da dolore moderato o grave in corso di patologia neoplastica o degenerativa secondo le modalità prescrittive della legge n 12/2001 e di eventuali disposizioni delle regioni e delle province autonome. Quindi tali farmaci sono a carico del SSN ed esenti dal pagamento del ticket solo se sono riportate le seguenti indicazioni:

- esenzione pat. 006-013-048-054
- L.12 soggetti affetti da patologie degenerative

**CLASSE C,** quindi a totale carico dell'assistito, per tutte le altre indicazioni.

(Si ribadisce, comunque indipendentemente dalla classe di rimborsabilità, l'obbligatorietà della prescrizione su **RICETTA AUTOCOPIANTE A RICALCO** dei farmaci soprarichiamati fatta eccezione per il Co-Efferalgan).

**II° - i farmaci compresi nella tab. II° D** (in pratica il CO-EFFERALGAN 16 cpr. secche) possono essere prescritti sia con la **RICETTA AUTOCOPIANTE A RICALCO**, sia con il **ricettario SSN regionale**.

Il **Co-Efferalgan** (tab.B sezD) quando prescritto su ricettario regionale del SSN non ha l'obbligo della posologia, per cui, se questa mancante, per il calcolo della durata della terapia che deve sempre rientrare nei 30 gg, il farmacista deve considerare la posologia massima autorizzata (A.I.C.) (per cui essendo la posologia massima di 6/die, il medico può prescrivere sino ad un massimo di 11 confezioni, comunque di ciò si attende chiarimento regionale).

Ovviamente se il medico non indica il numero di confezioni, la ricetta è valida per una sola confezione.

È sempre obbligatorio l'uso della RICETTA AUTOCOPIANTE A RICALCO qualora il medicinale della tabella II, sezione D (Co-efferalgan) sia prescritto insieme ad uno stupefacente della tabella II, sezione A, però in tal caso anche per il Co-efferalgan è obbligatoria la posologia.

La RICETTA AUTOCOPIANTE A RICALCO si ricorda che ha validità su tutto il territorio nazionale, mentre la ricetta regionale del S.S.N. ha validità solo sul territorio della regione.

Gli stupefacenti tab. II° sezione A sono sempre soggetti alla sola RICETTA AUTOCOPIANTE A RICALCO.

Qui di seguito si propone uno schema riassuntivo della norma allo stato attuale:

PRINCIPIO ATTIVO	SPECIALITÀ	TAB. STUP.	RICETTA	LIMITAZIONI E FORMALISMI OBBLIGATORI IN RICETTA PER PRESCRIZIONE A CARICO DEL SSN	NEGLI ALTRI CASI
BUPRENORFINA	TRANSTEC TRIQUISIC	II A	Ricetta autocopiante a ricalco	Esenzione: L12-06-013-048-054 SENZA TICKET	CLASSE C
	TEMGESIC	II A	Ricetta autocopiante a ricalco	Esenzione: L12-06-013-048-054 SENZA TICKET	Pagamento TICKET max. € 4/ricetta
FENTANYL	ACTIQ	II A	Ricetta autocopiante a ricalco	Esenzione: L12-06-013-048-054 SENZA TICKET	CLASSE C
	DUROGESIC	II A	Ricetta autocopiante a ricalco	Esenzione: L12-06-013-048-054 SENZA TICKET	Pagamento TICKET max. € 4/ricetta
METADONE	METADONE	II A	Ricetta autocopiante a ricalco	Esenzione: L12-06-013-048-054 SENZA TICKET	Pagamento TICKET max. € 4/ricetta
MORFINA	MORFINA f. MS CONTIN ORAMORPH TWICE	II A	Ricetta autocopiante a ricalco	Esenzione: L12-06-013-048-054 SENZA TICKET	Pagamento TICKET max. € 4/ricetta
MORFINA	TICINAN	II A	Ricetta autocopiante a ricalco	Esenzione: L12-06-013-048-054 SENZA TICKET	CLASSE C
OSSICODONE	OXYCONTIN	II A	Ricetta autocopiante a ricalco	Esenzione: L12-06-013-048-054 SENZA TICKET	CLASSE C
OSSICODONE + PARACETAMOLO	DEPALGOS	II A	Ricetta autocopiante a ricalco	Esenzione: L12-06-013-048-054 SENZA TICKET	CLASSE C
CODEINA + PARACETAMOLO	CO-EFFERALGAN 16 cpr. secche	II D	Ricetta autocopiante a ricalco o ricetta Reg. SSN	Esenzione: L12-06-013-048-054 SENZA TICKET (per massimo 30 giorni)	CLASSE C (n° confezioni libere secondo prescrizione medica)
<b>PRECISAZIONI SU FARMACI OGGETTO DI DUBBI ANALOGHI</b>					
TRAMADOLO	CONTRAMAL PRONTALGIN	NO	Ricetta Regionale SSN	NOTA AIFA 03	CLASSE C
PARACETAMOLO (solo nella Regione Veneto e per gli assistiti del Veneto)	TACHIPIRINA EFFERALGAN	NO	Ricetta Regionale SSN	Dicitura: CLASSE A + ESEN. PATOLOGIA 06-013-048-054 SENZA TICKET (N.B.: NO L12)	CLASSE C

# VOLONTARIATO IN AFRICA

## Riflessioni su un'esperienza

Io e mia moglie, fisioterapista, siamo partiti, la prima volta, per l'Africa, venticinque anni fa (era il gennaio 1982) dopo un lungo periodo di riflessione ed un anno di preparazione con il CUAMM di Padova.

La prima esperienza, di circa cinque anni, è stata in un ospedale missionario del Kenya; in seguito abbiamo operato in strutture ospedaliere governative della Guinea Bissau, del Mozambico e dell'Angola.

Ci chiedono spesso di raccontare la nostra storia eppure, ogni volta, ciò riesce a provocarci forti sensazioni conflittuali che, anche se ancora oggi non riusciamo a valutare pienamente, ci stanno comunque a confermare un fatto inequivocabile: ciò ha condizionato e continua a condizionare tutta la nostra vita.

Risulta infatti, impossibile nell'esercizio della pratica professionale quotidiana fatta di sovrabbondante disponibilità di risorse (e, ahimè, di sprechi), non andare al ricordo dei malati trasportati a piedi per decine di chilometri in barelle di fortuna o ai bambini arrivati troppo tardi in ospedale, qualcuno già morto e che ancora scottava per la febbre malarica.

Abbiamo vissuto accanto a gente semplice il cui stile di vita essenziale apprezziamo maggiormente ora che l'emergenza ambientale si fa sempre più preoccupante. Da più parti si sente riconoscere a queste popolazioni, straordinariamente integrate con la natura, il minor contributo all'inquinamento del pianeta anche se, ironia della sorte, stanno pagando a prezzo più caro le conseguenze provocate dallo sregolato sviluppo che avviene in altre parti del globo.

Le zone dove abbiamo lavorato sono sicuramente tra quelle con peggior indice di sviluppo umano dell'Africa. L'Africa che all'aprirsi del nuovo millennio continua a essere il continente della sofferenza, dove appaiono concentrati e al massimo grado i problemi della povertà e delle disuguaglianze, dove siccità, carestie, alluvioni e guerre civili incidono pesantemente sulle condizioni di vita di tutti i suoi abitanti, là dove povertà significa non solo non avere una casa in muratura o non disporre di acqua corrente e di energia elettrica, ma vuol dire molto più semplicemente non poter usufruire dei più essenziali servizi di cura, là dove, in ospedali diroccati, i letti arrugginiti hanno per materasso un pezzo di gommapiuma e mancano le lenzuola, le garze, i cerotti... Eppure in realtà tanto disarmanti quello che conta è non farsi paralizzare dal peso delle situazioni ma avere la forza di riuscire a fare, nonostante tutto, qualcosa di concreto pur mantenendo un atteggiamento di sincera umiltà e doveroso rispetto.

E così noi, per nostra parte, abbiamo cercato di lavorare assieme ad altri operatori sanitari del luogo, in zone in cui la mortalità infantile è venti volte superiore a quella italiana, in cui le malattie infettive affliggono intere popolazioni ed in cui il parto è ancora un rischio serio per la madre, oltre che per il neonato (cfr. l'articolo di Claudio Beltramello di poco tempo fa).

In questi distretti, che rispecchiano la maggior parte della realtà africana, la rete sanitaria sotto la nostra responsabilità è costituita di solito da un ospedaletto nel

capoluogo distrettuale con servizi di medicina, pediatria, ostetricia e chirurgia essenziale, da diversi dispensari sparsi nel territorio e da numerosi posti di primo soccorso. A tale attività va aggiunta quella della medicina preventiva, come le vaccinazioni dei bambini nei primi due anni di vita ed il controllo periodico di particolari gruppi a rischio tra i quali le mamme e i bambini fino a 5 anni.

In questa realtà, la medicina prioritaria non è più semplicemente cura e sollievo di sofferenze individuali, ma ricerca delle cause globali di malattia per elaborare i più razionali e semplici metodi di prevenzione cercando di coinvolgere, il più possibile, la popolazione nella gestione della propria salute; tutto ciò nell'attenzione di offrire un minimo di servizi essenziali per molti, invece che una superspecialistica per pochi, anche se questo comporta una rinuncia alle facili gratificazioni che derivano, all'operatore sanitario, nel dispensare qualcosa di proprio ed esclusivo.

Bagaglio prezioso della nostra esperienza sono stati gli esempi che abbiamo avuto la fortuna di frequentare. Ne abbiamo conosciuti, infatti, tanti di missionari e laici che operavano come medici, infermieri, laboratoristi, esperti in amministrazione e logistica, insegnanti, agricoltori, che hanno trovato nella propria professionalità uno strumento prezioso per un contatto sereno con la popolazione e che la sottrazione forzata delle comodità alle quali erano abituati in patria, non ne ha fiaccato l'entusiasmo, ma ha invece contribuito a mantenerne vivo lo spirito e le originali motivazioni, pur nelle difficoltà oggettive di

una realtà quotidiana dura e anonima.

Alcuni, poi, attraverso l'esempio di una dedizione senza limiti, hanno fornito l'immagine più fedele di un Cristo nudo ma vicino, presente.

Conoscevamo bene suor Leonella Sgorbati uccisa domenica 17 settembre 2006. Abbiamo lavorato assieme in Kenya:

era responsabile della scuola infermiere dell'ospedale nel quale prestavamo il nostro servizio di volontari. Con lei abbiamo fatto le indagini sul territorio per pianificare, in collaborazione con la gente, i servizi primari di cura e prevenzione.

A quel tempo mi recavo anche nel dispensario della città di Isiolo dove era responsabile della Missione don Luigi Locati, divenuto poi vescovo e ucciso nel modo che sappiamo.

Dobbiamo ricordare anche Marisa Ferrari, infermiera, diplomata a Conegliano, morta in Angola il 1° febbraio 2004; Antonia Simionato di Vittorio Veneto, spenta il 29 novembre dello stesso anno, infermiera per molti anni in Burundi e Congo e la dottoressa Maria Bonino falciata, in Angola, dall'epidemia di Marburg il giovedì santo dell'anno successivo. Compagna di viaggio della prima ora, ci eravamo reincontrati in Angola. Tra i suoi appunti è stata trovata una frase: "Temo che il giorno finisca prima che io me ne accorga, e l'ora dell'offerta passi via".

Abbiamo nominato persone conosciute personalmente e che



hanno occupato, anche se per un attimo, lo spazio dei media. Ma potremmo citarne altre con cui abbiamo condiviso questo cammino iniziato molti anni fa. Persone come tante, ma tutte animate da grande umanità, che le rende ognuna un caso unico e straordinario, anche se di solito non fanno notizia nei grandi mezzi di comunicazione.

Contemporaneamente alla nostra attività sul campo, abbiamo raccolto la calorosa vicinanza di molti amici, qui, nel nostro territorio. Durante l'esperienza in Mozambico (1997-98) è sorta a Conegliano un'associazione: Africa Chiama, con lo scopo di reperire fondi per i progetti sanitari del CUAMM in Africa e di contribuire a diffondere una cultura di solidarietà in ambito locale.

Ci è doveroso registrare, in tal senso, la straordinaria risposta delle Istituzioni, in prima fila la Conferenza dei Sindaci e l'ULSS 7, che si sono fatte promotrici, presso tutta la provincia di Treviso, per appoggiare un progetto triennale di cura della tubercolosi a Luanda, capitale dell'Angola. Il progetto, iniziato nel 2003, mentre mi trovavo in quel Paese, si è

concluso felicemente nel 2005. Da quell'esperienza positiva è nata la proposta di continuare a sostenere la cura non solo della tubercolosi, ma anche dell'AIDS nelle situazioni di coinfezione. Si è sempre più convinti, infatti, che la nostra azione debba estendersi, oltre che al contesto rurale, anche a quello urbano

che sta diventando una priorità assoluta: basti pensare che un terzo della popolazione dell'Angola è concentrata nella capitale che ha superato ormai i 6 milioni di abitanti.

Lo scenario che abbiamo tracciato appare incoraggiante: nel nostro ambiente sanitario, l'impegno per la cooperazione con altri popoli ha dimostrato di essere molto più che un evento estemporaneo e marginale, sia a livello personale che comunitario. Ed è essenziale in questo che la nostra fiducia in un futuro migliore per i paesi in cui abbiamo operato, per tutta l'Africa e per tutti i Paesi del 3° Mondo, trova fondata speranza perchè, al di là di tutte le enunciazioni teoriche, il solco fra Nord e Sud del Mondo, che effettivamente esiste, riuscirà a trovare i suoi ponti più concreti attraverso questo genere di relazioni, nella visione di una solidarietà intesa non come dispensa di nostre verità e sicurezze, ma come un ricercare insieme la via per costruire un mondo più giusto.

Dott. Rinaldo Bonadio  
Chirurgo Ospedale Civile Conegliano



# Esperienze di sviluppo del Territorio e integrazione con l'Ospedale nella ULSS 16 di Padova

## La presa in carico della persona

Il sistema socio sanitario Veneto nasce e si sviluppa sulla base di una forte integrazione tra i vari aspetti dell'assistenza sanitaria e tra l'insieme di questi ed il comparto dei servizi sociali. Tale integrazione ha mostrato, nel corso degli ultimi decenni, di corrispondere alle più complessive esigenze di sviluppo economico sociale della Regione, assicurando un articolato e flessibile supporto per rispondere ai nuovi bisogni che si andavano manifestando in relazione a tale sviluppo. In particolare, i valori e i principi su cui si fonda la politica di salute pubblica per la popolazione veneta sono:

- Equità e giustizia
- Efficacia
- Integrazione
- Flessibilità
- Informazione
- Coesione e Capitale Sociale
- Creazione di strutture organizzative per la Sanità Pubblica.

Condizioni necessarie, pertanto, alla produzione ad al perseguimento della politica della salute sono:

- Innalzare il livello di salute delle fasce di popolazione più vulnerabile;
- Sviluppare azioni di partnership intersettoriali;
- Governare il processo di trasformazione della rete ospedaliera, riorientando e reinvestendo le risorse dell'offerta di servizi territoriali;
- Considerare il miglioramento dello stato di salute della popolazione come valore aggiunto alla politica complessiva di sviluppo sociale ed economico della Regione.

Ecco che occorre potenziare l'in-

tegrazione Socio Sanitaria del Sistema Veneto, secondo il modello della valutazione multi dimensionale della presa in carico e dell'attivazione di interventi e trattamenti appropriati e valutabili, programmati a livello locale per consentire all'utente di fruire di prestazioni sociali e sanitarie integrate in alternativa ad un ricorso automatico ed inappropriato, quindi, antieconomico al ricovero ospedaliero. Il processo di integrazione socio sanitaria ha già prodotto nel Veneto effetti sostanziali nei confronti degli utenti singolarmente intesi e dei Comuni, consentendo prestazioni efficaci e di risposta globale. In questa linea, il nuovo Piano Socio-sanitario si propone di favorire ulteriormente l'integrazione del sistema, mediante l'adozione di modelli operativi che incentivino la collaborazione tra strutture e tra operatori, con attenzione, non solo alla produzione dei servizi, ma anche alla loro distribuzione.

Tradizionalmente, l'attenzione politica e manageriale è stata fortemente incentrata sull'ospedale. Si è avvertita, però, la necessità di accentuare la localizzazione dei servizi socio-sanitari nel territorio seguendo una logica di forte integrazione tra i soggetti del sistema sanitario e socio-sanitario, compresi i presidi ospedalieri. A tal scopo occorre ridisegnare i macrosistemi erogativi e completare la programmazione e l'integrazione agendo su:

- il sistema delle cure ospedaliere, da riservarsi alle acuzie ed alle immediate post acuzie
- il sistema delle cure residenziali extraospedaliere
- il sistema delle cure domiciliari
- il sistema delle cure ambulatoriali
- i servizi distrettuali.

Nel dettaglio, la presa in carico del paziente avviene attraverso quattro tappe:

1. la dimissione protetta dall'ospedale al domicilio
2. il trasferimento da ospedale a ospedale
3. l'attivazione dell'Adi
4. l'accoglimento nell'hospice.

## Dimissione protetta dall'ospedale al domicilio

**1. Segnalazione del caso** da parte del medico di reparto al Centro di riferimento regionale; la segnalazione può essere eseguita in forma verbale, via fax o e-mail, ma comunque confermata attraverso documentazione cartacea.

**2. Segnalazione scritta** al Distretto di residenza, da parte del Centro di riferimento regionale, della necessità di attivare l'Adi per il minore con indicazione sintetica delle condizioni del bambino e delle necessità assistenziali. La segnalazione deve essere fatta entro 7 giorni dalla data di dimissione prevista. Pertanto il Distretto ha a disposizione una settimana di tempo per la pianificazione della dimissione.

**3. Organizzazione di un incontro predimissione** fra le figure che si prenderanno carico della gestione, in preparazione della Uod al fine di:

- favorire l'integrazione tra le figure professionali;
- consentire la conoscenza del minore e della sua famiglia da parte del personale del distretto;
- attivare una eventuale formazione sul singolo caso (acquisizio-

ne competenze tecniche specifiche: gestione clinica, istruzioni sull'uso di apparecchiature...) prevedendo, se necessario, periodi di frequenza presso l'Ospedale di ricovero.

**4. Riunione della Uod.** Componenti stabili della Uod saranno:

- Responsabile dell'Unità operativa cure primarie
- Pediatra/Medico di famiglia
- Caposala del Distretto
- Medico del Centro di riferimento regionale
- Infermiere
- Psicologo

Volta per volta in relazione al caso la Uod sarà integrata da altre possibili figure:

- Medico pediatra specialista della patologia del bambino
- Pediatra del Presidio Ospedaliero dell'ASL di residenza
- Responsabile dell'Unità operativa materno-infantile
- Assistente sociale
- Fisioterapista
- Insegnante
- Medico del 118
- Farmacista
- Logopedista
- Oss
- Assistente domiciliare

In occasione della riunione della Uod viene redatto il piano di assistenza per il soggetto, che contiene l'elenco dei problemi, le azioni che devono essere attivate, i soggetti, l'individuazione dei compiti di ciascuno, i momenti degli accessi a casa, farmaci e presidi necessari, eventuali accessi in Ospedale del bambino, i criteri di verifica degli obiettivi. In sede di Uod vengono inoltre individuati presso il Presidio Ospedaliero di residenza, percorsi diagnostici-terapeutici preferenziali, a cui il paziente e la famiglia possono accedere in caso di necessità. Vengono altresì definite le scadenze per la verifica dell'andamento dell'assistenza e individuato il referente del caso, incaricato di mantenere la rete di contatti tra

tutti i professionisti coinvolti e di convocare riunioni, anche non programmate, in relazione a eventuali cambiamenti del percorso assistenziale delineato.

#### **5. Assistenza a domicilio**

L'assistenza del paziente e della famiglia sarà garantita dalle Strutture Distrettuali e dal personale del Centro di riferimento regionale. Nell'immediato dopo-dimissione, si prevede un temporaneo periodo di assistenza congiunta da parte del personale del Centro regionale con le Strutture distrettuali al fine di permettere una continuità nell'assistenza ed ottimizzare il programma globale alla reale situazione familiare e logistica e completare il processo di formazione/addestramento riferito al caso. Successivamente la gestione del paziente è affidata ai Servizi territoriali che assicurano una risposta immediata e continuativa alle necessità assistenziali, sociali ed organizzative del bambino e della famiglia. Il Medico di base ha responsabilità unica e complessiva del paziente, garantendo la reperibilità nelle 12 ore diurne (8-20). Il Centro di riferimento regionale supporta i Servizi del Distretto con una collaborazione continuativa e permanente, attraverso contatti giornalieri per verificare l'andamento della situazione, una reperibilità telefonica continuativa 24 su 24, visite programmate a domicilio (numero e modalità da definire in sede di Uod) e disponibilità di valutazioni d'urgenza sia da parte del personale del team che di altri specialisti, attivati sulla base delle specifiche necessità.

#### **6. Incontri periodici**

Sono programmati per tutto il personale che segue a domicilio il paziente e la sua famiglia, nell'ottica di valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi pro-

grammati e riconfermare o modificare le modalità d'approccio stabilite, in base al modificarsi della situazione, focalizzare eventuali problemi relazionali e/o di burn out della famiglia e/o degli operatori dell'èquipe e proporre eventuali soluzioni.

#### **7. In caso di decesso**

Incontri fra le persone che hanno seguito il paziente e i familiari, sono programmati anche dopo la morte, con l'obiettivo di aiutare la gestione del lutto e di valutare l'efficacia e la qualità dell'intervento operato.

#### **Trasferimento da ospedale a ospedale**

1. Segnalazione del caso da parte del medico di reparto al Centro di riferimento regionale; la segnalazione può essere eseguita in forma verbale, via fax o e-mail, ma comunque confermata attraverso documentazione cartacea.
2. Segnalazione scritta, da parte del Centro di riferimento regionale, al Primario del Reparto di afferenza.
3. Riunione pre trasferimento tra i sanitari coinvolti per la pianificazione ed organizzazione del programma di cura.
4. Dopo il trasferimento sono previsti da parte del Centro regionale contatti giornalieri per verificare l'andamento della situazione, una reperibilità telefonica continuativa 24 su 24, visite programmate (numero e modalità da definire in base alla situazione) e disponibilità di valutazioni d'urgenza sia da parte del personale del team che di altri specialisti, attivati sulla base delle specifiche necessità. Il Centro regionale organizza incontri periodici per tutto il personale che segue il paziente e la sua famiglia, nell'ottica di valutare l'efficacia e l'efficien-

za degli interventi programmati e riconfermare o modificare le modalità d'approccio stabilite, in base al modificarsi della situazione, focalizzare eventuali problemi relazionali e/o di burn out della famiglia e/o degli operatori dell'èquipe e proporre eventuali soluzioni.

- In caso di decesso incontri fra gli operatori che hanno seguito il paziente ed i familiari, sono programmati anche dopo la morte del paziente, con l'obiettivo di aiutare la gestione del lutto e di valutare l'efficacia e la qualità dell'intervento operato.

### **Attivazione dell'assistenza domiciliare integrata**

- Segnalazione del caso da parte del Medico di medicina generale del territorio al Distretto di competenza.
- Segnalazione del caso da parte del Distretto al Centro di riferimento regionale; la segnalazione può essere eseguita in forma verbale, via fax o e-mail, ma comunque confermata attraverso documentazione cartacea. La segnalazione scritta da parte del Distretto di residenza al Centro Regionale dovrà contenere indicazione sintetica delle condizioni del bambino e delle necessità assistenziali. I tempi massimi di attivazione dell'Adi, dopo segnalazione sono 7 giorni.
- Organizzazione di un incontro fra le figure dei Servizi territoriali e del Centro regionale che si prenderanno carico della gestione domiciliare del piccolo paziente in preparazione della Uod, nell'ottica di:
  - favorire l'integrazione tra le figure professionali
  - consentire la conoscenza del minore e della sua famiglia da parte del personale del distretto e del Centro regionale

- attivare una formazione sul singolo caso (acquisizione di competenze tecniche specifiche: gestione clinica, istruzioni sull'uso di apparecchiature...) prevedendo, se necessario, periodi di frequenza presso strutture di riferimento.

#### 4. Riunione della Uod

Componenti stabiliti della Uod saranno:

- Responsabile dell'Unità operativa cure primarie
- Medico del Centro di riferimento regionale
- Pediatra/Medico di famiglia
- Caposala del Distretto
- Psicologo
- Infermiere

Volta per volta in relazione al caso la Uod sarà integrata da altre possibili figure:

- Responsabile dell'Unità operativa materno-infantile
- Pediatra del Presidio Ospedaliero dell'Asl di residenza
- Assistente sociale
- Fisioterapista
- Insegnante
- Medico del 118
- Farmacista
- Logopedista
- Oss
- Assistente domiciliare

In occasione della riunione della Uod viene redatto il piano di assistenza per il soggetto, che contiene l'elenco dei problemi, le azioni che devono essere attivate, i soggetti, l'individuazione dei compiti di ciascuno, i momenti degli accessi a casa, farmaci e presidi necessari, eventuali accessi in Ospedale, i criteri di verifica degli obiettivi raggiungibili. In sede di Uod vengono inoltre individuati presso il Presidio Ospedaliero dell'Asl di residenza, percorsi diagnostico/terapeutici facilitati e preferenziali, a cui il paziente e la famiglia possono accedere in caso di necessità. Vengono altresì definite le scadenze per la verifica dell'andamento dell'assistenza e individuato il referente del

caso, incaricato di mantenere la rete di contatti tra tutti i professionisti coinvolti e di convocare riunioni anche non programmate in relazione a eventuali cambiamenti del percorso assistenziale delineato.

#### 5. Assistenza a domicilio

L'assistenza del paziente sarà garantita dalle Strutture Distrettuali e dal personale del Centro regionale che con competenze diverse ottimizzeranno il programma globale alla reale situazione familiare e logistica. In caso di bisogni assistenziali particolari, si prevede un temporaneo periodo di assistenza congiunta da parte del personale del Centro regionale con le Strutture distrettuali in modo tale da completare il processo di formazione/addestramento riferito al caso.

Successivamente la gestione del paziente è affidata ai Servizi Distrettuali che assicurano una risposta immediata e continuativa alle necessità assistenziali, sociali ed organizzative del bambino e della famiglia. Il Medico di famiglia ha responsabilità unica e complessiva del paziente, garantendo la reperibilità nelle 12 ore diurne (8-20). Il Centro di riferimento regionale supporta e collabora in maniera continuativa e permanente con i servizi del Distretto attraverso contatti giornalieri per verificare l'andamento della situazione, una reperibilità telefonica continuativa 24 su 24, visite programmate a domicilio (numero e modalità da definire in sede di Uod) e disponibilità di valutazioni d'urgenza sia da parte del personale del team che di altri specialisti, attivati sulla base delle specifiche necessità.

#### 6. Incontri periodici.

Sono programmati per tutto il personale che segue a domicilio il paziente e la sua famiglia, nell'ottica di valutare l'efficacia e

l'efficienza degli interventi programmati e riconfermare o modificare le modalità d'approccio stabilite, in base al modificarsi della situazione, focalizzare eventuali problemi relazionali di burn out della famiglia e/o degli operatori dell'èquipe e proporre eventuali soluzioni.

7. In caso di decesso

Incontri fra le persone che hanno seguito il bambino ed i genitori, sono programmati anche dopo la morte del piccolo paziente, con l'obiettivo di aiutare la gestione del lutto e di valutare l'efficacia e la qualità dell'intervento operato.

**Accoglimento nel centro residenziale di cure palliative**

1. Per i minori già assistiti in Adi e quindi già noti al Centro di riferimento Regionale è previsto un accesso facilitato;
2. Per i pazienti ricoverati in Ospedale le modalità di accesso prevedono la segnalazione del caso da parte del Medico del reparto al Centro di Riferimento Regionale, una riunione pretrasferimento fra i sanitari coinvolti nella gestione, e la programmazione di una eventuale Assistenza Domiciliare Integrata.

Naturalmente il personale sanitario e socio sanitario deve essere adeguatamente preparato. La bassa numerosità dei pazienti rappresenta un ostacolo per la realizzazione di un programma formativo rivolto a tutto il personale medico infermieristico: la possibilità di utilizzare nell'esperienza pratica i contenuti formativi ricevuti, è molto ridotta e destinata nella maggior parte dei casi a rimanere un bagaglio teorico. La garanzia di qualità professionale si fonda sulla formazione specifica sull'esperienza diretta e sulla numerosità dei casi seguiti. Pertanto, per gli obiettivi proposti, sono previsti due livelli di formazione degli operatori:

1. Formazione di base generale con l'obiettivo di fornire gli strumenti per identificare modalità condivise e comuni di un approccio globale al bambino con patologia cronica e/o terminale, per migliorare la capacità di lavoro integrato, per attuare una metodica d'analisi comune per soluzione di problemi, per stimolare l'auto-formazione e lo sviluppo di progetti di ricerca autonomi e per far conoscere risorse e strumenti organizzativi.

2. Formazione specifica e addestramento sui singoli casi per fornire le conoscenze sulla patologia del bambino, sulla terapia, sulla prognosi e sulla gestione, sviluppare abilità specifiche per le diverse professionalità nella assistenza e cura del minore, fornire gli strumenti per attuare una metodica d'analisi per soluzione di problemi riferita al singolo caso, garantire una comunicazione adeguata fra i diversi componenti del team.

La formazione generale dovrà essere rivolta a personale sanitario e non, già coinvolto in cure domiciliari per minori in stato di terminalità scelto all'interno delle Aziende e rappresentativo per ciascuna azienda di professionalità diverse (pediatra di famiglia/medico di medicina generale, infermiere di distretto, responsabile dell'Unità operativa cure primarie, psicologo, assistente sociale).

La formazione specifica dovrà essere indirizzata a tutti gli operatori coinvolti nella gestione del singolo bambino, con priorità al pediatra di base o Medico di Mmgg, Infermieri del distretto, Psicologo, Assistente sociale, Medico Palliativista del Distretto, se presente.

L'organizzazione della fase formativa generale coinvolgerà l'Ufficio Formazione della Regione in collaborazione con il Centro di riferimento regionale per le cure palliative pediatriche.

L'organizzazione e gestione della formazione specifica relativa ai singoli pazienti rientra fra i compiti del

Centro di riferimento regionale.

Anche le strutture devono essere correttamente accreditate.

Presupposto indispensabile per assicurare cure domiciliari ed ospedaliere efficaci a un paziente multiproblematico con patologia cronica e/o terminale è l'accreditamento del servizio attraverso l'individuazione di fattori, criteri ed indicatori di qualità.

L'analisi deve prendere in considerazione sia i fattori legati al paziente e la famiglia che all'organizzazione sanitaria che partecipa alla cura, individuando un sistema di indicatori che indagano su struttura, processi, risultati e risorse impiegate.

Dovrà essere attivato un sistema di sorveglianza, con raccolta delle informazioni e produzione annuale di report sui risultati delle attività, da trasmettere alla Regione e alle Aziende Ulss e Ospedaliere coinvolte.

Andranno altresì indagate le criticità con particolare riguardo alle situazioni in cui, per motivazioni diverse, non è stato possibile dar corso alle proposte di attivazione dell'Adi.

Infine, si devono motivare professionisti e operatori.

Per la realizzazione degli obiettivi prefissati molte sono le risorse di personale già presenti e attive nei Servizi Sanitari, Sociali.

Si tratta di consolidare le esperienze di collaborazione e sviluppare forme innovative di lavoro integrato tra tutte le Istituzioni coinvolte.

Fortunato Rao  
Direttore Generale  
Azienda Ulss 16, Padova,  
Regione del Veneto

Daniele Donato  
Direttore Sanitario  
Azienda Ulss 16, Padova,  
Regione del Veneto

# Medicina non convenzionale e Carcinoma della Mammella

## Position Paper della European Society of Mastology (EUSOMA)

### 1. Le necessità delle pazienti con tumore alla mammella

Le pazienti alle quali è stato diagnosticato un tumore alla mammella hanno molte necessità, tra le quali l'aspettativa di guarigione. Dove la guarigione è improbabile c'è sempre spazio per la speranza e il supporto spirituale. Inoltre, che si tratti di tumore allo stadio iniziale oppure avanzato, le pazienti richiedono il controllo dei sintomi, incluso il sollievo dal dolore, il controllo della nausea, del vomito e dell'ansia.

La collaborazione con un team che può includere medici, infermieri e professionisti in discipline complementari alla medicina può aiutare la paziente a sentirsi meglio e a migliorare la qualità della vita.

#### **Raccomandazione 1**

*Le pazienti con tumore alla mammella dovrebbero essere curate da un gruppo multidisciplinare che offra la miglior cura possibile, la palliazione, il supporto psicologico e spirituale.*

### 2. Semantica e definizione di CAM

Il gruppo di lavoro ha cercato di raggiungere un consenso circa la corretta terminologia per descrivere la medicina complementare e alternativa (CAM), e nella tabella I ne viene illustrata la complessità.

Si è optato per l'utilizzo dell'espressione CAM come utile abbreviazione, mettendo in guardia i lettori a essere sempre attenti al significato delle parole, che può dipendere dal contesto e dal modificarsi nel tempo attraverso l'uso comune del termine.

Inoltre, indipendentemente dalle parole che usiamo, non dobbiamo mai dimenticare che per alcuni pazienti il linguaggio che utilizziamo può avere un effetto positivo o negativo sulle



loro speranze e desideri.

#### **Raccomandazione 2**

*Bisogna fare attenzione all'utilizzo delle parole che possono avere un doppio significato o possono modificare il loro significato nel corso del tempo, al fine di favorire il dialogo tra "due culture" e chiarire al paziente gli obiettivi di ogni intervento. Sebbene tutt'altro che perfetta CAM è un'utile abbreviazione.*

### 3. Come rispondere alle necessità non soddisfatte delle pazienti

L'enorme impatto emotivo che segue la comunicazione della diagnosi di tumore può provocare paura, confusione e isolamento. La paura può essere neutralizzata dalla rassicurazione e dalla speranza offerte dal medico. La speranza non è una promessa, ma uno stato della mente.

La confusione può essere neutralizzata attraverso il miglioramento dei modelli di comunicazione. E' auspi-

cabile una formazione specifica sulle modalità di comunicazione nel training di laureandi e specializzandi.

Allo stesso tempo, gli esperti di CAM, molti dei quali fanno parte della categoria medica(1), devono riconoscere gli sforzi e i successi della medicina convenzionale. Questi non riguardano semplicemente un approccio clinico più umano, empatico e olistico, ma includono anche lo sviluppo di strumenti più pratici per valutare tutti gli aspetti che attengono alla qualità di vita, relativi sia alla sfera corporea che a quella spirituale, considerati importanti dalla paziente stessa.

È plausibile l'ipotesi che se la paziente si sente meglio e a suo agio dal punto di vista spirituale, questo possa aiutare la ripresa fisica, attraverso meccanismi psico-neuro-endocrini o immunologici. Questo rappresenta un'altra importante area di ricerca.

#### **Raccomandazione 3**

*Laureandi e specializzandi dovrebbero ricevere un training adeguato sui modelli di comunicazione-*

ne, quale componente importante della loro preparazione professionale.

*Gli operatori sanitari dovrebbero collaborare per quanto riguarda l'utilizzo e lo sviluppo di strumenti psicometrici per rilevare, valutare e migliorare la qualità di vita dal punto di vista sia fisico che spirituale.*

#### 4. Supporto religioso e spirituale

Tutti, credenti e non credenti, accettano che esista una componente trascendentale della vita, che può offrire conforto, sostegno e interpretazione sulla condizione umana. I credenti, oltre che attraverso le arti, giungono a ciò attraverso l'appartenenza a una comunità religiosa o cercando la loro salvezza spirituale in un qualsiasi credo new age. Comunque il benessere spirituale sia raggiunto, il focalizzarsi sull'aspetto trascendentale aumenta il senso del controllo personale, crea autostima, dà un significato sia alla vita che alla morte, dà benessere e speranza, e se i credenti fanno parte di una comunità religiosa avranno anche il sostegno di questa.

Il sistema sanitario dovrebbe offrire l'accesso al supporto adeguato attraverso uno staff competente, come psicologi, religiosi, consiglieri e guaritori spirituali.

Dobbiamo fornire agli oncologi linee guida generiche su come trattare questi aspetti, a chi indirizzare i pazienti e come. Dovrebbe essere possibile tutelare i pazienti dallo sfruttamento della loro angoscia da parte di qualsiasi setta o guru.

Gli oncologi non possono operare da soli in questo campo e vi sono molti aspetti della vita di un paziente che non dovrebbero far parte di un sistema sanitario istituzionalizzato.

#### Raccomandazione 4

*Tutti i professionisti della salute dovrebbero ricevere informazione adeguata sulle necessità dei pazienti riguardo al supporto spirituale e l'accesso ai servizi di supporto dovrebbe essere facilitato*

*all'interno del servizio sanitario.*

#### 5. Situazione attuale e futura della ricerca sull'efficacia della CAM

La popolarità della CAM è dimostrata dal fatto che un gran numero di pazienti la sceglie. In parte questo potrebbe essere il risultato delle necessità non soddisfatte descritte sopra o semplicemente del fattore "mi sento bene" che le terapie possono indurre: un'altra espressione per descrivere lo stesso concetto.

Tuttavia quello che preoccupa maggiormente è il sospetto che tra chi propone la CAM ci sia qualcuno che offre interventi promettendo effetti che influenzano la storia naturale della malattia.

La classe medica ha diritto a essere scettica circa alcune affermazioni, ma deve essere cauta per quanto riguarda quelle affermazioni che derivano da modelli concettuali che sono incompatibili con la moderna comprensione delle scienze biologiche. Per esempio, molti agenti anticancro attivi come gli alcaloidi vinca e i taxani sono stati sviluppati da vegetali. Che l'outcome measure serva per far sì che il paziente si senta meglio oppure per sviluppare una ricerca migliore, esiste la metodologia sufficiente a valutare tutti i tipi di intervento in modo imparziale, indipendentemente dalla provenienza della terapia che viene esaminata.

Più genericamente, vi sono tre categorie di ricerca che riguardano i pazienti oncologici. La ricerca qualitativa cerca di catturare il vissuto individuale del paziente, capirne le esigenze e sviluppare ipotetiche soluzioni ai loro problemi. Gli studi di fase 1 e 2 ricercano i metodi, i dosaggi e l'evidenza dell'attività di un farmaco in studio, in rapporto a un parametro tumorale misurabile. Infine, gli studi, randomizzati controllati vengono attivati per stabilire l'efficacia, il trade off, il rapporto danno/beneficio e gli aspetti economici collegati all'uso clinico di un farmaco sperimentale. Gli studi randomizzati controllati hanno basi

sufficientemente solide per far fronte alla straordinaria variabilità e imprevedibilità del tumore della mammella e per misurare i risultati di interventi semplici o complessi.

Gli studi randomizzati controllati, disegnati e condotti adeguatamente, possono controllare il case mix, il bias di selezione, il bias di osservazione e l'effetto placebo e sono sufficientemente malleabili per adattarsi alle necessità della CAM. Per esempio, se l'intervento CAM è mirato a migliorare la qualità di vita o la soddisfazione dei pazienti, allora queste possono essere definite come endpoint primari e misurate tramite uno o più strumenti psicometrici che sono già stati validati. Se per l'endpoint primario non esiste uno strumento adeguato, per esempio nella sfera spirituale, allora dovrebbe essere responsabilità dei proponenti sviluppare un nuovo strumento.

Un ulteriore problema che deve essere risolto, riguarda la personalizzazione del trattamento, spesso considerata una componente importante della CAM. Anche in questo caso uno studio disegnato "elegantemente" permetterebbe la randomizzazione tra intervento personalizzato contro un trattamento non individualizzato, uguale per tutti. A oggi, dagli studi randomizzati controllati non risulta un'evidenza convincente che gli interventi CAM influenzino favorevolmente la storia naturale del carcinoma della mammella. Al contrario, un certo numero di interventi CAM che hanno l'obiettivo di migliorare i sintomi o la qualità di vita, sono supportati da buona evidenza, come l'agopuntura per la nausea, l'aromaterapia contro l'ansia, l'esercizio fisico contro la stanchezza, la musicoterapia per la qualità della vita, le tecniche di rilassamento per lo stress(2).

Infine, tanto quanto è responsabilità dei terapeuti CAM valutare criticamente i loro trattamenti preferiti, è responsabilità dei medici incoraggiare a fornire le infrastrutture per questo tipo di ricerca.

In Gran Bretagna, il National Cancer

Research Institute (NCRI) ha attivato un procedimento che lavora attraverso due gruppi di studio, il Psycho-Social Study Group (NCRI PSOSG) e il CAM Study Group (NCRI CAMSG).

#### **Raccomandazione 5**

*Può esserci solo uno standard per la valutazione degli interventi per migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita delle pazienti con tumore della mammella, indipendentemente dal tipo e dall'origine dei trattamenti. La metodologia scientifica moderna permette sia interventi semplici che complessi, con risultati significativi per le pazienti. Moduli/lezioni sulla CAM basate sull'evidenza dovrebbero essere aggiunte al curriculum.*

#### **6. I doveri del medico**

Infine, è dovere di ogni medico proteggere i propri pazienti dalle affermazioni che li incoraggiano ad abbandonare terapie consolidate che danno beneficio.

Questo dovere include anche di riconoscere le interazioni avverse tra i

diversi farmaci che possono essere assunti contemporaneamente.

Per facilitare ciò, l'anamnesi dovrebbe includere la raccolta di informazioni circa l'utilizzo attuale o precedente di CAM e questo dovrebbe condurre ai criteri di inclusione/esclusione o alla stratificazione degli studi clinici della medicina convenzionale.

I "credo" dei pazienti devono essere rispettati; tuttavia, allo stesso tempo è dovere del medico mettere in guardia i pazienti dai loro "credo" nel caso questi si rivelassero pericolosi per la loro sopravvivenza o qualità di vita.

#### **Raccomandazione 6**

*La raccolta delle informazioni cliniche delle pazienti e gli studi clinici randomizzati dovrebbero prevedere l'identificazione dei "credo" delle pazienti e l'uso concomitante di CAM, e dovrebbe esserci una discussione aperta tra pazienti e professionisti della salute circa la terapia complementare e alternativa.*

#### Bibliografia

1. Münstedt K, Entezami A., Wartenberg A., Kullmer U. The attitudes of physician and oncologists towards unconventional cancer therapies (UCT). *Eur J Cancer* 2000; 36: 2090-5.

2. Ernst E., Eisenbergh D, Pittler M. The desktop guide to complementary and alternative medicine. An evidencebased approach. Edinburgh: C.V. Mosby, 2001.

Tradotto da: M. Baum, B.R. Cassileth, R. Daniel E. Ernst, J. Filshie, G.A. Nagel, M. Horneber, M. Khon, S. Lejeune, J. Maher, R. Terje, W.B. Smith. *The role of complementary and alternative medicine in the management of early breast cancer: Recommendations of the European Society of Mastology (EUSOMA)*. *EJC* 2006; 42 (12): pp 1711-1714. Copyright 2006 con l'autorizzazione di Elsevier.

Traduzione autorizzata ma non rivista da Elsevier.

**Tabella 1. SIGNIFICATI MAGGIORMENTE DIFFUSI DI TERMINI CAM DI USO COMUNE**

Medicina Alternativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cure non offerte dalla medicina convenzionale</li> <li>- cure con una base teorica che in parte o completamente è incompatibile con il consueto modello scientifico</li> <li>- trattamento considerato alternativo a quello della medicina convenzionale, non basato sull'evidenza in termini di efficacia</li> </ul>
Medicina Complementare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- trattamento di supporto complementare alla medicina convenzionale</li> </ul>
Medicina Olistica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- medicina che mira a curare il paziente nel suo complesso corpo, mente, spirito</li> <li>- medicina che riconosce la struttura gerarchica del corpo umano organizzato in unità a complessità crescente (oloni) dalla cellula alla persona</li> </ul>
Medicina Integrata	<ul style="list-style-type: none"> <li>- medicina che integra la cura di corpo, mente, spirito e ambiente</li> <li>- medicina che integra tutte le modalità della medicina ortodossa, complementare, alternativa, auto-medicante e psico-spirituale</li> <li>- medicina che integra gli sforzi del paziente nell'aiutare se stesso</li> <li>- medicina che trascende la divisione tra ortodosso/alternativo, riflettendo il desiderio del paziente per una forma di medicina non polarizzata (probabilmente meglio sotto medicina olistica)</li> </ul>
Guarigione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- guarigione fisica del corpo e remissione da malattia fisica</li> <li>- guarigione emotiva, con remissione da shock, dolore, ferite, raggiungendo un equilibrio emotivo e una attitudine mentale positiva.</li> <li>- guarigione spirituale, dà energizzazione e sostegno, sviluppa forza interiore, pace della mente, accettazione della morte e aiuta a giungere alla consapevolezza di una morte dignitosa (questo può avvenire in un contesto religioso o laico)</li> </ul>

# Ansia e Depressione

## Un'occasione per la Collaborazione fra Medici di Medicina Generale e Dipartimento di Salute Mentale

Si sono svolti già 2 dei 3 incontri programmati fra Medici di medicina generale e Dipartimento di salute mentale di Treviso.

La discussione condotta dal dott. De Rossi (psichiatra del CSM di Mogliano) ha approfondito gli aspetti diagnostici, nosografici e terapeutici di queste patologie di comune osservazione presso l'ambulatorio del medico di medicina generale e che i dati di epidemiologia danno in forte aumento potendo arrivare a riguardare fino il 20% della popolazione generale.



Non sempre è semplice per questioni di tempo e di contesti seguire e valutare in modo approfondito presso l'ambulatorio del MMG queste problematiche e i bisogni delle persone che ne sono portatori.

A questo si aggiunge il fatto che negli ultimi anni i cambiamenti della psichiatria, sia in termini di sistemi classificatori che in quelli della messa a punto di nuovi strumenti terapeutici sempre più sofisticati, sono stati molto importanti.

L'ansia e la depressione costituiscono oltre a due patologie molto comuni nell'ambito della popolazione generale un esempio di forte collegamento fra mente e corpo; spesso i disturbi si presentano sotto forma di disagio somatico quando invece un attento esame ne rivela la causa emozionale.

La collaborazione fra MMG e CSM può da questo punto di vista rivelarsi utile e fruttuosa per la salute del paziente.

Il 3° incontro, sarà dedicato ai casi clinici e alle forme di psicoterapia. Si svolgerà di sabato mattina e sarà condotto dal Primario Dott. Favaretto, Direttore del Dipartimento di salute mentale di Treviso.

Si parlerà anche dell'auto-aiuto tra medici di medicina generale, punto importantissimo. La frustrazione spesso dovuta alla mancanza di tempo, non può soverchiare la nostra prerogativa essenziale: conoscere il nucleo familiare e la storia del paziente nel tempo.

Per ulteriori informazioni telefonare ai dottori: 

Giaimo	0422 739904 - 3484018180
Farina	0422 411050 - 0422 548835
De Conto	335 8310780



# Rassegna Giuridico-Amministrativa

LUGLIO – SETTEMBRE 2007

## Disposizioni generali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche

Legge Regionale 12 luglio 2007 n. 16

BUR n. 63 del 17 luglio 2007

Dgr n. 1500 del 22 maggio 2007: Avvio del procedimento per l'inquadramento nel ruolo sanitario della dirigenza medica dei medici dell'emergenza sanitaria territoriale in attuazione dell'art.100 dell'ACN per la Medicina Generale del 23 marzo 2005. Proroga del termine di scadenza per la presentazione delle domande.

Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari n. 53 del 11 luglio 2007.

BUR n. 66 del 27 luglio 2007

L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" – Approvazione delle procedure per l'applicazione della Dgr n. 84 del 16.01.2007.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2067 del 3 luglio 2007.

BUR n. 66 del 27 luglio 2007

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali.

Deliberazione della Camera dei Deputati del 25 luglio 2007

G.U. n. 174 del 28 luglio 2007

Misure in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia

Legge 3 agosto 2007, n. 123

G.U. n. 185 del 10 agosto 2007

## Provvedimenti diretti al sostegno dei programmi di trapianto

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2236 del 17 luglio 2007

BUR n. 71 del 14 agosto 2007

## Sistema Trapianti Veneto. Anno 2007

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2237 del 17 luglio 2007

BUR n. 71 del 14 agosto 2007

## Disposizioni regionali in materia di parto fisiologico indolore

Legge regionale 16 agosto 2007, n. 25

BUR n. 73 del 21 agosto 2007

D.Lgs 368/1999 e succ. mod. e integr. – Dgr 385/2007. Avviso pubblico per l'ammissione in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2007/2010. Art. 3 della legge 29 dicembre 2000 n. 401. Ammissione ed esclusioni concorrenti. Rettifica del Decreto del Dirigente della Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari n. 47 del 26/6/2007

Decreto del Dirigente della Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari n. 73 del 30 agosto 2007

BUR n. 81 del 14 settembre 2007

## Appuntamenti scientifici

OTTOBRE 2007 – FEBBRAIO 2008

**12 ottobre 2007 ore 9.00**

**CONGRESSO ULSS N. 8 ASOLO "LA CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE"**

presso il Teatro Accademico di Castelfranco Veneto.

INFO: CSM Castelfranco 0423-732690. E-mail: cupim1@ulssasolo.ven.it

**12 ottobre 2007 ore 8.30**

**CONVEGNO SUL TEMA: "AL VOLGERE DELLA VITA: MEDICINA E DIGNITÀ DEL MORENTE A CONFRONTO"**

presso Villa Benzi di Caerano di San Marco, organizzato dal Comitato per la Bioetica dell'ULSS N.8 Asolo c/o Direzione Medica dell'ULSS N.8 – P. O. Castelfranco V.to.

Richiesti crediti ECM. INFO: Tel.: 0423-732678 Fax: 0423-732960. E-mail: comitatobioetica@ulssasolo.ven.it

# Appuntamenti scientifici

OTTOBRE 2007 – FEBBRAIO 2008

**dal 13 ottobre 2007 al 16 febbraio 2008 ore 9.00**

IV CORSO INTRODUTTIVO 2007/2008

**IL GRUPPO COME STRUMENTO TERAPEUTICO-FORMATIVO**

presso ULSS N. 9 "La Madonnina" di Treviso, organizzato dalle dott.sse Oglethorpe D. e Sartori M.G.

Richiesti crediti ECM. INFO: 0422 445339 – 0422 301972 - 349 5122034 – 333 6560889

E-mail: mgsartori@tiscali.it - doroty.o.mignani@tiscali.it

**27 ottobre 2007 ore 8.30**

**CONVEGNO DI AGGIORNAMENTO DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI DEL LAVORO SUL TEMA  
"RISCHI E PATOLOGIE NEL SETTORE DELL'EDILIZIA"**

presso Villa Canareggio di Colfosco di Susegana. INFO: Tel.: 0438-780001 - Cell. 336 853936

**15 novembre 2007 ore 20.45**

**INCONTRO SUL TEMA: "CERTIFICAZIONE DI MALATTIA: RACCOMANDAZIONI E CONSIDERAZIONI"**

organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso,

presso la sede di Treviso – Via Risorgimento, 11. INFO: 0422 543864 – 0422 545969

**25-28 novembre 2007**

**CONGRESSO NAZIONALE DI CHEMIOTERAPIA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI CHEMIOTERAPIA,**

presso Palazzo della Gran Guardia a Verona. Richiesti crediti ECM. INFO: 045 8006786

**30 novembre-1° dicembre 2007**

**CONVEGNO "LA TERAPIA DELLE MIELODISPLASIE: C'È FINALMENTE QUALCOSA DI NUOVO?"**

organizzato dalla U.O. di Ematologia dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso, presso la Sala Congressi dello stesso ospedale. Richiesti crediti ECM. INFO: 051 4210559 – 0422 322749

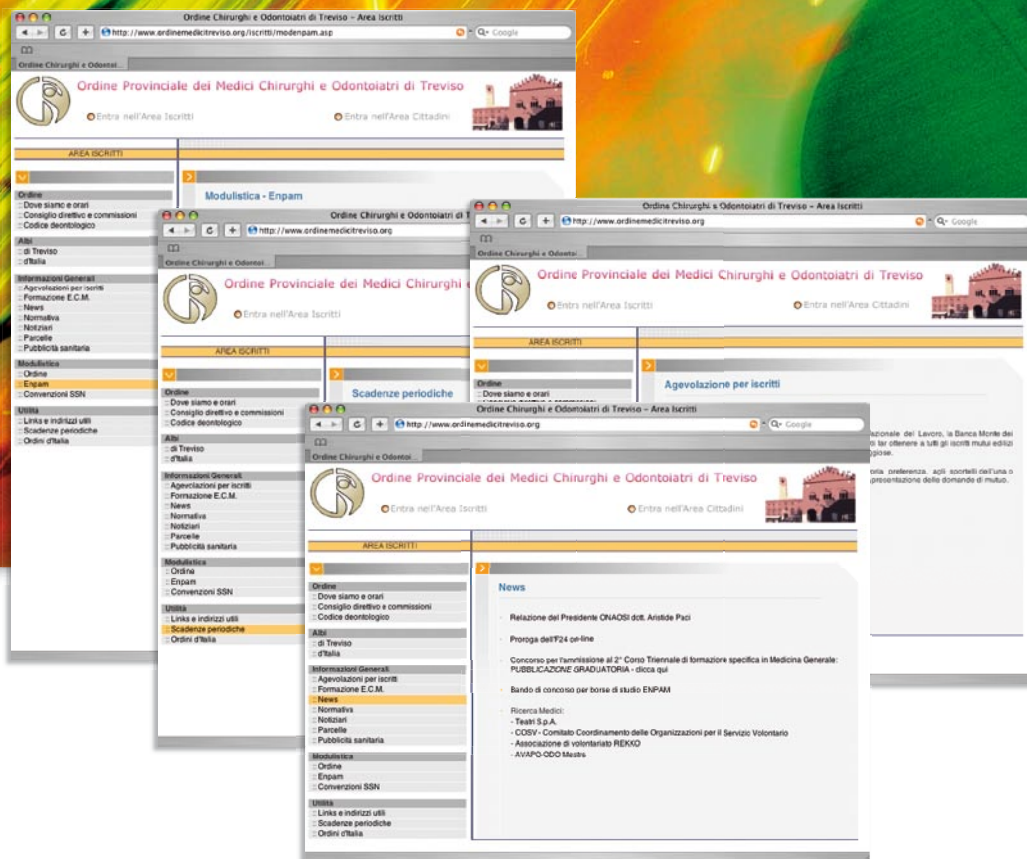
**5 dicembre 2007 ore 20.45**

**INCONTRO SUL TEMA: "AMBIENTE E SALUTE DEL BAMBINO"**

organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso,

presso la sede di Treviso – Via Risorgimento, 11. INFO: 0422 543864 – 0422 545969

# Collegati con L'Ordine



**consulta il sito**

**[www.ordinemedicitreviso.org](http://www.ordinemedicitreviso.org)**

**per avere tutte le notizie e le informazioni**