

# OMC eO

NOTIZIARIO DELL'ORDINE DEI  
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

Anno XXXIX - n. 03 del 28 maggio 2007 - Euro 0,90  
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003  
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

**La certezza delle  
responsabilità nella cura**

**Gli errori e la qualità**

**Riflessioni etico giuridiche  
sul "caso Welby"**

**Riscossione dei compensi  
dei medici operanti in  
strutture sanitarie private**



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI  
DI VENEZIA

03.07

---

# ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

---

## 2

---

### Consiglio Direttivo

dott. MAURIZIO SCASSOLA (Presidente)  
dott. SALVATORE RAMUSCELLO (Vice-Presidente)  
dott. CATERINA BOSCOLO (Segretario)  
dott. DAVIDE RONCALI (Tesoriere)  
dott. PIERLUIGI ALLIBARDI  
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO  
dott. MORENO BREDA  
dott. GIUSEPPE COLLURA  
dott. GELLI GIUSEPPE FABRIS  
dott. ALESSANDRA GALLO  
dott. GIOVANNI LEONI  
dott. MALEK MEDIATI  
dott. GIORGIO MENEGHELLI  
dott. GIULIANO NICOLIN  
dott. ALFREDO SAGGIORO  
dott. MORENO SCEVOLA  
dott. MAURIZIO SINIGAGLIA

### Collegio dei Revisori dei Conti

#### Effettivi

dott. RENATO FAMELI (Presidente)  
dott. PASQUALE PICCIANO  
dott. GIULIANO SASSI

#### Supplente

dott. ALBERTO COSSATO

### Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

dott. COSIMO TOMASELLI (Presidente)  
dott. FRANCESCO TOME' (Segretario)  
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO  
dott. MICHELA MORANDO  
dott. GIULIANO NICOLIN



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI  
DI VENEZIA

Anno XXXIX - n. 03 del 28 maggio 2007  
Aut. Tribunale di Ve n. 239 - 31.1.1958

*Direttore Editoriale*  
Maurizio Scassola

*Direttore Responsabile*  
Franco Fabbro

*Comitato di redazione*  
Maurizio Sinigaglia, Giuliano Sassi,  
Giovanni Leoni, Michela Morando,  
Antonio Lo Giudice, Cristiano Samuelli

*Sede e Redazione*  
Via Mestrina, 86 - 30172 Mestre (VE)  
Tel. 041.989479 - Fax 041.989663

*Editore*  
Mazzanti Editori s.r.l.  
R.O.C. 11028

*Progetto Grafico*  
Fabio Targa

*Stampa*  
Linea Grafica - Castelfranco Veneto (TV)

*Concessionario di pubblicità*  
LYBRA ADV s.r.l.  
Via delle Industrie, 19/B  
30175 Venezia - Marghera  
Tel. 041.5383576 - Fax 041.2529525

*Chiuso in redazione il 25 maggio 2007*

- 04** Ognuno al proprio posto!
- 
- 06** Gli errori e la qualità
- 
- 08** Riflessioni etico-giuridiche a margine del "caso Welby"
- 
- 15** Parere sul progetto denominato: "Attivazione delle Unità Assistenziali ed Assistenza Infermieristica Avanzata"
- 
- 16** Extradottori
- 
- 17** Lettera aperta dei Chirurghi italiani ai cittadini
- 
- 18** I giovedì dell'Ordine Seminari in materia di responsabilità
- 
- 20** Convegno: "Sindrome della Stanchezza Cronica"
- 
- 22** Decreto Bersani: conseguenze per la classe medica
- 

- 24** "Sistema di sorveglianza PASSI" Progetto Regionale di Prevenzione
- 
- 25** Medicine e pratiche non convenzionali
- 
- 26** Informazione sanitaria in tema di medicine non convenzionali
- 
- 27** Centro Regionale per la Medicina Convenzionata
- 
- 27** Istituita una linea diretta con l'ENPAM
- 
- 28** Riscossione dei compensi di medici e paramedici operanti in strutture sanitarie private
- 
- 30** Obbligatorietà d'iscrizione all'albo professionale specializzandi
- 
- 31** FEDER.S.P. E V. un giorno speciale
- 
- 32** Ambulatorio antifumo
- 

Sommario

3

# Ognuno al proprio posto!

## Ovvero come mantenere un sistema assistenziale che garantisca alla persona la certezza delle responsabilità nella cura

4

Il 23 aprile è uscito su La Repubblica un articolo di Mario Pirani: *“Todos caballeros negli ospedali italiani”*.

Avevo già impostato il mio editoriale sui temi della collaborazione tra Colleghi e dei doveri dei Direttori Sanitari nei confronti del proprio Ordine di appartenenza; la lettura del nuovo Codice di Deontologia medica rappresenta, anche per questi argomenti, un riferimento non solo teorico-etico-deontologico ma, oserei dire, un preciso obbligo comportamentale che solo se ben interpretato può essere una garanzia per la qualità della cura ma anche per il professionista che lo deve coniugare con la propria attività.

L'articolo di Pirani, personaggio sempre attento e

spesso controcorrente, ci gratifica del grande impegno che stiamo producendo, come Consiglio dell'OMCeO di Venezia; sui temi delle nuove Professioni; sul riordino delle Professioni Liberali (Legge Mastella in discussione in Parlamento); sulla liberalizzazione del mercato tariffario e della pubblicità delle attività sanitarie; sui progetti che vedono al centro le “Unità Assistenziali ad Assistenza Infermieristica Avanzata” che dovrebbero rappresentare nuove Unità Operative, gestite da Infermieri Professionali, nell'ambito di una assistenza a pazienti non stabilizzati “con bisogni assistenziali complessi” ma in via di dimissione.

Non entro nello specifico contenuto del progetto



che è a vostra disposizione nel nostro Sito WEB, ma desidero fare delle riflessioni “a voce alta” che rivolgo non solo alla categoria medica ma al dibattito che deve coinvolgere le nostre Comunità e la Regione Veneto.

Viviamo un periodo piuttosto “torpido”, di sonnolenza, di poca riflessione sui grandi temi del nostro sviluppo e della nostra qualità di vita, sul nostro futuro insomma!

Noi non ci stiamo al gioco del silenzio e delle attività lobbistiche sottotraccia che tentano di portare un po’ di acqua al particolare interesse della categoria di turno senza avere una visione “alta” dei problemi che riguardano la nostra Salute.

Non è più il tempo di “vivere alla giornata”, né per il medico, né per le altre professioni sanitarie; non possiamo ignorare l’importanza delle relazioni che strategicamente devono vedere tutti gli operatori della salute uniti in un grande progetto di ritaratura se non di riformulazione di un Sistema Assistenziale che non può solo essere di volta in volta addomesticato e rabberciato!

La realtà assistenziale della nostra Provincia è oggi al centro delle cronache, anche di tipo giudiziario; spesso si delineano gravi problemi relazionali tra gli operatori sanitari; episodi come quelli saliti, in questi ultimi mesi, all’onore delle notizie giornalistiche non ci impongono solo decisioni di ordine disciplinare ma ci evidenziano fatti pietrificati dalla assoluta mancanza di iniziative che abbiano potuto mediare tempestivamente tra le parti in causa in un contesto ambientale da tempo deteriorato.

Mai l’Ordine, sino ad ora, era stato considerato partner istituzionale di riferimento per dirimere il “contenzioso”! Tutto si è sempre svolto all’interno della “Azienda” adoperando strumenti, come

la “Commissione Disciplinare”, sulla cui legittimità nutriamo qualche dubbio!

E’ qui che dovrebbe entrare in gioco autorevolmente la relazione tra le Direzioni Sanitarie delle nostre Aulss e l’OMCeO provinciale.

Torna utile prendere in mano il Nuovo Codice di Deontologia Medica che recita:

**ART. 69 “il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria ..... ovvero di responsabile in una struttura privata deve garantire ..... il rispetto delle norme del codice ..... e la difesa dell’autonomia e della dignità professionale all’interno della struttura in cui opera.**

**Egli comunica all’Ordine il proprio incarico e collabora con l’Ordine ..... nei compiti di vigilanza sulla collegialità nei rapporti con e tra medici per la correttezza delle prestazioni professionali nell’interesse dei cittadini ..... Egli, infine vigila perché nelle strutture sanitarie non si manifestino atteggiamenti vessatori nei confronti dei colleghi”.**

Vogliamo che questo articolo sia la stella polare nei rapporti tra Azienda e Ordini; dobbiamo e possiamo costruire una vera collaborazione nell’interesse della umanizzazione e della qualità delle cure, a garanzia dei doveri di collaborazione e nella mediazione del contenzioso tra Collegi.

Siamo consapevoli che un’altra sfida riguarda il rapporto con le altre professioni sanitarie.

Per l’individuazione di una comune strategia, bisogna partire da una visione globale di Sistema, riconoscendo chiaramente ruoli, funzioni, compiti e gerarchie. I progetti si dovranno fare insieme nel “comune interesse”, i cittadini ed anche le istituzioni si aspettano, dalle professioni sanitarie, comunicazione e sinergia; non serve a nessuno il piccolo cabotaggio degli interessi di parte.

*Maurizio Scassola*

Editoriale





# Gli errori e la qualità

6

Il documento approvato all'unanimità dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO a Cagliari il 21 Aprile 2007 a mio parere presenta bene lo stato dell'arte della riflessione della classe medica attorno al problema degli errori in medicina, problema proprio in questi giorni venuto dolorosamente alla ribalta dei mezzi di comunicazione.

Nello stesso tempo rappresenta anche una pietra miliare ed imprescindibile nella riflessione presente e futura su questo argomento.

Il Consiglio Nazionale pone anzitutto una distinzione nella storia della medicina con un "prima", nel quale l'atto medico era anzitutto un atto individuale, e con un "dopo", nel quale l'atto medico è il risultato di una complessa rete di relazioni umane e tecnologiche. Nel contesto in cui noi lavoriamo, che rientra appunto in questo "dopo", la prevenzione dell'errore non può più essere lasciata all'etica individuale ma deve basarsi su procedure e strumenti precisi.

La FNOMCeO, riconoscendo che "la promozione della sicurezza ed una efficace ed efficiente prevenzione e gestione del rischio clinico e degli eventi indesiderati rappresentano un diritto dei pazienti", pone con ciò stesso il proprio ruolo ineliminabile. Quand'anche si volesse riconoscere una qualche legittimità all'ipotesi contenuta nella cosiddetta "filosofia Bersani", che ha trovato un proprio momento esplicativo nelle norme sulle liberalizzazioni, di equiparare Ordini Professionali ed Associazioni Professionali, il diritto dei cittadini di cui sopra si troverebbe orfano di un referente istituzionale. Cittadini e professionisti si troverebbero sulle opposte barricate di una lotta senza quartiere, terreno buono per avvocati ed azzeccarbugli.

Le proposte avanzate dalla FNOMCeO affrontano in modo organico il rischio clinico a due livelli. Da un lato si tratta di implementare nei professionisti la cultura dell'attenzione al rischio, con le seguenti proposte concrete:

- crediti universitari sul tema del rischio clinico e della sicurezza delle cure;
- curricula appositi nei corsi di specializzazione post laurea;
- crediti ECM obbligatori per tutti i professionisti.

Dall'altro, a livello istituzionale, la FNOMCeO suggerisce:

- l'istituzione di un Centro Nazionale Linee-Guida;

- l'istituzione di un Centro nazionale Technology Assessment;
- l'istituzione di un Centro Nazionale Valutazione Servizi Sanitari.

A livello periferico, poi, analoghe o simili attività dovrebbero essere implementate nelle AULSS, nelle Unità Operative dei vari servizi, con l'istituzione di un centro regionale che raccolga e registri in modo sistematico gli errori, anche con il coordinamento della Aziende Socio Sanitarie Regionali.

Ulteriori riflessioni sono a livello di gestione del contenzioso sul quale il nostro Ordine si è già attivato con l'ipotesi di una camera di conciliazione.

Soffermando la nostra attenzione sul primo aspetto, dal punto di vista odontoiatrico, abbiamo alcune considerazioni da fare.

Il leit motiv che accompagna le previsioni di evoluzione del settore dentale consiste in un aumento delle dimensioni e della complessità degli studi odontoiatrici. Questa previsione, sulla supposta maggior efficienza ed efficacia di strutture di grandi dimensioni, è, dal punto di vista "bibliografico", una leggenda metropolitana, non è suffragata da alcun dato dimostrato nè pubblicato.

Al contrario, la riflessione medica generale ci viene a spiegare che nelle strutture esiste un "prima", legato alla complessità della struttura stessa, simile al paradiso originario, nel quale la responsabilità del professionista e la sua etica e preparazione individuali erano strettamente correlate. Le strutture sanitarie complesse, al contrario, pongono i medici nella scomoda situazione di dover non solo rispondere del proprio operato ma anche sorvegliare il funzionamento del complesso sistema operatori-strutture-procedure come proprio specifico e ulteriore dovere deontologico (art.14 nuovo Codice di Deontologia medica).

Non v'è alcun dubbio che il dentista si debba e di fatto si carichi già della responsabilità intera dell'andamento del proprio studio, dall'assunzione del personale ai contratti per i rifiuti alla propria formazione professionale. La cosa va sans dire ed è così scontata che i grandi analisti non vi prestano attenzione. In realtà, gli odontoiatri portano, non da oggi, tutta intera quella responsabilità che solo recentemente si è presentata alla coscienza dell'intera classe medica. Proprio per questo, tuttavia, appare ancor più strano il fatto che non abbiano fatto caso all'aumento di rischio, alla

diminuzione di efficienza ed efficacia connesse all'aumento della complessità della struttura.

Un ulteriore aspetto estremamente rilevante del documento FNOMCeO è la proposta di “procedure e sistemi che consentano la rilevazione sistematica e registrazione degli errori” a livello regionale sotto il coordinamento dell'ARSS. Tale auspicio è estremamente rilevante anche e anzitutto dal nostro punto di vista, per il nostro confronto con la Regione Veneto.

La Regione Veneto, al fine di migliorare la qualità delle cure (altro modo per intendere la diminuzione degli errori) ha ritenuto di sottomettere tutte le strutture sanitarie pubbliche e private ad una autorizzazione all'esercizio. Poiché il miglioramento della qualità non può essere un risultato assoluto bensì un percorso relativo che va da una situazione di minore qualità ad una di maggiore qualità, ci saremmo attesi che alla base di tale obbligo vi fosse stato uno studio della qualità attuale dell'assistenza sanitaria erogata dalle strutture che si vorrebbe sottoporre ad autorizzazione. In altre parole le “procedure e sistemi” auspicati dalla FNOMCeO avrebbero dovuto essere un pre-requisito della LR 22/2002 sulle autorizzazioni sanitarie e non un auspicio posteriore di cinque anni all'emanazione della legge stessa.

Noi a tutt'oggi non abbiamo sistemi di rilevazione degli errori negli studi odontoiatrici veneti,

non sappiamo quante infezioni vengono contratte negli stessi, quante prestazioni vengono effettuate a livello ottimale, quante falliscono, e via elencando.

Tuttavia abbiamo un manuale e delle procedure che ci spiegano come dovremmo e potremmo evitare tali errori!

In tale ottica appare estremamente lungimirante la costituzione presso il nostro ordine di un gruppo per la verifica e revisione della qualità (VRQ) delle cure odontoiatriche. Attualmente si sono costituiti un gruppo di lavoro sull'endodonzia e uno sulle patologie ATM.

Tali gruppi avranno la funzione di monitorare la preparazione professionale, le procedure cliniche e l'aggiornamento dei professionisti che vi partecipano, in quanto “riteniamo indispensabile ... prevedere, che nel prossimo triennio, nel programma ECM di ogni professionista siano previsti un numero congruo di Crediti Formativi (non meno di 25) per le attività di audit o similari in materia di sicurezza delle cure.”

In definitiva credo risulti evidente come il documento approvato a Cagliari costituirà per i prossimi anni un riferimento per tutta la professione. I colleghi possono trovare tale documento sul sito dell'Ordine all'indirizzo [www.ordinemedicivenezia.it](http://www.ordinemedicivenezia.it) Da tale documento sono tratte tutte le citazioni virgolettate del presente editoriale.

*Cosimo Tomaselli*



# Riflessioni etico-giuridiche a margine del "caso Welby"

8

Il Dr. Ennio Fortuna, Procuratore Generale di Venezia, che ringraziamo vivamente per la sua collaborazione, ha fornito al nostro Ordine Provinciale delle riflessioni, che innescate dal noto e triste caso del sig. Welby, allargano il tiro all'effettiva potestà del medico di fronte al rifiuto di cure da parte del paziente.

Le considerazioni del Procuratore generale non mancheranno di avviare un sereno dibattito fra medici e fra medici e magistrati.

## 1. Le premesse del problema

Indicare una soluzione giuridicamente corretta e eticamente accettabile in ordine a situazioni come quelle emblemizzate dal cd. caso Welby, appare certamente arduo per la mancanza di una specifica disciplina normativa sui confini di rilevanza della volontà del malato in rapporto con l'autonomia professionale del medico, e, più precisamente, sulla vincolatività o meno, per il sanitario, del rifiuto dell'avvio o della prosecuzione di terapie cd. Salvavita, eventualmente espresso dal malato medesimo. E anche per la difficoltà di inquadrare nei suoi esatti confini i concetti di eutanasia attiva, di eutanasia cosiddetta passiva e di accanimento terapeutico specie in rapporto ai doveri di cura e di assistenza del medico curante.

È così che nella materia vengono chiamati in causa, per un tentativo di risposta adeguata, non precise disposizioni, ma principi generali dell'ordinamento, quali l'indisponibilità assoluta del bene della vita da un lato e la libertà di autodeterminazione del paziente dall'altro: principi, rispettivamente affidati a norme di diverso peso e spessore senza, però, che le relative implicazioni applicative, tra loro non convergenti, ed anzi potenzialmente discordanti, siano state oggetto di particolare valutazione da parte del



*Il Procuratore Generale dr. Ennio Fortuna*

legislatore ai fini di una loro eventuale ed auspicabile armonizzazione.

Vengono perciò in rilievo anzitutto le fattispecie penali che tutelano, in termini almeno apparentemente inflessibili, il bene della vita, rendendolo decisamente indisponibile anche per il soggetto portatore,

come è univocamente desumibile dalla repressione dell'omicidio del consenziente (ossia della "morte di un uomo" provocata "con il consenso di lui", ex art. 579 cp.) e delle stesse istigazione o agevolazione dell'altrui suicidio (che consistono nel determinare altri al suicidio o nel rafforzarne il proposito, ovvero nel prestargli aiuto "in qualsiasi modo" nella esecuzione del fatto: art. 580 cp.). Ma in senso omologo va segnalato anche il notissimo precetto di cui all'art. 5 c.c., che individua un evidente limite all'autonomia del volere della persona attraverso l'imposizione del divieto di atti di disposizione del proprio corpo capaci di produrre una diminuzione permanente della integrità fisica: fornendo l'indicazione di una volontà legislativa (non a caso, chiaramente esplicitata nella relazione ministeriale) diretta appunto a salvaguardare l'attitudine ed il ruolo di ogni individuo, quale membro di una comunità civilizzata, e fondata sul valore della solidarietà sociale. L'univoca tutela, apparentemente incondiziona-



ta, della libertà di autodeterminazione del paziente ed il discusso “primato” della sua volontà nella relazione terapeutica, sono, per parte loro, stabiliti in diverse disposizioni normative, a partire, soprattutto, dall’art. 32 c.p.v. della Costituzione sino, tra l’altro, alla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (del 1978) ed alla stessa Convenzione di Oviedo (del 1997), ratificata con la legge n. 145/2001: la prescrizione che, per il sanitario, ne scaturisce, potrebbe esprimersi nel senso dell’infettibile rispetto della volontà manifestata dal suo assistito, secondo il solenne principio “voluntas aegroti suprema lex est” (vd., in particolare, l’art. 35 del vigente codice di deontologia medica che sanziona il divieto di ogni attività diagnostica e terapeutica senza il consenso esplicito e informato del paziente, ma che, tuttavia, nulla chiarisce circa il contenuto e la qualità delle prestazioni curative in caso di disaccordo).

## 2. Il contrasto tra le due direttive generali

La questione giuridica insorge allorché i due valori appena delineati, entrambi primariamente garantiti dall’ordinamento, entrino tra loro in frizione, il che si verifica ogni volta in cui il paziente rifiuti cure idonee a garantire la salvaguardia e la prosecuzione della sua vita, che il medico ritiene di dovere somministrare; ed il quesito cui fornire risposta è se il sanitario, per essere in regola con la stessa legge penale, debba rispettare, ad essa adeguandosi, anche la volontà consapevole del malato che esprima dissenso rispetto all’effettuazione delle cure proposte o in atto.

A riguardo, è opportuno precisare che il problema sembra porsi, almeno in via generale, nei medesimi termini sia in caso di rifiuto preventivo della prestazione sanitaria (come nella nota ipotesi del rifiuto della trasfusione di sangue salvavita, motivata da ragioni di credo religioso), sia nelle situazioni in cui il paziente, già in trattamento, si opponga alla sua prosecuzione (come nel cd. caso Welby) poiché non si intravedono, sul piano strettamente giuridico, ragioni di differente valutazione. Il tema con cui confrontarsi rimane, infatti, in entrambi i casi, quello della determinazione del valore cogente o meno, della scelta consapevole e volontaria del malato, anche quando il rispetto della stessa da parte del medico comporti il più o meno imminente e potenziale sacrificio della vita del paziente.

In estrema sintesi può dirsi che l’orientamento dottrinale prevalente, anche a livello penalistico e medico-legale, sia nel senso della doverosità del rispetto della volontà autonomamente e liberamente manifestata dalla persona assistita che sia anche matura e capace, indipendentemente dalle conseguenze che possano scaturirne per la sua salute o per la sua stessa vita. Sicché, secondo tale impostazione, sembra che il sanitario non rischi alcuna conseguenza penale ove il paziente dissenziente, non curato o non più curato, venga a morte o si aggravi, dovendone, anzi, e per converso, affrontarne e subirne ove intervenga, o protragga l’intervento, nonostante il rifiuto espresso lucidamente dal malato, e ciò per la violazione della “libertà del volere” di questi (rilevante, tra l’altro, come preciso delitto di violenza privata, punito ai sensi dell’art. 610 cp.).

Alla stregua di tale posizione, di marca e di origine chiaramente “volontaristica” (e che vanta a proprio favore anche alcuni passaggi di una delle pochissime decisioni della Corte di Cassazione in materia: sentenza n. 26646/2002 della sezione 1° penale), non sembra debba sollevare reali problematiche valutative un caso simile a quello oggi oggetto di generale attenzione: allo stesso modo in cui un medico, secondo quanto si assume, dovrebbe rispettare la volontà del testimone di Geova, e non sottoporlo alla trasfusione di sangue rifiutata (lasciandolo morire), il medesimo (medico) potrebbe essere ritenuto, almeno in teoria, obbligato ad interrompere la prestazione curativa in atto, ed a cessare la pratica della respirazione assistita a mezzo di ventilatore artificiale (generalmente ritenuta in campo medico quale vera e propria “cura”) allorché il paziente la rifiuti, revocando, ovviamente se in condizioni di lucidità mentale, il consenso pur precedentemente prestato (diversamente incorrendo – il sanitario – nella possibile rilevanza penale del suo comportamento, in relazione al reato di violenza privata). Ma quest’ultima possibile e ipotetica conclusione si pone in evidente rapporto problematico con l’obbligo di garanzia della vita assunto dal medico all’atto del contratto con il paziente, e che non sembra venire meno con il rifiuto di questi alla prestazione di cura e di assistenza, salvo il suo diritto di interrompere il rapporto professionale. Tanto più che l’obbligo di cura, a termini di codice di deontologia medica, si attegga diversamente a seconda delle condizioni del malato (ad es. venendo meno o riducendosi nella situazione di cosiddetta eutanasia passi-

va o di accanimento terapeutico, e consolidandosi nelle altre.

### 3. Il rapporto giuridico medico-paziente

Non a caso chi ha seguito con attenzione il dibattito che ha accompagnato il “caso Welby”, non ha mancato di osservare come conclusioni così nette, quali quelle appena prospettate (che pure avrebbero dovuto rappresentare – si ripete – la probabile implicazione dell’approccio “autonomistico” proprio della posizione dottrinale dominante), non siano state mai (per lo meno espressamente) formulate, preferendosi il ragionato “distinguo” tra la natura “omissiva” del contegno del medico (che non esegue la trasfusione salvavita consapevolmente rifiutata) e la natura viceversa “commissiva” dell’atto del distacco del respiratore, per trarne non poche riserve sulla liceità penale di tale secondo gesto (quantunque, pur esso, in piena coscienza invocato dal paziente).

Ma soprattutto non può ignorarsi che il giudice dello Stato, chiamato ad intervenire nella penosa vicenda (e si tratta del primo provvedimento giudiziale, per lo meno noto, che investa “funditus” e direttamente il profilo della rilevanza della volontà negativa del malato rispetto ad atti medici ritenuti assolutamente necessari “quoad vitam”), pur riconoscendo la sicura valenza di principio della libertà di autodeterminazione del paziente, abbia concluso per l’infondatezza, allo stato della disciplina normativa, dell’istanza di adozione “dell’ordine di immediato distacco, da parte del medico curante, del ventilatore artificiale che assicura la respirazione assistita del signor Welby”.

La lettura del (sofferto) provvedimento del Tribunale di Roma in data 15/12/2006 rende, in realtà, chiaro come lo snodo fondamentale della decisione sia rappresentato proprio dal rilievo della persistente ed innegabile compresenza, all’interno del nostro sistema giuridico, accanto alla regola dell’autonomia e della libertà del volere del paziente, del principio della indisponibilità del bene della vita, tuttora capace di rivelarsi un limite insuperabile rispetto all’esercizio ed alla attuazione di quella libertà, tanto più in rapporto ai doveri istituzionali del medico.

Il passaggio cruciale, vera “ratio decidendi” del provvedimento, è alle pagine 6 e 7, ove si scrive: “il nodo centrale è che, siccome l’ordinamento giuridico va considerato nell’intero com-

plesso, appare non discutibile che esso non preveda alcuna disciplina specifica sull’orientamento del rapporto medico-paziente e sulla condotta del medico ai fini dell’attuazione pratica del principio dell’autodeterminazione per la fase finale della vita umana, allorché la richiesta riguardi il rifiuto o l’interruzione di trattamenti medici di mantenimento in vita del paziente; anzi, il principio di fondo ispiratore è quello dell’indisponibilità del bene vita: v. art. 5 del codice civile... e, soprattutto gli artt. 575, 576, 577, 1° c.n. 3, 579 e 580 del codice penale che puniscono, in particolare, l’omicidio del consenziente e l’aiuto al suicidio. Rispetto al bene della vita esiste, altresì, un preciso obbligo giuridico di garanzia del medico di curare e di mantenere in vita il paziente...”.

È, appunto sulla base di tali premesse che nell’ordinanza del magistrato romano si perviene alla conclusione secondo cui nel nostro ordinamento, sino ad eventuale mutamento normativo (che viene espressamente auspicato), la tutela indefettibile della vita, garantita dall’opera del medico, non consenta di ritenere effettivamente e lecitamente praticabili comportamenti sanitari che, pur al fine di assecondare la volontà del paziente, comportino la rinuncia a prestazioni curative cui consegua il sacrificio della vita del paziente stesso.

Appare evidente come la decisione non si adegui alle posizioni oggi verosimilmente maggioritarie, e di cui si è più sopra dato conto, secondo le quali, soprattutto, la sopravvivenza della regola costituzionale in tema di ordinaria volontarietà del trattamento medico-chirurgico (art. 32 cpv. Cost; oltre che della stessa Convenzione di Oviedo) potrebbe fondare forse una lettura (appunto) costituzionalmente orientata dei più sopra ricordati precetti penali (artt. 579 e 580 c.p.), al punto di escluderne l’applicazione nelle situazioni in cui il pregiudizio del bene della vita fosse l’effetto di una condotta medica scrupolosamente rispettosa della consapevole e volontaria determinazione del paziente di rifiutare le cure idonee a salvarlo.

Il giudice romano mostra, infatti, di avvertire, viceversa, e non senza ragioni, che l’ordinamento giuridico in vigore è ancora fortemente permeato del valore dell’indisponibilità della vita, alla luce del quale non può prevalere, sino a diversa determinazione del legislatore, il diritto del paziente di rifiutare le cure necessarie “quoad vitam”, nel senso che siffatto rifiuto non può vincolare l’atteggiamento e le scelte del medico.

Si possono del resto sintetizzare, a titolo di riflessioni conclusive sul punto, i seguenti illuminanti corollari:

- A) secondo lo spirito dell'ordinanza in questione, potrebbe fondatamente incorrere in "rischio penale" anche il sanitario che assecondasse il rifiuto di cure "salvavita" proveniente dal malato "compos sui" (senza che possa porsi, a questo punto – secondo quanto più sopra rilevato – una convincente distinzione tra rifiuto "preventivo", ossia relativo a terapie non ancora avviate, e rifiuto di cure "salvavita" già in atto);
- B) la decisione, non allineata alle linee dell'interpretazione giuridica prevalente, rivaluta, in sostanza, l'orientamento dottrinale che non aveva automaticamente collegato, all'avvento delle previsioni costituzionali in materia di volontarietà del trattamento sanitario, una qualche volontà abdicativa del Costituente rispetto alla permanenza del principio – già ampiamente positivizzato nel 1948 – dall'assoluta indisponibilità del bene "vita". Si consideri, al riguardo, che i ricordati precetti del codice penale e dello stesso codice civile, risalenti rispettivamente al 1930 ed al 1942, non hanno mai ricevuto modifiche o integrazioni di disciplina con riferimento alle problematiche poste dall'esercizio della medicina e dai progressi della scienza e della tecnologia medica, e questo, sintomaticamente, neppure – dopo l'entrata in vigore della Costituzione (ed in relazione alle norme degli artt. 12 e 32 cpv. della stessa) – per mano della stessa Corte Costituzionale;
- C) la necessità di un intervento legislativo di armonizzazione delle regole "volontaristiche" (ispirate alla tutela incondizionata della libertà di autodeterminazione del paziente rispetto alle scelte mediche) con i principi del codice penale (artt. 579 e 580) e del codice civile (art. 5), era anche significativamente affermata nella stessa legge di ratifica della Convenzione di Oviedo (L. n. 145/2001), ove si prevedeva espressamente il conferimento di delega al Governo per l'adozione di disposizioni necessarie per adattare ai principi della Convenzione medesima l'ordinamento giuridico italiano (delega che non ha mai avuto esecuzione, né nei sei mesi previsti, né in seguito). L'aspetto non è di secondario rilievo, essenzialmente, perché costituisce l'indice sintomatico della percezione, da parte dello stesso

legislatore della ratifica, del non allineamento (ed anzi della possibile frizione) della regola del primato incontrastato ed illimitato della volontà del paziente (cui si riconosce, dunque, lo stesso diritto di rifiutare cure "salvavita") posta nella Convenzione, con le regole già presenti soprattutto nel sistema penale, tra cui, certamente, quello dell'indisponibilità assoluta del bene della vita.

Nè può ignorarsi, a conferma di tale impostazione, che di recente nella vicina Francia (dove era in atto un analogo dibattito) si è appunto legiferato che proprio il malato, se si trova in una fase avanzata o terminale di una patologia grave o incurabile, può decidere di limitare o di sospendere qualsiasi trattamento, obbligando i medici a rispettare la volontà. In sostanza, oltralpe, dal 2005 prevale la volontà del malato anche sull'autonomia professionale del medico. La scelta è, a mio giudizio, assolutamente discutibile, ma chiara, talché da noi non sarebbe insorto un caso Welby con una legislazione di tale tenore. Ma da noi non c'è una scelta normativa di tale tipo, e, soprattutto, fuori dalle situazioni definite o definibili di eutanasia passiva o di accanimento terapeutico, l'obbligo di cura del medico (discendente dal suo obbligo di garanzia della vita e dalla sua incoercibile autonomia professionale) è certamente imperativo e ineludibile, salvo il diritto di rifiuto del malato. Questi, se non terminale, e Welby, a giudizio del Consiglio Superiore di Sanità, non era affatto in fase terminale, poteva anzi andare ancora avanti per mesi, forse per anni, la malattia era ancora governabile, e la morte lontana, perfino, forse, evitabile, anche se le condizioni di sopravvivenza erano di estremo disagio, secondo il nostro sistema normativo e deontologico, va curato, e non aiutato a morire (mediante l'interruzione della ventilazione e previa l'indispensabile sedazione, a cui il paziente non poteva provvedere direttamente per impossibilità materiale, il che rende ancora più evidente e decisivo l'apporto e il contributo causale del medico). In altri termini solo con il malato in situazione definibile di eutanasia passiva o di accanimento terapeutico, il medico può limitarsi a combattere le sofferenze, rinunciando a lottare per garantire la vita (art. 39 e 16 codice di deontologia, ma la stessa conclusione si desume dal drastico divieto di eutanasia attiva, art. 17). In ogni altra è tenuto a curare, ad assicurare la sopravvivenza e la qualità della vita del paziente, conformemente al suo istituzionale obbligo di garanzia. Nonostante ogni contraria richiesta dall'interes-

sato che può sì rifiutare il trattamento, ma non obbligare il medico alla rinuncia ai suoi doveri professionali.

#### 4. Le conclusioni

Se per una qualche (pur sempre relativa) completezza di analisi, si volesse passare ad una rapida riflessione in chiave deontologica su vicende assimilabili a quella da cui si è partiti, si riscontrerebbe subito come, in tale ambito, il vaglio possa giovare di precisi punti di riferimento normativo, i quali attengono, da un lato, ad una disciplina del rapporto medico-paziente ispirata al criterio del primato della volontà del malato e, dall'altro, al contestuale riconoscimento, in capo al sanitario, di spazi incoercibili di autonomia valutativa e professionale.

Il nuovo codice di deontologia medica (approvato il 16/12/2006), collocandosi nella scia delle previsioni del precedente (del 1998) ed all'interno di una regolamentazione compiuta ed organica della materia del consenso del paziente al trattamento medico, prende espressamente in considerazione la situazione in cui il malato consapevolmente rifiuta la prosecuzione delle cure in atto, stabilendo in modo assolutamente netto che il sanitario debba sempre assecondare una tale indicazione. L'art. 35 del nuovo codice, nel penultimo comma, come si è già rilevato, chiaramente sancisce che "in ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona".

La proposizione sembra tanto netta e precisa da non potere essere equivocata, sicché, sotto tale profilo, se corrisponde ad un preciso precetto deontologico l'obbligo di astensione dall'avvio o dalla prosecuzione di trattamenti sanitari in presenza di una manifestata e inequivoca volontà contraria del malato, non dovrebbe per ciò stesso risultare passibile di rimprovero il medico che, in adesione alle richieste del paziente, interrompa l'attività di ventilazione artificiale in corso.

D'altra parte, per come pure già accennato, la disciplina deontologica attribuisce – nel contempo – al sanitario la prerogativa dell'autonomia e della libertà professionale nello svolgimento della sua attività: le quali rimangono suo appannaggio "inalienabile" (siccome ribadito nell'art. 22 del nuovo codice), consentendogli di sottrar-

si ad atteggiamenti e prestazioni mediche difformi dal suo convincimento clinico, e in contrasto con la sua stessa coscienza. Ovviamente, e a maggior ragione, se dall'astensione del trattamento medico deriva un concreto rischio per la vita del paziente.

Ne scaturisce che, in forza di tale riserva di libertà diagnostico-terapeutica, il medico è autorizzato a decidere di esimersi dall'accogliere le sollecitazioni provenienti dal paziente e, in situazioni come quella in esame, non procedere all'invocata interruzione della ventilazione artificiale in atto, e ciò in modo ugualmente non censurabile sul piano del rispetto delle regole deontologiche, e verosimilmente assolutamente doveroso in rapporto all'obbligo di garanzia assunto nei confronti del malato.

Con in più il connesso rischio di sanzioni penali se la sua eventuale adesione al rifiuto delle prestazioni da parte del malato si traducesse in un concreto aiuto a morire.

In definitiva, l'analisi dell'assetto normativo e deontologico in vigore conferma le conclusioni già anticipate da molti osservatori: nel nostro sistema il malato può certamente rifiutare il trattamento, ma non può imporre la sua volontà al medico, che rimane obbligato comunque a prestare la terapia, fuori dalle situazioni di riconosciuta eutanasia passiva e di accanimento terapeutico.

Di conseguenza il medico curante non può "aiutare" il paziente a morire, perché il suo gesto si pone contro le regole deontologiche, e, verosimilmente, anche contro la legge penale.

*Ennio Fortuna*



# ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI CREMONA

## COMMISSIONE DISCIPLINARE

### Provvedimento di archiviazione

#### PREMESSO

- che, in conseguenza della notizia della morte del signor Piergiorgio Welby, per cessazione della pratica di ventilazione meccanica posta in essere dal dott. Mario Riccio, medico chirurgo iscritto a questo Ordine Provinciale di Cremona, è stata aperta un'istruttoria preliminare volta a verificare la sussistenza, o meno, dei presupposti per l'apertura di un procedimento disciplinare;
- che nell'ambito di tale istruttoria si è provveduto:
  - ad effettuare, in data 27/12/2006, l'audizione del dott. Mario Riccio;
  - ad acquisire il diario clinico con cui, alla presenza di n. 4 testimoni il dott. Riccio ha raccolto la volontà del signor Piergiorgio Welby;
  - ad acquisire, anche tramite il legale della famiglia Welby, la cartella riportante il quadro clinico del signor Piergiorgio Welby sottoscritta dal medico curante;
- che dall'istruttoria sopra richiamata si evince che:
  - il dott. Mario Riccio non ha somministrato farmaci o altre sostanze atte a determinare la morte;
  - la sedazione terminale praticata dal dott. Riccio risulta, per posologia di farmaci, modalità e tempi di somministrazione, in linea con i normali protocolli;
  - il signor Welby non era sottoposto a terapie atte ad impedire, curare o ritardare la malattia, distrofia muscolare fascio-scapolo-omeroale;
  - il signor Welby non era in grado di respirare autonomamente e che dall'anno 2002 respirava esclusivamente per mezzo artificiale;
  - il signor Welby non era in grado di evacuare spontaneamente ma solo per svuotamento;
  - il signor Welby era perfettamente in grado di intendere e di volere e di esprimersi;
  - il signor Welby ha espresso in modo chiaro, deciso e non equivocabile la volontà di interrompere la pratica assistenziale di respirazione artificiale che era stata iniziata nel 1997;
  - che il signor Welby risulta essere stato pienamente consapevole della conseguenza del sopraggiungere della morte che la negazione del consenso a mantenere la pratica di respirazione artificiale avrebbe inevitabilmente determinato e che tale conseguenza ha accettato.

Dopo ampia ed approfondita discussione nelle sedute tenutesi il 26/01/2007 e 31/01/2007

**Visti:** - l'art. 35 Codice di Deontologia medica ("Acquisizione del consenso"): "Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione



del consenso esplicito e informato del paziente. In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona...”;

- l'art. 20 Codice di Deontologia medica (Rispetto dei diritti della persona): “Il medico deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona”.

**Considerato** che le norme deontologiche sopra richiamate costituiscono attuazione dei principi di cui agli articoli 13 Cost. secondo cui *“la libertà personale è inviolabile. Non è ammessa alcuna forma di ... restrizione della libertà personale se non per atto volontario dell'autorità giudiziaria ...”* e 32 Cost. a mente del quale *“.. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

**Ritenuto** che, ai fini del rispetto della volontà della persona umana, il consenso deve essere ritenuto identicamente necessario sia per intraprendere il trattamento terapeutico che per mantenere lo stesso, in caso di trattamento terapeutico di durata;

**Considerato:** che la richiesta di distacco del respiratore artificiale, richiesto dal Signor Piergiorgio Welby, costituisce la negazione del consenso ad un trattamento terapeutico da parte di un paziente capace di intendere e di volere e pienamente consapevole delle conseguenze che l'interruzione del trattamento avrebbe determinato; che la conseguenza di lasciarsi morire risulta, agli atti, consapevole, accettata e voluta dal parte del signor Piergiorgio Welby;

tutto ciò premesso

### **decreta con parere unanime**

di non aprire procedimento disciplinare nei confronti del Dott. Mario Riccio e dispone l'archiviazione del caso.

IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE MEDICA  
(Dott. Andrea Bianchi)

Cremona, 1 febbraio 2007 ore 0,30

# Parere sul progetto denominato: “Attivazione delle Unità Assistenziali ed Assistenza Infermieristica Avanzata”

Parere sul progetto denominato: “Attivazione delle Unità Assistenziali ad Assistenza Infermieristica Avanzata” predisposto dall’Azienda Socio Sanitaria n. 10 “Veneto Orientale”, inviato al nostro Ordine dal Presidente IPASVI della Provincia di Venezia Sig. Luigino Schiavon.

Esaminato e discusso il documento in data 27 marzo 2007, il Consiglio dell’Ordine dei Medici

Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia esprime un giudizio preoccupato e nel complesso negativo.

Nell’introduzione del documento risulta condivisibile il concetto espresso sulla diversificazione del regime di ricovero secondo le “necessità assistenziali”, ma la situazione clinica definita nel capitolo della mission e nel capitolo relativo alle caratteristiche degli assistiti evidenziano un esempio gestionale di paziente non ancora stabilizzato e pertanto non dimissibile.

Particolarmente incomprensibile risulta peraltro il passaggio del documento inerente il concetto della “prevalenza dell’aspetto assistenziale rispetto a quello clinico terapeutico” con riferimento ad un quadro clinico “relativamente stabilizzato”.

Secondo i percorsi di risk management, questi concetti possono essere chiari in alcuni casi ma non certo in altri come ad esempio nei confronti di soggetti anziani affetti da polipatologie.

L’Ordine della Provincia di Venezia pertanto, nell’esprimere grande preoccupazione per il documento in questione, si impegna a perseguire tutte le strade istituzionali, nell’interesse della tutela della salute dei cittadini, per impedire che questa possa venire messa a rischio da scelte organizzative che non tengano conto di quanto viene previsto dall’attuale legislazione sia per le strutture pubbliche che per quelle private.



Attività  
dell’Ordine

15

*Il Consiglio dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia.*

# Extradottori

Mestre Centro Anno Domini MMVII.

Ad un passo da piazzale Leonardo da Vinci, una attempata casa con i soffitti alti, gli scalini di marmo consunto, l'intonaco scrostato. Vecchie case dei ferrovieri. L'ingresso angusto dà subito in una grande cucina dove i fornelli, il tavolo ecc. occupano sì e no un terzo dello spazio disponibile. Dal soffitto pende un cavo elettrico che termina in una squadrata lampada alogena, tipo faretto snodabile da esterno, attaccata sopra lo stipite della porta. Subito sotto, un seggiolone impagliato con braccioli al quale è stato attaccato un poggiatesta di metallo regolabile da barbiere. Contro la parete si stagliano un armadietto a vetri, tipo quelli da infermeria, ed uno strano carrello attrezzato, grande la metà di uno da portata. Sul ripiano inferiore di questo carrello troneggia un piccolo compressore che alimenta una turbina ed una siringa per l'aria; di lato fa bella mostra di sé un imbuto ad incastro per il risciacquo, collegato ad un tubo corrugato che finisce in una tanichetta; completa il tutto, sul ripiano superiore, un trapano da laboratorio a manipolo diritto, un portafrese ed un paio di bottigliette. Ma la vera gioia per gli occhi sta dietro i vetri del mobiletto. Rigorosamente allineati sulle mensole giacciono gli strumenti del mestiere: specchietti, specilli, pinze minacciose e ferri dalle forme contorte, modernissime scatole di Ethicon da sutura assieme a polverose confezioni di garze e cotone. Immane la boccetta di arsenico.

Il paziente, arrivato dal nulla con mezza faccia a pompelmo, mi racconta con dovizia di particolari tutto questo aggiungendo che il "collega" (laureato in Ucraina) gli ha anche orgogliosamente detto che si sta attrezzando e che sta imparando "per impiantare le viti" quindi, se lo desiderava, poteva anche toglierlo, anziché curarlo, il dente in questione, tanto, poi, lui glielo avrebbe rimesso. Restare allibiti e senza parole è il minimo. Ma,

pur troppo, qui non si sta parlando di "normale" abusivismo. Stiamo parlando di un fenomeno di ben più vasta e complessa portata destinato, sotto varie forme, ad aumentare a dismisura negli anni a venire sia in ambito medico che odontoiatrico.

La medicina sommersa e marginale è sempre esistita e lo "sciamano" ha sempre trovato una sua collocazione, anche al giorno d'oggi ed in ogni contesto sociale. Tutto questo, invece, infrange ed inquina addirittura le regole di consuetudine sanitaria di quella fetta di popolazione che, almeno in teoria, dovrebbe integrarsi.

A prescindere dal fatto che non gliene importa niente a nessuno. Anzi.

Visto che la "Sanità di Stato" poco può fare per la patologia odontoiatrica degli extracomunitari, non è che noi liberi professionisti e medici in generale dovremmo guardare con occhio un po' più attento a questi fenomeni?

Possiamo, in scienza e coscienza, dare sempre la colpa al governo ed ai politici?

Non dimentichiamoci, poi, che di personaggi così, provenienti dalla sola area dei paesi dell'est, a Mestre ce ne saranno 5 o 6. Moltiplichiamoli infine per le varie tipologie etniche e le varie differenti culture sanitarie: cinesi, centro-africani, arabi, indiani, nord-africani... vado avanti? E stiamo solo parlando di patologie orali.

E il resto?

Gli extra-sanitari polispecialisti spaziano dalla Signora Irina, ex infermiera-levatrice e i suoi decotti, al laureato specialista, cardiologo o ortopedico che sia, che però di lavoro in Italia fa il garzone lavamacchine al distributore di benzina. Mestre ha circa 300.000 abitanti e il resto d'Italia? Il numero di extra-addetti alla salute è veramente grande e difficilmente calcolabile, oltre che sfumato in tutti i toni dei grigi.

Bene, cari colleghi, tutti questi producono "salute". Non cercano di farlo. Ci piaccia o meno, lo fanno realmente. Non sto a sindacare se lo fanno bene o male, sto solo dicendo che ormai oltre il 10% della reale popolazione italiana (nativa o di immigrazione regolare o clandestina) è curata da extradottori.

E noi spendiamo il nostro tempo e le nostre risorse preoccupandoci, e soprattutto azzuffandoci tra di noi, per capire se la nostra bravissima ed esperitissima signorina può o meno fare le igieni orali e i detartraggi!

Attenzione: dimenticavo di dire che ho successivamente scoperto che la vecchietta, italianissima, la cui badante, però, è in cura dal summenzionato odontoiatra Ucraino, è poi andata da lui per rifare la dentiera e che, successivamente, anche il di lei figliuolo (scapolo, di 50 e passa anni) si è fatto incapsulare un paio di denti, nonché il suo fraterno amico, collega di lavoro alle poste....

Perché sì, raccontiamola tutta: ogni sabato mattina

16

Stefano Berto



dal piazzale scambiatore sul Terraglio, di fronte al villaggio Sartori, partono i pulmini privati diretti all'Est (andate a controllare come ho fatto io se non ci credete). Degli anonimi pacchetti vengono consegnati agli autisti. Contengono le impronte e quant'altro serva per confezionare protesi fisse o mobili a prezzi irrisori. E non basta! Quando la protesi arriva, velocissima e puntuale il sabato successivo, a volte è corredata da un omaggio del laboratorio: una bottiglia di vodka o una stecca di sigarette se il lavoro è modesto, una vaschetta di caviale Russian da 113 gr. per protesi più importanti.

Non è una panzana, l'ho visto con i miei occhi. C'è una solenne discrepanza tra l'immagine che si ha della realtà e ciò che muove sul serio le cose. La frattura tra la richiesta di salute e l'offerta di servi-

zi per un extracomunitario è attualmente gravemente sbilanciata ed è ingravescente l'aumento della domanda sanitaria e l'incremento delle strutture abusive parallele. Si arriva all'assurdo che gli extracomunitari regolari (quindi con tanto di tessera sanitaria ecc.) quando si presentano al pronto soccorso dell'ospedale si dichiarano clandestini per poter usufruire di servizi agevolati, tipo avere diritto a tutte le prestazioni urgenti. Tanto sanno che il medico non può denunciare la cosa in quanto verrebbe denunciato lui stesso se denuncia un clandestino. Scusate, non è un gioco di parole ma è:

**MESTRE CENTRO  
ANNO DOMINI MMVII**

*Stefano Berto*

# Lettera aperta dei Chirurghi italiani ai cittadini

I Chirurghi italiani di tutte le specialità sono attualmente sottoposti ad un attacco che tende ad attribuire loro tutti i disservizi e le deficienze strutturali degli ospedali.

Si è arrivati a sostenere che negli Ospedali italiani si prelevino clandestinamente organi da cadaveri nei sotterranei, un orrore che lascia attoniti, e che le infezioni ospedaliere, in Italia nettamente inferiori a quelle di molti paesi europei, siano determinate dall'incuria e dal disimpegno dei Medici.

La verità è ben altra e non intendiamo nasconderla. Ai Medici è stata tolta ogni possibilità di gestire risorse umane e materiali negli Ospedali. Tutti gli appalti per l'edilizia, vitto, pulizie, farmaci, presidi medici, vigilanza, assicurazioni ed i concorsi, sono di pertinenza esclusiva degli Amministratori, nominati direttamente dal potere politico; in Italia 297 Direttori Generali gestiscono circa 560.000 dipendenti, di cui poco più di 100.000 sono medici, ed amministrano circa 100 miliardi di euro l'anno. Nell'ultima finanziaria, inoltre, è stato sottratto ai Medici specialisti ogni giudizio sugli acquisti di attrezzature medicali.

Malati gravi non ricoverati per mancanza di posti letto, lunghe liste di attesa per scarsità di risorse umane, dimissioni troppo rapide senza un'adeguata assistenza sul territorio, sono il frutto malato di scelte che considerano la salute merce, il tempo della cura un semplice strumento di produzione, la

corsia una catena di montaggio e l'obiettivo finale la restrizione dei costi ed il risparmio finanziario.

I Medici di tutte le specialità chirurgiche degli Ospedali, il 95% dei quali è in rapporto esclusivo con il S.S.N. seguendo regole aziendali, svolgono ogni giorno la loro attività nelle Sale Operatorie della Nazione, gravati da enormi responsabilità, senza strumenti di partecipazione né di controllo sulla qualità organizzativa e gestionale dell'assistenza ospedaliera.

Nonostante alcuni episodi negativi ed errori di cui ci sentiamo pienamente la responsabilità, nonostante molti Ospedali siano stati letteralmente abbandonati e depredati negli ultimi cinquant'anni, nonostante lo Stato Italiano destini alla Sanità una percentuale del PIL nettamente inferiore a quella degli altri Stati europei, i Medici italiani sono i primi artefici della realizzazione di un Sistema Sanitario ai vertici nella classifica della Organizzazione Mondiale della Sanità.

Deve essere chiaro che, al di là di ogni accusa, i Chirurghi italiani rimangono al servizio dei Pazienti e del Sistema Sanitario Nazionale e si rivolgono direttamente ai Cittadini per denunciare il tentativo di delegittimare la loro professionalità per combattere la gestione totalmente politica della Sanità.

*Prof. Claudio Cordiano*  
Collegio Italiano dei Chirurghi

Attività  
dell'Ordine

17

# I giovedì dell'Ordine Seminari in materia di responsabilità

Relatore Avv. Simone Zancani  
consulente legale dell'Ordine

18

L'esercizio della attività medico-chirurgica comporta sempre un'assunzione di responsabilità. Non esiste in via di principio, alcuna area di deresponsabilizzazione tale da sollevare in ogni caso il medico da responsabilità per il solo fatto che la sua attività assolve una primaria funzione sociale.

La **prestazione di attività medica è obbligazione di mezzi**: il medico è tenuto ad esercitare la propria attività secondo la miglior scienza medica, non a garantire la guarigione del paziente. L'inadempimento dell'obbligazione di mezzi, costituisce un illecito che può essere *penale e civile*.

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Venezia ha ritenuto di offrire agli iscritti, in un breve ciclo di incontri serali, un

primo inquadramento sui temi fondamentali della responsabilità del medico e dell'odontoiatra.

Nel corso degli incontri svolti presso l'Ordine dei Medici, sono stati dapprima delineati i profili normativi maggiormente caratterizzanti l'attività medica e le relative implicazioni sanzionatorie.

Successivamente sono stati approfonditi temi particolarmente rilevanti, quali i **rapporti tra medici generici e specialisti**, tra professionisti nell'ambito del **lavoro di equipe** e, più in generale, in ambito ospedaliero. È stato, in particolare, evidenziato come, nella valutazione della condotta del medico in una attività complessa, emergano due principi: il principio dell'assunzione (della responsabilità nell'esercizio dell'attività medica), e il principio dell'affidamento (sulla correttezza dell'operato altrui), in relazione al

Moreno Breda e  
Simone Zancani







quale la giurisprudenza non offre, tuttavia, alcun riferimento certo: prudenza, senso critico, preparazione scientifica e professionale devono sempre caratterizzare la condotta del singolo medico anche nella cooperazione complessa e nel confronto con le opinioni di altri medici.

È stata evidenziata l'importanza centrale della documentazione puntuale della attività del medico: ruolo fondamentale gioca, in tale contesto, la cartella clinica, che deve essere compilata con la massima cura.

Altro tema di centrale importanza riguarda i rapporti tra medico e struttura, anche riguardo il principio di equivalenza dei farmaci e dei devices, rispetto al quale il medico deve sempre vigilare su quello che prescrive ovvero utilizza.

È stato poi illustrato il ruolo legittimante e, dunque, assolutamente fondamentale del **consenso informato**, ruolo talvolta sottovalutato dalla classe medica per la quale pare rilevare esclusivamente il *consenso*, quando invece la disciplina normativa attribuisce rilievo centrale al livello e all'effettività della informazione ricevuta dal paziente.

L'obbligo di raccogliere il consenso informato del paziente è il precipitato di obblighi di rango costituzionale, legislativo e deontologico: l'informazione deve essere effettiva (e non una formalità meramente burocratica) e documentata. Centrale è la autodeterminazione del paziente, non la coscienza del medico, tanto che la correttezza o meno del trattamento non assume alcun rilievo laddove al medico venga attribuita una

responsabilità per l'esecuzione di un trattamento in mancanza di consenso informato (laddove esso può e deve essere raccolto). Sono state evidenziate le circostanze eccezionali in cui il consenso informato non è necessario e nelle quali si può far riferimento al c.d. *consenso implicito*, sempre evidenziando come, a prevalere, debba comunque e sempre essere la volontà del paziente.

Una sessione di lavoro è stata destinata ai **risvolti giudiziari, assicurativi e difensivi** di un eventuale errore del medico, con particolare riferimento alle iniziative da assumere prima, durante e dopo la denuncia di sinistro.

Da ultimo, è stata svolta una ricognizione di quei canoni del **nuovo codice deontologico** che rilevano rispetto alla responsabilità del medico: è stato evidenziato come il nuovo plesso normativo abbia fatto propria una concezione moderna del rapporto medico-paziente, nel quale i valori dell'uomo (*autonomia, libertà, dignità*) sono centrati sulla figura del "paziente", mentre la figura del medico è caratterizzata principalmente dalla professionalità e competenza.

Il gruppo di lavoro sulla responsabilità professionale, organizzatore della serie di incontri, ringrazia l'Avv. Zancani per la disponibilità dimostrata e vista la quotidiana rilevanza nella professione degli argomenti trattati ci si ripromette, forti di questa esperienza, di sviluppare la tematica in nuovi incontri, con più relatori, nel prossimo anno ed in tal senso ci si è già attivati.

Moreno Breda

# Convegno: "Sindrome della Stanchezza Cronica"

Il 14 aprile 2007 si è svolto a Mestre il convegno sulla Sindrome della Stanchezza Cronica, patrocinato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Venezia, con la presenza del Presidente dott. Maurizio Scassola, e organizzato dalla Fondazione Ars Medica, con il contributo del suo Presidente dott. Giorgio Meneghelli.

È una sindrome rara, misconosciuta, di cui anche i medici sono poco informati, motivo per cui i

parenti vivono sempre un difficile percorso diagnostico prima di arrivare alla diagnosi. Sono anni di sofferenza, ma purtroppo anche di derisione. Spesso questi pazienti sono erroneamente compresi ed etichettati come depressi, ansiosi che somatizzano i loro problemi e li esagerano (ci filano dietro per anni ed anni).

Alto il livello scientifico del convegno, con la presenza di relatori tra i massimi esperti a livello

---

# 20

---

Paolo Regini



Alberto  
Bruscagnin e  
Matilde Ferrieri





nazionale sulla sindrome della fatica cronica. Ma la peculiarità dell'evento è stata la presenza dell'Associazione Malati con alcuni pazienti, tra cui la sig.ra Matilde Ferrieri che, godendo di una fase di relativa remissione della malattia, ha potuto collaborare con noi nell'organizzazione del convegno. Ma altri pazienti erano presenti seppure in fase di acuzie. Impressionante ascoltare qua e là i loro commenti, i loro lamenti di non essere capiti e ascoltati nonostante esprimano addirittura idee suicide o problematiche come l'impossibilità di lavorare normalmente. La Sindrome della Fatica Cronica altera profondamente lo stile di vita del paziente e della sua famiglia che deve supportarlo. Peculiarità della malattia è l'approccio multidisciplinare per la svariata sintomatologia con cui si può manifestare e quindi al convegno si è vista la partecipazione di molti specialisti: neurologo, pediatra, immunologo, urologo, ecc. In effetti è una sindrome che necessita di comunicazione, da parte del medico, in due direzioni: comunicazione medico-medico (per il necessario confronto tra specialisti di branche diverse) e comunicazione medico-paziente, in quanto occorre tempo per ascoltare il paziente, entrare in sintonia con lui per comprendere dei sintomi che possono essere sfumati e vaghi e quindi anche sottovalutati se non addirittura derisi.

Altra peculiarità del convegno è stata l'aver affrontato nella seconda parte anche la stanchezza del medico, parlando del burn-out.

Alcuni dati sono nuovi e impressionanti ma rendono conto dell'importanza del problema. In uno studio anglosassone condotto su un periodo di 5 anni il 76% dei medici sono risultati affetti da burn-out e il 50% di questi affetti da depressione. In Inghilterra e Galles in 16 anni si sono verificati 223 suicidi di medici e, tra questi, soprattutto donne.

Sono intervenuti esponenti delle varie aree della professione che hanno illustrato le cause di stress a cui è sottoposta la gran maggioranza dei medici. Anche qui dati di notevole impatto e spunti per riflessioni future, interessanti per gli scopi dell'attività dell'Ordine dei Medici che ha tra i suoi principali obiettivi la serenità lavorativa dei propri iscritti, naturalmente a beneficio della qualità di cure dei pazienti.

*Alessandra Gallo*

P.S. Ringraziamo la Banca di Monastier e del Sile per il supporto economico con cui ha contribuito alla realizzazione del convegno.

---

Attività  
dell'Ordine

---

21

---

# Decreto Bersani: conseguenze per la classe medica.

## Liberalizzazioni, abolizione del minimo tariffario, pubblicità, proposta di abolizione degli Ordini Professionali... Risultato: lavoro medico 15 Euro (lorde) ora

Per la stesura del titolo di questo articolo si è preso come esempio l'ultima proposta di lavoro per i giovani medici arrivata all'Ordine da una società di servizi di Milano.

In data 24 marzo 2007 si è svolto a Rovigo il IV congresso regionale del Comitato Permanente degli Ordini e Collegi Professionali del Veneto dal titolo "Le professioni intellettuali alla svolta. Quali prospettive per il futuro?" a cui hanno partecipato per l'OMCeO di Venezia il Vice Presidente dell'Ordine S. Ramuscello, il Presidente CAO C. Tomaselli, il Segretario dell'Ordine C. Boscolo, il Consigliere dell'Ordine M. Breda e D. Dieci componente della Commissione Scienza, Etica e Deontologia.

Con la proposta di legge delega presentata dal Ministro di Grazia e Giustizia on. C. Mastella che recepisce alcuni passaggi del "decreto Bersani", proposta peraltro già più volte emendata in senso peggiorativo, di fatto gli ordini professionali perdono la loro funzione di Enti Pubblici Ausiliari dello Stato a cui è affidato il controllo della qualità del professionista nella promozione della buona pratica professionale e trasformati in libere associazioni di lavoratori come le diverse centinaia già esistenti in Italia. Con il pretesto di liberalizzare il mercato del lavoro vengono aboliti gli Ordini Professionali. Ma che fine faranno le ricche Casse Previdenziali, che, ricordiamolo, sono pagate integralmente dagli iscritti senza il contributo dello Stato e che già in passato si è tentato di assorbire nel patrimonio pubblico? La risposta è evidente.

Nel Nord Italia gli Ordini Professionali iscritti

al Comitato Permanente sono 700 con circa 800.000 iscritti, nel Veneto sono 100 con circa 100.000 iscritti. Gli Ordini dei Giornalisti non ne fanno parte.

Secondo le stime della Regione Veneto (Dr. L. Romano Consulente CREL), nel trentennio 1971-2001 l'economia prodotta dai professionisti, dai servizi e dal commercio, sia in termini puramente economici sia come numero di dipendenti, cioè la capacità di offrire posti di lavoro, ha superato l'industria, lo stesso dicasi per l'intera nazione. Nonostante ciò sui tavoli della concertazione politica, a livello nazionale, regionale ed anche dei comuni, compaiono solo e sempre le rappresentanze industriali e i sindacati dei loro dipendenti. Evidentemente i professionisti sono considerati con peso politico nullo, massimi evasori fiscali (vedi Decreto Bersani), da utilizzare a 15 euro l'ora, utile per le società di capitali pronte ad inondare il mercato professionale italiano.

Persino a livello regionale (E. Donazzan Assessore alle Politiche dell'Istruzione e della Formazione con delega alle Professioni), al tavolo di concertazione con le parti la presenza di almeno un rappresentante delle professioni solo come auditore non è stata gradita. Il problema quindi riguarda anche i politici. Forse è questa la partnership (R. Marangon Assessore alle politiche per il Territorio) richiesta dal governo regionale ai professionisti?

Se il problema della concorrenza si risolve con un livellamento dei servizi professionali ai valori tariffari più bassi, allora: "Signori si chiude"; il futuro è una professione industriale, cioè sotto il controllo degli industriali.



L'attacco alle professioni è iniziato nel 1985 in Inghilterra (G.P. Prandstraller Prof. Ordinario di Sociologia Università di Bologna), con un attacco del neoliberismo inglese al capitalismo considerato non produttivo come quello delle professioni. Venti anni dopo, lo stesso concetto neoliberista viene fatto proprio dall'attuale governo italiano che si professa sociale e riformista.

Evidentemente la conoscenza scientifica, la ricerca, la capacità creativa, caratteristiche tipiche delle professioni intellettuali, non hanno nessun valore nell'economia moderna. L'economia, indipendentemente dal tipo di governo, è considerata solo come speculativa ed è questo il motivo per cui ai tavoli di concertazione governativi sono presenti solo gli industriali e i loro dipendenti.

Crediamo sia giunta l'ora di far capire alla nazione che senza i professionisti le attività produttive non si sviluppano e che il capitalismo deve spostare il piatto della bilancia dalla speculazione alla conoscenza, nostro patrimonio.

La competitività (concetto oggi di moda) non è solo coraggio economico ma anche capacità di inventare servizi di tipo professionale nuovi e

di qualità. Anche noi medici abbiamo il dovere di chiedere e partecipare a questo cambiamento epocale, cioè fare impresa, un'impresa che produce salute. La nostra professione, sia essa libera, convenzionata o dipendente, deve impegnarsi a combattere contro questa visione antiintellettuale e antimoderna della società italiana. Anche per il medico dipendente pubblico la libera professione deve essere considerata come una grande opportunità professionale da elevare in senso etico ed economico e da difendere contro gli attacchi di chi tende a criminalizzarla.

Bisogna uscire dalla timidezza e contrattaccare. A chi il compito? Agli Ordini ed ai Sindacati Medici, naturalmente.

In questa fase come Ordine dei Medici ed Odontoiatri abbiamo l'obbligo, nell'interesse del cittadino/utente e non in quello delle associazioni dei consumatori, altra faccia con cui si manifesta la politica, di essere presenti sul campo di battaglia attraverso alcune iniziative:

1. Impegno nella raccolta di firme per la presentazione di una legge di iniziativa popolare sulla Riforma degli Ordini Professionali.
2. Marketing dei servizi professionali offerti. Nessuna industria, ospedale o attività del

Salvatore  
Ramuscello

Leggi e  
circolari





territorio progredisce senza il lavoro dei professionisti.

3. Acquisizione dei consumatori attraverso l'analisi del bisogno dei servizi professionali.
4. Acquisizione di capacità professionali di qualità.
5. Organizzazione della professione (partecipare ai fidi per crediti ai professionisti).
6. Etica professionale intesa come capacità di gestire i servizi essenziali ed indispensabili autonomamente senza cercare protezioni.
7. Cultura professionale intesa come la capacità di attirare l'interesse del cittadino/utente. Non sono le strutture che forniscono la qualità delle prestazioni ma i professionisti che in quelle strutture lavorano.

8. Dare l'assalto ai mezzi di comunicazione di massa. Perché i giornalisti ignorano il mondo professionale? Perché siamo buoni solo per essere triturati?

Ricordiamolo: il medico professionista non stabilisce il suo status solo con la sua qualifica e con il suo camice bianco, fonte oggi purtroppo più di guai che di soddisfazioni. Lo status di medico oggi dipende dalla sua capacità di stare sul mercato con prestazioni di qualità. Quanto detto vale anche per i medici dipendenti. Obbligo dell'Ordine è quello di rimuovere gli ostacoli, anche quando questi sono rappresentati da altri medici.

*S. Ramuscello, C. Tomaselli,  
C. Boscolo, M. Breda, D. Dieci*

# "Sistema di sorveglianza PASSI" Progetto Regionale di Prevenzione

L'adozione di stili di vita non corretti viene considerata un'emergenza sanitaria, comportando l'aumento di rischio di malattie cardiovascolari, tumori e diabete, che insieme rappresentano le principali cause di mortalità e morbosità nella popolazione adulta.

Il Piano sanitario Nazionale 2006-2008 include, fra gli obiettivi prioritari per la prevenzione sanitaria e la promozione della salute, l'avvio di un monitoraggio continuo sia dei comportamenti a rischio che interessano ampie fasce di popolazione, sia dei risultati dei programmi di interventi di prevenzione.

In quest'ottica Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità e Regioni hanno deciso di avviare nei prossimi mesi, in tutte le Regioni, la sperimentazione del sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

Gli argomenti oggetto dell'indagine del Sistema di Sorveglianza PASSI sono: attività fisica, fumo,

alimentazione, consumo di alcool, sicurezza stradale, ipertensione ed ipercolesterolemia, screening del tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon retto; saranno inoltre raccolti dati su alcune variabili demografiche e sulla percezione dello stato di salute.

Per raccogliere le informazioni è stato elaborato un questionario standardizzato che verrà proposto alle persone contattate mediante intervista telefonica. Le persone intervistate sono scelte dalla lista dell'anagrafe dell'Azienda Sanitaria con campionamento casuale stratificato per sesso ed età.

Le interviste telefoniche, condotte da personale sanitario delle Aziende ULSS formato allo scopo, verranno svolte in modo continuativo durante l'arco dell'anno.

DIREZIONE PER LA PREVENZIONE  
IL DIRIGENTE REGIONALE  
*Dott. Alfonsino Ercole*

# Medicine e pratiche non convenzionali

(Consiglio Nazionale  
FNOMCeO - 23 febbraio 2007)

Il percorso di responsabilità riguardo alla tematica dell'esercizio professionale delle Medicine e pratiche non convenzionali, già avviato a Terni dalla Federazione Nazionale nel 2002, vede oggi la FNOMCeO esercitare nuovamente, a distanza di cinque anni, un ruolo di riferimento per i Collegi medici e odontoiatri a garanzia della dignità della Professione ma soprattutto un compito di tutela della salute dei cittadini e di salvaguardia del livello qualitativo delle prestazioni professionali rese anche in ambito non convenzionale.

La presa di posizione di Terni rimane a tutt'oggi l'espressione concreta della doverosa attenzione che la FNOMCeO deve porre in essere in tutti i campi dell'esercizio professionale.

Non è stato un percorso facile e ancora oggi rivendichiamo la giustizia di quella scelta.

Ritenere che l'esercizio professionale di nove Medicine e pratiche non convenzionali costituisca atto medico già all'epoca fu espressione della volontà di offrire al cittadino la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica. Libertà di scelta che secondo noi medici e odontoiatri non può prescindere dalla piena informazione dei possibili e diversi approcci diagnostici e terapeutici.

Sulla base, quindi, del consenso libero e informato si ritenne consapevolmente di trasferire nella sfera delle responsabilità etiche, civili e tecnico-professionali un sistema di conoscenze e di attività quali le Medicine e le pratiche non convenzionali, pur nella consapevolezza delle difficoltà esistenti sul piano della metodologia scientifica che caratterizza e definisce la Medicina ufficiale. L'Ordine professionale riafferma anche in questo campo la propria competenza e responsabilità in ambito deontologico con particolare riguardo ai doveri dei medici in tema di trattamento terapeutico, di informazione al cittadino e di acquisizione del consenso.

Oggi si ritiene opportuno ribadire la necessità di definire a livello legislativo il sistema delle prestazioni mediche non convenzionali, in considerazione della sempre più frequente richiesta pro-

fessionale non convenzionale, nell'intento della massima tutela della salute e a garanzia del livello qualitativo delle prestazioni dei medici e degli odontoiatri.

Riteniamo che i pilastri di tale normazione dovranno fondarsi su una puntuale definizione dei criteri e delle procedure di accreditamento dei soggetti formativi nonché dei curricula formativi, ovvero delle regole e norme di regolamentazione dell'esercizio professionale e dell'autorizzazione di farmaci, rimedi e presidi non convenzionali.

In tal senso la Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri **chiede** con forza un intervento legislativo del Parlamento che porti all'approvazione di una normativa specifica sulle Medicine e pratiche non convenzionali che consenta anche in tali ambiti il rispetto del diritto sancito dalla Costituzione alla tutela della salute dei cittadini, possibile solo attraverso una piena realizzazione e valutazione della competenza professionale, **decide** nelle more di tale normazione legislativa di esercitare fino in fondo il proprio ruolo di garanzia e di tutela dei cittadini indicando, quale atto di indirizzo e di coordinamento, norme di prima applicazione (all.to 1) per gli Ordini provinciali finalizzate esclusivamente a consentire loro di svolgere in modo omogeneo e coerente il ruolo di verifica della trasparenza e veridicità dei messaggi pubblicitari informativi relativamente all'esercizio delle Medicine e pratiche non convenzionali così come previsto dall'art. 2, comma 1, lett.b) della legge 4 agosto 2006 n. 248.

**All.to 1)**

**Requisiti indispensabili per la pubblicità dell'informazione sanitaria relativa all'esercizio professionale non convenzionale: PRIMA APPLICAZIONE**

- a) Certificazione di una scuola almeno biennale, ad orientamento clinico, frequentata per un minimo di 200 ore di monte orario che attesti

Leggi e circolari

25

la formazione teorica e il superamento di un esame finale nonché autocertificazione attestante l'esercizio professionale non convenzionale da almeno 3 anni.

Le scuole devono garantire i seguenti requisiti:

- 1) il responsabile didattico della scuola deve essere medico,
- 2) i docenti titolari/ordinari della formazione devono essere medici salvo casi particolari di apporto di ulteriori competenze in riferimento alla didattica (giurisprudenza, farmacia...)
- 3) la scuola deve avere un minimo di tre docenti titolari e comunque la componente medica deve essere almeno di 2/3 del corpo docente,

oppure

- b) Certificazione di pratica clinica nella materia, effettuata in struttura pubblica e/o privata, da almeno due anni, rilasciata dal direttore sanitario o comunque dal responsabile sanitario della struttura. Tale fase di prima applicazione ha la durata di 6 mesi dalla data di approvazione della deliberazione cui il presente testo è allegato.

Nei casi in cui gli Ordini ritengano sussistere una acclarata competenza e professionalità clinica del richiedente potranno valutare in alternativa ai requisiti di cui ai punti a) e b), e limitatamente alla fase di prima applicazione, il possesso di almeno 3 dei titoli che seguono, ai fini della verifica del messaggio da pubblicizzare.

#### **Titoli aggiuntivi al fine della definizione del curriculum**

- a) pubblicazioni nella specifica disciplina su libri, riviste mediche dotate di comitato scientifico o comunicazioni a convegni;
- b) partecipazione a convegni in qualità di organizzatore scientifico;
- c) effettuazione di attività didattiche non continuative sulla materia;
- d) partecipazione a corsi formativi quali master universitari, seminari, corsi intensivi nella materia;
- e) partecipazione a convegni sulla materia nei cinque anni precedenti la richiesta dell'attestazione.

# Informazione sanitaria in tema di medicine non convenzionali

Con la deliberazione n° 51/07 della FNOMCeO, i colleghi che intendono pubblicizzare pratiche di medicina non convenzionale, possono nel rispetto delle linee guida pubblicate, presentare domanda al nostro Ordine utilizzando la modulistica presente sul sito WEB o reperibile in segreteria.



# Centro Regionale per la Medicina Convenzionata

La Giunta Regionale del Veneto ha prorogato l'attività del Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria sino al 31 dicembre 2007, con coordinatore il collega padovano Enrico Massa.

Tra le attività del Centro, la pubblicazione di un Bollettino che verrà inviato a tutti i 6000 medici

della medicina convenzionata, con l'obiettivo di creare uno strumento in grado di veicolare conoscenze, innovazioni, nuove esperienze nell'ambito dell'assistenza territoriale ed essere elemento di stimolo per contributi di idee per il miglioramento della formazione e della assistenza stessa.

## Istituita una linea diretta con l'ENPAM

L'Enpam ha istituito un nuovo servizio telefonico (S.A.T.) attivo, seppur in via sperimentale, dal 1° febbraio 2007. Il nuovo servizio è nato per migliorare la comunicazione telefonica con gli iscritti che quotidianamente si rivolgono all'Enpam. Un gruppo di impiegati, opportunamente formato, costituirà il primo livello di informazione, con possibilità di far rapidamente intervenire un secondo livello specializzato nel caso di problematiche più complesse.

Il S.A.T. potrà essere contattato telefonicamente allo 06.4829.4829 (multilinea) o via fax allo 06.4829.4444 o via e-mail all'indirizzo: [sat@enpam.it](mailto:sat@enpam.it).

Il numero di telefono del centralino (06.482941) resterà attivo per le chiamate indirizzate a persone o uffici determinati.

Leggi e circolari

# Riscossione dei compensi di medici e paramedici operanti in strutture sanitarie private

28

Con la circolare n.13 del 15.3.2007, l'Agenzia delle Entrate ha fornito alcuni chiarimenti relativamente alle modalità di riscossione dei compensi per i servizi resi dai Medici e dai Paramedici (**lavoratori autonomi**) nell'ambito di una "struttura sanitaria privata" (Finanziaria 2007).

Le disposizioni dettate dalla Finanziaria 2007 prevedono che la riscossione dei compensi dovuti al professionista per l'attività resa nell'ambito di una struttura sanitaria debba essere effettuata, in modo unitario, dalle strutture sanitarie le quali hanno l'obbligo di incassare il compenso "in nome e per conto del prestatore di lavoro autonomo (medico o paramedico) e riversarlo al medesimo".

Tali disposizioni interessano le strutture che mettono a disposizione dei professionisti ovvero concedono loro in affitto i locali della struttura aziendale per l'esercizio di attività di lavoro autonomo mediche o paramediche.

Nella Circolare vengono ritenute "strutture sanitarie private le società, gli istituti, le associazioni, i centri medici e diagnostici e **ogni altro ente o soggetto privato, in qualsiasi forma organizzati, che operano nel settore dei servizi sanitari e veterinari**". Pertanto, con la frase "ogni altro ente o soggetto privato" sembrerebbero compresi anche gli studi medici, di conseguenza, se un Medico dovesse concedere l'utilizzo dei locali del proprio studio sarebbe assoggettato a tali disposizioni.

La circolare sottolinea che tali disposizioni si applicano ai compensi correlati alle prestazioni di natura sanitaria rese dal professionista in esecuzione di un rapporto intrattenuto direttamente con il paziente, mentre, non si applicano ai compensi dovuti a fronte delle prestazioni rese direttamente al paziente, per il tramite del professionista, dalla struttura sanitaria privata. In questo caso la struttura sanitaria si vede impegnata nell'organizzazione dei servizi medici e paramedici, nella quali-

tà di parte del rapporto contrattuale instaurato con il cliente.

Nel primo caso il rapporto preminente è "Medico-Paziente", nel secondo caso lo è "Struttura-Paziente".

Nel primo caso la fattura sarà emessa dal medico nei confronti del paziente ma l'incasso sarà effettuato dalla struttura che fungerà da "cassiere"; nel secondo caso, la struttura, fornitrice della prestazione, emetterà fattura (a proprio nome) al paziente, ed il medico fatturerà alla struttura le sue prestazioni applicando la ritenuta d'acconto.

Nei rapporti in regime di **intramoenia**, considerato che la prestazione eseguita rientra nei redditi assimilati a lavoro dipendente, sarà sempre la struttura che incasserà il compenso e che figurerà come fornitrice della prestazione. Il medico riceverà i suoi compensi all'interno della "Busta Paga".

## Funzionamento della riscossione accentrata

La struttura sanitaria cura la riscossione fungendo da tramite tra il medico (o paramedico) e il paziente.

- Il professionista che ha eseguito la prestazione è tenuto a emettere fattura nei confronti del paziente ma **non incassa** il compenso; La struttura riscuote il contante ovvero, per i pagamenti alternativi al contante, ne cura la riscossione provvedendo al rilascio o al ritiro del documento comprovante il pagamento (scontrino della carta di credito o bancomat, ricevuta di bonifico bancario, assegno di conto corrente, ecc.);
- La struttura riversa o consegna al professionista interessato gli importi riscossi (in contanti) o i documenti ritirati o emessi (per pagamenti alternativi al contante);
- La struttura rilascia al paziente (garantendo il rispetto della riservatezza dei dati trattati) appo-



sita quietanza attestante l'avvenuto pagamento del compenso incassato (o gestito in nome e per conto del professionista), mediante un'annotazione in calce alla fattura emessa dal professionista la quale specifichi le modalità di incasso e, per i pagamenti diversi dal contante, gli estremi identificativi del mezzo di pagamento.

- La struttura sanitaria opera da semplice intermediario, pertanto la riscossione dei compensi deve tenere conto dei limiti relativi all'incasso tramite contante, che può avvenire solamente per importi unitari inferiori a:
  - 1.000,00 euro, fino al 30.6.2008;
  - 500,00 euro, dall'1.7.2008 al 30.6.2009;
  - 100,00 euro, dall'1.7.2009.

Per importi superiori, andranno invece utilizzati i seguenti strumenti: assegni non trasferibili, bonifici ovvero altre modalità di pagamento bancario o postale (es. carta di credito), sistemi di pagamento elettronico.

### **Registrazione dei compensi riscossi**

La struttura sanitaria deve registrare il compenso incassato per ciascuna prestazione di lavoro autonomo resa nell'ambito della struttura, in alternativa:

- mediante annotazione separata nelle scritture contabili che essa è obbligata a tenere in relazione alla propria attività;
- mediante annotazione in un registro appositamente istituito.

Rimane l'obbligo del professionista di registrare nelle proprie scritture contabili il compenso percepito.

### **Adempimenti della struttura**

La struttura deve indicare nei propri registri, distintamente per ciascuna operazione di riscossione:

- data del pagamento ed estremi della fattura emessa dal professionista;
- generalità e codice fiscale del professionista destinatario del compenso;
- ammontare del corrispettivo riscosso;
- modalità di pagamento (contante; tipo ed estremi del documento emesso/ricevuto per pagamenti alternativi al contante).

### **Comunicazione telematica dei compensi riscossi all'Agenzia delle Entrate**

In attesa dell'emanazione del previsto provvedimento attuativo dell'Agenzia delle Entrate, resta non operativo, in capo alle strutture sanitarie, l'obbligo di comunicazione telematica all'Agenzia stessa dell'ammontare dei compensi

complessivamente riscossi per ciascun percipiente.

### **Regime sanzionatorio in caso di violazione degli obblighi di incasso e di trasmissione telematica**

Per la mancata osservanza delle disposizioni in esame, a carico delle strutture sanitarie private, è previsto uno specifico regime sanzionatorio.

Per la violazione degli obblighi di:

- incasso del compenso in nome e per conto del prestatore di lavoro autonomo
- registrazione del medesimo compenso nelle scritture obbligatorie ovvero in apposito registro

la struttura sanitaria è assoggettata alla sanzione amministrativa da 1.032,00 euro a 7.746,00 euro (prevista dall'art. 9 del DLgs. 471/97).

Per la violazione degli obblighi di:

- omessa trasmissione telematica dei compensi incassati in nome e per conto dei professionisti;
- ovvero di comunicazione di dati incompleti.

la struttura sanitaria è assoggettata alla sanzione amministrativa da 258,00 euro a 2.065,00 euro (prevista dall'art. 11 c. 1 lett. a) del DLgs. 471/97).

### **Decorrenza delle norme in oggetto**

La circolare 13/2007/E afferma che le disposizioni esaminate devono considerarsi operative già dall'1.3.2007, così come previsto dall'art. 1 c. 41 della L. 296/2006, fatta eccezione per l'obbligo di trasmissione telematica all'Agenzia delle Entrate dell'ammontare dei compensi riscossi.

Comunque, si ritiene di poter sostenere l'inapplicabilità delle sanzioni previste, nel caso di violazione delle suddette norme, viste le condizioni di incertezza della norma nel periodo precedente l'emanazione della circolare.

Infine sembra opportuno riportare la risposta dell'Agenzia delle Entrate all'interrogazione parlamentare del 04/04/2007 n. 5-00913 che fornisce ulteriori chiarimenti in merito alla "Riscossione Accentrata" entrando nello specifico caso delle prestazioni in Day-Hospital, .."dove la struttura noleggia la sala operatoria e la relativa strumentazione a medici esterni...". L'Agenzia dell'Entrate ritiene che la norma relativa alla riscossione accentrata trovi applicabilità anche nel suddetto caso di noleggio, pertanto la struttura riscuoterà i compensi in nome e per conto del professionista.

*a cura dello studio associato  
Cagnin Cavallin Martignon Rovoletto  
www.ccmassociati.it*

# Obbligatorietà d'iscrizione all'albo professionale specializzandi

Cari colleghi,  
desidero comunicarVi che il Rettore dell'Università degli studi di Trieste, con la nota che Vi allego in copia, ha riconosciuto la necessità di prevedere, nei bandi di attivazione delle Scuole di specializzazione mediche, l'iscrizione all'Ordine professionale quale requisito necessario ai fini della immatricolazione alle Scuole stesse.

Viene, in sostanza, riconosciuto quanto previsto dalla legge istitutiva degli Ordini in base alla quale, per l'esercizio delle professioni sanitarie, è necessaria l'iscrizione al rispettivo Albo.

Si tratta di un importante risultato, per il conseguimento del quale si è impegnato, in prima persona, il collega Presidente dell'Ordine di Trieste, Prof. Mauro Melato, supportato anche dalla nostra Federazione.

Questa vicenda, oltre a costituire un importante precedente per risolvere definitivamente la delicata questione, dimostra ancora una volta che, con l'impegno di tutti, i nostri obiettivi di tutela della professione possono essere conseguiti.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE  
Amedeo Bianco

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE

Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia di Trieste

Illustre Presidente,

in riferimento alla nota di pari oggetto, vostro prot. 721, dd 27.02.2007, con la quale la S.V. ribadiva le proprie perplessità in merito alla mancata previsione dei Bandi di concorso per l'ammissione alle Scuole di Specializzazione del requisito dell'iscrizione all'Albo professionale si comunica che, alla luce dell'entrata in vigore, nel corrente anno accademico (nota M.U.R. dd. 31.10.2006 ), del D.L.vo 368/99, la questione è stata rivalutata ed è stato deciso di prevedere nel prossimo Bando di attivazione delle Scuole di specializzazione mediche l'iscrizione all'Ordine professionale, quale requisito necessario ai fini dell'immatricolazione alle Scuole stesse.

Tale decisione è maturata in relazione al nuovo status giuridico degli specializzandi che a partire da quest'anno, non saranno più studenti titolari di borsa di studio, ma saranno chiamati a stipulare un vero e proprio contratto finalizzato all'acquisizione di capacità professionali mediante la frequenza programmata delle attività didattiche formali ed allo svolgimento di attività assistenziali.

Ciò premesso, si ribadisce che, in applicazione di quanto previsto dall'art. 8 del DLCPS n° 233 dd 13.09.1946, in base al quale *"Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie è necessaria l'iscrizione al rispettivo Albo"*, a partire dal corrente anno accademico l'immatricolazione alle Scuole sarà vincolata all'iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Con i migliori saluti

IL RETTORE

# FEDER.S.P. E V. un giorno speciale

Dare e ricevere, dare con nobiltà e ricevere per bisogno, dare per il piacere del dono concreto e ricevere con il piacere di un aiuto prezioso, sono un momento di serenità e di gioia esaltante: solidarietà, dunque, che insegna a comunicare nella bontà e nella comprensione.

Soltanto quindici giorni dopo la segnalazione documentata, nel luglio 2006, del Presidente della Sezione Provinciale di Venezia Federspev, dott. Italo Franzoso, con la sua solita sensibilità e il suo determinato zelo, è stato trasmesso dal Fondo di Solidarietà Federspev, a realizzazione immediata, un aiuto concreto ad un nostro Associato che, per il forte deprezzamento della sua vecchia pensione, si trova in difficoltà finanziaria e disagio sociale, vissuti sempre con grande dignità e assoluta riservatezza.

Il dott. Italo Franzoso definisce il Fondo una stupenda iniziativa socio - umanitaria impegnata sul terreno della disponibilità e della solidarietà verso i più deboli e bisognosi e ha espresso, pub-

blicamente, al Presidente Nazionale Federspev, dott. Eumenio Miscetti, durante la Seduta del Consiglio Nazionale tenutosi a Roma il 18 febbraio 2007, la sua gratitudine e i suoi complimenti per l'efficacia di questa iniziativa, voluta da un impegno scrupoloso e da una dedizione appassionata alla nostra Federazione.

Nel quotidiano, purtroppo, l'atto munifico, spesso, sembra dimenticare la sofferenza più nascosta, che l'indifferenza ingigantisce.

Le modeste risorse del Fondo di Solidarietà Federspev (26 cent. pro capite mensili, comprensivi della quota associativa di 3 euro e di 2,5 euro per i superstiti) possono fare il miracolo, senza eccessi e dispersioni, ad onta di tanti sprechi e dubbie gestioni.

Niente è più umano dell'invecchiare con tutti i suoi problemi, le ansie e gli interrogativi; la gioventù è una malattia da cui si guarisce presto.

*Giuliano Sassi*



*Maurizio Scassola e Italo Franzoso*

FEDER.S.P. E V.  
Federazione  
Sanitari  
Pensionati e  
Vedove

31

# AMBULATORIO ANTIFUMO

Dal 1° febbraio 2007 è attivo l'Ambulatorio per smettere di fumare dell'Azienda ULSS 12 Veneziana.

L'Ambulatorio, allocato in due Sedi, una a Venezia Centro Storico presso il Distretto Socio Sanitario n° 1 - Ex G.B. Giustinian, e una a Mestre, presso il Distretto Socio Sanitario n° 3, via Calabria 19, è nato dalla collaborazione tra i Distretti e il Dipartimento per le Dipendenze.

Vi operano Medici e Psicologi per la valutazione e il trattamento (di tipo individuale o gruppale) dei fumatori motivati ad iniziare un percorso per smettere di fumare.

Gli orari per le prime visite sono:

- VENEZIA Centro Storico: mercoledì dalle ore 15.00 - alle ore 15.30
- MESTRE: giovedì dalle ore 15.00 - alle ore 16.00

L'accesso avviene su prenotazione tramite CUP con prescrizione Medica (modulatore regionale) con la dicitura "Visita specialistica per la disassuefazione dal fumo" (previo pagamento ticket di Euro 18,95).

Per informazioni è possibile telefonare a:

- Ambulatorio di Mestre - Tel 041 2608250 - 8238
- Ambulatorio di Venezia Centro Storico - Tel. 041 5295862

## SMETTERE DI FUMARE ... SI PUO!

