

OMC eO

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

Anno XXXIX - n. 01 del 12 febbraio 2007 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

L'etica della partecipazione

Una professione sotto assedio

**Incredibile progetto di assistenza
ospedaliera**

Affido e adozioni

ENPAM per i libero professionisti

Equità pensionistica e fiscale



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

01.07



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. 01 del 12 febbraio 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 31 gennaio 2007

04 L'etica della
partecipazione nel
nostro giardino Zen

05 Una professione
sotto assedio

07 Comunicato stampa

08 Incredibile ma vero!

09 L'ENPAM per i
libero professionisti

11 Professioni
e liberalizzazioni

12 L'Ordine dei medici e
la questione responsabilità
professionale

13 Calendario
attività dell'Ordine
secondo semestre 2006

16 La cartella clinica non
può essere modificata

19 Curare:
fino a che punto?

20 FNOMCeO e
medici fiscali INPS

20 Prestazioni professionali dei
medici stranieri

21 Ospedalieri e
cartellino marcatempo

22 Gratuiti i certificati medici per
l'affido e l'adozione

25 Adozioni internazionali -
rimborso spese

26 La contribuzione minima 2007
al fondo generale ENPAM

27 Iperprescrizione non è
sinonimo di inappropriatezza

28 Perché un nuovo sito dell'Ordine

29 Intervista a MariaSavina Severino

30 FEDER.S.P. E V.
equità pensionistica e fiscale

31 Informativa ai dipendenti
sulla riforma del TFR

32 I giovedì dell'Ordine

Sommario

3

L'etica della partecipazione nel nostro giardino Zen

4

Il più famoso giardino Zen giapponese è quello di Ryōanji a Kyoto, costruito verso la fine del Quattrocento. È un giardino di pura contemplazione, non è da percorrere; la sua peculiarità è rappresentata dalla presenza di pietre disposte a gruppi in modo tale che da qualsiasi parte le si osservino c'è sempre una pietra che ne nasconde un'altra. Vi sono quindici pietre ma mai è dato vederle tutte insieme. Siamo consapevoli che esiste un insieme ma non ne abbiamo una visione globale e distinta.

All'opposto il giardino all'italiana nasce da una visione infantile della realtà dove le piante vengono potate e fatte crescere per assomigliare a oggetti o ad essere viventi; queste forme innaturali sono nostre proiezioni e rappresentano la volontà dell'uomo di costringere la realtà che non conosce o che non capisce in ciò che conosce (un oggetto, un essere vivente).

Ognuno di noi ha una visione limitata, specialistica, "di parte", perché impegnato nella difesa della propria vita privata, delle aree in cui lavora e dei soggetti che spesso rappresenta e per i quali da sempre si batte per ottenere loro piccoli o grandi vantaggi. Ciascuno invece dovrebbe offrire le proprie esperienze e le proprie competenze facendo crescere l'autorevolezza del gruppo.

Le superspecializzazioni e le necessità assistenziali, sempre più irregimentate dai risultati di budget e dalla scarsità di risorse, costringono spesso il medico in un ambito ristrettissimo, con pochi gradi visuali, con difficoltà sempre crescenti nel confrontarsi con la vita dei pazienti e dei colleghi.

Nello stesso reparto, così affollato di individui, è spesso difficile scambiare opinioni e confrontarsi sui problemi della quotidianità e sulle prospettive del futuro.

Dobbiamo condividere "linee-guida" di indirizzo del nostro sviluppo come società, consapevoli che, al nostro interno, esistono realtà diversificate, storie "diverse", esigenze diverse.

È qui che si inserisce il concetto di governance come modalità di affrontare le questioni di interesse collettivo mediando interessi, esercitando



diritti e responsabilità facendo sì che le differenze siano un valore aggiunto e non un ostacolo.

Questo percorso è una occasione per lo sviluppo dell'empowerment che si identifica con la capacità di individuare ed eseguire progetti che abbiano come obiettivo generale la qualità di vita, incidendo con proposte concrete nelle politiche sociali, sanitarie, ambientali, informative, educative e formative del nostro territorio.

Un ordine dei medici con il contributo di tutti gli iscritti e delle istituzioni può agire come organismo di ricerca, controllo e verifica nell'ambito dei determinanti della salute (empowerment di comunità); avremo così la possibilità di essere soggetto mediatore nella ricerca di linguaggi e di indicatori che permettano alle istituzioni (Regione, Comuni e Aulss) di dialogare e promuovere una vera e diffusa cultura della salute.

I medici, d'altra parte, devono ancora costruire una piena consapevolezza di ruolo!

In queste ultime settimane non sono mancate, da parte di colleghi, dichiarazioni che hanno sottoli-

neato come il percorso per il raggiungimento di una piena, consapevole e strategica unità sia ancora molto lungo! Si ha l'impressione che spesso parliamo o affermiamo cose di cui siamo scarsamente informati tanto da farci riflettere sul concetto forse banale che il pensiero dovrebbe fare relazioni con ciò che conosce; è evidente che non può fare relazioni tra ciò che non conosce e nemmeno tra ciò che conosce e ciò che non conosce! Abbiamo bisogno di comunicare anche le nostre sofferenze e i nostri disagi dialogando attraverso la condivisione dei problemi.

Voglio ricordare due esempi di questi giorni. Il ruolo dei medici di medicina generale e di continuità assistenziale nel pronto soccorso di Mestre per la gestione sperimentale dei codici bianchi e i problemi organizzativi e di responsabilità professionale della continuità assistenziale.

E' chiaro a tutti i colleghi come queste aree non siano "neutre" rispetto alle altre aree della medicina. Il modello organizzativo della assistenza primaria dovrà non solo andare incontro ai bisogni della popolazione ma anche "sintonizzarsi" con l'assistenza ospedaliera; viceversa l'attività

ospedaliera non può eludere di relazionarsi con i livelli di assistenza presenti sul territorio.

Vengono affidati spesso nuovi compiti alla continuità assistenziale, questi nascono frequentemente dalla carenza organizzativa e di personale delle Aziende ULSS. Le nuove attività creano grave disagio ai colleghi che assumono responsabilità improprie.

Faremo un clamoroso errore di valutazione se pensassimo che questi problemi appartengano solo a singole aree mediche. Ogni progetto assistenziale, ogni contratto, accordo, patto aziendale ha la sua inevitabile ripercussione su tutta l'area della medicina ed in generale dell'assistenza.

Nessuno può oggi chiamarsi fuori o pensare di firmare accordi senza avere una visione di insieme dei problemi e senza una attiva comunicazione con le altre aree mediche.

Si stanno disegnando in questi mesi nuovi scenari e dovremo affrontare con autorevolezza scelte e decisioni "insieme".

Non rimaniamo occultati dalle nostre pietre nell'immobile giardino Zen!

Maurizio Scassola

Una professione sotto assedio

In queste ultime settimane abbiamo assistito ad un crescendo di attacchi alla professione Odontoiatrica troppo coerente per non sospettare un disegno preordinato.

Da un lato siamo stati attaccati in quanto liberi

professionisti e ci siamo trovati al fianco di altre libere professioni, con alcune delle quali abbiamo molto da spartire, con altre molto meno. Penso da un lato ad avvocati e commercialisti, dall'altro a notai e farmacisti, per fare solo qualche esempio.

Poi però siamo stati attaccati anche in quanto odontoiatri: l'argomento principale è stato il costo delle cure odontoiatriche e lo strumento le prestazioni odontoiatriche all'estero, di cui si è parlato sia su trasmissioni televisive che sugli organi di stampa.

La Commissione ha raccolto le proteste e le riflessioni di molti colleghi che ci hanno chiesto una presa di posizione su queste vicende. Di fronte a questa richiesta per così dire gridata voce populi, siamo costretti a fare

Editoriale



alcune riflessioni sulla natura ed il ruolo dell'Ordine professionale. Molti attacchi ricevuti dagli Ordini Professionali avevano infatti come motivazione principale il fatto che gli Ordini si comportano come corporazioni.

Di fronte a tale accusa la nostra prima reazione è negare: non è vero, gli Ordini sono anzitutto Istituzioni dello Stato. Tuttavia gli attacchi del secondo tipo ci fanno domandare per quale ragione dovremmo vergognarci di essere corporazione.

Quando una categoria ha una controparte contrattuale, un datore di lavoro, si organizza in forma sindacale. D'altro canto i datori di lavoro si organizzano come associazione di imprenditori per confrontarsi in modo unitario con i sindacati.

Noi libero professionisti in quanto tali non abbiamo ragioni nè per costituirci come sindacati nè come associazione di imprenditori. Per di più la natura "protetta" della nostra professione ci richiede un autocontrollo nell'interesse stesso del cittadino o utente delle nostre prestazioni. Infatti chi può giudicare l'operato di un sanitario se non un altro sanitario e come può questo controllo essere esercitato al di fuori di un quadro deontologico che impegna il sanitario ad una condotta conforme a determinati principi (*primum non nocere*) anche contro i propri interessi?

Tuttavia rispetto al passato io ritengo che il governo della professione richieda una evoluzione del nostro approccio al governo stesso.

Provo a dire come dovremmo iniziare a guardare la professione, rendendomi ben conto del tono quasi "eretico" di alcune delle cose che vado a dire e purtuttavia ritenendo che non possiamo sottrarci ad una riflessione su questo livello.

Dunque io sto iniziando a pensare che noi dobbiamo concepire la professione come un'unica grande impresa, una impresa che nella provincia di Venezia ha più di 700 filiali costituite dagli iscritti all'Albo Odontoiatri senza contare i molti medici che fanno comunque attività libero professionale.

Come ogni impresa la nostra professione si deve confrontare con alcune sfide:

- anzitutto il mercato interno. Dobbiamo porci il problema della domanda di cure odontoiatriche nel suo complesso e non solo in riferimento al nostro singolo studio. Questa domanda è influenzata oggi in modo pesante dai nostri costi di gestione, per cui come professione dobbiamo porci alcuni obiettivi:
 - valutare le modalità con le quali influire sui nostri costi di gestione per contenere le nostre tariffe;

- spingere le istituzioni affinché mettano a disposizione dei non abbienti finanziamenti per le cure sanitarie;
- sostenere una politica fiscale che preveda una maggiore deduzione/detrazione delle spese odontoiatriche;
- intercettare la domanda di cure odontoiatriche sostenendo la prevenzione e la manutenzione rispetto all'estrazione e alla sostituzione;
- poi il mercato esterno. L'odontoiatria italiana è ai vertici dell'odontoiatria mondiale, dobbiamo valorizzare questo punto di forza riuscendo ad imporci anche sul mercato estero ed attirando in Italia quei pazienti inglesi, tedeschi, americani che cercano una odontoiatria di qualità con una forte valenza estetica. Come c'è il made in Italy per le scarpe e la moda, dobbiamo essere in grado di farlo valere per l'odontoiatria;
- in terzo luogo la concorrenza interna. Come Ordine dobbiamo rappresentare i nostri iscritti, il che significa che gli abusivi, le strutture di capitale, i poliambulatori sono i nostri concorrenti. Noi dobbiamo far vincere la nostra impresa professione nella concorrenza con questi soggetti, non solo per spirito di parte, ma soprattutto per la maggiore garanzia di qualità, appropriatezza ed adeguatezza delle cure odontoiatriche effettuate nei nostri studi. Al di là infatti dell'evidente minaccia per la salute delle cure prestate dall'abusivo, oggi si tende a dimenticare il fatto che la maggior parte degli errori medici è connesso con l'attività di più soggetti e con la mancanza di un diretto responsabile dei vari processi, che è appunto ciò che distingue lo studio professionale dal poliambulatorio;
- infine la concorrenza esterna, vale a dire gli odontoiatri croati o rumeni che drenano i nostri pazienti anche con l'appoggio di strutture, istituzioni o comunque organizzazioni italiane, le quali si lamentano della delocalizzazione delle attività produttive ma si fanno parte attiva nella delocalizzazione delle cure odontoiatriche, ignorando gli effetti sull'occupazione, sull'indotto e sul gettito fiscale e trascurando altresì la qualità della sanità nei paesi emergenti, in termini di risultato finale ma anche di processo, e quindi di controllo delle infezioni, di smaltimento dei rifiuti, e via elencando.

Nel mercato globale ovviamente la liceità della concorrenza non può essere messa in dubbio, ma guardare a questo scontro con un'ottica di impresa collettiva può aiutarci ad evitare quei toni di

vittimismo, disfattismo e recriminazione che forse possono risvegliare nell'opinione pubblica qualche simpatia ma nessuna iniziativa concreta. Concorrenza vuol dire correre, e vince chi corre di piu' non chi si lamenta delle scorrettezze altrui. Dobbiamo mettere in atto quelle contromisure economiche, pubblicitarie, politiche, creative che tutte le imprese italiane già da anni stanno met-

tendo in atto per sopravvivere in questa nuova realtà.

L'Ordine dei Medici, la Commissione Odontoiatri e gli iscritti tutti devono oggi e dovranno ancor piu' in futuro riflettere su queste tematiche. Sono convinto che sapremo dare risposte all'altezza della sfida dei tempi.

Cosimo Tomaselli

COMUNICATO STAMPA

Il giorno 11.12.2006 si è riunito il Consiglio della Federazione Regionale degli Ordini dei Medici del Veneto per votare il nuovo Comitato Federativo.

Sono stati eletti

Presidente: dott. Pietro Marcello Fazzini (Presidente Omceo Verona)

Vice Presidente: dott. Ezio Cotrozzi (Presidente Omceo Vicenza)

Segretario: dott. Francesco Bovolin (Presidente CAO Verona)

Il neo eletto Presidente, dott. Pietro Marcello Fazzini, nel ringraziare tutti gli Ordini del Veneto per la Sua elezione, ha delineato i grandi temi della professione che vedranno impegnata la Federazione Regionale del Veneto nel prossimo futuro anche in un confronto con le altre Istituzioni ed in primis con la Regione Veneto; per questo è stato richiesto un incontro con l'Assessore alla Sanità Flavio Tosi.

La Federazione Regionale risulta così composta:

COMITATO FEDERATIVO

PRESIDENTE	dott. Pietro Marcello Fazzini (VR)
VICE PRESIDENTE	dott. Ezio Cotrozzi (VI)
SEGRETARIO	dott. Francesco Bovolin (CAO VR)
	dott. Maurizio Benato (PD)
	dott. Francesco Noce (RO)
	dott. Paolo Pastorello (CAO VI)
	dott. Umberto Rossa (BL)
	dott. Maurizio Scassola (VE)
	dott. Domenico Stellini (TV)

Il Consiglio Regionale, oltre ai componenti il Comitato Federativo, risulta così composto:

dott. Daniele Frezza (TV)
dott. Umberto Geremia (VR)
dott. Francesco Libero Giorgino (PD)
dott. Giuseppe Greco (PD)
dott. Alberto Maraggia (CAO PD)
dott. Malek Mediati (VE)
dott. Roberto Mora (VR)
dott. Bruno Noce (CAO RO)
dott. Saverio Orazio (CAO TV)
dott. Davide Roncali (VE)
dott. Umberto Scalabrin (VI)
dott. Cosimo Tomaselli (CAO VE)
dott. Alessandro Zovi (CAO BL)

Incredibile ma vero!

8



Era da qualche giorno che si vociferava che l'azienda ospedaliera 10 "Veneto Orientale" avesse un *progetto alternativo ed innovativo* per assistere quei pazienti che non possono ancora essere dimessi dall'ospedale pur essendo stabili dal punto di vista clinico.

Le voci si facevano sempre più insistenti, forse era già stata presentata una richiesta d'autorizzazione in Regione quando, sul Sole 24 Ore Sanità del 19-25 dicembre 2006 compare un articolo a firma di Manuela Perrone nel quale Mauro Filippi, dirigente aziendale del servizio professioni sanitarie dell'azienda e referente del progetto, esplicita la proposta: "Creare un reparto di 24 posti letto diviso in due settori composto ciascuno di 12 posti. Ogni settore è affidato ad un infermiere "case manager" (*Infermiere professionale preparato per valutare le necessità d'ogni singolo caso clinico dal punto di vista assistenziale*), presente nelle ore diurne, il quale mantiene costanti rapporti con il responsabile clinico del caso, con la famiglia e con le strutture territoriali ed è coadiuvato da infermieri (1 ogni sei posti letto) nonché da personale di supporto quali operatori socio-sanitari. Il case-manager ha la responsabilità della continuità del piano assistenziale dei pazienti collocati nel suo settore.

E il medico dov'è? Leggendo attentamente l'articolo il medico c'è, ma è il medico del reparto

Ospedaliero inviante a questa struttura, il quale verosimilmente continuerà a svolgere la sua attività nel reparto dove fino al giorno prima quello stesso paziente era accolto e che, quando il "case manager" riterrà terminato il percorso assistenziale, dovrà dimettere il paziente.

Ma come potrà avere ancora il controllo clinico del caso se il paziente non sarà più sotto la sua diretta osservazione? Esiste ora una cura che si esercita... a distanza, senza vedere/monitorare il paziente? A chi spetta porre una diagnosi ed impostare

una terapia? Chi compila le cartelle cliniche? Ci si è forse dimenticati che in Italia la responsabilità giuridica "ultima" di un paziente è del medico? E poi il "case manager" non dovrebbe essere un "facilitatore sociale" che si occupa delle cosiddette "aree di debolezza", valuta i bisogni della popolazione, pianifica l'assistenza e i servizi, e per quanto riguarda l'area ospedaliera, in previsione della futura dimissione, attiva l'ADI, fa sì che il paziente trovi tutti gli ausili terapeutici necessari a domicilio ecc.

Si tenta di sostenere (vedi Corriere Medico del 8/6/2006), che al medico spetterebbe solamente la diagnosi e la terapia, mentre all'infermiere la cura e la prevenzione dimenticando che la definizione d'atto medico abbraccia tutte le attività riferite a formazione, ricerca, cura, assistenza a pazienti singoli e a collettività che siano correlate ad una diagnosi cui faccia seguito una terapia.

Vorrei inoltre rilevare come i medici, ovviamente, non siano stati interpellati.

E' inammissibile che vi sia un reparto assistenziale non coordinato da un medico, ove, però nello stesso tempo, un medico inserito in un'altra unità operativa ne ha la responsabilità clinica e giuridica.

E' un vero e proprio attacco alla nostra professione!

Pasquale Picciano

L'ENPAM per i libero professionisti

Nella Sala Convegni dell'Istituto Salesiano San Marco il 16 Dicembre 2006 si è svolto il convegno "L'ENPAM per i libero professionisti".

Dopo la presentazione dell'incontro e dei relatori da parte del Presidente C.A.O. di Venezia dott. Cosimo Tomaselli, infaticabile organizzatore dell'evento, è stata ricordata la figura del collega Ignazio Basile presidente C.A.O. di Padova, per anni nostro rappresentante proprio in seno all'ENPAM e recentemente scomparso, a cui l'assemblea ha dedicato un minuto di silenzio.

La parola è passata poi al Consigliere dott. Moreno Breda che, a nome del Presidente e di tutto il Consiglio dell'ordine, ha portato ai numerosi presenti i saluti e gli auguri di buon lavoro e si è soffermato sulla necessità di rafforzare l'istituzione ordinistica, casa comune della professione medica e odontoiatrica, in un momento in cui forte è l'attacco portato da più parti agli ordini professionali, tanto da metterne in dubbio la stessa esistenza, e grave è il tenta-

tivo di delegittimazione del nostro stesso ordine da parte di alcune componenti sindacali. Nello specifico della giornata il dott. Breda ha ribadito che per quanto riguarda il nostro ente di previdenza, l'ENPAM, si può e si deve pensare al suo futuro solo in termini unitari per medici ed odontoiatri.

Il dott. Renato Mele, presidente C.A.O. di Pistoia e delegato della Toscana alla Consulta per i libero professionisti dell'ENPAM, ha relazionato con competenza sull'aspetto previdenziale dell'Ente. Ha fatto la storia del sistema previdenziale e del fondo libero professionisti dell'ENPAM, denominato **Quota B**, nato nel 1990, data storica per i medici, e in vigore dal 1995 anche per gli odontoiatri libero professionisti italiani. Attualmente al fondo aderiscono circa 130.000 colleghi e di questi il 60% sono iscritti al solo albo medici, il 18% ai due albi ed il 22% al solo albo odontoiatri.

Ad oggi il fondo libero professionisti garantisce la maggior redditività tra tutti i fondi ENPAM (si deve ricordare che si versa il 12,5% annuo su un reddito massimo di circa 49.000 Euro). Il dott. Mele ha marginalmente illustrato anche gli altri fondi e la loro situazione patrimoniale e reddituale tenendo ben presente che c'è il problema del numero degli iscritti e del progressivo allungamento della vita media che, se da un lato è motivo di orgoglio per la professione medica, dall'altro è motivo di criticità per l'ente di previdenza.

Il **Vicepresidente** dell'ENPAM dott. Giovanni Pietro Malagnino con la sua indiscussa competenza e il simpatico eloquio ha illustrato l'organizzazione dell'Ente che appare assai complessa e multiforme date le numerose competenze ed i non pochi problemi gestionali del più importante Ente previdenziale dei professionisti in Italia. Con circa 500 dipendenti ed un ingente patrimonio mobiliare ed immobiliare con più gestori, secondo molti analisti è l'Ente previdenziale meglio gestito oggi nel nostro paese. Non sono state taciute alcune "sofferenze" immobiliari dell'Ente che comunque nel complesso appaiono marginali e in via di risoluzione nel corrente anno.

È stata data ampia illustrazione delle prestazio-



Renato Mele



Giovanni Pietro Malagnino e Cosimo Tomaselli



ni assistenziali dell'ENPAM a favore di iscritti in particolari condizioni di disagio economico o in casi di infortunio o malattia che impediscano l'attività professionale.

Un dato preoccupante e finora sconosciuto ai più è il numero di medici colpiti dalla sindrome del burn out in età non ancora pensionabile e che mettono in seria difficoltà le loro famiglie stante il rifiuto a continuare la professione, e da solo questo dato merita sicuramente delle profonde riflessioni non solo nostre, ma di tutta la società.

La disponibilità e la competenza del dott. Malagnino ha permesso poi di dare ampia risposta alle domande riguardanti anche situazioni personali poste dall'attenta platea.

Un caloroso applauso all'indirizzo dei relatori ha concluso una giornata sicuramente importante per il futuro di tutti noi perché come scrisse Oscar Wilde: "I giovani s'immaginano che il denaro sia tutto, e quando invecchiano ne hanno la certezza".

Moreno Breda

Professioni e liberalizzazioni

Verrebbe da dire: di notte tutte le vacche sono nere. Siamo in una situazione, per quanto riguarda l'esercizio delle professioni, di grande confusione. Nel nome di una sacrosanta e mai contestata, perlomeno da noi dentisti, concorrenza, si smantellano norme che hanno regolato il nostro esercizio professionale senza dire poi se davvero le si è volute smantellare e senza riempire il vuoto legislativo residuo, mettendo tra l'altro in grave imbarazzo i rappresentanti delle Istituzioni, i quali possono rischiare l'omissione di atti di ufficio se applicano leggi non abrogate, o l'abuso in atti d'ufficio se applicano norme abrogate.

Mi riferisco ad esempio al decreto Bersani e alla legge sulla pubblicità (legge 175/92): contrariamente a quanto da tutti noi ritenuto la cassazione (Sez. III 15 gennaio 2007 n. 652) ha dichiarato che il primo ha abrogato la seconda. Ovviamente non abbiamo ancora studiato le conseguenze di questa sentenza, ma la cito per descrivere la notte di cui sopra.

Ancora una recente sentenza della Cassazione, a proposito di un iscritto al nostro Ordine che era stato sospeso per un anno in seguito ad un procedimento per abusivismo, sostiene che il collega non poteva essere sospeso in quanto non vi era il dolo. Come se non bastasse la Corte Costituzionale ribadisce che l'individuazione di nuove figure professionali è una prerogativa esclusiva dello Stato centrale. Un orientamento già noto ma confermato da due sentenze della Corte costituzionale - 423 e 424 del 19 dicembre 2006 - con cui i giudici hanno dichiarato illegittime una legge della Provincia autonoma di Bolzano, che disciplinava la figura del «maestro odontotecnico», e una della Regione Campania, che disciplinava requisiti e registro dei musicoterapisti.

Nel primo caso, la sentenza 423/2006 ha infatti «cassato» l'articolo 5, comma 2 della legge provinciale 8/2005 con cui la provincia di Bolzano, disciplinando l'attività del «maestro odontotecnico» e le condizioni per l'acquisizione della relativa qualifica, definisce una nuova professione, ambito che rientra nella competenza legislativa dello Stato.

Analoga ratio guida la sentenza 424/2006, con cui i giudici hanno dichiarato illegittimi gli articoli 2, 4, 5 e 6 della legge della Campania 18/2005, che disciplina l'attività di musicoterapista. Per la

Regione il dispositivo si limitava a promuoverne l'applicazione nel campo sociale e sanitario. Per la Corte, invece, la legge qualifica il musicoterapista, la sua formazione e ne istituisce un registro cui possono iscriversi quanti soddisfano i requisiti di legge. Come tale, la legge regionale impugnata «definisce un nuovo profilo professionale», prerogativa che è di pertinenza solo dello Stato, ed è da considerarsi illegittima.

Queste ultime due sentenze della Corte Costituzionali sono estremamente rilevanti sia sul versante autorizzazioni che su quello dei corsi regionali per le assistenti di studio odontoiatrico (OSSO), in quanto ribadiscono che le regioni non hanno titolo nel regolamentare l'esercizio delle professioni e delle professioni sanitarie in particolare. Giova precisare quindi che l'Ordine dei Medici per quanto riguarda la lotta all'abusivismo e al prestanomismo continuerà a regolarsi sulla base della legislazione nazionale vigente e che le necessarie azioni e i relativi procedimenti non verranno in alcun modo modificati dal possesso dell'attestato regionale di cui sopra. In questa situazione è difficile dare certezze sul domani. L'unica certezza che possiamo dare è che oggi più che mai la nostra categoria ha bisogno di unità e rappresentatività, di organi istituzionali che raccolgano e rappresentino il meglio possibile le istanze della base. Questo speriamo di fare.

Cosimo Tomaselli

Attività dell'Ordine



L'Ordine dei medici e la questione responsabilità professionale

12

Strumento dell'OMCeO della Provincia di Venezia ed in coerenza con le finalità istituzionali ordinistiche, questo Gruppo di Lavoro, in questi ultimi recenti mesi, ha sviluppato svariati aspetti, tesi ad affrontare quelle problematiche legate al rischio ed alla connessa responsabilità professionale.

Si è partiti dall'assioma che l'errore in medicina non è azzerabile ma solo contenibile e che non esiste una equivalenza tra errore e colpa.

Il vero obiettivo è quello di migliorare la qualità delle cure favorendo un sistematico approccio alla sicurezza del paziente attraverso la prevenzione del rischio, prevenendo la conflittualità e contenendo la "medicina difensiva".

Abbiamo perciò voluto "esplorare" la realtà italiana. In breve:

- presso l'O.M. di Roma è stato costituito uno Sportello di Conciliazione, chiamato "Progetto Accordia" - attraverso la collaborazione con l'Ordine degli Avvocati e le Compagnie Assicuratrici - finalizzato a migliorare il rapporto medico-paziente, con l'ambizione di tutelare, da un lato, il professionista e, dall'altro, la salute del Cittadino e con lo scopo di dare pareri atti a risolvere, in tempi brevi, le controversie legate a prestazioni mediche/odontoiatriche per giungere ad una transazione, evitando così il ricorso automatico all'Autorità Giudiziaria Ordinaria.
- Progetto Regionale Emilia Romagna per la gestione extragiudiziale del contenzioso, nell'ambito delle Aziende Sanitarie, per individuare una eventuale responsabilità, onde pervenire ad una rapida conciliazione/transazione, attraverso il coinvolgimento degli Ordini Professionali ed evitando le vie legali.

Il Gruppo di Lavoro, coordinato dal dott. Moreno Breda, partendo da queste esperienze e con l'am-



biziosa aspirazione di promuovere, presso il nostro Ordine, la costituzione di un analogo "organo conciliativo", ha intrapreso un percorso - anche attraverso la collaborazione del nostro legale avv. Zancani - con la Camera Penale del Tribunale di Venezia. I prossimi mesi ci diranno in proposito sullo "stato dell' arte".

Infine, ma non ultimo, stiamo organizzando degli eventi formativi

ECM - attraverso la partecipazione di relatori, quali Medico di Medicina Generale, Pediatra di libera scelta, Medico Legale, Specialisti in Medicina dello Sport e Cardiologia - quali un convegno sulla "certificazione per la pratica sportiva non-agonistica". Al più presto Vi daremo più precisi ragguagli al riguardo.

Mi è cara l'occasione per augurarVi un sereno e proficuo 2007.

Pierluigi Allibardi



Calendario attività dell'Ordine secondo semestre 2006

6 giugno 2006

- Gruppo Lavoro Informazione e Comunicazione
- Gruppo Lavoro Formazione

- *Delibere amministrative e di impegno;*
- *Variazioni albi.*

7 giugno 2006

- Riunione Fondazione ARS Medica
- Incontro organizzato dalla Cao a Noale
Convenzioni Dirette e Indirette

28 giugno 2006

- Commissione Odontoiatri

3 luglio 2006

- Gruppo Lavoro Informazione e Comunicazione

10 giugno 2006

- **CONSIGLIO**
 - *Lettura, approvazione e firma verbale della seduta precedente;*
 - *Delibere amministrative e di impegno;*
 - *Varie ed eventuali;*
 - *Variazioni albi.*
- Convegno S. Donà di Piave
Comunicazione tra Medici: Strumento indispensabile per un percorso di cura di qualità

11 luglio 2006

- Gruppo di Lavoro Criticità Bilanci
- **CONSIGLIO MONOTEMATICO**
percorso fatto dal Consiglio, dalle Commissioni e dai Gruppi di lavoro dall'insediamento ad oggi (bilancio dei primi sei mesi di attività)

14 giugno 2006

- Incontro organizzato dalla CAO a Marghera
- Riunione Commissione Pari Opportunità

12 luglio 2006

- Commissione Odontoiatri

17 luglio 2006

- Gruppo Lavoro Responsabilità Professionale
- Gruppo Lavoro Informazione e Comunicazione

19 giugno 2006

- Gruppo Lavoro Responsabilità Professionale

20 luglio 2006

- Riunione Commissione Pari Opportunità

21 giugno 2006

- Gruppo Lavoro Dialogo tra diverse Aree Professionali

25 luglio 2006

- **CONSIGLIO**
 - *Lettura, approvazione e firma verbale seduta precedente;*
 - *bilancio dei primi sei mesi di attività*
 - *Varie ed eventuali;*
 - *Variazioni albi.*

27 giugno 2006

- Gruppo di Lavoro Formazione
- **CONSIGLIO**
 - *Lettura, approvazione e firma verbale della seduta precedente;*
 - *Incontro con i rappresentanti dei medici di controllo del territorio;*
 - *Calendarizzazione appuntamenti/convegni istituzionali organizzati dall'Ordine fino a dicembre 2006;*
 - *Varie ed eventuali;*

5 settembre 2006

- Gruppo di Lavoro Formazione
- **CONSIGLIO**
 - *Lettura, approvazione e firma verbale della seduta precedente;*
 - *Presentazione dell'Avv. Simone Zancani al Consiglio Direttivo;*

- *Esposizione dei problemi legati all'area della consulenza legale e rapporto con la Procura di Venezia;*
- *Presentazione doc. gruppo di lavoro per il dialogo tra le varie aree della Professione – Rel. dott. Meneghelli;*
- *Discussione del documento presentato dal Presidente FNOMCeO Dott. Bianco (Decreto Bersani);*
- *Varie ed eventuali;*
- *Delibere amministrative e di impegno;*
- *Variazioni albi.*
- *Esposizione dei problemi legati all'area della consulenza legale e rapporto con la Procura di Venezia;*
- *Determinazioni su Convegno ed Assemblea Iscritti del 2 Dicembre c.a.;*
- *Proposte su regolamento interno per la sicurezza e la gestione dei documenti amministrativi dell'Ordine;*
- *Varie ed eventuali;*
- *Delibere amministrative e di impegno;*
- *Variazioni albi.*

• Commissione Odontoiatri

20 ottobre 2006

- Commissione Odontoiatri

23 ottobre 2006

- Gruppo di Lavoro Informazione e Comunicazione

26 ottobre 2006

- Riunione Commissione Pari Opportunità

4 novembre 2006

- **CONSIGLIO**
 - *Lettura, approvazione e firma verbale della seduta precedente;*
 - *Variazioni al Bilancio di Previsione anno 2006;*
 - *Bilancio di previsione anno 2007.*
- Convegno Mirano
Comunicazione tra Medici: Strumento indispensabile per un percorso di cura di qualità

7 novembre 2006

- Gruppo di Lavoro Formazione

8 novembre 2006

- Gruppo di Lavoro Informazione e Comunicazione

14 novembre 2006

- **CONSIGLIO**
 - *Lettura, approvazione e firma verbale della seduta precedente;*
 - *A) presentazione del nuovo Ospedale di Mestre – relatore dott. O. La Manna (Dir. San. Umberto I);*
 - *B) relazione del dott. Roncali sul convegno “Comunicazione tra Medici: strumento...”;*
 - *Linee guida per l'organizzazione degli eventi di formazione dell'Ordine – relatore dott. Alfredo Saggiaro; Calendarizzazione eventi;*
 - *Commissione Pubblicità: presentazione linee guida su richiesta PATROCINI*

11 settembre 2006

- Gruppo di Lavoro Informazione e Comunicazione

13 settembre 2006

- Commissione Odontoiatri

14 settembre 2006

- Riunione Commissione Pari Opportunità

20 settembre 2006

- Riunione Commissione Pubblicità

25 settembre 2006

- Gruppo di Lavoro Informazione e Comunicazione

26 settembre 2006

- **COMMISSIONE MEDICA**

27 settembre 2006

- Commissione Odontoiatri

2 ottobre 2006

- Gruppo Lavoro Responsabilità Professionale

3 ottobre 2006

- Gruppo di Lavoro Formazione

4 ottobre 2006

- Commissione Odontoiatri

11 ottobre 2006

- Gruppo Lavoro Dialogo tra diverse Aree Professionali
- **CONSIGLIO**
 - *Lettura, approvazione e firma verbale della seduta precedente;*
 - *Relazione del Presidente sul Consiglio della FNOMCeO del 29-30 settembre 2006;*
 - *Dott. M. Sinigaglia – Relazione sulle attività del gruppo di lavoro “Informazione*

(relatore dott. Fabris Gelli) e autorizzazione siti INTERNET (relatore dott. Stefano Berto);

- *Problematiche connesse alla legge 22/02;*
- *Varie ed eventuali;*
- *Delibere amministrative e di impegno;*
- *Variazioni albi.*

15 novembre 2006

- Gruppo di Lavoro Scienza, Etica e Deontologia

22 novembre 2006

- Gruppo Lavoro Dialogo tra diverse Aree Professionali

27 novembre 2006

- Gruppo di Lavoro Informazione e Comunicazione

28 novembre 2006

- Gruppo di Lavoro Formazione

30 novembre 2006

- Riunione Commissione Pari Opportunità

2 dicembre 2006

- **CONVEGNO**
Il Medico e l'Odontoiatra. Quale ruolo oggi nelle nostre comunità?
- **GIORNATA DEL MEDICO E ASSEMBLEA ANNUALE**

4 dicembre 2006

- Gruppo di Lavoro Scienza, Etica e Deontologia

12 dicembre 2006

- **CONSIGLIO**
 - *Lettura, approvazione e firma verbale della seduta precedente;*
 - *Relazione del Presidente sul Consiglio Nazionale della FNOMCeO del 23-24-25 Novembre;*
 - *Commissione Pubblicità: presentazione linee guida su richiesta PATROCINI (relatore dott. Fabris G.) e autorizzazione siti INTERNET (relatore dott. S. Berto);*
 - *Fondazione Ars Medica: aggiornamento sulla situazione relativa alla perdita del titolo di ONLUSS; programmazione formazione (relatore dott. G.Menighelli);*
 - *Presentazione documento prodotto dai Gruppi di Lavoro "Scienza, Etica e Deontologia" e "Responsabilità Professionale";*
 - *Certificazioni mediche di attività sportiva non agonistica (relatore dott. G.Menighelli);*
 - *Varie ed eventuali;*
 - *Delibere amministrative e di impegno;*
 - *Variazioni albi.*

14 dicembre 2006

- Gruppo Lavoro Responsabilità Professionale

16 dicembre 2006

- Incontro organizzato dalla Cao a Mestre *L'Enpam per i Libero Professionisti*



La cartella clinica non può essere modificata

La sentenza della Corte di Cassazione n. 35167/05 emessa nei confronti di una collega che, assolta nel processo per lesioni colpose ai danni di un ricoverato, è stata condannata per falso per avere modificato la cartella clinica ripristinando la realtà degli eventi, sancisce che la cartella clinica non può essere modificata o integrata neppure per ristabilire la verità. Qualsiasi aggiunta o correzione in un atto pubblico, qual è la cartella clinica, dopo che sia stato definitivamente formato, infatti, si configura come una falsità penalmente punibile, anche se” il soggetto abbia agito per ristabilire la verità effettuale”.

Ogni singola annotazione ha un valore di definitività immodificabile; per cui non è sostenibile la tesi della possibilità di ritoccarla legittimamente quando sia ancora nella materiale disponibilità del medico, in attesa della trasmissione alla direzione sanitaria per la definitiva custodia.

Crediamo utile una rivisitazione di tutto quello che riguarda la cartella clinica dal punto di vista clinico, giuridico, deontologico ed amministrativo.

La cartella clinica non solo strumento di lavoro

La cartella clinica è uno strumento di lavoro per il medico che consente di ricordare e trasmettere dati ed informazioni ad altri sanitari a fini diagnostico-terapeutici; essa costituisce una verbalizzazione, ossia una registrazione delle notizie riguardanti il soggetto il cui fine ultimo si identifica nella tutela della salute del paziente.

Dunque essa rappresenta il mezzo più fedele in grado di documentare il decorso clinico di ogni paziente, delle decisioni assunte, degli interventi effettuati e quindi del comportamento dell'attività medica.

La cartella clinica, assurgendo ad atto ufficiale, ha anche **un'importanza medico-legale ed economico-amministrativa** di gran rilievo.

Il codice deontologico dedica molti dei suoi articoli ad aspetti peculiari della cartella clinica.

Ci preme richiamarne, in tal senso, i seguenti:

art. 10 sulla tutela della riservatezza, gli articoli 21 e 28 con la determinazione del principio della chiarezza e beneficalità; gli articoli 30 e 31 che sotto-

lineano il concetto dell'importanza dell'informazione al paziente e l'art. 70 che ricorda i compiti del direttore sanitario della struttura anche relativamente alla cartella clinica.

Secondo un orientamento giurisprudenziale ormai consolidato, la cartella clinica costituisce “un atto pubblico di fede privilegiata” il cui contenuto è confutabile solo con la prova contraria.

L'art. 2699 del codice civile definisce atto pubblico il “documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato”.

In sede di Cassazione Penale (sez. V 21/1/81) è affermato che “ha natura di atto pubblico la cartella clinica redatta dal medico dipendente di una clinica convenzionata con il Ministero della Sanità”.

Lo stesso concetto è ribadito nel caso di medico dipendente da Casa di Cura convenzionata (Cass. Pen. 27/5/92 e Cass. Pen. Sez. unite 11/7/92) anche se operante in libera professione presso case di cura convenzionate.

In ambito sanitario, la cartella clinica è un insieme di documenti nei quali è registrato dai medici e dagli infermieri, un complesso di informazioni (anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali) concernenti un determinato paziente allo scopo di poterne rilevare ciò che lo riguarda in senso diagnostico-terapeutico, anche in tempi successivi al fine di predisporre gli opportuni intereventi medici e poterne anche usufruire per le varie indagini di natura scientifica, statistica ed epidemiologica, di prevenzione primaria e secondaria, di farmacovigilanza, di valutazione e revisione della qualità delle prestazioni, di gestione del budget, di tutela medico-legale.

In ambito giuridico, è considerata come abbiamo detto un atto pubblico (art. 2699 c.c.) dotato di efficacia (art. 2700 c.c.), redatto da un pubblico ufficiale (art. 357 c.p.).

Atto pubblico è quello compilato dal pubblico ufficiale, autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo ove è stato formato.

Esso fa piena prova, fino a querela di falso, della sua provenienza dal pubblico ufficiale, nonché delle dichiarazioni e dei fatti che egli attesta essere avvenuti in sua presenza o da lui compiuti.

Quale atto pubblico, dunque, la cartella clinica è

dotata di una speciale efficacia probatoria, così che il giudice è vincolato a ritenere vere le circostanze che il pubblico ufficiale attesta come avvenute in sua presenza, a meno di dimostrarne la falsità, materiale o ideologica.

Il contenuto della cartella clinica è composto da una serie di dati e di documenti amministrativo-gestionali e clinici. Alcune di queste informazioni devono essere necessariamente presenti in ogni cartella clinica secondo uno specifico dettaglio o codifica.

Esistono, infatti, una serie di informazioni, sia cliniche che amministrative, che devono essere obbligatoriamente trasmesse alla Regione ed al Ministero, per ogni episodio di ricovero, attraverso i flussi del debito informativo collegato alla scheda di dimissione ospedaliera.

Un'altra serie di dati, tipicamente clinici, sono a loro volta obbligatori per la valenza medico legale della cartella clinica quale atto probatorio dell'attività del personale di assistenza (medico o infermiere).

Ai fini sanitari e gestionali, i dati contenuti nella cartella clinica sono indispensabili per verificare, attestare e valutare: il processo di diagnosi/cura/riabilitazione; il decorso della malattia ed i risultati delle cure prestate; il livello di integrazione di differenti competenze; la corretta attribuzione delle responsabilità decisionali; l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni; la congruenza tra scheda di dimissione ospedaliera e cartella clinica.

Di particolare importanza è l'acquisizione del modulo relativo alla raccolta del consenso informato a prestazioni sanitarie quali: intervento chirurgico, anestesia, indagini diagnostiche con tecniche invasive; terapie "a rischio"; donazione di midollo osseo; trapianto di midollo osseo; prestazioni odontoiatriche; trasfusione; trasfusione autologa; somministrazione di emoderivati.

Per il minore è sempre opportuno che il consenso sia espresso, ove materialmente possibile, da entrambi i genitori esercenti la patria potestà.

Si ricorda che la separazione/divorzio non implica normalmente/necessariamente che uno dei coniugi sia decaduto nell'esercizio di tale funzione, a meno che non vi sia uno specifico provvedimento scritto da parte dell'autorità competente.

I documenti e le informazioni riportate in cartella clinica devono rispondere a criteri di qualità:

- rintracciabilità
- chiarezza/leggibilità
- veridicità
- pertinenza
- completezza
- corrispondenza tra scheda di dimissione ospeda-

liera e cartella

- assenza di righe non compilate-pagine bianche.

La cartella clinica è il diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti; i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi.

Ciascuna annotazione presenta, singolarmente, autonomo valore documentale definitivo che si realizza nel momento stesso in cui è trascritta.

Qualsiasi successiva alterazione, apportata durante la progressiva formazione del complesso del documento, costituisce falso, ancorché il documento sia ancora nella materiale disponibilità del suo autore, in attesa di trasmissione alla direzione sanitaria.

La scrittura di fatti e dati successivi potrà dunque solo avvenire per eventi motivati e formalizzati in cartella stessa, dunque chiaramente esplicitati nella loro genesi e natura, seguiti ovviamente dalla firma leggibile di chi determina l'evento.

All'infuori di errori materiali, le modifiche e le aggiunte, non esplicate come tali, integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, poiché violano la garanzia di certezza accordate agli atti pubblici.

Da ciò discende una caratteristica propria della cartella clinica e cioè quello della **immodificabilità**.

Infine i dati contenuti nelle cartelle cliniche non possono essere cancellati, ma è ammessa una loro rettifica o integrazione: ad esempio l'inserimento di annotazioni sulle risultanze di accertamenti effettuati presso altri organismi accreditati.

Una cartella compilata correttamente deve raccogliere in ordine cronologico tutti i dati anagrafici, anamnestici, clinici, diagnostici e terapeutici, tutte le prescrizioni ed ogni altra notizia rilevante per la salute del paziente.

Ogni intervento diagnostico e terapeutico invasivo deve essere accompagnato da apposito "consenso informato" del paziente.

Nella cartella vanno allegare/trascritte tutte le risposte degli accertamenti specialistici che sono stati effettuati durante la degenza, ivi comprese la copia del referto redatto in Pronto Soccorso e il diario dell'osservazione breve intensiva (ove eseguita) e l'eventuale referto di riscontro autoptico in caso di decesso.

La scheda di dimissione ospedaliera

Il responsabile dell'unità operativa coordina ed attribuisce, al personale medico, la responsabilità della dimissione dei pazienti in base a criteri meglio individuati dallo stesso, evidentemente istruendo formali disposizioni interne; nel caso in

cui la dimissione sia decisa in maniera collegiale, il responsabile dell'unità operativa è responsabile della dimissione.

Nel diario clinico deve essere identificato in maniera esplicita il medico dimettente, cioè responsabile della dimissione.

Ricordiamo inoltre che la lettera di dimissione ospedaliera rappresenta un documento sanitario di particolare rilevanza. Essa deve contenere la diagnosi di dimissione e l'elenco di tutte le più importanti attività cliniche effettuate durante il ricovero nonché un resoconto di tutte le operazioni effettuate.

Al fine di garantire la chiarezza secondo quanto previsto dagli standard del Ministero della sanità la medesima deve essere compilata e redatta dattiloscritta e consegnata al paziente al momento della dimissione. Copia della lettera di dimissione va allegata alla cartella clinica del paziente.

Quando alla dimissione fa seguito la prescrizione di farmaci e/o di approfondimenti diagnostici, il medico che effettua la dimissione ha l'obbligo di utilizzare il ricettario regionale secondo quanto previsto dagli accordi e convenzioni vigenti.

Ricordiamo inoltre che la scheda di dimissione ospedaliera completa i dati già inseriti nella scheda anagrafica di accettazione con: date di ingresso e dimissione e/o trasferimento dell'unità operativa; modalità di dimissione; diagnosi di dimissione; procedure chirurgiche ed altre prestazioni di rilievo effettuate e data di esecuzione.

Deve infine ricordare la generalità (cognome e nome) e la firma/sigla del medico dimettente.

La scheda di dimissione ospedaliera, istituita con decreto Ministero della Sanità 28-12-91, **“costituisce parte integrante della cartella clinica, della quale assume la medesima rilevanza medico-legale, e che, conseguentemente, è un atto pubblico, dotato di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione obbliga la responsabilità del medico”**.

E' stabilito inoltre che la scheda di dimissione ospedaliera costituisce “titolo per l'accesso alla remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera”.

Ciò conferisce alla cartella clinica, oltre ai tradizionali valori di atto pubblico di rilevanza giuridica dotato di fede privilegiata, e di “strumento di lavoro essenziale per l'assistenza sanitaria”, anche quello di **documento di rilievo economico-amministrativo** della pubblica amministrazione, con le ipotesi di illecito amministrativo e penale che a tale connotazione si riconducono (ad es. in caso di danno economico per erronea o incompleta trascrizione di diagnosi e/o interventi, e conseguente rimessa di un importo relativo ad un DRG meno

remunerativo ovvero in caso di cosiddetto “creep DRG” in cui si effettua una codifica non appropriata per conseguire un DRG più “pregiato”).

Tale supporto cartaceo ha anche una funzione statistica (sostituisce il modello Istat D/10 con il quale si compila tale rilevazione nei ricoveri negli istituti di cura) oltre che informativa della tipologia dell'assistenza ospedaliera ai fini della valutazione del case-mix (tipologia e severità della casistica).

Oltre a questo dobbiamo porre attenzione alla tutela della riservatezza e gestione della documentazione sanitaria e al consenso al trattamento dei dati.

Dobbiamo in ogni modo costatare che, seppur la cartella clinica faccia parte della storia della medicina fin dai tempi di Ippocrate, non esiste, a tutt'oggi, una modalità di compilazione specifica pur sentendo parlare da anni di standard, di cartelle cliniche, normalizzate, informatizzate, codificate effettuabili via sistemi informatici di vario tipo (note book, palmari etc.).

Spesso la cartella è compilata a penna con varie calligrafie, talora di difficile decifrazione, che riportano vari dati e ove spesso mancano le varie tappe ragionate che portano alle decisioni diagnostico-terapeutiche. Anche se a volte la compilazione della cartella clinica, come della scheda ambulatoriale o della lettera di dimissione, può essere vista come attività “persa” rispetto a quanto un medico deve fare, non dimentichiamoci che, a distanza di tempo, nel caso in cui il paziente debba essere valutato da altri medici o da altri centri, quanto è scritto sulla cartella influisce sui comportamenti diagnostico-terapeutici ed ha quindi un'importanza fondamentale per la prognosi del paziente, sia “quoad valetudinem” che, talora, “quoad vitam” oltre che per l'immagine percepita dell'operato medico.

Non dimentichiamoci che una ritardata o mancata compilazione della cartella clinica può configurarsi come omissione di atti d'ufficio ed una sua compilazione non veritiera come falso ideologico ed una correzione come un falso materiale.

Per questi motivi la cartella clinica non deve presentare correzioni, “sbianchettature”, completamenti postumi oltre alla indispensabilità dell'uso di una grafia chiara e comprensibile (come previsto dall'art. 23 del codice di deontologia medica). L'importanza, quindi, di una corretta gestione della cartella clinica, sia in ospedale che, ove dovuto, sul territorio, appare una tutela non solo del cittadino ma anche della nostra attività professionale, in modo particolare in questo periodo in cui vengono segnalati e amplificati episodi di “malpractice” nei confronti della categoria medica.

Curare: fino a che punto?

Parere delle Commissioni Etica e Responsabilità Professionale in merito alla segnalazione di un caso relativo ad una paziente affetta da malattia degenerativa del S.N.C. con demenza senile e rifiuto assoluto all'assunzione di alimenti liquidi e solidi. L'integrazione per via parenterale risulta molto difficoltosa a causa della fragilità vascolare periferica. I parenti della paziente si oppongono al posizionamento di un sondino naso-gastrico.

Il parere richiesto è il seguente: fino a che punto un medico, in contrasto con il volere dei congiunti, può adottare presidi necessari per garantire l'idratazione e l'alimentazione di un paziente non più in grado irreversibilmente di intendere e volere?

In data 4/12/2006 si sono riunite in seduta congiunta le Commissioni Etica e Responsabilità Professionale per esprimere un parere in merito alla segnalazione ricevuta.

La disamina del caso ha permesso di evidenziare come esso si inserisce in un ampio contesto che riguarda più aspetti del Codice di Etica e Deontologia, i diritti del cittadino e l'ordinamento giudiziario. In questo specifico evento si sommano questioni centrali: 1) il consenso, quale elemento fondamentale della legittimazione all'atto medico, 2) l'accanimento terapeutico, 3) l'eutanasia, 4) il diritto all'autodeterminazione del paziente. Su tali argomenti è in corso un vivace dibattito politico, etico e scientifico non solo a livello nazionale, con evidenti difficoltà a trovare precetti giuridici e linee-guida scientifiche universalmente condivisi. Da ciò ne consegue che spesso il medico in questi casi è chiamato a prendere una decisione con alto rischio di risvolti giudiziari a suo carico.

Nel caso portato alla nostra attenzione è evidente l'incapacità della paziente sia ad esprimere un valido consenso alle cure sia a rifiutarle consapevolmente.

Parere

Il caso prospettato trova articolata risposta sia nel codice deontologico sia nella norma civile relativa alla istituzione della figura dell'amministratore di sostegno:

1) art. 37 vigente codice deontologico – Assistenza al malato inguaribile: *"In caso di*

malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia ATTA A RISPARMIARE inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita. In caso di compromissione dello stato di coscienza il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile".

2) legge 09 gennaio 2004, n. 6 relativa all'istituzione della figura dell'amministratore di sostegno – art. 3: *"I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e nell'assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al Giudice tutelare il ricorso per l'istituzione di figura o a fornirne comunque notizia al Pubblico Ministero.*

In questo caso (e consimili), il medico deve prospettare ai familiari tutte le opzioni terapeutiche possibili ritenute praticabili per l'alimentazione parenterale alla paziente. Ove dovesse permanere un diniego agli orientamenti terapeutici del Curante (nel caso specifico = qualsiasi forma di alimentazione parenterale), il medico e/o il responsabile dei Servizi Sociali da lui attivato, deve inviare segnalazione del caso al Pubblico Ministero richiedendo un intervento provvisorio urgente per la nomina di un tutore in attesa della definitiva individuazione di un tutore o amministratore di sostegno.

In attesa delle decisioni del Magistrato, secondo quanto disposto dal citato art. 37 del Codice di Deontologia, il medico deve fornire al malato il trattamento ritenuto più appropriato anche avvalendosi di consulenze specialistiche ritenute necessarie.

Per le Commissioni: Scienza Etica e Deontologia e Responsabilità Professionale.

Salvatore Ramuscello

Leggi e circolari

FNOMCeO e medici fiscali INPS

Questo il testo della lettera inviata dal Presidente FNOMCeO Amedeo Bianco a tutti i Presidenti degli Ordini dei Medici e Odontoiatri.

Cari Presidenti, il problema dei medici fiscali è stato posto nel corso dell'ultimo Consiglio Nazionale del 6-7 luglio, nonché da numerose comunicazioni provenienti da vari Presidenti di Ordine, tutti tesi a sottolineare il disagio che i professionisti in questione vivono ormai da molti anni.

La FNOMCeO che era stata invitata tardivamente a partecipare ad un incontro con l'INPS per analizzare i termini del rinnovo del rapporto di lavoro, oltre che inviare una lettera risentita nella quale veniva sottolineata l'impossibilità di partecipare ad una riunione convocata lo stesso giorno dell'arrivo della comunicazione, prendeva contatti con la dirigenza dell'INPS per rimettere in piedi un momento di confronto.

Il giorno 24 luglio il Direttore Generale dell'INPS, dr. Crecco, veniva nella sede della Federazione e in tale circostanza veniva concordato:

a) – sarebbe stata bloccata la deliberazione da portare al Consiglio di amministrazione dell'INPS riguardante il rinnovo del rapporto di lavoro dei medici fiscali, oggetto delle forti preoccupazioni dei professionisti coinvolti;

b) – sarebbe stato ripristinato un momento di confronto tra la Federazione e l'INPS da attuarsi nei primissimi giorni di settembre p.v.;

c) – nel frattempo la FNOMCeO avrebbe inviato una memoria al Direttore Generale nella quale si sarebbero poste in evidenza le richieste più significative dei professionisti in questione.

A tale ultimo riguardo se appare di quasi impossibile soluzione la stabilizzazione del posto di lavoro attraverso la diretta assunzione dei medici fiscali presso l'INPS, si ritiene comunque di poter suggerire e magari conseguire l'ipotesi di uno schema convenzionale che consenta di superare lo stato di assoluta precarietà del rapporto di lavoro attuale.

Sugli sviluppi della vicenda sarete puntualmente informati. Cordiali saluti

Amedeo Bianco

Prestazioni professionali dei medici stranieri

In seguito ai casi sempre più frequenti di irregolarità nell'esercizio della professione da parte di medici dell'Unione Europea nelle case di cura italiane, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri richiama l'attenzione dei direttori sanitari all'osservanza della normativa vigente.

Infatti ai sensi dell'art. 14 del D.L.vo 369/1999, i medici comunitari possono effettuare prestazioni

di servizi occasionali in Italia senza la necessità di iscriversi all'Albo dei medici, purchè siano autorizzati dal Ministero della Salute.

In caso di mancanza di autorizzazione (che nei casi di urgenza può essere richiesta anche dopo la prestazione, comunque entro 15 giorni) il direttore sanitario è sanzionabile per aver favorito l'esercizio abusivo della professione medica.

Ospedalieri e cartellino marcatempo

La mancata timbratura del cartellino per brevi allontanamenti dal posto di lavoro del pubblico dipendente non è reato di falso ideologico, ma semplicemente un illecito sanzionabile dall'amministrazione.

Secondo la Cassazione sezioni unite (sentenza 15983 del 10 maggio 2006) "i cartellini marcatempo e i fogli di presenza dei pubblici dipendenti non sono atti pubblici, essendo essi destinati ad attestare da parte del pubblico dipendente solo una circostanza materiale che afferisce al rapporto di lavoro tra lui e la pubblica amministrazione (oggi soggetti a disciplina privatistica) e in ciò esauriscono in via immediata i loro effetti, non rivolgendo affatto manifestazioni dichiarative, attestative o di volontà riferibili alla pubblica amministrazione".

Mancando un collegamento tra esercizio di funzioni pubbliche e attività falsificatoria, la mancata timbratura del cartellino in entrata e uscita facendo risultare orari non rispondenti a quelli effettivi, non verrebbe commesso reato di falso ideologico. Il dipendente dovrà rispondere solo alla propria amministrazione, magari rischiando il posto, ma non avrà la fedina penale sporca.

"Tale ineludibile collegamento tra esercizio di funzioni pubbliche e attività falsificatoria dei

pubblici ufficiali (che "non consente di ritenere automaticamente che tutti gli atti dagli stessi compiuti siano atti pubblici: Cassazione n. 12789/2003 citato), non può, quindi, condurre ad annoverare nella nozione di atto pubblico, rilevante ai fini penali, attività attestative, che, invece, appaiono collegate direttamente e immediatamente a istituti sicuramente riconducibili alla disciplina privatistica" (per mutuare altra espressione dottrina) e che, soprattutto, in tale ambito esauriscono la loro funzione di rilevanza attestativa.

Va quindi, affermato il seguente principio di diritto: i cartellini marcatempo e i fogli di presenza dei pubblici dipendenti non sono atti pubblici, essendo essi destinati ad attestare da parte del pubblico dipendente solo una circostanza materiale che afferisce al rapporto di lavoro tra lui e la pubblica amministrazione (oggi soggetto a disciplina privatistica), e in ciò esauriscono in via immediata i loro effetti, non involgendo affatto manifestazioni dichiarative, attestative o di volontà riferibili alla pubblica amministrazione."

Cassazione - Sezioni unite penali
sentenza 10 maggio 2006 numero 15983



Leggi e circolari

Gratuiti i certificati medici per l'affido e l'adozione

Sono gratuiti o a pagamento i certificati che il medico rilascia al cittadino in caso di affido o adozione di minore? Riceviamo da cittadinanza.it questo carteggio e lo poniamo a conoscenza e all'attenzione dei nostri iscritti.

Il DPCM in questione, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 286 il 10 dicembre del 2003, acquisendo efficacia dopo 15 giorni dalla pubblicazione, ha prodotto i suoi effetti a partire dal 25 dicembre 2003. Sul comportamento del suo medico non pende, quindi, nota di demerito se la richiesta del compenso per il rilascio del certificato è giunta prima del 25 dicembre 2003.

LETTERA DI DUE CITTADINI

Qualche anno fa mia moglie ed io abbiamo presentato richiesta di adozione e, finalmente, dopo lungo attendere, a maggio una bambina farà parte della nostra famiglia!

La procedura di adozione presuppone una marea di certificati da presentare, molti dei quali medici; uno in particolare deve essere rilasciato dal medico di fiducia nel quale si attesta che la persona che deve adottare è in condizioni di buona salute generale. Il medico di fiducia di mia moglie glielo ha rilasciato gratuitamente, il mio invece ha preteso 10 euro. Mi è stato detto che quando si tratta di adozione non si deve pagare nulla. Chiedo delucidazioni in merito.

RISPONDE IL PIT (Progetto Integrato di Tutela. E' un servizio di informazione, assistenza e consulenza per i cittadini che intendono tutelare i propri diritti in ambito sanitario e assistenziale. E' stato istituito dal Tribunale per i diritti del malato nel 1996)

Le certificazioni mediche per l'idoneità all'affido e all'adozione, fino al mese di dicembre 2003, sono state poste a carico della coppia in quanto comprese nell'elenco (Allegato 2 A, lettera e) delle prestazioni totalmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti ai cittadini di tutto il territorio nazionale.

Di recente è stato però emanato un nuovo decreto, DPCM del 28 novembre 2003, recante modifiche apportate ai LEA; tra queste una riguarda proprio le certificazioni mediche – ivi comprese quelle relative all'affido e all'adozione – ponendole totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, quindi gratuite.

Vediamo ora quali sono i riferimenti legislativi che vincolano il medico al rilascio gratuito delle certificazioni ai fini dell'adozione/affido, in quanto compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza.

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 28 novembre 2003

Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", in materia di certificazioni

(pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 286 del 10.12.2003)

testo aggiornato al 10.12.2003

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, con particolare riferimento all'art. 1, commi 1,2,3,7 e 8;

visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» pubblicato sul supplemento ordinario n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002;

Visto l'art. 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, che fissa la procedura per modificare gli allegati al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001;



Valutata l'opportunità, anche ai fini di una omogenea applicazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, di considerare il rilascio di una certificazione come l'esito finale di una prestazione complessa che include l'esecuzione degli accertamenti diagnostici e clinici necessari alla formazione del giudizio medico-legale;

Ritenuto necessario incentivare la pratica sportiva dei giovani e dei soggetti portatori di handicap e di promuovere comportamenti di elevato valore sociale quali l'affidamento e l'adozione di minori e lo svolgimento del servizio civile;

Vista la proposta di modifica del citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, formulata al Tavolo di monitoraggio e verifica dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, istituito nell'ambito della segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione dell'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancito l'8 agosto 2001;

Considerato che la suddetta proposta è stata condivisa dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 18 aprile 2003;

Acquisita l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 settembre 2003;

Sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze;

Decreta:

Art. 1.

Gli allegati al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» sono modificati come indicato nei seguenti commi.

Nell'allegato 2° recante «Prestazioni totalmente escluse dai LEA», la lettera e) è sostituita dalla seguente:

e) certificazioni mediche, comprese le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio, non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge, con esclusione delle:

certificazioni richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica sportiva non agonistica nell'ambito scolastico, rilasciate dal medico di medicina generale ai sensi dell'art.31 del decreto del Presidente della Repubblica n. 270 del 2000 e dal pediatra di libera scelta ai sensi dell'art. 29 del decreto del Presidente della Repubblica n. 272 del 2000;

certificazioni di idoneità di minori e disabili alla pratica sportiva agonistica nelle società dilettantistiche;

4 maggio 1983, n. 184; certificazioni di idoneità all'affidamento e all'adozione di minori ai sensi della legge

certificazioni di idoneità al servizio civile fino all'entrata in vigore dell'art. 9, comma 5, del decreto legislativo 5 aprile 2002, n. 77;

Nell'allegato 1C recante «Area integrazione socio sanitaria», le parole «affette da AIDS» Sono sostituite dalle parole «con infezione da HIV».

Nella tabella riportata alla nota (3) dell'allegato 1B, recante un elenco di prestazioni che, sebbene non ricomprese nei LEA ed erogate con

onere a carico dell'interessato, costituiscono compito istituzionale delle strutture erogatrici, alla voce «Rilascio di porto d'armi» è aggiunto il riferimento normativo: «D.M. 28 aprile 1998- Requisiti psicofisici minimi per il rilascio e il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia e al porto d'armi per uso difesa personale- Gazzetta Ufficiale 22 giugno 1998, n. 143».

Roma, 28 novembre 2003

Il Presidente del Consiglio dei Ministri
Berlusconi

Il Ministro della salute
Sirchia

Il Ministro dell'economia e delle finanze
Tremonti

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA
REGIONE DEL VENETO

n. 489 del 5.3.2004

OGGETTO: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", modificato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 28 novembre 2003.

Disposizioni applicative.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante <Definizione dei livelli essenziali di assistenza> sono stati individuati i Livelli Essenziali di Assistenza garantiti a tutti i cittadini dal Servizio Sanitario Nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nel rispetto dei principi di cui al comma 2 dell'art. 1 del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e nei limiti delle risorse finanziarie pubbliche determinate ai sensi del comma 3 del medesimo articolo.

Omissis...

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore...omissis

DELIBERA

di prendere atto delle modifiche agli allegati 2A, 1C e 1B del DPCM 28 novembre 2001 introdotte dal DPCM 28 novembre 2003 "Modifica del

decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante "" Definizione dei livelli essenziali di assistenza" in materia di certificazioni";

di dare atto che, dalla data di entrata in vigore del DPCM 28 novembre 2003, le **certificazioni di idoneità di minori e disabili alla pratica di attività agonistica nelle società dilettantistiche** sono comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza;

di stabilire, per quanto riguarda l'allegato 2A del DPCM 29 novembre 2001, così come modificato con DPCM 28 novembre 2003, che le prestazioni di **certificazione di idoneità alla pratica di attività sportiva agonistica nelle società dilettantistiche** comprensive dei relativi accertamenti diagnostici così come previste dal Nomenclatore Tariffario approvato con D.G.R. n. 4776 del 30.12.1997, ed identificate con i codici 99.98.1, 99.98.2, 99.98.3, oltre quelli specifici aggiuntivi ordinariamente previsti per particolari discipline sportive, sono erogabili ai soggetti di età inferiore ai 18 anni ed ai disabili a totale carico del FSR senza alcuna partecipazione alla spesa, quale livello assistenziale aggiuntivo a carico della Regione;

di fissare al 15° giorno successivo all'approvazione della presente deliberazione la data in cui le disposizioni contenute al precedente punto 3. entreranno in vigore e sostituiranno quanto stabilito al primo alinea del punto 5. del dispositivo della DGR n. 2227 del 9 agosto 2002;

di confermare le disposizioni di cui al secondo alinea del punto 5. del dispositivo della DGR n. 2227 del 9 agosto 2002, relative al rilascio di certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva agonistica per tutti i soggetti non rientranti nelle categorie di cui ai punti 2. e 3. della presente deliberazione; nonché di confermare il punto 5 del dispositivo della DGR n. 3972 del 30.12.2002;

di dare atto che, dalla data di entrata in vigore del DPCM 28 novembre 2003, le **certificazioni di idoneità all'affidamento e all'adozione di minori** di cui alla legge 4 maggio 1983, n. 184, civile sono comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza;

di dare atto che, dalla data di entrata in vigore del DPCM 28 novembre 2003, le **certificazioni di idoneità al servizio civile** sono comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza fino all'entrata in vigore dell'art. 9, comma 5, del decreto legislativo 5 aprile 2002, n. 77.

Il Presidente

On. Dott. Giancarlo Galan

Adozioni internazionali - rimborso spese

Con DPCM 27 aprile 2006 (in G.U. 11 agosto 2006 n. 186) è stato deliberato su proposta del Ministro per le Pari Opportunità, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, il parziale rimborso delle spese sostenute dalle coppie adottive di minori all'estero, rispettivamente negli anni 2006 e 2007, coperto con lo stanziamento di euro 10.000.000,00 previsto per gli anni 2007 e 2008 (a copertura delle agevolazioni di cui all'art. 1, comma 152 della legge 30 dicembre 2004, n. 311), sommato ai residui 2005.

Ai genitori adottivi, residenti nel territorio nazionale, con reddito complessivo fino a euro 70.000, che abbiano adottato uno o più minori stranieri per i quali sia stato autorizzato l'ingresso e la residenza permanente in Italia nel periodo compreso tra il 1° gennaio ed il 31 dicembre

rispettivamente degli anni 2006 e 2007, è concesso un rimborso delle spese sostenute per l'adozione modulato secondo il reddito, con esclusione del 50% delle spese portate in deduzione della dichiarazione dei redditi (ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera I-bis, del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917).

Va inoltrata apposita istanza corredata dalla documentazione richiesta, da presentare entro il 31 luglio degli anni 2007 e 2008 a mezzo raccomandata A/R, indirizzata alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Commissioni per le adozioni internazionali, Largo Chigi n. 19, 00187 Roma, utilizzando il Modello A e il Modello B allegati al decreto e reperibili sul sito: www.commissioneadozioni.it.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI RIMBORSO (per i residenti in Italia)

- 1) copia dell'autorizzazione all'ingresso e alla residenza permanente in Italia del/i minore/i, rilasciata dalla Commissione per le adozioni internazionali;
- 2) copia della certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera I-bis del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917, dall'ente autorizzato che ha curato la procedura di adozione, attestante le spese sostenute dai genitori adottivi;
- 3) copia completa della/e dichiarazione/i dei redditi relativa all'anno antecedente quello di presentazione della domanda di rimborso da cui si possa evincere l'ammontare del reddito complessivo. Nel caso in cui le spese per adozione siano state portate in deduzione in più anni finanziari, occorre presentare copia completa delle dichiarazioni dei redditi riferiti a tali anni;
- 4) nel caso in cui l'istante presenti la dichiarazione dei redditi in via telematica un'autocertificazione, resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, attestante la conformità della dichiarazione dei redditi allegata a quella che verrà trasmessa nei termini previsti dall'art. 2 del D.P.R. 22 luglio 1998, n. 322 all'Agenzia delle entrate;
- 5) nel caso in cui l'istante non abbia presentato la dichiarazione dei redditi in quanto rientrante in una delle fattispecie di esonero, previste dall'art. 1, comma 4, del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600, un'autocertificazione, resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, attestante l'ammontare complessivo del reddito conseguito nell'anno antecedente quello di presentazione della domanda di rimborso (modello B).

Leggi e
circolari

La contribuzione minima 2007 al fondo generale ENPAM

26

Gli uffici ENPAM hanno già determinato le misure dei contributi minimi annui dovuti per il 2007 al Fondo di previdenza Generale, da tutti i medici e gli odontoiatri iscritti agli Albi. Dal 1998 la misura del contributo è indicizzata e cresce ogni anno in base alla variazione dell'indice del costo della vita registrata nel mese di giugno dell'anno precedente. Poiché tale variazione a giugno 2006 è risultata pari al 2,1% i contributi sono stati fissati nei seguenti importi:

- = iscritti fino al compimento del 30° anno euro 176,04
- = iscritti dal 30° anno al compimento del 35° anno euro 341,72
- = iscritti dal 35° anno al compimento del 40° anno euro 641,26
- = iscritti dal 40° anno al compimento del 65° anno euro 1.184,29
- = iscritti a contribuzione ridotta euro 641,26

Quest'ultima misura di contribuzione (641,26), identica a quella prevista per la fascia di età compresa tra 35 e 40 anni, è riservata esclusivamente a quegli iscritti che, fino al 1990, in quanto medici dipendenti o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, soggetti quindi ad altra forma di previdenza obbligatoria, avevano potuto richiederla. Dal 1990 tale possibilità di contribuzione ridotta è stata abolita, è rimasta ad personam soltanto nei confronti di coloro che vi erano stati ammessi e non può essere richiesta e concessa ai nuovi iscritti anche se dipendenti o convenzionati.

Le misure del contributo prima indicate, nei casi in cui un iscritto passa, nel corso del 2007, per compimento dell'età di 30, 35 e 40 anni, da una fascia di contribuzione inferiore a quella successiva, sono determinate, per dodicesimi, in base ai mesi rientranti nelle due fasce interessate. Per gli iscritti che compiono il 65° anno nel 2007, il contributo è calcolato in dodicesimi fino a tutto il mese del compimento dell'età.



Per tali medici, dal mese successivo a quello del compimento del 65° anno, decorrerà la pensione minima a carico del Fondo di Previdenza Generale. Va tenuto presente che i contributi effettivamente posti in riscossione dall'ENPAM, sono tuttavia di importo maggiore rispetto alle misure prima indicate, perché ad esse è aggiunto, per ogni fascia di contribuzione, il contributo dovuto alla gestione della indennità di maternità per le colleghe libero-professioniste, istituita con la legge 379/1990. Quest'ultima contribuzione, identica per tutti, è fissata per il 2007 nella misura di euro 35,74.

Agli effetti del pagamento dell'eventuale contribuzione proporzionale al reddito libero professionale prodotto, il pagamento del contributo minimo, per i singoli medici o odontoiatri, copre una fascia di reddito libero professionale del 2007, pari a 5.130,08 euro per gli iscritti di età fino a 40 anni o a contribuzione ridotta e di 9.474,32 euro per gli iscritti con più di 40 anni.

Sull'eccedenza del reddito prodotto nel 2007 rispetto a tali misure, gli iscritti saranno tenuti a dichiarare ed a versare, nel 2008, il contributo del 12,5% o del 2% (se, in quanto già tutelati da forme di previdenza obbligatoria come dipendenti o convenzionati, vorranno avvalersi della contribuzione proporzionale ad aliquota ridotta).

Iperprescrizione non è sinonimo di inappropriatazza

Si darà di seguito conto della sentenza n. 99/2006 del Tribunale del lavoro di Pordenone emessa nel maggio 2006 facente seguito all'impugnazione del provvedimento del Direttore Generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" dd. 25 settembre 2002.

Tale situazione si era venuta a creare in quanto "il Direttore Generale della Amministrazione resistente non ritenendo sufficienti le giustificazioni fornite dal dott. *omissis*, gli ha contestato in relazione a 31 prescrizioni di farmaci effettuate nel corso dell'anno 2001 (più nel dettaglio, come si ricava anche dalla CTU espletata in corso di causa trattasi della prescrizione di anti-secretivi a 7 pazienti, di Coxib in associazione ad antisecretivi a 4 pazienti e di antidepressivi a 20 pazienti) l'inosservanza delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione Unica del Farmaco o delle indicazioni terapeutiche previste dalla autorizzazione all'immissione in commercio rilasciata dal Ministero della Salute, addebitando al professionista il relativo costo, pari ad euro 4.641,25".

Il Giudice del Lavoro nomina un consulente che scrive delle relazioni circostanziate e mirate alla situazione in caso. Per quanto riguarda i farmaci antidepressivi prescritti per un anno a 20 pazienti, il perito "ha peraltro, ritenuto credibile la giustificazione fornita dal ricorrente per ognuna di esse (in estrema sintesi; due pazienti erano di altri colleghi; ad una paziente, pure assistita da altro collega e già in cura per depressione, il dott. *omissis* aveva prescritto su ricettario proprio un'unica confezione; tre pazienti erano deceduti poco dopo l'inizio del trattamento; una paziente si era trasferita a Padova poco dopo l'inizio del trattamento; un iscritto era addirittura inesistente; gli altri pazienti, tutti affetti da depressione di tipo reattivo, avevano sospeso il trattamento in quanto non più necessario ovvero per paura degli effetti collaterali o, ancora, per problemi di compliance)"... "Quanto, poi, alle asserite 11 improprie prescrizioni di farmaci antisecretori (inibitori di pompa) e di coxib (antinfiammatori non steroidei) sia singolarmente che associati... il Ctu, riferita la natura delle patologie da cui erano affetti i relativi pazienti ha osservato che il dott. *omissis* aveva escluso che la somministrazione fosse stata eseguita contemporaneamente e che l'attore sostanziale, ossia l'Azienda, non aveva, poi, fornito, tramite la produzione dei ricettari

regionali dell'anno in questione, la prova dei propri assunti. Per altro paziente... l'Aulss n. 6 ha ritenuto non giustificata la prescrizione nel 2001 di una terapia con coxib in associazione cronica ad antisecretivi; per contro, il consulente ha osservato che il soggetto era affetto da ernia iatale da scivolamento (di per sé sufficiente a giustificare il reflusso gastroesofageo e la necessità, quindi, di una terapia con inibitori della pompa protonica), nonché da comparsa di importante patologia osteoarticolare di tipo reumatico (per la quale la necessità di somministrare coxib ha la sua ragion d'essere proprio nel fatto che questi farmaci sarebbero meno gastrolesivi rispetto ad altri FANS).

Vi è un'ultima considerazione del perito che "ha ribadito la propria interpretazione... dell'art. 15 bis comma 6° del D.P.R. 28 luglio 2000 n. 270, contenente il regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. La norma in esame prevede, infatti, che la Commissione deputata alla verifica della appropriatezza deve valutare la prescrizione farmaceutica tenendo, tra l'altro, conto del fatto che essa "sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescritte dovuta ad errore scusabile". Ed anche a parere del Tribunale tale norma appare diretta a tutelare il medico che sia incorso occasionalmente in un'o scusabile errore prescrittivo".

Ecco che quindi si può concludere che "l'aver prescritto una o due confezioni di antidepressivi nel corso di un intero anno (2001) ed in un numero limitato di pazienti (20 su un totale di 1.156 in convenzione), alcuni dei quali, forse, sono stati trattati per una emicrania espressione somatica di una depressione reattiva... rientri nell'ambito della riferita prescrizione occasionale. Ed altrettanto è a dirsi quanto alla contemporanea prescrizione di coxib in associazione ad antiulcera per 3 pazienti e ad analoga prescrizione effettuata ad altro paziente a 15 giorni di distanza".

Il Giudice del Lavoro quindi conclude che "l'Aulss n. 6 non ha titolo ad ottenere il preteso rimborso, con conseguente condanna della predetta Azienda a restituire al dott. *omissis* gli importi allo stesso tratti, con gli interessi legali dalle singole trattute al saldo".

Leggi e circolari

27

Cristiano Samuelli

Perchè un nuovo sito dell'Ordine

Cari colleghi e web surfers, a nome di tutto il Consiglio dell'Ordine e del Gruppo Informazione e Comunicazione, benvenuti in questo nuovo sito, finalmente partito, almeno con le funzioni di base.

Per prima cosa è doveroso ringraziare il Prof. Walter Gatti della K Communication di Padova e la consociata Ditta Omitech sempre di Padova per gli anni di fruttuosa collaborazione con il sito ed il notiziario precedenti; restano sempre nostri collaboratori con la FNOMCeO a livello nazionale.

Il motivo del cambiamento è da ricercarsi nelle ambizioni che questo nuovo gruppo ha di costruire qualcosa in prima persona, sia a livello di notiziario cartaceo sia in rete, di interesse ed utilità locali. Di conseguenza abbiamo scelto un provider più vicino, la Star Software di Spinea nella persona dell'Ing. Matteo Calzavara Pinton, per motivi logistici, dovuti alle frequenti riunioni assolutamente necessarie in particolare in questa fase di costruzione di base ma anche in futuro per la necessaria implementazione.

Fra noi ci sono dei medici "malati" di pc e di internet, altri abbastanza evoluti in giornalismo e fotografia da reggere l'impegno (si spera...) di un comitato editoriale adeguato.

Nel 2006 sono stati esaminati i siti degli Ordini di tutta Italia prendendo come riferimento i migliori: il Nazionale ovviamente, ma anche Padova, Ferrara, Bologna, Milano, Bari, e molti altri.

Lo stesso lavoro è stato fatto anche con i notiziari cartacei.

Ci troviamo dopo cena (a volte qualcuno la salta pure) all'Ordine arrivando da tutta la provincia dalle 21.00 circa fino a mezzanotte almeno una volta al mese solo per il notiziario ed il sito, poi tante cose si sistemano "in remoto" via e-mail e telefono, poi ci sono le sedute del Consiglio vero e proprio e le Commissioni medico-legali che arrivano a sfiorare l'una di notte, senza contare le riunioni, sempre serali perchè di giorno se non sbaglio si lavora, di tutti i gruppi di studio.

Un club di notturni insomma, ma non di insonni, anzi...

In pratica è possibile passare anche tre serate al mese in sede, senza contare i quattro congressi dell'Ordine fatti di sabato mattina nel 2006 con il loro relativo background e gli incontri a tema.

Presidente, vicepresidente, segretario e tesoriere

sono impegnati ancora di più, anche a livello nazionale.

Bene, direte voi, ma chi ve lo fa fare?

Credo proprio la passione pura, un senso di appartenenza e di orgoglio di categoria che ti viene da dentro, un radicato rispetto del patrimonio istituzionale per i membri storici, un desiderio di ritrovarsi fra colleghi che provano i medesimi sentimenti per i nuovi arrivati all'Ordine.

L'utilità personale, la visibilità? Sono effetti secondari, non sufficienti a pareggiare l'impegno profuso e il rischio di una esposizione negativa, che è sempre presente, e che in tal caso sarebbe clamorosa.

Ci sono di conforto i numerosi contributi per la stampa che dimostrano la vivacità delle menti a disposizione, le pagine del notiziario che aumentano ad ogni numero ma esiste un budget da rispettare, anche se le poste, troppo spesso, dimostrano problemi nel recapito.

Personalmente ho ricevuto per posta gli ultimi due notiziari oltre un mese e mezzo dopo il previsto, per motivi di lavoro e controllo li porto sempre a casa a mano!

Stiamo facendo una microstatistica, in seguito da allargare, della reale penetrazione sul territorio del notiziario, che speriamo sia almeno sfogliato un pò, prima di essere cestinato, vista la fatica che costa, anche se è ben noto il cumulo lettere e riviste che arriva mensilmente a tutti noi medici.

Internet costa poco, è alla portata di tutti ormai e ci si avvicina volontariamente, per curiosità, per trovare qualcosa di cui si ha necessità, lo spazio c'è, bisogna organizzarlo in modo adeguato.

Partito con i fondamentali, il sito sarà implementato con un forum interattivo con accesso riservato solo agli iscritti in fase iniziale, poi vedremo le modalità di apertura al pubblico: l'Ordine è un sito professionale e questo ci dà delle responsabilità decisamente maggiori di un "Blog".

Gli Odontoiatri troveranno un'intera sezione a loro dedicata per le problematiche specifiche, e a tutti coloro che la gradiranno manderemo una newsletter nella loro e.mail.

In futuro quindi i vostri contributi saranno lo stimolo per nuove discussioni per aiutarvi sempre, da colleghi a colleghi, con in più alle spalle l'organizzazione di un Ordine Professionale.

Cari saluti a tutti.

Giovanni Leoni

Intervista a Maria Savina Severino

La dottoressa Maria Savina Severino è la più giovane neolaureata iscritta all'Albo dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Venezia. A lei è toccato l'onore di leggere il giuramento di Ippocrate durante l'assemblea annuale di sabato 2 dicembre 2006.

Le abbiamo posto alcune domande.

Dacci un po' di ...numeri

Sono nata l'11 agosto 1981, ho conseguito la maturità scientifica nel 1999 e mi sono laureata presso l'Università di Padova nel luglio 2005 con 110/110 e lode.

Cosa ti ha spinto a scegliere la professione di medico?

Una forte passione fin da quando ero piccola. Mio padre è medico e fin da bambina ho vissuto questa simbiosi con la medicina. Sebbene avvertita dei pro e dei contro, dei sacrifici e delle difficoltà di essere donna medico non avrei potuto fare diversamente, compiere una scelta diversa.

Come giudichi il programma di studi dell'università di Padova?

Ho avuto la possibilità, grazie al progetto Erasmus, di fare un'esperienza a Parigi e posso dire che la nostra università è troppo sbilanciata sull'aspetto teorico/nozionistico e rallenta, posticipa troppo il contatto col paziente. All'estero, in tirocinio, al 3° anno di medicina lo studente va al letto del paziente godendo di una progressiva autonomia nella prassi ospedaliera. Ci vuole un compromesso tra teoria e pratica; l'Università di Padova aiuta a studiare, a sviscerare gli argomenti ma dal punto di vista pratico, anche durante gli anni della specializzazione post-laurea, arriviamo tardi all'autonomia professionale.

Cosa ti è piaciuto di più di questi 6 anni di studi universitari.

Al 6° anno in neuroradiologia a Padova ho trovato un ambiente aperto, disponibile, attento alle tue esigenze formative, meno distaccato. Bella anche la Pinali, la biblioteca, per l'enorme patrimonio culturale presente.

Cosa ti è piaciuto di meno?

La mancanza di merito-crazia. Sono convinta che una solida preparazione è essenziale nel lavoro del medico; c'è poca attenzione a valorizzare le persone che meritano; non così all'estero. L'ambiente dei docenti poi andrebbe ringiovanito.

Cosa cambieresti del corso di studi di Medicina?

Dovremmo copiare criticamente di più gli esempi delle università europee. Manca la trasmissione vera del sapere; il Tutor, senza che lo studente lo chieda, dovrebbe ragionare a voce alta e trasmettere davvero le sue conoscenze. Lo studente poi dovrebbe poter essere più attivo, non elemento passivo di una trasmissione di sapere. E' necessario inoltre far entrare concretamente e precocemente lo studente di medicina nella piramide ospedaliera.

Ti stai specializzando?

Sì, in Radiologia, sempre all'Università di Padova. La durata del corso di studi è di 4 anni; spero inoltre di poter ripetere l'esperienza all'estero fatto con Erasmus.

Come vedi il tuo futuro?

Vorrei lavorare all'interno dell'ambiente universitario per fare ricerca; vedo pertanto il mio futuro all'estero, per esempio, in Francia o in Belgio.

Cosa vorresti dire ai tuoi colleghi medici e odontoiatri ora che sei entrata in questa grande famiglia?

Di avere tanta passione, di non perdere mai la passione per il lavoro, di considerare la professione del medico come una missione di aiuto agli altri, per alleviare le sofferenze di quanti a noi si rivolgono e di farlo con professionalità ma soprattutto con grande umanità.

Un grazie sincero lo rivolgo poi alle nostre famiglie, per il loro indispensabile aiuto economico ma soprattutto per il loro supporto morale.



Attività
dell'Ordine

FEDER.S.P. E V. equità pensionistica e fiscale

La pensione, quale concetto di restituzione e stipendio differito, legato agli anni di attività professionale, naufraga nell'inaccettabile determinazione di interessi politici e sociali, perseguita da una tassazione inquisitoria rimasta costantemente aderente al concetto di impoverimento dequalificante, matrigna di un'ISTAT che, già tarata dall'inadeguatezza, è stata ancor più volutamente amputata. Scarsi i riconoscimenti morali e giuridici a chi è stato artefice di un comune benessere, di cui i giovani sono, ugualmente, gli eredi naturali.

Grave e intollerabile è la discriminazione, nel contesto sociale, tra i pensionati e la categoria degli attivi che, con il rinnovo dei contratti, riescono, ogni volta a riequilibrare, almeno in parte, il potere d'acquisto dei loro redditi.

In margine al modo di vivere, al peso sociale e alla capacità di dare, è interessante ricordare la molteplicità degli aspetti di quella parte di vita



che ancora ci appartiene interamente, cioè una corretta utilizzazione di ogni risorsa umana, economica e culturale finalizzata a superare i disagi dell'età, dando voce a chi non ne ha.

Il miglioramento dello stile di vita del pensionato lo riqualifica soprattutto come uomo, termine che già è espressione dei valori più alti.

In prima pagina di "Azione Sanitaria" n.9/10 settembre/ottobre 2006, si legge, a pieno titolo: "È necessario un fronte unico dei Sanitari per la difesa delle pensioni. Nostra iniziativa presso la FNOMC&O per la costituzione di un gruppo di lavoro che si interessi dei gravi problemi dei pensionati".

Segue il testo della "Richiesta alla FNOMC&O" del dott. Eumenio Miscetti Presidente Nazionale della FEDER-SPEV.

Giuliano Sassi

RICHIESTA ALLA FNOMC&O

Prot. n. 6577

Roma, lì 5/9/06

Ill.mo Professor
Amedeo Bianco
Presidente Fnomc&o
P.zza Cola di Rienzo

Caro Presidente,

Ti è sicuramente nota la situazione dei pensionati veri, cioè dei cittadini che hanno maturato la pensione con tanti contributi spesso cospicui versati durante il periodo dell'attività lavorativa completamente dimenticati dai Governi di ieri e di oggi e quello che è peggio anche degli attivi di categoria. La decurtazione della pensione di reversibilità in presenza di reddito, il mancato adeguamento reale delle pensioni al costo della vita e, notizia di ieri, sembra la minaccia di decurtazione delle pensioni più elevate e tanti, tanti altri aspetti nel campo previdenziale ed assistenziale che non sto qui ad elencarti.

Ti chiedo se non sia il caso che da te parta l'iniziativa di istituire una consulta per i pensionati o altro gruppo di lavoro; ritengo giusto che la Fnomc&o si interessi in modo incisivo della situazione dei tanti medici pensionati che pur fanno parte della Federazione Medici.

Il gruppo di lavoro, a mio parere, dovrebbe essere composto da responsabili delle Associazioni dei pensionati dipendenti (Federspev, Cimo, Anaa, Anpo, Snam) e dei pensionati convenzionati (Fimmg, Sumai, Snam, ecc...) e naturalmente da te o da un tuo delegato. In attesa, ti saluto cordialmente.

Il Presidente Nazionale
Dr. Eumenio Miscetti

Informativa ai dipendenti sulla riforma del TFR

Il decreto Legislativo 252 del 2005, che disciplina le forme di previdenza per l'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema obbligatorio, ha introdotto alcuni obblighi a carico del datore di lavoro, tra i quali:

- obbligo informativo
 - entro il 1° gennaio 2007 deve fornire ai dipendenti le informazioni relative alle diverse scelte disponibili;
 - entro il 31 Maggio 2007 il lavoratore che non abbia ancora manifestato alcuna volontà deve ricevere le necessarie informazioni relative alla forma pensionistica complementare;
- consegnare il modulo per l'adesione;
- scegliere il fondo pensione a cui devolvere il TFR maturando dei lavoratori che non abbiano comunicato alcuna opzione.

Per facilitare tale compito l'Ordine dei Medici di Venezia ha organizzato una serata di informazione destinata a datori di lavoro e dipendenti.

I datori di lavoro che lo desiderassero possono inviare i propri dipendenti assolvendo così gli obblighi di legge, gli altri possono partecipare direttamente e poi farsi carico della formazione dei propri dipendenti.

La serata avrà luogo
il **16 Marzo 2007**
all'Hotel Michelangelo Mestre via Forte Marghera 69.
ore 20.30-22.00

parlerà il **dr. Antonio Asquino**,
del consiglio direttivo del CUP (Comitato Unitario Professioni)

Modererà il **dott. Moreno Breda**

Il **dott. Maurizio Scassola** porterà il saluto dell'Ordine dei Medici di Venezia.

*Le iscrizioni devono pervenire alla segreteria dell'Ordine
(tel. 041 989479 - fax 041 989663 - e-mail: info@ordinemedicivenezia.it)*



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

I GIOVEDI' DELL'ORDINE

SEMINARI IN MATERIA DI RESPONSABILITA'

Relatore Avv. Simone Zancani Consulente Legale dell'Ordine

Sede: Sala riunioni dell'Ordine dei Medici di Venezia – Via Mestrina 86 Mestre

TITOLO EVENTO	DATA EVENTO	DESIDERO PARTECIPARE	
La responsabilità del Medico: fondamenti normativi e questioni generali	GIOVEDI' 1 FEBBRAIO 2007 Ore 20.30	SI	NO
La responsabilità del Medico: profili particolari di criticità	GIOVEDI' 15 FEBBRAIO 2007 Ore 20.30	SI	NO
Il Consenso Informato: ragioni e fondamenti normativi	GIOVEDI' 1 MARZO 2007 Ore 20.30	SI	NO
Il Medico e l'accusa di malpractice: sviluppi giudiziari e possibili rimedi difensivi	GIOVEDI' 15 MARZO 2007 Ore 20.30	SI	NO
Il nuovo Codice di Deontologia Medica e la responsabilità disciplinare	GIOVEDI' 29 MARZO 2007 Ore 20.30	SI	NO

Considerata la limitata capienza della sala dell'Ordine, i Colleghi interessati sono pregati di dare la propria adesione inviando la presente scheda debitamente compilata alla segreteria (fax: 041989663 e-mail: info@ordinemedicivenezia.it), una settimana prima dell'evento al quale desiderano partecipare.

Cognome e Nome

nato il

Residenza

Tel.

cell.

indirizzo e-mail

data

firma