

# OMCeO

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

02.09

Anno LI - n. 02 del 31 marzo 2009 - Euro 0,90  
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003  
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

**Mobilità di pazienti e medici in Europa**

**Medici o delatori?**

**Secondo simposio nazionale  
sulle problematiche di fine vita**

**Parte da Treviso il libretto  
sanitario elettronico**

**Documento OMCeO di Venezia  
sulle certificazioni di malattia**

**Quando il fisco si accanisce sui deboli**



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI  
DI VENEZIA



# 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. MORENO BREDA  
dott. GIUSEPPE COLLURA  
dott. GELLI GIUSEPPE FABRIS  
dott. GIOVANNI LEONI  
dott. TIZIANA MARUSSO  
dott. MALEK MEDIATI  
dott. GIULIANO NICOLIN  
dott. GABRIELE OPTALE  
dott. PAOLO REGINI  
dott. MORENO SCEVOLA  
dott. MAURIZIO SINIGAGLIA  
dott. COSIMO TOMASELLI

## Collegio dei Revisori dei Conti

### Effettivi

dott. RENATO FAMELI (Presidente)  
dott. PASQUALE PICCIANO  
dott. ANDREA BAGOLAN

### Supplente

dott. ALBERTO COSSATO

## Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

dott. COSIMO TOMASELLI (Presidente)  
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO  
dott. GABRIELE CRIVELLENTI  
dott. GIULIANO NICOLIN  
dott. PIETRO VALENTI



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI  
DI VENEZIA

Anno LI - n. 02 del 31 marzo 2009  
Aut. Tribunale di Ve n. 239 - 31.1.1958

*Direttore Editoriale*  
Maurizio Scassola

*Direttore Responsabile*  
Franco Fabbro

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

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

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

*Progetto Grafico*  
Valentina Remigi

*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 marzo 2009*

04 "La vita al contrario"  
da una riflessione di  
Woody Allen

---

05 Scampato  
l'Ordine del Camper

---

06 Mobilità di pazienti  
e medici in Europa:  
l'UE è ancora divisa

---

08 Medici o Delatori?

---

09 Errori in Sanità

---

10 Posta Elettronica  
Certificata obbligatoria per  
professionisti e imprese

---

11 Secondo simposio nazio-  
nale sulle problematiche  
di fine vita

---

16 Missione lavorativa come  
medico specialista  
volontario in Burkina Faso

---

19 "L'etica nello sport:  
problemi emergenti"

---

20 L'inutile inchiesta  
da 4.713 indagati

---

22 Parte da Treviso il libretto  
sanitario elettronico

---

23 Gli aspetti medico-legali  
dell'invalità civile ed il ruolo  
dell'Ordine dei Medici

---

24 Il dietista: un professionista  
per la salute

---

26 Vergogna! Quando il fisco si  
accanisce sui deboli

---

27 Documento OMCeO di  
Venezia sulle certificazioni  
di malattia

---

30 Direzione sanitaria in  
strutture private autorizzate

---

Sommario

3

# “La vita al contrario”

## da una riflessione di Woody Allen

4

“La vita dovrebbe essere vissuta al contrario. Tanto per cominciare si dovrebbe iniziare morendo e così tricchete, tracchete il trauma è già bello che superato...”. Così inizia una “riflessione” di Woody Allen che continua descrivendo i favolosi vantaggi del progressivo ringiovanimento, del ritrovarsi “...di festino in festino...” a sfruttare al meglio la pensione e, alla fine di questo viaggio all’incontrario, rifugiarsi nel ventre materno chiudendo la propria fantastica avventura “in un orgasmo”!

È spesso con questi “salti paradigmatici” tipici delle persone brillanti intellettualmente, curiose, capaci di un pensiero laterale costruttivo, che possiamo orientare la ricerca della nostra “verità”, di rivisitare e rilanciare il senso del nostro esistere.

Pur nella sua esplosiva, raffinata capacità di farci sorridere, Allen descrive anche l’incapacità dell’uomo di adattarsi alla vita ed il suo desiderio, infantile e vigliacco, di sicurezza ricercando, alla fine, il luogo caldo, accogliente e silenzioso del ventre materno!

Ho pensato anche a Woody Allen quando in questo ultimo periodo ho assistito e partecipato al dibattito che si è sviluppato intorno ai temi di Fine Vita. Non Vi sembri irrispettoso questo *incipit*; è che la Vita spesso è tutto ed il contrario di tutto, dipende dalla prospettiva dalla quale la osservi e dagli inevitabili condizionamenti ambientali.

Ognuno di noi ha letto e detto la Sua Verità ma pochi hanno tentato di sviluppare una “visione comune” partendo dalla “pratica quotidiana” dell’aver cura della Persona. Certo abbiamo vissuto il tempo del superfluo, dell’apparire e del protagonismo a tutti i costi ma oggi viviamo una terribile crisi economica e sociale che ha ed avrà inevitabili ripercussioni anche sulle concretissime scelte individuali, sulle decisioni politiche e sullo sviluppo futuro della nostra società. Come sempre in questi momenti storici ci sono drammi ed opportunità.

Ma come mediare, oggi, tra i diversi vissuti,

le diverse culture, i diversi valori, le diverse prospettive?

Come è possibile, oggi, legiferare intorno ai temi del testamento biologico e delle decisioni di Fine Vita quando l’atmosfera che si vive è quella di una

contrapposizione di parte, pre-costituita e spesso individualmente subita acriticamente senza il confronto con gli “altri” e con la realtà concreta della sofferenza e dei bisogni elementari.

Di cosa ha bisogno la persona a sostegno di una vita “degnata”? Come posso *far vivere* questa persona che *sta morendo*?

La cura del sofferente, della persona fragile e del morente non fa parte del “nostro lavoro”, appartiene antropologicamente ed eticamente alla nostra vita! Quando abbiamo fatto le nostre scelte, in ambito universitario e professionale, abbiamo deciso di schierarci sempre dalla parte della persona al di là delle differenze di religione, etnia e del possesso o meno di un passaporto!

Coglieremo ogni occasione per leggere e commentare pubblicamente gli articoli del nostro Codice che rappresenta il Libro dei nostri valori, delle nostre riflessioni e delle nostre proposte. I Medici, attraverso il riconoscimento dei comuni valori, sono riusciti a scrivere il loro Codice di Deontologia, strumento della mediazione ma anche indicazione operativa per la Professione! Partiamo dal Codice per coinvolgere il Paese su decisioni che devono essere sottese da una “Etica forte e da una Legge mite”.

Nel campo dell’Etica, la Politica non può e non deve sempre decidere e legiferare su tutto! La Persona ed il suo Medico sono soggetti liberi ed autonomi che devono essere messi in grado di decidere fornendo loro veri e solidi strumenti di assistenza e cura: una assistenza domiciliare



degna di questo nome, hospice che offrano una continuità delle cure tra il livello domiciliare e l'ospedalizzazione, operatori formati e motivati, un volontariato ed un terzo settore integrati nei percorsi di cura.

Una politica quindi al servizio della comunità e non luogo del compromesso legislativo miope ed anticostituzionale che applica una formula algebrico-deterministica ai campi dell'Etica e della Morale come surrogato del noto manuale Cencelli!

Dobbiamo sempre partire dai bisogni per delinearne le strategie assistenziali ed è con questa ricerca finalizzata alle strategie di cura che la Politica deve fare il suo salto paradigmatico! Oggi non abbiamo solo bisogno di ospedali tecnologica-

mente avanzati ed umanizzanti ma anche, se non soprattutto, di un Territorio responsabilizzato e responsabile al quale fornire vere risorse finanziarie ed umane che possano dare sicurezza alla persona sofferente, alla sua famiglia ed agli operatori che offrono assistenza.

Da questo percorso di concretezza, di coscientizzazione e di consapevolezza dobbiamo maturare l'idea di uscire dal ventre infido ed infantile delle posizioni pre-confezionate e delle non decisioni ed uscire a vivere questa vita percorrendo insieme la strada matura della responsabilità e della difesa ad oltranza della dignità della vita che deve spegnersi nella cornice della cura amorevole: "Verrà la morte ed avrà i Tuoi occhi".

**Maurizio Scassola**

# Scampato l'Ordine del Camper

**D**urante le ultime elezioni ordinistiche, il 13 e 14 dicembre u.s., dinanzi alla sede dell'Ordine è stato parcheggiato un camper con affissi manifesti di un sindacato in sostegno ad alcuni candidati alla Commissione Odontoiatri.

I candidati sostenuti dai camperisti hanno ricevuto 130 voti, i candidati della commissione uscente 230. Questo risultato "deciso" dà un insegnamento forte e chiaro ma pone altresì due grandi domande.

L'insegnamento è che la categoria ha bocciato in modo inequivocabile un certo modo di fare politica ordinistica. I colleghi hanno detto no senza appello ad una politica basata sulle iniziative spettacolari che sviliscono la nostra immagine. Il confronto tra medici laureati, tra persone che hanno prestato il giuramento di Ippocrate, deve mantenersi ad un livello consono e decoroso nel rispetto e nell'interesse di tutta la professione. Ora, una cosa è molto chiara: la grande maggioranza dei colleghi ha bocciato in modo inequivoco questa linea di scontro ad ogni costo, non avendo, per esempio, accettato, il sindacato del camper, di far parte della nuova CAO con un proprio rappresentante nello spirito di collaborazione,

come proposto da tutto l'intersindacale che partecipa al nuovo consiglio dell'ordine.

Tuttavia, alla luce dei risultati elettorali, restano due grandi dubbi.

Il primo. Comunque sia, 130 colleghi hanno votato i candidati risultati alla

fine sconfitti. PERCHÈ? Non è una domanda retorica né oziosa. In quanto Presidente della Commissione Odontoiatri di Venezia, e quindi rappresentante di TUTTI i dentisti veneziani, ho la necessità di sapere cosa i dentisti veneziani si aspettano dalla Commissione in carica e cosa eventualmente rimproverano alla nostra passata gestione. Io non posso credere che una fetta non irrisoria di colleghi abbia le posizioni che ho stigmatizzato più sopra. Io devo credere che anche i colleghi che hanno votato altri candidati abbiano posizioni e richieste concrete, condivisibili, serie, e perciò mi rivolgo a questi colleghi perché mi



Editoriale

permettano di conoscere il loro punto di vista. Il secondo dubbio, ancora più grande del precedente, riguarda i colleghi che non hanno votato e non hanno espresso alcuna preferenza. Mi rendo conto che sono stati tre giorni terribili dal punto di vista meteorologico, che Chioggia e Venezia hanno patito l'acqua alta, che c'è stato un picco influenzale, mi rendo conto di tutto. Ma proprio due giorni prima sentivo un giovane collega dire che non comprendeva a cosa servisse l'Ordine. Ora, la vera e unica ragione che può spiegare perché quasi un collega su due non abbia trovato il tempo per esprimere il proprio voto, è che non si colga la ragione d'essere dell'Istituzione ordinistica, il motivo per cui l'esercizio della medicina e dell'odontoiatria non può essere lasciato al libero mercato ma ha bisogno di essere regolamentato nell'interesse stesso del paziente e per un esercizio decoroso ed etico della professione. Ovviamente spesso noi facciamo da riferimento per molti colleghi su tante problematiche, spesso veniamo chiamati e ci viene richiesto di farci carico di situazioni difficili, di mediare tra colleghi e colleghi e tra colleghi ed Istituzioni.

Perciò stupisce sentirsi domandare a cosa serve l'Ordine. Tuttavia io non avrei alcuna difficoltà a rispondere a questa domanda nel momento in cui mi venisse posta. La mia difficoltà consiste nel rispondere a chi non domanda, a chi la sede e le attività dell'Ordine non le frequenta, a chi viene a chiedere quando ha bisogno come se si trattasse di un diritto fondamentale e poi comincia e finisce sempre con la stessa formula: cosa fa l'Ordine? Alla luce dei risultati elettorali vorrei perciò dire ai 130 colleghi che hanno votato altri candidati, ma soprattutto a quei 370 che non hanno votato, che, mentre io sono a loro disposizione per recepire le loro indicazioni, critiche e richieste, loro, forse, hanno il DOVERE di fare presente alla Commissione Odontoiatri tutte le osservazioni che ritengono utili per difendere il decoro, l'indipendenza e la dignità della professione. La forza dell'Ordine è data dalla partecipazione attiva di tutti gli iscritti e posso dire a nome di tutti i colleghi eletti che questo sarà il nostro punto fermo anche per il prossimo mandato.

**Cosimo Tomaselli**

## Mobilità di pazienti e medici in Europa: l'UE è ancora divisa

**D**i "Unione", l'antica Comunità Europea ha assunto solo la denominazione; per tutto il resto, almeno nel campo della salute, le divisioni sia fra i parlamentari di opposta fazione sia fra gli Stati Membri sono macroscopiche.

Un'ulteriore occasione per rimarcare queste divisioni è la discussione in corso della Direttiva Europea sul diritto dei pazienti a farsi curare all'estero, meglio conosciuta come "Direttiva cross-border". Dal nostro punto di vista le buone idee sono presenti in entrambi gli schieramenti, ma come quasi sempre succede in politica, la faziosità impedisce che fra le maggioranze e le opposizioni si possano produrre documenti con-

divisi determinando fasi di stallo politico che allontanano il momento della decisione.

La Carta Europea e la Carta di Lisbona, che lo ha confermato più recentemente, sanciscono che un cittadino europeo ha il diritto di essere curato non solo per turismo o lavoro in qualsiasi Stato membro, così come un medico ha il diritto di lavorare



dove lo ritiene più opportuno senza che lo Stato ospitante possa opporre alcun ostacolo. Su questa affermazione tutti sono d'accordo ma passare dal principio alla pratica crea diverse difficoltà.

Innanzitutto occorre chiarire se nel diritto alle cure si intendono comprese solo quelle ospedaliere o anche quelle ambulatoriali, perché questo nella Direttiva non è ancora ben specificato. In secondo luogo occorre stabilire il meccanismo di rimborso delle spese che in questo momento vede prevalere l'idea del rimborso pari alla somma rimborsata nello Stato di residenza del paziente, ovviamente escludendo le spese per i viaggi e pernottamenti. Terzo ma non ultimo problema da affrontare è stabilire se un paziente deve chiedere, come avviene in questo momento, l'autorizzazione per le cure all'estero o se il meccanismo di rimborso sarà automatico (attualmente non previsto dalla Direttiva).

La visione dei politici del centro-sinistra europeo è quella di ridurre la possibilità di ricorrere alle cure all'estero e questo perché è preferibile lo sviluppo contemporaneo dei sistemi sanitari nazionali. Indubbiamente il paziente preferisce curarsi vicino alla propria casa per comodità, perché conosce i medici del proprio ospedale, perché versa le tasse nello stato di residenza, perché non tutti hanno la possibilità economica di recarsi all'estero o parlare una lingua straniera.

Dal centro-destra invece si spinge per una sorta di deregulation delle norme perché lo sviluppo uni-

forme dei sistemi sanitari europei è difficile e lento ed anche perché gli stessi risultano essere molto differenti in termini di efficienza ed efficacia delle cure. È contro ogni principio etico avere lunghe liste d'attesa, impedendo al paziente di ottenere una diagnosi o un intervento in tempi utili a causa di esigenze organizzative o economiche, compromettendone così lo stato di salute.

Indipendentemente dalla propria visione della questione, molti punti risultano ancora da chiarire:

1. quali prestazione riconoscere;
2. chi stabilisce le tariffe di rimborso. In alcuni Stati Europei i sistemi sanitari nazionali sono pubblici, in altri sono un misto di pubblico-privato-assicurativo;
3. problemi linguistici;
4. cartella clinica elettronica;
5. chi concede l'autorizzazione preventiva e chi ne stabilisce i criteri;
6. meccanismo di risarcimento per eventuali danni;
7. rimborso sui farmaci acquistati all'estero e non riconosciuti nello stato di residenza;
8. riconoscimento dei Titoli professionali.

Alla fine di Marzo ci sarà una nuova seduta del Parlamento Europeo su questo tema, noi tutti speriamo in un passo in avanti.

**Salvatore Ramuscello**

# Medici o Delatori?

**I**l comma 5 dell'articolo 35 del D.Lgs.286/98 *(l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con il cittadino italiano)* che sollevava i medici dall'obbligo di segnalazione dei cittadini immigrati clandestini, bisognosi di cura, aveva, oltre ad una valenza prettamente umanitaria e costituzionale, anche un significato pratico di tutela della salute pubblica nel cercare di impedire il diffondersi di malattie potenzialmente infettive nel nostro territorio.

Il Senato della Repubblica, nella seduta del 5 febbraio u.s., nonostante le numerose prese di posizione giunte da varie parti della società italiana, ha inteso abolire tale norma approvando l'emendamento 39.306, rendendola "facoltativa" e delegando al personale sanitario (medici ed infermieri), e non solo, la possibilità di segnalare all'autorità giudiziaria la presenza di un immigrato clandestino, ma bisognoso di cure, non colpevole di alcun reato, solo perché si trova sul suolo italiano.

A nulla è valso il netto dissenso motivato del presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco che ha voluto ricordare ai senatori della Lega Nord, estensori dell'emendamento, che "uno dei principi fondamentali che riguardano la salute come bene collettivo è fondato sul libero accesso alle cure e quindi ogni misura o provvedimento che possa limitare tale libertà rischia di tradursi in un boomerang per la tutela della salute collettiva".

Altra presa di posizione si è avuta anche dal presidente della Regione del Veneto Galan che ha richiamato al buon senso ricordando che la norma abrogata è anche tutela della salute pubblica (vedi La Repubblica del 5 febbraio 2009). Come non ricordare poi la posizione lungimirante della Regione del Veneto che, negli anni '90, istituì la cosiddetta "tessera sanitaria leggera", poi adottata a livello nazionale come tessera STP (straniero temporaneamente presente), ad opera dell'allora assessore alla sanità Cadrobbi e poi perfezionata dal successore Braghetto?

L'emendamento alla legge 733 è inutile e dan-

noso. Aumenterà l'invisibilità dei clandestini, favorirà lo sviluppo di percorsi "sanitari" paralleli più o meno leciti, porterà un aumento dei costi della Sanità per ritardata diagnosi, che implica maggior onere nel trattamento, nonché recrudescenza di patologie, in particolare le infettive, in cui è alto il rischio sanitario collettivo.

Auspicando un ripensamento da parte della Camera dei Deputati dell'analisi del testo, ma soprattutto delle sue conseguenze a breve e lungo termine, è necessaria una rilettura ed una stretta osservanza del **giuramento professionale**: "...curare ogni paziente con eguale scrupolo ed impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l'eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario..." e del nostro **Codice Deontologico** che, all'art 3 Doveri del medico recita: "...Senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera...".



**Pasquale Picciano**

# Errori in Sanità

Nella Rivista di Medicina Legale del 2007 è comparso un articolo, a firma del Coordinatore dei Direttori Generali delle 23 Aziende/ULSS del Veneto, ove si asseriva che i presunti errori dei medici, nel quadriennio precedente al 2005, erano aumentati del 6-8%; a suo giudizio, poi, su 80 milioni di prestazioni erogate/anno, circa 24 milioni di queste risultavano inappropriate (!), il 70-80% degli incidenti dipendeva da carenza organizzativa delle strutture (!) e solo il 20-30% da presunti errori sanitari. Inoltre, a causa dell'assenza di un idoneo sistema di prevenzione dei rischi, nel 2004, le 23 Aziende/ULSS del Veneto avevano speso 21,5 milioni di euro per la copertura assicurativa.

Analizzando la realtà sanitaria, si appalesa come gli episodi di cosiddetta "medical malpractice" siano maggiormente rappresentati nell'ambito delle strutture deputate all'espletamento dei servizi sanitari.

Purtroppo, in ambito giudiziario, nella ricostruzione dei fatti, solo raramente viene preso in considerazione un disservizio o una disfunzione organizzativa della struttura sanitaria; viceversa, si indaga quasi sempre su un'eventuale colpa professionale del sanitario o dell'equipe, anche in situazioni ove risulti palese un disservizio od una carenza organizzativa. E quest'ultimo aspetto – il diventare oggetto di indagini penale, specie se in assenza di fondata sussistenza – viene vissuto dai più come una "lesione dell'onorabilità personale", con le ovvie conseguenze d'ordine morale e psichico.

In ambito sanitario, perciò, non solo risulta essere deficitaria la tutela della qualità del servizio, ma anche la tutela della qualità della vita di chi ci lavora. E da ciò deriva, poi, il grave e assai diffuso problema della "medicina difensiva".

Finalità del SSN è garantire la tutela della salute attraverso, non solo, la realizzazione del diritto alla salute, ma anche, la garanzia degli strumenti predisposti a tale obiettivo. Coi Decreti Lgs. 502/92 e 229/99 ai cittadini è stato riconosciuto il diritto all'assistenza sanitaria in conformità dei livelli essenziali ed uniformi, nel rispetto dei principi della dignità, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure

e della loro appropriatezza; inoltre sono stati definiti gli standards di qualificazione strutturale, tecnologici ed organizzativi. In sintesi, un obbligo di sicurezza delle cure e del servizio erogato.

In altri paesi europei quali Germania, Francia e Belgio, da tempo si è completamente distinta la responsabilità della struttura sanitaria da quella dei sanitari, per le eventuali condotte colpose personali di quest'ultimi. Prevedere una responsabilità della struttura sanitaria comporta la chiamata in causa, per responsabilità, di tutti coloro che presiedono alla gestione ed organizzazione dei servizi sanitari, in caso di loro difetto organizzativo.

In Italia, viceversa, sinora si è ragionato quasi esclusivamente in termini di concetto di responsabilità civile dell'Ente a seguito di danni alle persone causati dai sanitari e, solo molto raramente, per lesioni causate da disfunzioni strutturali/organizzative insite all'ente stesso. Non bastasse, la Cassazione, nel considerare i danni subiti dall'individuo per disorganizzazione della struttura, ha ritenuto consono dover attribuire la responsabilità al medico a seguito di omessa informazione al paziente sull'inadeguatezza della struttura.

La struttura è tenuta, nei confronti dei pazienti, ad una prestazione complessa nel senso, non solo di cure medico-chirurgiche, ma anche di tutta una serie di altre prestazioni (personale non medico, medicinali, attrezzature tecniche ed alberghiere...).

Attualmente la responsabilità del medico e la responsabilità della struttura originano da un fatto unitario, che è l'obbligazione della cura. Tuttavia la struttura sanitaria assume, nei confronti del paziente, un duplice obbligo, sia di cura che di organizzazione. Pertanto, nell'ambito della responsabilità della struttura, si dovrebbe distinguere una responsabilità da non corretta attività di cura, da una responsabilità da inefficiente organizzazione dell'attività sanitaria, autonoma ed indipendente



Attività  
dell'Ordine

da un fatto illecito del medico, se quest'ultimo dovesse risultare personalmente punibile.

Ne consegue una responsabilità esclusiva della struttura per deficit organizzativo o strutturale (ad esempio: una non corretta gestione delle liste d'attesa, una omessa od incompleta manutenzione della strumentazione, un insufficiente allestimento dei presidi, una disorganizzazione dei reparti, una carenza di organico).

La struttura, tramite il suo legale rappresentante, ha l'obbligo di garantire la sicurezza delle cure, predisponendo l'opportuna organizzazione e le appropriate dotazioni strumentali e tecnologiche in linea con gli standards di sicurezza, questi commisurati al verificarsi degli eventi.

Pertanto, è necessaria quanto prima – soprattutto se emanazione di una Direttiva Comunitaria Europea – una riforma legislativa che preveda una autonoma responsabilità della struttura fondata su un “difetto d'organizzazione” e sulla violazione dell’“obbligo di sicurezza nell'erogazione delle cure”, distinta dall'accertamento dell'eventuale fatto illecito, per responsabilità, del singolo medico.

**Pierluigi Allibardi**

# 10 Posta Elettronica Certificata obbligatoria per professionisti e imprese

*(art 16, DL 29.11.2008 n. 185 convertito nella L. 28.1.2009 n. 2)*

## Cos'è la PEC

La Posta Elettronica Certificata (PEC) è un sistema di posta elettronica nel quale è fornita al mittente documentazione elettronica, con valenza legale, attestante l'invio e la ricezione di documenti informatici.

Certificare l'invio e la ricezione significa fornire al mittente, dal proprio gestore di posta, una ricevuta che costituisce prova legale dell'avvenuta spedizione del messaggio e dell'eventuale documentazione allegata.

Allo stesso modo, quando il messaggio perviene al destinatario, il gestore invia al mittente la ricevuta di avvenuta (o mancata) consegna con precisa indicazione temporale. Nel caso in cui il mittente smarrisca le ricevute, la traccia informatica delle operazioni svolte viene conservata per legge dal gestore per un periodo di 30 mesi.

Con la PEC, pertanto, è possibile inviare una e-mail con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento. Ogni interessato potrà così notificare, se in possesso di PEC, atti legali, contratti, diffide, richieste sottoscrit-

to i documenti con firma digitale e trasmettendo il tutto all'indirizzo PEC del destinatario pubblicato nel Registro imprese.

I gestori del servizio PEC si possono trovare nell'elenco pubblico dei gestori di Posta Elettronica Certificata, previsto dall'art. 14 del DPR 11 febbraio 2005, n. 68 pubblicato in G.U. del 28 aprile 2005, n. 97; detto elenco è mantenuto dal Cnipa (Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione) e viene reso disponibile attraverso la rete Internet ([www.cnipa.it](http://www.cnipa.it)).

## Posta elettronica certificata per i Professionisti

Tutti i professionisti iscritti in Albi ed Elenchi istituiti con legge dello Stato devono comunicare ai rispettivi Ordini o Collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (o analogo indirizzo di posta elettronica, purché basato su tecnologie idonee a certificare data e ora dell'invio e della ricezione e l'integrità del contenuto delle comunicazioni), entro il 29.11.2009. Gli Ordini e i Collegi sono tenuti a pubblicare in via telematica i dati identificativi degli iscritti, accompagnati dal relativo indirizzo di posta elettronica. Tale elenco deve

essere riservato ed è consultabile esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni.

### **Posta elettronica certificata per le Società**

Le imprese che si costituiscono in forma societaria, dal 29.11.2008, sono tenute ad indicare, nella domanda di iscrizione al Registro delle imprese, il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (o analogo indirizzo di posta elettronica, purché basato su tecnologie idonee a certificare data e ora dell'invio e della ricezione e l'integrità del contenuto delle comunicazioni).

Le imprese già costituite in forma societaria al 29.11.2008 devono comunicare al Registro delle imprese il proprio indirizzo di posta elettronica

certificata entro il 29.11.2011. Le pratiche di iscrizione nel Registro delle imprese dell'indirizzo di posta elettronica certificata e delle eventuali successive variazioni sono esenti dall'imposta di bollo e dai diritti di segreteria.

Tra imprese, le comunicazioni possono essere inviate tramite il sistema della posta elettronica certificata senza che il destinatario dichiari la propria disponibilità ad accettarne l'utilizzo.

**A cura dello studio associato Cagnin Cavallin  
Martignon Rovoletto di Pianiga (Venezia)  
[www.ccmassociati.it](http://www.ccmassociati.it)**

# PRESENTAZIONE DEL SECONDO SIMPOSIO NAZIONALE SULLE PROBLEMATICHE DI FINE VITA: "Etica dell'accompagnamento e desistenza terapeutica"

**C**on desistenza terapeutica si intende l'atteggiamento terapeutico con il quale il medico desiste dalle terapie futili ed inutili. La desistenza terapeutica è un concetto che proviene dall'ambito medico dell'anestesia-rianimazione e si applica nei confronti dei pazienti malati terminali. Dice il Dott. Davide Mazzon, relatore del Secondo Simposio Nazionale sulle problematiche di fine vita: "La finalità dei trattamenti effettuati in Terapia intensiva è quella di sostenere temporaneamente le funzioni vitali, soprattutto quella respiratoria e quella cardiocircolatoria, di un organismo gravemente malato. L'obiettivo è guadagnare tempo, mentre si cerca di trattare la malattia di base. Nella pratica può, però, accadere che quest'ultima non sia più curabile e ciò rende la sostituzione delle funzioni vitali progressivamente inefficace, fino a constatare il sicuro insuccesso dei trattamenti in atto. Quando ciò accade, diviene addirittura doveroso desistere da quei trattamenti che hanno come unica conseguenza un penoso e inutile prolungamento dell'agonia del malato giunto alla fase terminale. Porre limiti ai trattamenti intensivi nei pazienti senza alcuna speranza di sopravviven-

za è in linea con i più autorevoli documenti in materia, sia del Comitato nazionale di bioetica sia delle Società scientifiche, nonché con il Codice di deontologia medica... Non è superfluo ricordare, comunque, che nell'attuare la desistenza terapeutica i medici non abbandonano mai il paziente e si impegnano anzi ad alleviarne le sofferenze con le cure palliative, mirate a controllare il dolore e l'ansia che il paziente accusa negli ultimi momenti di vita" (da un'intervista di Isabella Bordogna in Corriere della Sera Salute - 12/06/03).

La desistenza terapeutica ha la sua base nel concetto di accompagnamento alla morte secondo dei criteri bioetici e di deontologia medica già stabiliti. Così il Prof. Corrado Viafora, relatore del Secondo Simposio Nazionale sulle problematiche di fine vita, introduce questo fondamentale concetto: "Un aspetto nuovo che oggi caratterizza il morire



**Cristiano Samuelli**

Attività  
dell'Ordine

è il fatto che, data la crescente incidenza delle malattie croniche e degenerative unite agli attuali trattamenti medici che permettono di rallentare il processo, in molti casi il morire subisce un notevole “prolungamento”. E così capita che le “prove” che da sempre accompagnano il morire assumano, per la conseguente “diluizione” nel tempo che questo prolungamento comporta, un peso molto più grave... E' praticabile nei confronti del malato terminale una strategia diversa che non sia quella dettata dall' “igienismo sociale” e dalla “volontà di dominio”? E' questa la sfida da cui nasce l'etica dell'accompagnamento”. (Per un'etica dell'accompagnamento di Corrado Viafora - testo pubblicato in “Bioetica. Rivista interdisciplinare”, 1/1996).

La desistenza terapeutica non ha niente a che fare con l'eutanasia, da cui anzi prende le distanze, e vuole combattere l'accanimento terapeutico. Ecco come lo spiega efficacemente il Dott. Luciano Orsi, relatore del Secondo Simposio Nazionale sulle problematiche di fine vita: “ Tutta la più recente riflessione bioetica identifica l'”eutanasia” con qualsiasi azione che porta intenzionalmente e deliberatamente a morte il malato per porre termine con esso alla sua sofferenza. Per “eutanasia”, nell'accezione più appropriata del termine, si deve quindi intendere esclusivamente la soppressione intenzionale della vita di un paziente. Nulla a che vedere quindi con la desistenza da provvedimenti terapeutici che abbiano come unica conseguenza il prolungamento del processo del morire, e con esso l'agonia del malato terminale, senza alcuna utilità per il malato stesso. Come conseguenza di questa confusione concettuale e terminologica, la desistenza da cure inappropriate per eccesso viene infatti talvolta impropriamente giudicata anche dai medici nel nostro paese un atto eutanasi. Questo errore porta a confondere il “lasciar morire” (appropriata desistenza o limitazione terapeutica) un paziente terminale, senza travolgerlo con trattamenti per lui di nessuna utilità, con il “dargli la morte” (eutanasia in senso stretto).” (da Etica del morire e cure intensive di Davide Mazzon e Luciano Orsi)

Accompagnare verso la morte il malato in fase terminale, sospendendo ogni cura che mira esclusivamente a prolungarne artificialmente l'agonia della persona e sostituendo ad essa una terapia per alleviare il dolore del paziente diventa l'unico modo per garantire dignità al morente, elevandone la qualità di fine vita.

Nasce con questo spirito il “Secondo Simposio Nazionale sulle decisioni di fine vita: etica dell'accompagnamento e desistenza terapeutica” organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Venezia che ha avuto il merito di capire che è fondamentale abbattere quel muro che porta a ignorare l'esistenza di una questione che invece appartiene alla quotidianità di quanti, tra medici e familiari, si trovano a contatto con i malati terminali.

**Cristiano Samuelli**

## Saranno presenti i seguenti relatori:

### **Ignazio Roberto Marino**

Nato a Genova il 10 marzo 1955, si è laureato in Medicina e Chirurgia con il massimo dei voti e la lode il 30 ottobre 1979. Nel 1989 ha accettato una posizione universitaria presso la University of Pittsburgh (Pittsburgh, PA, USA), dove è stato Professore di Chirurgia. Ha ricoperto anche la carica di Direttore della European Medical Division dell'University of Pittsburgh Medical Center e di Direttore ed Amministratore Delegato dell'*Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione*, da lui fondato a Palermo nel 1997.

Dal 1999 al 2002 è stato uno dei 3 Consulenti scelti dal Ministro della Sanità per la Consulta Tecnica Permanente del Centro Nazionale per i Trapianti; negli stessi anni è stato membro del Centro Regionale per i Trapianti della Regione Siciliana. Dal novembre 2002 è Professore di Chirurgia presso la Thomas Jefferson University di Philadelphia (PA, USA), università presso la quale sino al 2006 ha ricoperto la carica di Direttore della Divisione Trapianto di Fegato e Chirurgia Epato-Biliare.

Ha una casistica personale di oltre 650 trapianti ed è stato uno dei componenti del team che ha eseguito, il 28 giugno 1992 ed il 10 gennaio 1993, gli unici 2 xenotrapianti di fegato da babuino ad uomo della storia. Nel luglio 2001 ha eseguito il primo trapianto italiano in un soggetto sieropositivo in terapia HAART. Membro di 30 Società Scientifiche e socio fondatore di 2, ha ricevuto 78

riconoscimenti nazionali ed internazionali; è anche membro dell'Editorial Board di *Transplantation*, *Liver Transplantation*, e di altre 10 riviste scientifiche internazionali. E' autore di 635 pubblicazioni e di 3 libri scientifici. Dal gennaio 2005, è Presidente dell'organizzazione internazionale non profit imagine (www.imagine.org), ONLUS che opera nel campo della solidarietà internazionale con particolare attenzione alle tematiche della salute.

Nell'aprile 2006 è stato eletto Senatore della Repubblica e successivamente Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato italiano durante la XV legislatura. Nell'aprile 2008 è stato rieletto Senatore della Repubblica (XVI legislatura) e dall'8 ottobre 2008 è Presidente della Commissione parlamentare d'Inchiesta sull'efficacia e l'Efficienza del Servizio Sanitario Nazionale.

### **Corrado Viafora**

Corrado Viafora, (1950) Professore Ordinario di Filosofia Morale presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Padova. È titolare del *Corso di Etica Generale e di Bioetica* nel Corso di Laurea per Educatore Professionale nei Servizi Sanitari presso la Facoltà di Scienze della Formazione, del *Corso di Bioetica* nel Corso di Laurea in Biotecnologie Sanitarie e dell'insegnamento di Bioetica nel corso integrato di Medicina e Scienze Umane presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia. È membro del corpo docente della *Scuola di Dottorato di Filosofia* dell'Università degli Studi di Padova, indirizzo Filosofia teorica e pratica. È direttore del Corso di Perfezionamento in Bioetica presso l'Università di Padova. È coordinatore locale dell'Erasmus Mundus Master in Bioethics promosso congiuntamente dall'Università di Lovanio, Università di Nimega e Università di Padova.

Ha coordinato il gruppo di ricerca che ha portato nel 1994 all'istituzione del *Comitato di Bioetica del Dipartimento di Pediatria* dell'Università degli Studi di Padova, di cui è stato dal 1999 al 2005 Presidente, e di è tuttora membro. Dal 1988 al 2003 ha coordinato la ricerca e le attività di formazione del *Progetto Etica e Medicina* della Fondazione Lanza - istituto di ricerche e formazione nel campo dell'etica con sede a Padova.

E' membro della *European Society for Philosophy of Medicine and Health Care*, della *Siec* (Séminaire International d'Ethique Clinique), del *Research*

*Group on Rights and Ethics in Medicine* e di altre importanti Società Scientifiche nazionali e internazionali.

Ha partecipato a due *Progetti Europei di Ricerca*: EUROBS Project, Developments of Perinatal Technology and Ethical Decision-Making during Pregnancy and Birth; BIOMED II Concerted Action, Ethical Function in Hospital Ethics Committees.

E' autore e curatore di opere conosciute e frequentemente citate nella letteratura nazionale e internazionale.

E' curatore, insieme a P. Benciolini della Collana "Etica e Medicina" pubblicata da CIC Edizioni Internazionali, Roma.

Dirige la Collana "Scienze Umane e Sanità", pubblicata da Franco Angeli Editore, Milano.

### **Luciano Orsi**

Nato a Piacenza il 26/5/1954, allievo del Collegio Universitario Borromeo di Pavia, laureato in Medicina nel 1979 presso l'Università di Pavia; specialista in Anestesia e Rianimazione e in Scienza della Alimentazione.

Ha svolto la sua attività professionale nel campo della Rianimazione e Terapia Intensiva dell'Ospedale Maggiore di Crema fino al 2002 essendone stato Responsabile; da allora dirige la Rete di Cure Palliative (assistenza domiciliare ed Hospice) di Crema; fa parte della Consulta di Bioetica di Milano e del Comitato Didattico della SIMPA (Scuola Italiana di Medicina Palliativa).

È socio fondatore membro della Commissione di Bioetica della SIAARTI (Società di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) ed è membro della Commissione Cultura ed Etica della SICP (Società Italiana di Cure Palliative).

### **Davide Mazzon**

Nato a Venezia il 13/7/1956. Laureato in medicina e chirurgia (1981). Specializzazioni in anestesia e rianimazione (1984), scienza dell'alimentazione e dietetica (1987), perfezionamento in coordinamento delle attività di prelievo e trapianto di organi presso l'Università di Padova (1998).

In servizio dal 1984 al 2001 presso il 2° Servizio di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Regionale "Cà Foncello" di Treviso con attribuzione del Modulo Organizzativo di Terapia Intensiva; vice-

presidente del Comitato di Bioetica dell' ULSS 9 di Treviso dal 1997 e componente del "CE per la sperimentazione dei farmaci" della stessa ULSS dal 2000.

Coordinatore della Commissione di bioetica della SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione Terapia Intensiva) dal 1999 al 2007; membro del Comitato Tecnico-Scientifico del GIVITI (Gruppo Italiano per la Valutazione dell'intervento in Terapia Intensiva) presso l'Istituto Mario Negri dal 1999 al 2004.

In servizio dal 2001 come Direttore dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale San Martino di Belluno (ULSS 1 Regione Veneto); componente del "CE per la sperimentazione dei farmaci" dal 2002 al 2005 e del "CE per la pratica clinica" della stessa ULSS dal 2006. Direttore del Dipartimento "Discipline Chirurgiche" del suddetto Ospedale dal 2004. Membro del Comitato Regionale per la Bioetica della Regione Veneto dal 2005.

Autore di 140 pubblicazioni e comunicazioni scientifiche, di cui 26 reperibili su Medline, nonché relatore in oltre 90 convegni nazionali ed internazionali nei settori della: Anestesia, Analgesia Postoperatoria, Rianimazione e Terapia Intensiva, Nutrizione Artificiale, Emergenza, Bioetica; direttore di 15 corsi accreditati ECM tenuti presso l'ULSS 1 della Regione Veneto.

### **Ugo Bergamo**

Nato a Venezia il 15 agosto 1951.  
Laureato in Giurisprudenza all' Università di Padova. Avvocato di Cassazione.  
Dal 2006 è componente del Consiglio Superiore della Magistratura, eletto dal Parlamento.

### **ATTIVITA' POLITICA**

Consigliere comunale di Venezia dal 1975 al 1993.

Capogruppo della Democrazia Cristiana in Consiglio Comunale dal 1980 al 1985.

Vicesindaco di Venezia dal 1985 al 1988.

Segretario Provinciale della Democrazia Cristiana dal 1988 al 1990.

Sindaco di Venezia dal 1990 al 1993.

Consigliere regionale del Veneto dal 1996 al 2000.

Senatore della Repubblica dal 2001 al 2006, eletto nel collegio senatoriale di Chioggia.

### **ALTRI INCARICHI**

Consigliere di amministrazione dell'Ospedale Civile di Venezia dal 1975 al 1980.

Presidente dell'Ente autonomo "Teatro La Fenice" di Venezia dal 1990 al 1993.

Vicepresidente dell' Ente autonomo "La Biennale" di Venezia dal 1990 al 1993.

Vicepresidente della Stazione Aeroportuale di Venezia dal 1990 al 1995.

Vicepresidente della Società Autostrada Venezia-Padova dal 1990 al 1996.

Presidente della Società sportiva "Reyer" dal 1990 al 1996.

Presidente per il Veneto del CONI - Comitato Olimpico Nazionale Italiano dal 1991 al 1996.

Presidente della Società "Marco Polo Park srl" dal 1995 al 2000.

### **Corrado Cannizzaro**

#### **Gradi accademici**

1 – Percorso del Ciclo Istituzionale presso lo Studio Teologico del Seminario Patriarcale di Venezia (1988-1994)

2 – Licenza in Teologia morale, conseguita presso l'Accademia Alfonsiana – Roma, il 20.06.1999: Tesi: *La clonazione. Prospettive per una valutazione etica*, (prof. M.P. Faggioni).

3 – Iscritto al dottorato preso l'Accademia Alfonsiana.

#### **Attività ecclesiali**

Dal 17 luglio 2000 al 30 settembre 2004: Vicerettore del Seminario Patriarcale di Venezia;

Dal 1 ottobre 2004 al 30 settembre 2007: Economo del Seminario Patriarcale di Venezia; Dal 26 dicembre 2007 Consulente ecclesiastico dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (Sezione di Venezia – Centro storico).

Dal 1 agosto 2008: Presidente dell'Opera Santa Maria della Carità di Venezia.

#### **Attività accademiche**

Segretario Generale dello *Studium Generale Marcianum* dal 30 gennaio 2004 al 30 giugno 2006.

Membro del Gruppo di Ricerca *Hypnosis* dal 1999;

Docente di Teologia Morale Fondamentale e di Bioetica presso lo Studio Teologico del Seminario Patriarcale dall'anno accademico 2000-2001;

Docente incaricato presso l'Istituto di Diritto Canonico San Pio X, dall'anno accademico 2003-2004;

Censore del Patriarcato di Venezia per le pubblicazioni di teologia, dal 30 maggio 2005;

Membro del Comitato di Redazione della Rivista *Marcianum* dal 2005;

Docente di Teologia Morale Fondamentale e di Bioetica presso l'Istituto S. Lorenzo Giustiniani dello Studium Generale *Marcianum* dall'anno accademico 2005-2006.;

Membro del Comitato etico per la sperimentazione dell'IRCCS dell'Ospedale S. Camillo di Venezia dal 20 ottobre 2005 e Presidente dello stesso dal 21 dicembre 2005;

Membro del Consiglio Scientifico Direttivo del Progetto Triennale di Formazione e Ricerca *Uomo-Polis-Economia*, promosso dallo Studium Generale *Marcianum* in collaborazione con la Fondazione di Venezia, dal 29 settembre 2006;

Docente del Corso di Perfezionamento in Bioetica (sede di Venezia-Mestre) promosso dall'Università Cattolica del S. Cuore in collaborazione con lo Studium Generale *Marcianum*, dall'anno accademico 2006-07.

Membro del Comitato etico per la pratica clinica dell'AULSS 12 veneziana e Segretario scientifico dello stesso, dal 19 marzo 2008.

## **Gian Luigi Gigli**

### **1. Attuale posizione e incarichi**

Professore straordinario di Neurologia nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Udine  
Membro, Consiglio Direttivo della Società Italiana di Neurologia (SIN).

Vice Presidente, Associazione Italiana di Medicina del Sonno (AIMS).

Membro, Consiglio Direttivo della Associazione Italiana di Psicogeriatrics.

Past-President, World Federation of Catholic Medical Associations.

Membro, Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

Membro, Pontificia Accademia per la Vita.

Membro, Consiglio Esecutivo, Associazione "Scienza eVita".

Membro, Editorial Board delle riviste "Neurological Sciences", "Confinia Neuropsychiatrica", "Psicogeriatrics", "Sonnomed", "Orizzonte Medico"

Membro del Consiglio di Amministrazione della Fondazione "Morpurgo-Hoffman" di Udine, con finalità di studio ed assistenza nel campo dei problemi degli anziani.

### **2. Precedenti esperienze**

Fellow del Montreal Neurological Institute (1986-1988)

Fellow del Baylor College of Medicine di Houston, Texas (1979)

Membro del Consiglio Superiore di Sanità (2000-2002)

Direttore, Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "S. Maria della Misericordia" di Udine (1998-2005).

Direttore, Struttura Complessa di Neurologia-Neurofisiopatologia, Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia, poi Azienda Ospedaliero-Universitaria (1996-2007)

Ha partecipato ad alcune Commissioni di indagine del Ministero della Sanità.

### **3. Studi ed attività scientifica**

Ha eseguito studi soprattutto nel campo dei disturbi del sonno e dell'epilessia, oltre a numerosi studi clinici su patologie neurologiche.

Nel campo dei disturbi del sonno, particolare rilievo hanno assunto gli studi sui rapporti tra sonno da un lato ed intelligenza ed apprendimento dall'altro, con speciale attenzione ai problemi dei ritardati mentali.

Per quanto riguarda l'epilessia, oltre alle modificazioni delle alterazioni epilettiformi

nell'elettroencefalogramma in relazioni alle fasi di sonno (studi clinici ed esperienze sull'animale), hanno avuto particolare rilievo gli studi sulle modificazioni del sonno prodotte dai farmaci antiepilettici.

Più recentemente ha pubblicato una cospicua produzione scientifica sulla sindrome delle gambe senza riposo e sui disturbi del movimento durante il sonno.

A seguito dell'esperienza maturata è stato più volte chiamato a svolgere attività di revisione critica (referee) per riviste internazionali.

Ha prodotto oltre 170 full papers, di cui circa 100 su riviste internazionali dotate di revisione critica.

# Missione lavorativa come medico specialista volontario in Burkina Faso

Il Dott. Gabriele Optale è Direttore del Centro di Riferimento della Regione Veneto per la prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi della sfera sessuale, sia maschili che femminili, ULSS 12 Veneziana. e-mail: gabriele.optale@ulss12.ve.it

16

Come è possibile sfuggire al coinvolgimento emotivo delle profonde esperienze maturate in Burkina Faso, dopo il mio recente e breve soggiorno lavorativo come medico in questo paese?

Alcune note riguardante il Burkina Faso, che tradotto significa il paese degli "uomini integri" (così lo battezza nel 1984 il capitano Thomas Sankara, "il Fidel Castro africano", presidente fino al 1987, quando viene fucilato da un gruppo di giovani ufficiali). Blaise Compaoré è l'attuale presidente, giunto alla sua terza elezione. Il Burkina Faso ha una popolazione di 13.730.000 abitanti (censimento del 2006) appartenenti ad oltre 60 diverse etnie, le principali sono: mossi 48%, peul 10%, bobo 7%, lobi-dagari 7%, mandé 7%, sénoufo 6%. Una parcellizzazione che rende a volte difficile, anche tra gli stessi Burkinabé, la comprensione linguistica, nonostante la lingua ufficiale sia il francese, che ancora pochi conoscono soprattutto se si va nei villaggi dispersi

nella savana (alfabetizzazione sopra i 15 anni: 26,6%, scolarizzazione dei ragazzi circa il 30%). La maggioranza della popolazione è di fede musulmana e animista, i cattolici sono circa il 30%. La prevalenza di HIV: 4,2%, i malati di Aids sono circa 300.000, la speranza di vita è 44,2 anni. La capitale è Ouagadougou con 1,2 milioni di abitanti, che dal mattino alla sera brulica come se fosse un formicaio di biciclette e vecchie moto/motorini in continuo movimento che rendono l'aria a volte irrespirabile per lo smog. La mia presenza in questo paese è data dal service, voluto da alcuni clubs Lions Italiani, denominato "I Lions Italiani contro le malattie killer dei bambini" che tramite una stipula di una convenzione di collaborazione con il Ministero della Sanità del Burkina Faso prevede una serie di iniziative che vanno dall'invio di farmaci/materiale sanitario, vaccinazioni dei bambini contro la meningite, trivellazione di pozzi per fornire di acqua potabile alcuni villaggi sprovvisti, costru-



Il Dott. Gabriele Optale con il Prof Lankoande (secondo da destra) e il prof Akottonga (vicino al dott. Optale)

zione di scuole (in alcuni villaggi mancano le scuole o se ci sono mancano i banchi su cui scrivere), affiancamento ed eventuale formazione del personale medico e paramedico che già opera in loco. Formare significa “lavorare con”, “lavorare insieme” agli Africani, istituendo corsi per creare una sensibilità sanitaria preventiva e favorendo il diffondersi di una corretta educazione sessuale che potrebbe ridurre in maniera sensibile la percentuale delle malattie sessualmente trasmesse e, per le gestanti, prevenire anche patologie a carico del nascituro.

Infatti è stato molto apprezzato il corso formativo di una giornata da me tenuto sulla “Human Sexuality” e “L’ anorgasmia femminile, anche in relazione alle mutilazioni subite da alcune donne” tenuto alla presenza del Prof. Jean Lankoande direttore del Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia all’Università di Ouagadougou e del direttore della “Clinique El Fateh – Suka” Prof. Michel Akotiongna.

Il Burkina Faso è uno dei paesi più poveri nel mondo con un indice di sviluppo umano del 0,302 (174° su 177 paesi, dietro di lui soltanto il Mali, La Sierra Leone, il Niger), il reddito medio pro capite è di gran lunga inferiore a quel dollaro al giorno che, secondo l’Onu, rappresenta la soglia della povertà assoluta (il reddito medio annuale dei cittadini è di 900 euro). Solo il 15% della superficie del paese è coltivata in prevalenza a miglio, sorgo e cotone (principale prodotto d’exportazione). Altro prodotto d’exportazione è l’oro, proveniente dalle miniere sfruttate artigianalmente da cercatori d’oro (compresi donne e ragazzini) che, dopo aver scavato con le loro



picozze profondi cunicoli, setacciano tra la terra riportata in superficie le pagliuzze d’oro (se sono fortunati, possono pesare due decimi di grammo che frutterà loro un euro al giorno). È un paese scarsamente dotato di vie di comunicazione: si possono percorrere in condizioni climatiche avverse anche 60/80 chilometri di strade sterrate prima di arrivare ad un villaggio per portare un po’ di assistenza sanitaria.

La situazione igienico-sanitaria che ho potuto verificare di persona in certe aree è disastrosa, quasi tutta la popolazione entro il primo anno di vita ha già contratto la malaria e vi sono patologie che in Europa sono scomparse da lungo tempo, come la pellagra (per carenza di vitamina PP). I ceti più poveri della popolazione hanno delle spaventose carenze alimentari che determinano una iponutrizione generalizzata e malattie gravissime nei bambini come il Marasma e il Kwashiorkor (grave carenza di proteine e vitamine). Molti bambini di due/tre anni pesano meno di 7 chilogrammi, cioè come un bambino europeo di 7 mesi. In Burkina Faso la mortalità infantile è del 106 per mille. L’iponutrizione, oltre alla mortalità per inanizione, porta ad uno stato di depressione delle difese immunitarie per cui il soggetto diventa particolarmente vulnerabile ai molteplici microbi e protozoi che carenze igieniche fanno proliferare.

Spesso proprio per la carenza di medici, soprattutto nei villaggi (nel 2002 c’era 1 medico per 37.699 abitanti, mentre per OMS il rapporto dovrebbe essere di 1 su 10.000), la popolazione non ha altra scelta che quella di affidarsi ai guaritori, che possono essere raggruppati in tre categorie, a seconda delle loro pratiche curative: gli

Attività  
dell’Ordine



erboristi che somministrano piante e radici dopo una visita diagnostica; i maghi che consultano gli spiriti degli antenati per conoscere la causa della malattia e la cura adeguata; i medium degli spiriti locali posseduti da uno spirito di un antenato che sono in grado di conoscere le cause delle malattie considerate "perturbamenti dell'animo" ed eventualmente di contrastare gli effetti negativi della magia/stregoneria.

Altro gravissimo danno all'integrità dell'individuo è la pratica della mutilazione dei genitali femminili (ora punita penalmente anche in Burkina Faso, in Italia dal 9/1/2006 c'è la reclusione da 4 a 12 anni per "chi in assenza di esigenze terapeutiche, cagioni una mutilazione degli organi genitali femminili"). Esistono tre tipi di mutilazioni dei genitali femminili: la clitoridectomia in cui viene tolta tutta o parte della clitoride (tipo I); l'escissione che consiste nella asportazione della clitoride e delle piccole labbra (tipo II); l'infibulazione (dal latino fibula=spilla), la forma estrema, che prevede oltre alla clitoridectomia e all'escissione, anche il raschiamento delle grandi labbra che sono poi fatte aderire, cosicché una volta cicatrizzate ricoprono completamente l'apertura della vagina, lasciando un piccolo orifizio per far defluire l'urina e il sangue mestruale (tipo III). Questo è il tipo di mutilazione praticato in Eritrea, Somalia e Sudan Meridionale e viene ripetuto dopo ogni parto. Il tipo di mutilazione, l'età e le modalità di attuazione dipendono dal gruppo etnico di appartenenza e dalla zona di residenza, spesso però vengono praticate alle bambine in tenera età. La circoncisione femminile non è una pratica religiosa ma ha una base culturale, tanto che è effettuata indistintamente da cristiani e musulmani (in Arabia Saudita però non viene praticata). Si tratta di un'usanza antica, radicata nei costumi e nelle tradizioni. È una tradizione "inventata" per evitare che durante le invasioni nemiche le donne potessero essere violentate e quindi restassero gravide. La mutilazione dei genitali femminili riguarda 130 milioni di donne nel mondo e più di 28 nazioni, in Africa riguarda nazioni che costeggiano l'oceano Atlantico come Senegal, Sierra Leone, Liberia, Togo, Benin, Nigeria, ma anche nazioni dell'Africa Centrale fino a quelle del Corno d'Africa; più a sud invece scompare. In molti di questi paesi è ora perseguita penalmente, ma i risultati sono stati fino ad ora scarsi anche

perché la pratica viene attualmente vissuta come un mezzo per evitare rapporti sessuali precoci o comunque fuori dal matrimonio.

Alcune immagini saranno sempre vive in me, come lo sono quel groviglio di sensazioni di rabbia per questa barbarica pratica quando vedo delle giovani ragazze che si sottoponevano all'intervento completamente gratuito di deinfibulazione presso la clinica "Clinique El Fateh-Suka" a Ouagadougou, diretta dal prof. Michel Akotionga, dove ho prestato la mia opera come ginecologo/sexuologo. La deinfibulazione è un intervento chirurgico riparativo che si prefigge di creare un ostio vaginale normale e di ricostruire, per quanto possibile, l'anatomia dei genitali esterni mutilati. Si è pervasi poi da un'immensa emozione che ti sale dallo stomaco e dal cuore fino in gola e ti inumidisce inevitabilmente gli occhi nel vedere la gioia negli occhi di queste ragazze dopo aver ottenuto la loro "normalità" vaginale.

Questo magnifico service dei Lions Italiani è inteso come un lavorare "con" gli Africani, quindi è un approccio che guarda oltre la situazione immediata del bisogno e dell'emergenza (anche se non la trascura) ma guarda ad uno sviluppo ecosostenibile e soprattutto allo sviluppo umano i cui protagonisti siano i Burkinabé cioè gli abitanti del Burkina Faso.

L'esperienza umana e professionale vissuta ti riempie la vita, ti cambia e fa leggere e interpretare la realtà e la quotidianità con occhi diversi, meno miopi, più attenti ai bisogni dell'altro. Mi rendo conto, però, che comunicare le emozioni per chi non è uno scrittore non è semplice e a volte le parole non bastano a descrivere ma spero di essere riuscito, almeno in parte, a contagiare e motivare qualcuno a fare simili esperienze che io presto ripeterò e che possono dare un altro senso allo scorrere del nostro tempo e allo stesso tempo donare una goccia di speranza a chi soffre.

**Gabriele Optale**

# “L’etica nello sport: problemi emergenti”

*Lettura Magistrale al XXXII Congresso Nazionale della Federazione Medico Sportiva Italiana. Torino 19-22 febbraio 2009*

**N**egli anni sessanta tutti gli aspetti della vita sociale erano pervasi dalla lotta politica o, come si diceva, “tutto era politica”. Nel nostro tempo un po’ tutti parliamo e invochiamo comportamenti etici. Ma quando passiamo ad affrontare problemi etici concreti ci accorgiamo che non è facile raggiungere un consenso in quanto le teorie etiche che ciascuno segue sono diverse.

Anche tra di noi, in un passato recente, era raro che si parlasse di etica o di bioetica al Congresso nazionale. Se ciò avviene adesso è certamente segno di maggiore sensibilità da parte nostra ma anche della percezione di una crisi del ruolo che il sistema sociale aveva assegnato al medico in generale ed a quello dello sport in particolare. Per certi versi, anzi, i problemi per noi potrebbero essere maggiori non solo perché la figura dello specialista in Medicina dello Sport è una figura che ancora ci stiamo impegnando a costruire insieme, ma soprattutto perché operiamo con soggetti sani.

Sembrano concetti non in discussione ma sappiamo dall’attualità che non è così. Appena una settimana fa Amedeo Bianco, presidente della FNOMCeO, davanti al rischio di ingerenze legislative pesanti nel rapporto medico-paziente ha affermato in un comunicato ufficiale: “... ripetiamo a noi stessi, al legislatore, alle istituzioni e ai cittadini che va rispettata l’autonomia e la responsabilità del medico (art. 4, 22) così come quelle del paziente. Sia dunque un ‘diritto mite’ a determinare i confini giuridici e sia invece un’etica forte a definire i contenuti professionali della moderna alleanza terapeutica fondata sull’autonomia e la responsabilità dei due soggetti della relazione di cura all’interno di un’alleanza terapeutica così configurata, ognuna unica ed irripetibile, sarà possibile trovare risposte eque, sostenibili e condivise a dilemmi etici

e civili che, avulsi da questi contesti, diventano occasioni di scontri e non di incontri tra uomini che si pongono le domande”.

Constatiamo come ancora settori non secondari dell’informazione e della politica, con un approccio basato su sentimenti più che su solide basi razionali-argomentative, sono impegnati nel fare accettare gradualmente all’opinione pubblica un’autodeterminazione “extra-large” che dia a ciascuno la piena disponibilità della propria salute e della stessa vita. Si fa confusione tra il campo della politica e quello dell’etica mescolando dimensioni diverse. L’autodeterminazione come valore ‘politico’ è un diritto democratico fondamentale, riconosciuto dalla nostra Costituzione. Assolutizzare questo diritto estendendolo in automatico alle questioni etiche è operazione pericolosissima e scorretta.

Nella vita sociale e politica, nella quale entrano in gioco, si confrontano e si scontrano interessi sociali, economici, culturali, ideologici, l’autodeterminazione è fondamentale in un sistema liberal-democratico, ed essa va tutelata e promossa, pena l’involuzione verso pratiche autoritarie. Quando il ‘protagonista’ della vicenda non è l’essere umano come attore sociale, ma l’essere umano come ‘uomo o uomo-paziente’, il discorso cambia profondamente. L’approccio medico-paziente da paternalistico si è trasformato in rapporto di alleanza terapeutica medico-paziente ma, per la nostra esperienza di vita, sappiamo bene che ogni uomo, nel momento del disagio, è un soggetto psicologicamente e istituzionalmente debole, fragile, suggestionabile, bisognoso di



**Gabriele Petrolito**

particolarissime forme di tutela. Esaltarne il diritto all'autodeterminazione si rivela spesso un inganno. La sua "scelta" è troppo condizionata da situazioni contingenti soggettive e oggettive, relazionali e di percezione corretta della propria situazione e delle reali opzioni.

Se poi pensiamo, nel nostro caso, al mondo dello sport di vertice, ai condizionamenti economici, ambientali, agli interessi in campo, al valore assoluto del risultato, alle pressioni commerciali, possiamo ben immaginare che sarebbero proprio i soggetti psicologicamente e culturalmente più fragili ad accettare "volontariamente" di rischiare la salute.

Il principio ippocratico della tutela della vita non può essere confuso con una scelta di tipo culturale e quindi essenzialmente soggettiva e relativistica. La scienza giuridica ha infatti elaborato la formula assoluta dell'indisponibilità della vita.

Il diritto alla salute, di rilievo costituzionale, è il diritto fondamentale della persona non di autodeterminarsi in assoluto, ma di non essere sottoposto a terapie obbligatorie e coercitive. Cosa ben diversa dal promuovere un'immagine fittizia del rapporto medico-paziente, umiliando il ruolo dei medici, riducendoli da protagonisti di un'alleanza terapeutica simmetrica al ruolo di passivi operatori di una nuova Medicina dei

desideri in cui conta solo la volontà del paziente/cliente, anche nel caso ciò metta a repentaglio la sua stessa salute o la vita. Con la confusione tra valori 'culturali' e valori 'moralì', i lettori/ascoltatori sono indotti a pensare che l'etica sia ormai avviata irreversibilmente alla fine. Ma non è così. Gli uomini non possono rinunciare alla ricerca del bene, di un bene umano da tutti percepibile e da tutti condivisibile.

Giacomo Leopardi nello Zibaldone si poneva questa domanda: esiste una verità circa il bene dell'uomo indipendentemente dai risultati della discussione e della deliberazione pubblica? E così rispondeva: esiste e non può che essere il riconoscimento di ciascuno da parte di ciascuno dell'uguale dignità di persona. Il presupposto della uguale dignità in ogni condizione sociale, economica, psicologica, sanitaria è l' "indisponibilità della vita", della vita altrui e della propria. Non ci sono altri possibili fondamenti di un'etica e di una bioetica che possano essere condivisi da laici, agnostici o credenti, per tornare ad individuare nel bene umano e nell'esclusiva vocazione della medicina di lavorare per la salute e la vita dell'uomo, malato o sano che esso sia, unica legittimazione delle pratiche biomediche.

**Gabriele Petrolito**

## L'inutile inchiesta da 4.713 indagati

"100 milioni di Euro per comprare 3.000 medici " (La Repubblica 13.2.2003), "Regali in cambio di prescrizioni: medici sotto inchiesta" (Il Nuovo 13.2.2003). Questi due dei titoli di articoli, presi a caso tra decine, sul presunto scandalo Glaxo scoppiato con fragore mediatico nel febbraio 2003 e concluso il 29 gennaio 2009 con la sentenza del Tribunale di Verona che assolve gli ultimi 42 medici (gli altri erano già usciti dall'inchiesta da anni), sentenza passata sotto silenzio. La vicenda Glaxo lascia dietro di sé incancellabili schizzi di fango gettati ingiustamente su migliaia di medici italiani e sofferenze personali indicibili. Ringraziamo Mario Pirani de "La Repubblica" per l'articolo scritto e per aver acconsentito alla pubblicazione sul nostro Notiziario.

**Franco Fabbro**

**S**ono convinto che si sia da tempo instaurata l'automatica abitudine di accogliere senza beneficio d'inventario le più disparate e

spesso infondate accuse di «malasanità». La riflessione mi è venuta alla mente leggendo sui giornali veneti (quelli nazionali non se ne sono neppure

accorti) che si è conclusa con una assoluzione generale la «tangentopoli sanitaria» venuta alla luce nel 2003 con ben 4.713 indagati in tutta Italia (medici, informatori scientifici, dirigenti e funzionari della Glaxo) accusati di corruzione, peculato, associazione a delinquere ed altro. Il via era partito da una inchiesta, presentata da una conferenza stampa della Guardia di Finanza di Verona, città dove si trovano gli impianti della grande multinazionale farmaceutica.

La notizia venne riportata con comprensibile enfasi e indignazione da tutta la stampa nazionale, mentre le cronache provinciali approfondivano le indiscrezioni che riguardavano primari e sanitari dei nosocomi locali. “L’Unità” titolò a tutta pagina «Due milioni a paziente... il prezzo della corruzione».

Corrotti e corruttori erano accusati di aver organizzato un mercimonio criminoso, attraverso giri di denaro e di costosi doni, in cambio di massicce prescrizioni ai malati di farmaci della Glaxo. Molti nomi prestigiosi risultavano coinvolti. Sulla base di precedenti esperienze scrissi ripetutamente su questa rubrica che, tranne forse qualche singolo caso, il tutto mi appariva frutto di un macroscopico errore di giudizio, pericoloso ed infamante per la Sanità italiana. Finanziamenti alla ricerca, partecipazione a congressi scientifici, remunerazioni per studi e conferenze e, soprattutto, donazioni o affitti in comodato, regolarmente iscritti a bilancio, di costosi strumenti e impianti diagnostici e curativi, forniti ad ospedali che non avevano fondi per comprarseli, tutto questo veniva “interpretato” dalla magistratura inquirente come prova dell’avvenuta corruzione.

Il procedimento per la sua ampiezza venne suddiviso in più filoni, una parte restò a Verona e le altre vennero dislocate presso le procure delle province coinvolte. Inchieste, intercettazioni, udienze, rinvii e quant’altro hanno devastato la vita di migliaia di persone e delle loro famiglie, portato grave danno all’immagine di una grande industria, avvalorando l’idea che è bene tenersi lontani dall’Italia, appesantito inutilmente il magro bilancio della Giustizia. Infatti dopo quasi sei anni dei 4.713 indiziati ben 3.100 sono usciti via via dalle indagini, prima ancora di andare a giudizio. 556 sono stati assolti, quasi tutti con formula piena, 6 sono stati condannati a una sanzione pecuniaria, tra i 300 e gli 800 euro, 1 ha patteggiato. Infine per il troncone di competenza veronese (142 imputati, soprattutto medici e funzionari della Glaxo) è stata la Cassazione ad intervenire, imponendo al Gup (che propendeva

per la prescrizione o «perché il fatto non costituisce reato») la formula assolutoria più ampia: «Perché il fatto non sussiste».

La morale della vicenda ha molti risvolti: 1. La corruzione sanitaria è estesa ma non riguarda quasi mai i medici quanto i rapporti prevaricanti tra ceti politico e strutture amministrativo dirigenziali del Ssn; 2. I mass-media rincorrono lo scandalismo mediatico senza operare riscontri e soprattutto senza dar conto delle conclusioni; 3. La Magistratura agisce spesso in questo campo senza il dovuto discernimento e senza conoscere le condizioni del Ssn. A conclusione riporto, fra i tanti, lo sfogo pubblicato dal “Messaggero Veneto” del prof. Tirelli, noto primario del Centro Oncologico di Aviano: «Dopo sei anni di accuse infondate è finito l’incubo. Sono stato oggetto di aggressioni fisiche e verbali, ho dovuto cambiare la macchina troppo appariscente perché la gente per strada mi accusava di averla comperata con i soldi della Glaxo». Nessuno lo rifonderà e così gli altri ingiustamente perseguiti.

*Tratto da “La Repubblica” del 9 marzo 2009 – Rubrica “Linea di Confine”*

**Mario Pirani**

# Parte da Treviso il libretto sanitario elettronico

*Presentato sabato 14 febbraio 2009, alla presenza del Ministro del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, On. Maurizio Sacconi, il Libretto Sanitario Elettronico attivato dall'azienda ULSS 9 di Treviso.*

**B**asta collegarsi al sito di Poste Italiane, [www.postesalute.it](http://www.postesalute.it), inserire codice fiscale e password, ed ogni cittadino trevigiano può accedere, da sabato, previo abbonamento, al proprio Libretto Sanitario Elettronico.

I vantaggi? Ognuno avrà la possibilità non solo – come già avviene - di scaricare, a poche ore dalla prestazione medica, il proprio referto, ma potrà visualizzare l'archivio storico della propria documentazione sanitaria, leggere, su un arco di tempo prescelto, il diagramma dei valori selezionati, e scaricare i propri dati sanitari in ogni luogo e in ogni momento. In un contesto di crescente mobilità, il Libretto Sanitario Elettronico, realizzato a Treviso, permette di potere avere, in caso di necessità, dati clinici importanti e fondamentali, di fornirli ai medici di altre regioni o nazioni, che potranno a loro volta, inserire, rispettando i protocolli stabiliti, ulteriore documentazione clinica.

L'abbonamento è al momento gratuito, in futuro potrà essere valutato il pagamento di una quota di 16 Euro l'anno, poco più dell'equivalente di un caffè al mese.

“L'idea - ha detto Claudio Dario, direttore generale della ULSS 9 di Treviso – nacque 12/13 anni fa per risolvere, paradossalmente, la crescente protesta per la mancanza di parcheggi. Il nostro ospedale ha parcheggi per 1200 posti auto e non capivamo come ciò potesse essere possibile. Cercammo, dunque, delle soluzioni. La prima fu quella di attivare le prenotazioni telefoniche, la seconda quella di avviare nuove modalità di gestione dei referti in modo da portarli direttamente a “casa” dell'utente. Ci avviammo così verso la strada dell'innovazione tecnologica, che permettesse di estrarre il documento sanitario da qualunque luogo, utilizzando la piattaforma internet, favoriti anche dal fatto che l'Italia, primo tra i paesi europei, aveva realizzato, nel 2001, la normativa sulla certificazione legale dei documenti elettronici. Nel 2007, sulla base dell'esperienza trevigiana nel progetto TeleMed-ESCAPE, è nata

la collaborazione con Poste Italiane. Dopo due anni, il Libretto Sanitario Elettronico è diventato operativo. Il vero driver del progetto sono stati i cittadini. Con il progetto TeleMed.ESCAPE, avviato nel 2003, che permetteva di scaricare direttamente i referti dal web, abbiamo raggiunto il picco del 72% di referti estratti dal cittadino, il 52% dei quali in fasce orarie non di ufficio. Era stato realizzato uno sportello attivo 7 giorni su 7 e h24. In collaborazione con il CERGAS Bocconi – ha proseguito Dario – abbiamo valutato anche il valore economico di questo servizio, rilevando che, su un finanziamento iniziale di 500mila euro, è stato generato risparmio per il triplo del valore dell'investimento iniziale. Questa esperienza è, oggi, alla base del Libretto Sanitario Elettronico, che è la raccolta della documentazione sanitaria relativa al singolo cittadino, utilizzabile anche da medici non residenti a Treviso. Si apre, dunque, un nuovo scenario, con nuove prospettive di implementazione, che saranno valutate nel prossimo triennio”.

“Un servizio di questi tipo – ha aggiunto Massimo Sarmi, amministratore delegato Poste Italiane – avrà visibilità a livello mondiale. Infatti, Poste Italiane, che occupa la presidenza della Commissione delle Nazioni Unite dei servizi innovativi nei servizi postali porterà l'esperienza, nata dalla collaborazione con l'azienda ospedaliera di Treviso, come modello di riferimento e contemporaneamente abbiamo intenzione di diffonderla anche in ambito nazionale”.

“Il Libretto Sanitario Elettronico realizzato a Treviso – ha chiarito il Ministro Sacconi – è una tappa fondamentale nel percorso innovativo del SSN, che vede il Governo fortemente impegnato. Un percorso di rinnovamento e innovazione, su cui la variabile spesa incide sensibilmente, soprattutto nel contesto del nostro paese, drammaticamente spaccato tra eccellenza e inefficienza. Il divario è spesso straordinario e una via per risolvere questo gap è sicuramente quello di agire sulla

buona amministrazione, in vista del Federalismo fiscale. Un piano di rinnovamento basato sull'analisi di costi standard, di sintesi semplici riferiti sulle regioni più virtuose, che si presentano non come un modello statico, ma dinamico e capace di trascinare le regioni in ritardo. Un salto vero nella riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale – ha affermato Sacconi – è sicuramente possibile con l'impiego dell'ICT in Sanità, che premetterà il passaggio dal modello sanitario risarcitorio ad un modello preventivo, che punta all'empowerment della persona e al rafforzamento, cioè, della sua autonomia. Il Libretto Sanitario Elettronico e il Fascicolo Sanitario Elettronico danno la possibilità di offrire un insieme di prestazioni che con

l'ICT non sono più segmentate, ma continue, favorendo l'appropriatezza delle prestazioni e attenuando il rischio clinico. Oggi, con il modello realizzato dall'ULSS di Treviso siamo nel cuore dell'utilizzo dell'ICT in Sanità e di un modello che porta la persona al centro del servizio. Nel piano nazionale dell'e-Government sono stati stanziati per la Sanità 329 milioni di euro e per il FSE, in particolare, 90 milioni. Un progetto, che vedrà coinvolte 15 regioni italiane e 11 paesi europei. In questo scenario – ha concluso Sacconi - lo standard realizzato a Treviso per il Libretto Sanitario Elettronico non può che essere quello nazionale di riferimento”.

## Gli aspetti medico-legali dell'invalidità civile ed il ruolo dell'Ordine dei Medici

Nell'ambito del sistema del Welfare si colloca il sistema, principalmente di natura assistenziale, dell'invalidità civile che offre provvidenze economiche e socio-sanitarie a determinati cittadini, mutilati ed invalidi di qualunque età, indipendentemente da requisiti di natura contributiva.

Alcune prestazioni patrimoniali sono riservate ai cittadini più bisognosi ed in questi casi vengono previsti limiti reddituali (rivalutati anno per anno) di accesso alle provvidenze economiche.

Rientrano nella categoria protetta tutti i cittadini mutilati o con riduzione permanente della capacità lavorativa generica superiore ad un terzo ovvero, quando trattasi di soggetti in età non lavorativa, minorenni od anziani ultrasessantacinquenni, con difficoltà persi-stenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età per cause diverse da quelle di guerra, lavoro o servizio sempreché siano privi di altre e differenti forme di tutela.

In realtà da un punto di vista medico-legale la distinzione tra mutilati ed invalidi deve ritenersi artificiosa e pleonastica in quanto i mutilati, termine derivante dalla pensionistica di guerra, vanno oggi più correttamente annoverati fra i secondi.

Al momento attuale appare discutibile anche il riferimento alla capacità lavorativa generica da intendersi quale generica validità psicofisica potenziale

del soggetto o capacità dell'individuo medio di espletare un lavoro di tipo generico non qualificato.

Barni già più di vent'anni fa sosteneva infatti che questo tipo di capacità lavorativa e in realtà un'“astrazione senza reale riferimento a situazioni

e bisogni sociali” e che nella realtà l'impiego del parametro della capacità lavorativa generica in ambito di invalidità civile deve ritenersi contraddittorio anche perché l'invalido non è necessariamente un lavoratore e diversi fra i benefici risultano di fatto sganciati dalle capacità produttive e dal guadagno del soggetto.

Più correttamente ci si dovrebbe riferire invece al “danno biologico” che consiste nella menomazione permanente e/o temporanea dell'integrità psico-fisica della persona comprensiva degli aspetti personali dinamico-relazionali, passibile di accertamento e di valutazione medico legale, indipendente di per sé da ogni riferimento alla capacità di produrre reddito.

Quest'ultima è nozione unitaria ed univoca che andrebbe fatta valere in ogni ambito in cui per norma



Attività dell'Ordine

venza richiesta una stima valutativa: responsabilità civile, associazione sociale contro i rischi del lavoro ma anche lo si auspica con forza nell'assicurazione privata contro gli infortuni e le malattie ed in ogni altro ambito di assistenza e previdenza sociale in un'ottica unitaria dell'invalidità sulla base proprio della valutazione del richiamato danno biologico.

A questo proposito la stessa tabella delle minorazioni e malattie invalidanti del 1992 andrebbe opportunamente rivista tenendo conto di quelle che sono le diverse disabilità considerate secondo i postulati più recenti che attengono anche a fattori contestuali ambientali e personali in un sistema di valutazione biopsico-sociale nel quale la misura della menomazione e quindi dell'invalidità, di esclusiva competenza medico-legale, deve rappresentare il momento preliminare e fondamentale per l'individuazione anche della validità e delle capacità residue, ovvero che si proceda alla misura della salute per una effettiva graduazione dei bisogni nell'ottica anche di determinare un concreto miglioramento dell'assistenza.

Nel contesto della medicina moderna anche l'attività medico-legale viene basata sulle evidenze scientifiche e sul rispetto di linee guida e protocolli operativi che tutti insieme sovvertono nel tentativo di migliorare l'osservazione dei segni e l'apprezzamento dei sintomi che sono di utilità diagnostica, in ottemperanza ad una metodologia che si richiama alla cd. evidence based medicine (EBM) che ormai costituisce inderogabile supporto della scienza medica.

Prove d'efficacia, riscontri biostatistici, linee-guida e protocolli operativi costituiscono pertanto il nerbo della medicina delle evidenze cui la medicina legale

non può sottrarsi in un contesto operativo che alcuni Autori hanno definito come improntato alla evidence based legal medicine all'interno del quale si dovrà provvedere ad una corretta raccolta di quelle che sono le evidenze scientifiche che risultano più utili all'approccio decisionale consentendo così di omogeneizzare le valutazioni su elevati standard di qualità.

In questo particolare settore lo stesso Codice Deontologico dei medici nella stesura più recente del 2006 all'articolo 62 ha fatto riferimento esplicito all'attività medico-legale ritenuta della massima delicatezza in quanto connotata da responsabilità etico-giuridiche e deontologiche ed al successivo articolo 63 anche all'attività medico fiscale di controllo durante la quale il sanitario ha l'obbligo di qualificarsi a chi è oggetto dell'accertamento e di fargli presente quali siano le finalità della funzione nel rispetto peraltro di quelle che sono le prescrizioni ed il ruolo del medico curante del paziente.

Su queste tematiche il Consiglio dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Venezia intende garantire il massimo dell'impegno in un'ottica di collaborazione con tutti i Collegi coinvolti nei suddetti percorsi valutativi, all'interno delle Commissioni e negli altri ambiti che sono propri della valutazione dei diversi stati di invalidità, non diversamente si rivolge altresì a tutti gli stakeholders istituzionali, mediante attività di affiancamento e di stimolo anche grazie ad iniziative di formazione ed aggiornamento sulle suddette materie.

**Davide Roncali**

## Il dietista: un professionista per la salute

**I**l dietista è definito dalla legge come "l'operatore sanitario competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione, compresi gli aspetti educativi e di collaborazione alla attuazione delle politiche alimentari" (Decreto Ministeriale 14/09/1994).

In pratica, il dietista è un professionista che si occupa di promuovere e curare l'alimentazione e la nutrizione in situazioni fisiologiche e patologiche: dall'elaborazione di piani dietetici terapeutici

personalizzati (su prescrizione medica attesa la diagnosi), alla nutrizione artificiale, alla stesura di menù per gruppi di sani o malati (ristorazione collettiva per mense e comunità) fino alla progettazione e alla realizzazione di attività didattiche, educative e informative, sempre nel rispetto del proprio profilo professionale e del proprio codice di etica.

Per diventare dietista occorre conseguire una laurea triennale specifica. In sostanza, l'attuale percorso formativo del dietista è articolato in più

livelli: .Laurea in Dietistica (Facoltà di Medicina e Chirurgia, titolo che abilita all'esercizio professionale) .Laurea specialistica (per esercitare attività di elevata complessità) .Master (corsi di approfondimento scientifico e di formazione permanente in ambiti specifici) .Dottorato di ricerca (per esercitare attività di ricerca presso Università e altri enti)

Il Dietista è dunque un professionista che può operare in vari ambiti: .Libera professione .Servizio Sanitario Nazionale .Istituti di Ricerca, Università .Cliniche e poliambulatori privati .Istituti per Anziani .Servizi di Ristorazione di Comunità (scolastiche, ospedaliere, aziendali, ecc.) .Aziende di Ristorazione collettiva .Aziende produttrici di alimenti per la Nutrizione artificiale, integratori alimentari, alimenti dietetici .Enti di Formazione

**IL DIETISTA IN AMBITO CLINICO** Il dietista impegnato in ambito clinico elabora piani dietetici personalizzati per i pazienti, monitorandoli costantemente e adeguandoli in relazione all'andamento clinico. In tali situazioni, la collaborazione con i medici di medicina generale è fondamentale. Infatti, una volta che il medico ha accertato le problematiche di salute dei suoi assistiti (diabete, dislipidemie, ipertensione, sovrappeso, obesità, ecc.), può richiedere la collaborazione del dietista per la programmazione del piano nutrizionale. Infatti, tutti i dati disponibili in letteratura hanno ormai ampiamente documentato le correlazioni tra stato nutrizionale e mortalità e morbosità, tempi di degenza e riabilitazione, qualità della vita e costi sanitari. Il processo assistenziale della nutrizione svolge pertanto un ruolo fondamentale per la sicurezza e la salute dei pazienti ed entra a pieno titolo nell'ambito del modello assistenziale integrato. In questo senso il Dietista rappresenta il Professionista competente in grado di garantire continuità assistenziale per tutto quanto attiene alla prevenzione ed al trattamento delle patologie croniche connesse all'alimentazione.

**IL DIETISTA A SERVIZIO DELLA COMUNITA'** La specificità professionale del dietista è quella di saper coniugare gli aspetti organizzativi e igienico-sanitari dei servizi di ristorazione a quelli nutrizionali e dietetici. Esso collabora alla stesura dei capitolati relativamente alle caratteristiche merceologiche ed organolettiche delle derivate alimentari ed alle caratteristiche logistiche ed organizzative del servizio. Elabora i menu in relazione alle esigenze nutrizionali e dietetiche

degli utenti, collabora alla stesura delle ricette ed alla definizione delle relative procedure di preparazione e realizzazione. Coordina le diverse aree coinvolte nel servizio, (Reparti, Insegnanti, Cucine, Utenti, Settori economici e gestionali, ecc.) favorendone la collaborazione e la comunicazione. In tutti questi casi, il dietista collabora con i servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione delle Aziende Sanitarie per la tutela dell'aspetto igienico sanitario.

**IL DIETISTA COME EDUCATORE** Nell'ambito della sua professione, il dietista svolge anche attività didattica, educativa e informativa, mirata a far prendere coscienza dell'importanza di "mangiare in maniera equilibrata". In questo senso, come operatore sanitario, il dietista è direttamente coinvolto nella promozione della salute pubblica e il suo contributo è essenziale nella formulazione di politiche che permettano di sostenere e migliorare lo stato di salute dei cittadini, minimizzando i rischi derivanti da scelte nutrizionali poco corrette.

L'ANDID (Associazione Italiana Dietisti) è attualmente l'unica associazione italiana titolata a rappresentare la categoria dei Dietisti, ai sensi di quanto disposto dal Decreto 19 giugno 2006 del Ministero della Salute. La comprovata iscrizione all'ANDID da parte di un Dietista è garanzia inequivocabile del livello di crescita e aggiornamento professionali e di adesione a principi etici condivisi a livello nazionale ed europeo e alle regole di buona pratica professionale.

L'ANDID è inoltre censita dal CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro), poiché possiede criteri richiesti per la rappresentatività. L'Associazione rappresenta i dietisti italiani presso l'EFAD (Federazione Europea delle Associazioni di Dietisti) e ne persegue gli obiettivi di tutela della professione e di promozione della salute delle persone, così come promossi dalla Federazione a livello europeo ed internazionale. Rappresenta infine i dietisti italiani presso l'ICDA (Comitato Internazionale delle Associazioni di Dietisti).

L'ANDID promuove l'attività associativa a livello nazionale ed europeo e la professione del dietista attraverso i suoi canali di comunicazione:

il sito web: [www.andid.it](http://www.andid.it) e-mail: [dietistiandid@viraillo.it](mailto:dietistiandid@viraillo.it)

la rivista bimestrale "Andid Notizie"

**Anna Veronese**

# Vergogna! Quando il fisco si accanisce sui deboli

**V**olendo spaziare sulle tematiche fiscali non si finirebbe mai, ma una tassa per la quale è difficile trovare un aggettivo qualificativo veramente ci ha colpito. Anche i sussidi assistenziali erogati dagli Enti sono soggetti a tassazione! Un provvedimento ingiustificabile che grida vendetta al cospetto di Dio per la sua iniquità!

*Decreto-legge 27 maggio 2008, n. 93*

*Articolo 2 comma 6*

*Nell'articolo 51, comma 2, del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, la lettera b) è soppressa.*

*Art.48*

*Determinazione del reddito di lavoro dipendente*

*b) le erogazioni liberali concesse in occasione di festività o ricorrenze alla generalità o a categorie di dipendenti non superiori nel periodo d'imposta a lire 500.000, nonché i sussidi occasionali concessi in occasione di rilevanti esigenze personali o familiari del dipendente e quelli corrisposti a dipendenti vittime dell'usura ai sensi della legge 7 marzo 1996, n. 108, o ammessi a fruire delle erogazioni pecuniarie a ristoro dei danni conseguenti a rifiuto opposto a richieste estorsive ai sensi del decreto-legge 31 dicembre 1991, n. 419, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 1992, n. 172;*

Riceviamo lettere disperate di protesta da parte di nostri iscritti; a tal proposito la Federspev si sta muovendo sia per abolire l'iniqua disposizione in campo politico, sia per promuovere da parte dei nostri Enti previdenziali accorgimenti atti ad attenuare le gravi conseguenze che rischiano di annullare la realtà assistenziale in un campo tanto delicato.

È stata trasmessa una lettera all'Enpam della quale riproponiamo il testo:

*III. mo Dottor  
Eolo Parodi  
Presidente Enpam  
Via Torino 38 “  
00184 Roma*

*Caro Presidente,*

*mi permetto sottoporre alla tua cortese attenzione copia della lettera inviata dal figlio di una nostra iscritta, pensionata Enpam con integrazione al minimo e con un sussidio continuativo per ospitalità in casa di riposo.*

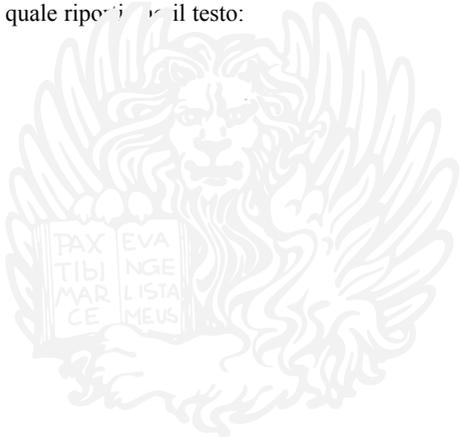
*Come a te già noto e come viene fatto rilevare nella lettera, per effetto del Decreto Legge n. 27 Maggio 2008 n. 93, le prestazioni di assistenza ed i sussidi, prima esentati dal prelievo fiscale hanno perduto tale logico privilegio e come ogni altro reddito sono assoggettati, all'Irpef con la conseguenza che i beneficiari ricevono e ricevevano somme nette notevolmente inferiori ed insufficienti a coprire le esigenze che ne avevano determinato la concessione senza contare i possibili ulteriori riflessi negativi per quanto riguarda il diritto all'integrazione al minimo della pensione del Fondo Generale .*

*La Federspev, tenuto conto che la soppressione dell'esenzione va a colpire proprio i pensionati meno abbienti ed i loro nuclei familiari, chiede all'Ente un'attenta valutazione della situazione e dei problemi creati dalla novità legislativa.*

*In ordine all'assoggettamento all'IRPEF, la Federspev suggerisce che la corresponsione delle prestazioni assistenziali avvenga, almeno contabilmente e per i sussidi a carattere continuativo, nell'ambito dell'erogazione del reddito pensionistico in modo che anche all'origine il sussidio sia assoggettato all'aliquota fiscale media determinata in base al reddito complessivo dell'interessato e con l'applicazione delle detrazioni d'imposta ad esso spettanti.*

*In ordine ai riflessi sulla valutazione dei redditi agli effetti della integrazione al minimo si chiede che i sussidi, nonostante l'assoggettamento ad IRPEF, mantengano la loro natura di prestazioni straordinarie e come tali rimangano escluse dalla valutazione, modificando all'uopo, se necessario, la particolare disciplina a suo tempo adottata dall'Ente sulla materia per dare attuazione all'art. 7 della Legge 29/12/1988 n. 544.*

*Si chiede infine che, per quanto possibile, l'Ente adegui e rivaluti l'entità delle prestazioni e dei*



*sussidi per ovviare almeno in parte alla riduzione determinata dalla tassazione.*

*Confidando nella tua particolare attenzione al problema, invio cordiali saluti.*

*Il Presidente*

*Dr. Eumenio Miscetti*

Evidenziamo in questo articolo uno degli aspetti più significativi della noncuranza da parte dei responsabili politici e dei mass media dei gravi problemi di noi pensionati ai quali si prospetta un futuro veramente difficile sotto gli aspetti economici e della dignità personale. All'esame

del Comitato Direttivo è stata esposta la grave situazione e si sta provvedendo con la massima energia

e con il massimo impegno a vedere di risolvere almeno in parte qualcuno dei gravi problemi che assillano la nostra categoria.

I nostri iscritti potranno essere sicuri dell'impegno della Federspev.

Di Eumenio Miscetti

Da "Azione Sanitaria" n°11 novembre 2008

A cura della Presidenza Provinciale di Venezia

## Documento OMCeO di Venezia sulle certificazioni di malattia

In base ai più recenti casi disciplinari affrontati dalla Commissione Medica di questo Ordine Provinciale, si ritiene di fondamentale importanza richiamare l'attenzione degli iscritti su alcune questioni deontologiche importanti, che spesso si tende a trascurare, ma che ogni medico deve avere ben chiare e sulle quali non si possono avere atteggiamenti superficiali.

### Le certificazioni di malattia

In primo luogo, spesso vengono segnalati, dal datore di lavoro, casi di certificazioni scorrette dal punto di vista formale, rilasciate con leggerezza e trascurando di verificare le date o i contenuti; si ritiene quindi opportuno fare un rapido riepilogo di quelli che sono i requisiti minimi indispensabili che il certificato di malattia deve avere e quali siano gli elementi fondamentali che non devono MAI essere trascurati.

Partiamo dal Codice di deontologia, ricordando l'art. 24, il quale con estrema chiarezza precisa che "Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti".

La legge garantisce il diritto del lavoratore all'astensione per malattia, se questa porta ad uno stato di "incapacità temporanea" al lavoro, ma, sulla base della normativa prevista dal codice civile e delle leggi speciali applicative del diritto del lavoro

in materia, è indispensabile che sia dimostrata la buona fede e la diligenza del prestatore d'opera. In tal senso il certificato è considerato documento di prova, stilato da Pubblico Ufficiale (il medico di medicina generale) nella forma e con i contenuti prescritti dall'ordinamento e dalle leggi.

Il certificato è quindi un documento che attesta per iscritto un fatto di natura tecnica ed è destinato a provare la verità di fatti pertinenti alle specifiche competenze sanitarie e rilevabili direttamente dal medico nell'esercizio della sua professione.

Sulla base di queste premesse deve essere sempre preceduto dalla valutazione clinica del paziente. Il dato clinico, inoltre, deve essere tenuto ben distinto da quanto il paziente riferisce.

Il contenuto minimo che il certificato di malattia deve avere è il seguente: l'intestazione o il timbro del medico certificante; le generalità del paziente richiedente; l'oggetto della certificazione con l'eventuale diagnosi o prognosi della malattia; la firma del medico certificante; data e luogo di redazione del certificato.

Poiché il certificato ha precise implicazioni giuridiche e amministrative, è necessario che sia chiaro e leggibile in ogni sua parte. Qualsiasi correzione presente su di esso va siglata dal medico, per ribadire la veridicità.

Nella prassi può succedere che la diagnosi sia preceduta dal vocabolo "riferisce" o "riferita". Si ricorda che per l'erogazione delle prestazioni economiche è necessario un preciso avallo medico che è la diagnosi e che non può basarsi esclusivamente su ciò che riferisce il paziente. Inoltre, se

Attività  
dell'Ordine

tali dichiarazioni risultassero inesatte il medico potrebbe incorrere nel reato di falso ideologico. (art. 481c.p.). La diagnosi impone quindi il dovere di verificare direttamente i fatti di cui il certificato è destinato a provare l'esistenza.

Per quanto poi riguarda le date riportate sul certificato ricordiamo alcuni importanti passaggi.

Il certificato è strettamente corredato alla visita del paziente, quindi non si possono rilasciare certificati riportanti una data diversa rispetto all'effettuazione della stessa (prima o dopo) il rischio è commettere un falso materiale che ha anche rilevanza penale (è capitato di ricevere segnalazioni per certificati rilasciati il giorno prima!!!!!! Attenzione).

La casella contenete l'indicazione "il paziente dichiara di essere malato dal..." non si riferisce necessariamente al giorno in cui il paziente non si è recato a lavoro, ma a quello in cui ha accusato i sintomi. Quindi tale data può precedere o essere contestuale al rilascio della certificazione, mai successiva. Inoltre, è una dichiarazione del paziente, distinta e diversa, anche per valore, rispetto alla data relativa alla certificazione del medico.

Sebbene non sia di stretta pertinenza del medico, si ricorda che il paziente deve richiedere il rilascio del certificato entro il giorno successivo l'insorgenza della malattia.

Entro il 30° giorno dalla fine di un evento morboso, vi può essere la ricaduta della malattia, in tal caso il rilascio del certificato deve avvenire entro il primo giorno di continuazione-malattia.

## CERTIFICATI INPS

**Il certificato di diagnosi e l'attestato di malattia vanno redatti, per i soggetti che hanno diritto all'indennità INPS sui modelli predisposti dall'INPS (Decreto del Ministero della Sanità e del M. Lavoro 30 Settembre '91).** Tale certificato viene predisposto su due differenti modelli:

IL CERTIFICATO CON DIAGNOSI DELLA MALATTIA che deve essere inviato all'Istituto dal lavoratore entro il giorno successivo al rilascio

L'ATTESTATO DI MALATTIA per il datore di lavoro con la sola prognosi, senza diagnosi.

**In mancanza dell'apposito modulo INPS** e' possibile, anche per i lavoratori sottoposti a tale regime, eseguire il certificato sul ricettario privato del medico, purché vengano inseriti gli stessi dati del modulo di legge (*Circ. INPS n. 99 del 13/5/96*).

*La circolare precisa che: 1) La prognosi non deve essere strettamente clinica ma deve riferirsi all'incapacità lavorativa. 2) Il lavoratore deve inoltrare copia (anche fotocopia) del certificato al datore di lavoro. 3) Qualora il certificato manchi di qualcuno degli elementi sostanziali indispensabili, la necessaria regolarizzazione dovrà essere operata, tramite l'interessato, dai medesimi redattori).*

Per evitare problemi di privacy sarebbe utile anche stilare un secondo attestato di giustificazione dal lavoro (privo di diagnosi) da presentare al datore di lavoro; il lavoratore, altrimenti, può presentare una fotocopia del certificato, eventualmente censurata per quanto riguarda la diagnosi.

## I CERTIFICATI MALATTIA PER I DIPENDENTI PUBBLICI

Del tutto diversa è la certificazione di malattia per il lavoratore pubblico dipendente. Tale certificato, da consegnare al datore di lavoro (Pubblica Amministrazione) deve essere redatto su carta intestata del medico, non sulla modulistica INPS. Occorre ricordare, a riguardo, il Decreto Legge 112/2008, in materia di assenze per malattia dei dipendenti pubblici, art. 71: *"l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante presentazione di certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica."*

Una successiva circolare esplicativa n. 7 del luglio 2008, precisa che "la norma sicuramente esclude che nelle ipotesi descritte la certificazione a giustificazione dell'assenza possa essere rilasciata da un medico libero professionista non convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le amministrazioni pertanto *non potranno considerare come assenze giustificate* quelle avvenute per malattia per le quali il dipendente produca un certificato di un medico libero professionista non convenzionato. Ciò detto, la lettura della disposizione va operata nel più ampio quadro delle norme costituzionali e dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria delineata dal d.lgs. n. 502 del 1992. Tale ottica conduce ad un'interpretazione che supera il dato meramente testuale della disposizione, per cui **deve ritenersi ugualmente ammissibile la certificazione rilasciata dalle persone fisiche che comunque fanno parte del Servizio in questione e, cioè, dai medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (art. 8 d.lgs. n. 502 del 1992), i quali in base alla convenzione stipulata con le A.S.L. e all'Accordo collettivo**

**nazionale vigente sono tenuti al rilascio della certificazione (Accordo del 23 marzo 2005, art. 45).** Anche in questo caso la qualità del medico - ossia l'evidenza del rapporto con il Servizio sanitario nazionale - dovrà risultare dalla certificazione. La stessa circolare coglie anche l'occasione per precisare che "in osservanza dei principi della necessità e dell'indispensabilità che improntano la disciplina in materia di trattamento dei dati personali, **in linea generale (salvo specifiche previsioni) le pubbliche amministrazioni non possono chiedere che sui certificati prodotti a giustificazione dell'assenza per malattia sia indicata la diagnosi,** essendo sufficiente l'enunciazione della prognosi (si veda in proposito anche la Delibera del Garante per la protezione dei dati personali del 14 giugno 2007, relativa a "Linee guida in materia di trattamento di dati personali di lavoratori per finalità di gestione del rapporto di lavoro in ambito pubblico.", pubblicata nel Supplemento ordinario della G.u. del 13 luglio 2007, n. 161.)"

Successivamente la circolare numero 8/2008 ha ulteriormente precisato che: "qualora il dipendente debba o voglia sottoporsi ad una prestazione specialistica presso una struttura privata dovrà produrre, unitamente all'attestazione da quest'ultima rilasciata, la relativa prescrizione effettuata da una struttura pubblica o del medico convenzionato con il S.S.N.".

#### **DIPENDENTI PRIVATI NON SOGGETTI A INPS**

La certificazione di malattia per i **dipendenti privati non soggetti a INPS** va stilata su certificato privato del medico.

Qualora per errore tale certificazione venga rilasciata su modulario INPS, **conserva ugualmente la propria validità** essendo ugualmente in possesso di tutti i requisiti sostanziali necessari. Non è prevista alcuna sanzione per il medico che abbia usato il modulo sbagliato. E' necessario però che il lavoratore inoltri al proprio Ente la copia contenente la diagnosi, e non la semplice attestazione di malattia priva di diagnosi, oppure che usi le stesse metodiche già descritte per i pubblici dipendenti. *Le categorie dei lavoratori privati per i quali va stilato il certificato su ricettario privato (non avendo diritto alle indennità INPS) sono, salvo omissioni: gli apprendisti, le domestiche, i dipendenti di partiti politici e associazioni sindacali,*

*impiegati dipendenti da proprietari di stabili, impiegati di credito, assicurazioni e servizi tributari appaltati, impiegati dell'agricoltura, dell'industria, lavoratori autonomi, portieri, viaggiatori e piazzisti.*

#### **Compiti e funzioni del Direttore Sanitario.**

Altro argomento che la Commissione Medica vuole portare all'attenzione dei colleghi, riguarda la figura del **Direttore Sanitario** delle strutture pubbliche o private.

L'art. 69 del Codice di Deontologia ne sottolinea il ruolo, l'importanza e le responsabilità, i compiti di tutela dell'autonomia e della dignità della professione, il dovere di collaborazione con il proprio Ordine professionale. Il direttore sanitario risponde personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte di chi opera nella struttura.

Questo incarico è particolarmente oneroso e delicato: prevede l'assunzione di responsabilità non solo legali ed amministrative, ma anche di natura deontologica a garanzia del corretto esercizio dell'attività medica all'interno della struttura. La Commissione ha purtroppo avuto modo di verificare che questo incarico viene assunto con leggerezza e superficialità, delegando al "legale rappresentante" decisioni e compiti di stretta competenza del direttore sanitario.

Nel merito, la Commissione Pari Opportunità dell'Ordine ha predisposto un documento sulla direzione sanitaria al quale richiamiamo per dare i riferimenti ed il profilo normativo di questa importante figura sanitaria.

**Caterina Boscolo  
Carla Carli**

Attività  
dell'Ordine

# Direzione sanitaria in strutture private autorizzate

## La figura del Direttore Sanitario

**L**a professione medica viene esercitata nello studio personale del medico o in struttura sanitaria privata autorizzata o in struttura pubblica.

L'evoluzione legislativa in materia ha superato le definizioni tradizionali da che l'art. 43 della legge di riforma sanitaria n. 833 del 23 dicembre 1978 ha demandato alla legge regionale la disciplina dell'autorizzazione e della vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato. La Regione Veneto ha disciplinato la materia delle autorizzazioni e dell'accreditamento con L.R. 16 agosto 2002 n. 22.

Per ottenere l'autorizzazione all'apertura di una struttura sanitaria (ambulatorio, laboratorio di analisi, casa di cura ecc.) è indispensabile la contestuale dichiarazione scritta di un medico di assunzione della responsabilità di direttore tecnico o sanitario. Già con la Legge finanziaria del 1992 si prevede che le Regioni possano stipulare convenzioni con istituzioni sanitarie private gestite da persone fisiche e da società che erogano prestazioni poliambulatoriali, di laboratorio generale e specialistico di analisi chimico-cliniche, di diagnostica per immagini, di medicina fisica e riabilitazione, di terapia radiante ambulatoriale. La stessa legge stabilisce che dette istituzioni sanitarie sono sottoposte al regime di vigilanza di cui all'art. 43 della legge 833/78 e devono avere un direttore sanitario.

## Titoli professionali richiesti

Il requisito generale di base è la laurea in Medicina e Chirurgia, la relativa abilitazione professionale e l'iscrizione all'Ordine. Si specificano i seguenti casi:

- a) Per l'ambulatorio di odontoiatria, a seguito della legge del 24 luglio 1985 n. 409, istitutiva della professione odontoiatrica, il direttore sanitario può essere tanto un laureato in medicina e chirurgia quanto un laureato in odontoiatria.
- b) Per i laboratori di analisi, in base al disposto dell'art. 8 del DPCM 10 febbraio 1984, si richiede la presenza in organico di un direttore medico o biologo iscritti all'albo dell'Ordine di appartenenza, in possesso della laurea in medicina e chirurgia e della specializzazione o della libera docenza in laboratorio di analisi cliniche o, in alternativa, della laurea in scienze biologiche. In alternativa alla specializzazione, vale per entrambe le categorie un servizio di ruolo quinquennale

presso pubblici laboratori di analisi di presidi ospedalieri, istituti universitari, di cui all'art. 41 della legge 833/1978. La legge regionale 2 aprile 1985 n. 29 stabilisce all'art. 5 funzioni e responsabilità del direttore responsabile "dell'organizzazione tecnico-funzionale del laboratorio e dell'attendibilità dei risultati delle analisi" e prevede che il direttore deve essere presente almeno trenta ore settimanali e deve ricoprire tale incarico per un solo laboratorio.

- c) Il Direttore di un ambulatorio di fisioterapia deve essere un medico chirurgo con specializzazione nella disciplina oppure un medico chirurgo non specialista se è presente lo specialista di branca.
- d) Il Direttore di un ambulatorio radiologico deve essere un medico chirurgo con specializzazione in radiologia.
- e) Il Direttore sanitario di uno stabilimento termale, secondo la disciplina dettata dalle legge regionale del Veneto (art. 23 l.r. 10/10/1989 n. 40) deve essere un medico chirurgo in possesso di una delle seguenti specializzazioni:
  - medicina interna;
  - idrologia medica;
  - ortopedia e traumatologia;
  - cardiologia;
  - reumatologia;
  - fisiochinesiterapia;
  - igiene;
  - angiologia;
  - gerontologia e geriatria;
  - otorinolaringoiatria;
  - ginecologia;
  - medicina sportiva;
  - cosmetologia;
  - dietologia;
  - oppure medico chirurgo con 5 anni di attività di medico termalista.
- f) Per le Case di cura private si ricorda il dettato dell'art. 53 della legge 12 febbraio 1968 n. 132 secondo cui ogni casa di cura privata deve avere un direttore sanitario responsabile al quale è vietata ogni attività di diagnosi e cura nella casa di cura privata stessa. Lo stesso direttore risponde personalmente dell'organizzazione tecnico-funzionale. Gli artt. 39 e 40 della legge 132/68 dettano i requisiti necessari per l'incarico a direttore sanitario, distinguendo tra case di cura dotate di un numero di posti letto superiori o inferiori a 150. Nel primo caso richiama i requisiti richiesti

per il direttore sanitario degli ospedali pubblici (idoneità nazionale, servizio di ruolo di almeno 5 anni in sanità pubblica o ospedali ecc.). Il direttore sanitario di casa di cura di non oltre 150 posti letto deve avere come requisito il servizio di ruolo di almeno 3 anni.

### **Incompatibilità del Direttore Sanitario**

L'incompatibilità può essere prevista dalla normativa che disciplina il rapporto di lavoro di un medico, quale:

- il medico dipendente dello Stato;
- il medico dipendente della Regione;
- il medico dipendente universitario, ospedaliero o ULSS a tempo pieno;
- il medico convenzionato specialista ambulatoriale.

Nella liste dei requisiti minimi specifici di qualità per l'autorizzazione previsti nel Veneto dalla DGR 1501/2004 per il poliambulatorio è stabilito che il Direttore/Responsabile sanitario dell'Organizzazione è presente per almeno la metà dell'orario di apertura al pubblico.

### **Funzioni del Direttore Sanitario**

Si richiama la circolare n. 99 del 21 luglio 1986 della Federazione Nazionale, secondo cui:

- 1) I Direttori tecnici o sanitari hanno l'obbligo di dare comunicazione all'Ordine della nomina e dell'accettazione dell'incarico. Analoga comunicazione dovrà essere inviata all'Ordine in caso di cessazione dall'incarico.
- 2) Il Direttore sanitario è tenuto:
  - a pretendere il rigoroso rispetto delle sfere di competenza professionale;
  - in caso di inosservanza adottare i provvedimenti necessari;
  - in difetto di tali provvedimenti, a segnalare la situazione all'Ordine professionale
- 3) Il Direttore sanitario deve inoltre:
  - verificare che la pubblicità sanitaria effettuata dalla struttura privata sia munita dell'autorizzazione amministrativa;
  - denunciare all'Ordine qualsiasi scorrettezza che, in relazione alle prescrizioni del Codice di Deontologia Medica, abbia a riscontrare nei testi pubblicitari. In particolare si richiamano le gravi sanzioni disciplinari previsti dalla legge 175 del 05/02/1992 a carico dei direttori sanitari per la mancata osservanza delle norme previste per la

pubblicità sanitaria.

### **Responsabilità del Direttore Sanitario**

La norma di riferimento in tema di responsabilità del Direttore sanitario è contenuta nell'art. 5 del DPR 27/03/1969.

Le responsabilità individuate sono:

- responsabilità strutturale sotto il profilo igienico sanitario;
- responsabilità in materia di rifiuti liquidi, solidi e gassosi;
- definizione e verifica di protocolli di sterilizzazione e sanificazione ambientale;
- proposte e pareri per l'acquisto di apparecchiature e dispositivi medici;
- responsabilità di denunce e certificazioni;
- formulazione della carta dei servizi;
- gestione dei conflitti;
- promozione di iniziative;
- responsabilità in materia di privacy;
- pubblicità sanitaria: targhe, elenchi telefonici, siti web;
- controllo del personale e controllo sull'ammissione di personale volontario, frequentatori ai fini di eventuale riconoscimento di professionalità;
- vigilanza in materia di tariffe;
- gestione cartelle cliniche;
- controlli di farmaci e disciplina degli stupefacenti;
- registro operatorio;
- controllo sull'attività operatoria;
- promozione e vigilanza sull'applicazione dei consensi informati ai trattamenti sanitari;
- definizione modalità di gestione in caso di urgenza;
- promozione dei principi etici garantendo il rispetto del Codice deontologico;
- controllo di qualità (D. Lgs 502/99);
- responsabilità nei riguardi dell'organizzazione nelle strutture organizzate.

**Caterina Boscolo  
Carla Carli**

Attività  
dell'Ordine



# “Etica dell’accompagnamento e desistenza terapeutica”

**Sabato 16 maggio 2009 ore 9.00**

*c/o Sala Convegni NOVOTEL Via Ceccherini 21 Mestre - Venezia*

## PROGRAMMA

**h.9.00**

Saluto delle Autorità e Presidente Omceo Venezia

**h.9.15**

Intervento e saluti Sindaco di Venezia prof. Cacciari

*Moderatore prima sessione:*

*Dott.ssa Daniela Boresi  
giornalista de Il Gazzettino*

**h.9.30**

Prof. Corrado Viafora

Presupposti e compiti dell’Etica dell’accompagnamento

**h.9.45**

Don Corrado Cannizzaro

Accompagnamento alla morte. Considerazioni teologiche

**h.10.00**

Avv. Ugo Bergamo

La legge e i suoi conflitti

**h. 10.15**

Dott. Cristiano Samuelli

Un indagine sui temi di fine vita

**h. 11.00**

Coffee break

*Moderatore seconda sessione:*

*Dott. Maurizio Scassola  
Presidente OMCEO Venezia*

**h. 11.30**

Dott. Sylvie Menard

Il bene del paziente l’atto medico nel codice deontologico

**h. 12.00**

Dott. Luciano Orsi

La Desistenza terapeutica nelle cure palliative

**h. 12.15**

Domande dal pubblico

**h. 12.30**

Tavola Rotonda

TAVOLA ROTONDA DAL TEMA:

Il Codice di Deontologia Medica del 2006 come bussola per orientare il comportamento del Medico nelle situazioni critiche di fine vita.

*Realtà o fantasia ?*

Moderatore della tavola rotonda

Dott. Amedeo Bianco

Presidente Fnomceo

Dott. Maurizio Benato

Vice Presidente Fnomceo

Relatori:

Sen. Ignazio Marino

Prof. Gianluigi Gigli

Dott. Claudio Cricelli

Dott. Davide Mazzon

**h. 13.30**

Termine lavori

Avv. **Ugo Bergamo**: Componente del Consiglio Superiore della Magistratura

Prof. **Massimo Cacciari**, Sindaco di Venezia nonché Professore Ordinario di Estetica alla Facoltà di Filosofia dell’Università San Raffaele di Milano

Prof. **Don Corrado Cannizzaro**, Professore di Teologia Morale Fondamentale e Bioetica presso lo Studium Generale Marcanum (delegato del Patriarca di Venezia);

Dott. **Claudio Cricelli**, Presidente nazionale della Società Italiana di Medicina Generale

Prof. **Gianluigi Gigli**, Professore di Neurologia alla Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Udine

Sen. Prof. **Ignazio Marino**, Presidente della Commissione Parlamentare d’Inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio Sanitario Nazionale

Dott. **Davide Mazzon**, membro della Commissione di Bioetica della Regione Veneto e Direttore del Reparto di Anestesia e Rianimazione dell’Ospedale

**San Martino di Belluno**, nonché Coordinatore Commissione Interdisciplinare sulla Bioetica della SIAARTI;

D.ssa **Sylvie Menard**, già capo dipartimento oncologia sperimentale e dei laboratori dell’Istituto Tumori di Milano; consulente dell’Istituto Tumori di Milano;

Dott. **Luciano Orsi**, Responsabile della Rete di Cure Palliative di Crema; componente Commissione Interdisciplinare sulla Bioetica della SIAARTI;

Dott. **Cristiano Samuelli** Presidente Associazione Italiana per le Decisioni di Fine Vita

Prof. **Corrado Viafora**, Professore di Bioetica presso la Facoltà di Scienze della Formazione e la Facoltà di Medicina dell’Università degli Studi di Padova dove è anche direttore del Corso di Perfezionamento in Bioetica.