

OMCeO

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

03.09

Anno LI - n. 03 del 29 giugno 2009 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

Tre nuove commissioni dell'ordine

**Secondo simposio nazionale sull'etica
dell'accompagnamento e desistenza terapeutica**

**Documento del consiglio nazionale FNOMCeO
sulle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento**

Posta elettronica certificata

Assemblea elettorale FEDERSPEV



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 BREDÀ
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. 03 del 29 giugno 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 29 giugno 2009

04 Il welfare della
responsabilizzazione
e della responsabilità:
i LEA sommersi

05 La crisi economica e il
seno delle infermiere

06 Istituite tre nuove
Commissioni: Ospedaliera,
Medicina del Territorio e
Libera Professione

07 Commissione per il
Territorio: per una "buona
sintonia deontologica"

08 Segnalazione dei clandestini:
FNOMCeO pronta anche
all'autodenuncia

08 Etica dell'accompagna-
mento e desistenza tera-
peutica

15 Imprese e problematiche
di fine vita: un progetto
possibile?

16 Documento del Consiglio Nazionale
della FNOMCeO sulle Dichiarazioni
Anticipate di Trattamento

20 Uno sforzo collettivo
contro l'abusivismo
sanitario

21 Previdenza: il riscatto degli anni di
laurea, i perché di un'operazione
non solo economica

21 CSO: Targa in memoria
di Lorenzo Menegaldo

22 I seminari dell'ordine

23 I disturbi del sonno nel bambino:
un percorso di formazione
per i pediatri di famiglia

24 Sisma Abruzzo 2009: presidio
sanitario zone terremotate
presso COM4 di Pianola

25 Pubblica Amministrazione
non autorizzata a chiedere
diagnosi nei certificati malattia

26 Restrizione alla commercializzazione
di alcune apparecchiature
di misura contenenti mercurio

26 Posta elettronica certificata

29 FEDER.S.P.E.V., 5 aprile 2009:
Assemblea annuale elettorale
degli iscritti sella Sezione di Venezia

Sommario

3

Il welfare della responsabilizzazione e della responsabilità: i LEA sommersi

4

Siamo di fronte ad un cambiamento sostanziale nel rapporto persona/SSNN; vogliamo essere protagonisti e ci presentiamo sempre più come *esigenti*. Il retroterra socio-economico, culturale e personale condiziona atteggiamenti e comportamenti nei confronti dei servizi e degli operatori. Sempre più il modello organizzativo incide sulle capacità di risposta ai bisogni, sulla qualità delle prestazioni e sul contenzioso medico / paziente.

È ormai vitale che medici e portatori di interesse dei cittadini affrontino, finalmente e insieme, il tema della sicurezza delle cure. È innegabile che la serenità di operatori che lavorano in un ambiente sicuro, partecipato, affidabile e dove sviluppano la propria professionalità, rappresenta una vera garanzia per la persona che entra in contatto con il Sistema Sanitario Nazionale.

Questa premessa, spero condivisa, ci porta ad affrontare il grande tema delle *responsabilità individuali e collettive* in un tempo che impone una profonda rivisitazione del sistema del Welfare e che ci obbliga ad un processo di *partecipazione responsabile*, il solo che può ancora garantire la sopravvivenza di un sistema solidaristico.

Sotto questo angolo visuale è chiara la necessità di sviluppare il benessere della persona fornendole strumenti che le permettano lo sviluppo delle capacità di divenire protagonista nel campo della propria salute (empowerment).

La *partecipazione* e lo *sviluppo di competenze* si attuano solamente se si attivano *reti di integrazione* tra soggetti che hanno finalità comuni: un sistema di Welfare che risponda a bisogni specifici, individuali e di comunità.

Riorganizzare il Sistema vuole dire quindi rivedere la centralità della pura offerta di servizi precostituiti e sposare la logica della prevenzione delle disabilità, della riabilitazione, della individuazione di obiettivi di salute e di progetti per la salute, di percorsi di diagnosi e cura, nella vera continuità dell'assistenza.

Tutto questo ragionamento non può più eludere la questione della ricerca dei dati epidemiologici, dei bisogni di salute, della applicazione di indicatori validati, di processi di verifica e revisione di qualità. Quando Regione, Comuni e Aziende uss adotteranno strumenti informatici comuni? Quando verranno coinvolti, in termini di strate-

gie di programmazione, operatori e portatori di interesse?

Ecco che, al di là delle ideologie, degli interessi di parte e partitici trova un senso veramente *politico* parlare di integrazione tra il sociale, il sanitario, il volontariato, il terzo settore ed il privato convenzionato.

Abbiamo come OMCeO di Venezia l'ambizione, insieme alla Federazione, di provocare una profonda riflessione su temi che rappresentano un cambiamento epocale nella visione dei problemi e della programmazione delle cure.

Cosa rappresentano oggi Volontariato, Terzo Settore e Associazioni a tutela del malato e del Cittadino in termini di contributo sociale, economico e di verifica della qualità del SSNN?

Nel 2010 ospiteremo un Convegno Nazionale dal probabile titolo "L'associazionismo: il LEA sommerso"; ancora una grande occasione per presentare il nostro OMCeO come laboratorio dell'innovazione nella politica per la Salute e per la Professione.

È evidente come in un paese democratico devono essere identificati e valorizzati tutti gli attori, specie quando molti di questi sono profondamente radicati da un punto di vista sociale ma troppo spesso *sommersi* da un punto di vista del contributo allo sviluppo del benessere del Paese.

Crediamo fortemente che i medici debbano avere un ruolo propositivo e protagonista nella analisi di questi fenomeni e che il nostro impegno civile si consolidi con la nostra capacità di analisi sociale, culturale, economica e politica.

Non possiamo eludere il problema della alleanza con tutti i portatori di interesse che deve andare di pari passo con una continua, profonda riflessione sui comportamenti e le strategie della professione.

Non possiamo barricarci dietro atteggiamenti puramente difensivi, di retroguardia, ma dobbiamo proporre un cambiamento di prospettiva: la difesa della Professione passa attraverso l'alleanza con i portatori di interesse perché la sicurezza della persona, degli operatori e la qualità delle cure sono lo stesso problema.



I LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) rappresentano il diritto di ogni persona ad accedere ai servizi sociali e sanitari e devono garantire, in tutto il territorio nazionale, anche le pari opportunità di Salute.

La vera sfida, nei prossimi anni, sarà condividere nella Professione queste nuove riflessioni e far

riconoscere *politicamente* tutti questi soggetti che devono avere pari ruolo e dignità perché tutti contribuiscono al raggiungimento non solo degli obiettivi del SSNN ma al consolidamento in questo nostro Paese di una vera *democrazia delle responsabilizzazioni e delle responsabilità*.

La crisi economica e il seno delle infermiere

Per spiegare la crisi economica mondiale piombataci addosso all'improvviso si parla di bolla speculativa ed i migliori economisti mondiali si danno da fare per spiegarne le cause e per suggerirci i rimedi. Non possiamo ovviamente pensare, noi profani, di intervenire con cognizione di causa su questo argomento.

Tuttavia, con lo spirito pratico che contraddistingue i libero professionisti e i dentisti in particolare, sentiamo subito quando ci sono spiegazioni più plausibili di altre, vale a dire più semplici e più supportate dai comuni dati dell'esperienza quotidiana.

Sul numero di Maggio di First Thing, D.P.Goldman (Demographics & Depression, pp. 23-28) scrive che la causa strutturale dell'attuale crisi consiste nel crescente squilibrio tra la fascia di popolazione tra i 20 e i 40 anni e quella 40-60. Tra i 20 e i 40 anni, infatti, le persone chiedono finanziamenti per avviare la loro attività economica, tra i 40 e i 60 cominciano a vedere i frutti del loro lavoro ed investono per assicurarsi la vecchiaia. Le risorse economiche sono esse stesse soggette alla legge della domanda e dell'offerta e l'aumento dell'offerta di liquidità sommata alla diminuzione di domanda porta ad una diminuzione complessiva del valore del denaro. Per dare qualche numero nel mondo industrializzato (Usa, Europa e Giappone) la popolazione con un'età compresa tra i 40 e i 60 anni è di 400 milioni, quella tra i 19 e i 40 anni è di 350 milioni, di cui 120 negli Stati Uniti. Nei paesi dell'Est Asiatico abbiamo 500 milioni di giovani in questa fascia. Un altro dato significativo è che la popolazione del Giappone crollerà a 90 milioni di abitanti nel 2050 a partire dai 127 attuali.

Questo è lo scenario reale, strutturale, che spiega la crisi finanziaria mondiale. Ovvio che tale scenario non potrà essere modificato da qualsivoglia manovra economica nazionale o sovranazionale. L'Europa sta entrando nell'inverno demografico, gli USA sono messi un po' meglio, forse per

loro si può parlare di autunno, ma sono sulla nostra stessa strada.

Quali le conseguenze per l'odontoiatria? Anzitutto che avremo a che fare con un numero crescente di anziani con risorse economiche in riduzione. Questo a sua volta significa che

dobbiamo pensare ed orientare in questo senso la nostra pratica professionale, sapere quali terapie sviluppare, quali proporre.

Da un altro lato, da un punto di vista generale siamo ovviamente perplessi su tutte le ipotesi che prevedono un aumento dei costi. Ad esempio, che futuro possono avere le ipotesi di terzo pagante, di fondi integrativi e quant'altro, le quali sono caratterizzate sostanzialmente da un terzo che si frappona tra il dentista e il paziente, e quindi da un terzo che ci deve pur guadagnare?

Dall'altro dobbiamo chiedere ancora con più forza ragione di alcune politiche occupazionali di cui non si capisce la prospettiva. In particolare mi riferisco al problema dei dipendenti degli studi professionali, i quali si collocano genericamente nell'ambito delle professioni infermieristiche. Alcune politiche del passato hanno spinto verso una ulteriore burocratizzazione della formazione dei nostri dipendenti, con curricula e titoli di studio regionali piuttosto che statali, o addirittura con l'istituzione di nuovi Ordini Professionali, come abbiamo letto proprio recentemente (Italia Oggi, 26/05/2009, "Ordini Sanitari, riapre il cantiere").

D'altra parte abbiamo anche letto che in Italia mancano tra i 40 e i 60.000 infermieri, tuttavia la notizia più curiosa, ma non meno sintomatica, è che la carenza di infermieri si fa sentire anche nei paesi dell'Est, tanto che una clinica di Praga per trattenere gli infermieri che vi lavorano ha



Editoriale

deciso di offrire come benefit una operazione di chirurgia plastica a scelta, tra cui il rifacimento del seno! (Corriere della Sera, "Seno nuovo gratis per chi accetta di fare l'Infermiera", 26/05/2009) Questo significa che stiamo entrando in concorrenza con i paesi dell'ex blocco sovietico per la mano d'opera giovanile. Uno scenario davvero inimmaginabile fino a poco tempo fa.

Ma se la manodopera giovanile è tendenzialmente così rara e preziosa, possiamo forse fare gli schizzinosi con una giovane ragazza che ha la voglia e le doti per imparare, che trova un accordo di reciproca soddisfazione con un dentista, ma non ha il diploma OSSO (Operatore Socio Sanitario Odontoiatrico)? Davvero improbabile come prospettiva.

In definitiva l'impressione che io ricavo da questi dati è che assisteremo nei prossimi anni al declino di un certo tipo di odontoiatria (impianti ed estetica ad ogni costo per sintetizzare) e all'affermarsi di un'altra odontoiatria (protesi mobile e funzione anzitutto).

Sappiamo che in questi anni si è fatto un gran parlare di qualità, con il noto ritornello: la qualità costa. Dobbiamo renderci conto che mentre noi facevamo quei discorsi, si preparavano orizzonti inattesi. Dobbiamo renderci conto che probabilmente la nostra è la prima generazione dell'oc-

cidente cristiano ad avere prospettive inferiori a quelle dei loro padri!

Ovviamente non possiamo a questo punto passare all'estremo opposto e ridurre la professione ad un mercato al ribasso, gettando la qualità alle ortiche; dobbiamo invece approfondire il rapporto tra qualità e costi, prima per un dovere etico che economico.

Dobbiamo ad esempio domandarci come possiamo fare per ridurre i costi di reclutamento ed addestramento del nostro personale ausiliario, come aumentare la loro resa senza scivolare in sconfinamenti delle reciproche mansioni, come semplificare senza impoverire, come razionalizzare senza rifiutare le cure, come ridurre la burocrazia senza aprire al Far West selvaggio.

In questo panorama ovviamente tanto incerto quanto e probabilmente molto di più delle ondovaghe previsioni di tanti famosi economisti, ciò che peserà maggiormente sulla professione sarà soprattutto la capacità della classe politica di comprendere l'evoluzione sociale e di muoversi in modo coerente, riducendo i costi parassiti, evitando l'introduzione di terzi paganti e fondi integrativi e favorendo il mercato occupazionale.

Cosimo Tomaselli

Istituite tre nuove Commissioni: Ospedaliera, Medicina del Territorio e Libera Professione

Ll Consiglio dell'OMCeO di Venezia per il triennio in corso ha deliberato l'istituzione di tre nuove Commissioni: Ospedaliera, Medicina del Territorio e Libera Professione.

Obiettivo della Commissione Ospedaliera è la discussione delle problematiche professionali legate al mondo ospedaliero pubblico e privato della provincia di Venezia. La Commissione si pone a sostegno del mondo medico ospedaliero mai come in questo momento compresso fra esigenze di bilancio economico da un lato e la necessità di mantenere un assetto efficace ed efficiente nelle cure dall'altro. Attraverso il lavoro di questa Commissione l'OMCeO di Venezia desidera discutere con i colleghi della dipendenza pubblica e privata mettendo a disposizione le proprie risorse anche di tipo consulenziale legale, giuridica ed amministrativo-tributario. Per essere più vicini ai colleghi la Commissione inoltre è disponibile su richiesta a riunirsi diretta-

mente sui luoghi di lavoro della provincia.

Tutti gli iscritti dell'OMCeO di Venezia o colleghi che lavorano nella nostra provincia ma iscritti ad un altro Ordine possono diventare membri della Commissione comunicando la propria disponibilità alla segreteria dell'Ordine: 041989479 o scrivendo una mail ad info@ordinemedicivenezia.it. L'adesione alla Commissione può avvenire in qualsiasi momento.



Salvatore Ramuscello

Commissione per il Territorio: per una “buona sintonia deontologica”

In data 27 febbraio 2009 ha cominciato i lavori la Commissione per il Territorio.

La Commissione è nata per individuare i problemi e le necessità presenti in quest'area della professione, relativi al rapporto con i Colleghi delle altre aree mediche. Vogliamo continuare quel lavoro iniziato tre anni fa di coltivare una mentalità che permetta la massima collaborazione tra tutti i Medici. Cerchiamo di mettere ogni Medico nella condizione di lavorare in armonia con i colleghi smussando quelle difficoltà legate alle incomprensioni. Infatti, la necessità di trovare dei percorsi condivisi che semplifichino l'attività lavorativa quotidiana è un'esigenza sentita da tutti i Medici perché permette di ridurre stress e fatica e fa risparmiare energie che possono essere canalizzate in altri momenti della professione, senza dimenticare che una “buona sintonia deontologica” tra colleghi è sempre auspicabile. La commissione inoltre, si propone di organizzare dei convegni in “periferia” nelle varie ASL della provincia in modo di incontrare i Medici che hanno meno occasione di relazionarsi con l'Ordine e poter discutere assieme le problematiche del mondo medico, in modo di semplificare eventuali conflittualità che emergessero in questi incontri. È un'occasione per trovarci e discutere di tutto ciò che può essere visto come un problema di comunicazione evidenziando problemi e proponendo soluzioni che possano soddisfare tutti, creando quel giusto clima di collaborazione che deve sempre emergere quando si lavora tra colleghi.

Chiunque fosse interessato e volesse partecipare ai lavori della commissione può comunicare il proprio nome, telefono, e indirizzo e-mail alla Segreteria dell'Ordine e verrà regolarmente invitato alle riunioni.

Poiché il Medico oggi si trova sempre più di fronte a situazioni d'imbarazzante dicotomia tra il giuramento ippocratico, sul quale basa la sua attività professionale e le rapide e continue trasformazioni di una società sempre più compressa e multiethnica, scossa da profonde lacerazioni sociali, politiche ed economiche, è necessaria una riflessione sui doveri del medico nella società odierna alla luce del nostro Codice Deontologico. Abbiamo perciò già programmato il primo convegno che si terrà a Chioggia la mattina del 3 ottobre 2009 dal titolo: “*Dovere del*



medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana senza discriminazioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nella accettazione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona. Art. 3 del Codice di Deontologia Medica”.

Ci mancano al momento attuale i dettagli sulla sede sugli orari e sull'organigramma dei relatori, che vi invitiamo a consultare sulle pagine del sito web del nostro Ordine che pubblicheremo appena saranno definiti.

Gelli Giuseppe Fabris

Attività
dell'Ordine

Segnalazione dei Clandestini: FNOMCeO pronta anche all'autodenuncia

Comunicato stampa della *Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri*

8

“Qualora un medico dovesse andare incontro ad una sanzione per mancata segnalazione di un immigrato non in regola con il permesso di soggiorno, il Comitato Centrale della FNOMCeO è pronto ad ogni azione di affiancamento e di sostegno al sanitario, sino ad arrivare all'autodenuncia”.

È questa la forte protesta che viene espressa dall'organo deliberante della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, riunito a Roma a seguito del varo, da parte della Camera, del cosiddetto “Pacchetto Sicurezza” che, in sostanza, introduce per i medici l'obbligo di denunciare gli immigrati “clandestini” che si rivolgono alle strutture sanitarie pubbliche.

Ecco la nota diramata al termine della riunione:

“Il Comitato Centrale della FNOMCeO, riunito oggi – 15 maggio – a Roma, esprime la propria delusione e la propria amarezza per la conclusione dell'iter di approvazione del Decreto Sicurezza che ha lasciato intatte nel dispositivo una parte di quelle norme verso le quali i medici italiani avevano manifestato tutte le loro preoccupazioni e le loro riserve.

Il Comitato Centrale invita quindi i medici italiani ad appellarsi all'articolo 22 del Codice di Deontologia e ai principi del Giuramento Professionale, espri-

mendo una Clausola di Scienza e Coscienza, qualora la norma che introduce il reato di immigrazione dovesse prevedere, contestualmente, l'obbligo di segnalazione del reato (articolo 361-362 del Codice Penale). Ogni medico può esprimere una “Clausola di Scienza” perché queste norme hanno un ritorno negativo sulla tutela della Salute collettiva, rischiando di sottrarre patologie infettive e diffuse al controllo delle strutture sanitarie pubbliche.

E può anche esprimere una “Clausola di coscienza” in ragione del fatto che tale previsione normativa si cala nella Relazione di Cura, spogliando il medico di quella funzione di terzietà, accoglienza e solidarietà che, da sempre, e sino ad oggi, ha caratterizzato la matrice civile sociale ed etica della nostra Professione.

Qualora un medico dovesse andare incontro ad una sanzione per mancata segnalazione, il Comitato Centrale della FNOMCeO è, quindi, pronto ad ogni azione di affiancamento e di sostegno al sanitario, sino ad arrivare all'autodenuncia, rivendicando la commissione della stessa ipotesi di reato.

Il Comitato Centrale si augura – e lo chiede con forza – che venga garantita, al di là di ogni dubbio, l'esenzione dei medici e di tutto il personale sanitario delle strutture pubbliche dall'obbligo di segnalazione del reato di immigrazione clandestina”.

Secondo Simposio Nazionale sulle problematiche di fine vita Etica dell'accompagnamento e desistenza terapeutica

Sabato 16 maggio presso la sala convegni del Novotel di Mestre si è svolto il secondo simposio Nazionale sulle problematiche di fine vita “Etica dell'accompagnamento e desistenza terapeutica” organizzato dall'Ordine dei medici chirurghi e Odontoiatri di Venezia.

Nell'aprire i lavori il Presidente Maurizio Scassola ha affermato: “siamo qui per continuare un percorso, un giovane percorso che abbiamo intenzione di portare avanti a lungo, che riguarda la nostra storia come medici, una rivisitazione del nostro ruolo partendo da tre ambiti: quello sociale,

politico e professionale. L'ambito civile perché io e il mio Consiglio stiamo cercando di sottolineare l'importanza della professione medica di aprirsi, soprattutto in un periodo di grandi contraddizioni, in cui l'ultraspecializzazione sembra imporre, sembra un dogma, noi vogliamo andare





controcorrente e vogliamo recuperare quello che rappresenta la storia, la radice antropologica della professione medica, che è il rapporto con la persona e con la propria comunità di appartenenza. Vogliamo recuperare il ruolo politico della professione nel senso alto del termine, politico come attività che vuole portare alla concretezza nell'ambito dei temi della salute. Il terzo aspetto è la professione; siamo interessati come medici a confrontarci al nostro interno e questo confronto è strategicamente collegato alla rivisitazione del nostro ruolo civile". "Il campo dell'etica – ha proseguito Scassola – è un campo difficile, vastissimo, disseminato di trappole, dove spesso si cerca una mediazione che non è possibile poiché l'etica per definizione rappresenta i diversi vissuti, le diverse culture, le diverse radici, ma l'operazione straordinaria che andiamo a fare come professionisti è quello di sintetizzare queste diverse culture/sentimenti in quello che abbiamo scritto come codice di deontologia medica. Il codice di deontologia non è un libro dei sogni, ma vuole essere la sintesi che portiamo, anche alle nostre comunità, di un percorso sofferto, molto complicato, di sintesi sui valori. Il codice rappresenta anche un riferimento pratico quotidiano per la nostra attività e per il nostro impegno civile".

Introdotta dalla giornalista del Gazzettino Daniela Boresi (che è anche vice presidente del Comitato

regionale veneto di bioetica), moderatrice della prima sessione, Corrado Viafora, professore di Bioetica all'Università di Padova, ha relazionato sul tema "Presupposti e compiti dell'Etica dell'accompagnamento".



"Il morire subisce oggi un notevole prolungamento, una inedita diluizione nel tempo, grazie ai progressi della medicina. Il prolungamento si manifesta paradossalmente in un'epoca di massima rimozione della morte, di negazione

della morte (vista come oscena, da tenere fuori dalla scena della vita sociale). Prima vi era il tabù del sesso, ora della morte". Il professor Viafora ha parlato della solitudine del morente (citando Norbert Elias), "solitudine intesa come mancanza di un orizzonte simbolico capace di far vivere socialmente il morire, di difficoltà di relazionarsi col morente, di mancanza imbarazzante di parole alle quali si supplisce con lo zelo igienista (morire dietro le quinte della vita sociale)". Altro tratto caratteristico della negazione della morte è la volontà di dominio, per usare le parole dell'antropologo Vincent Thomas. "Il morire in ospedale, tipico della società moderna è un morire burocratizzato, tecnicizzato, programmato, ridotto a fenomeno biologico e igienico sanitario, suscettibile di essere modellato in virtù del sapere e del potere". Viafora parla di marginalizzare l'umano per esaltare il gesto tecnico. Citando lo scrittore Ferdinando Camon usa il termine di morte intubata, in forza dello zelo igienista e della volontà di potere, "...i curanti si trasformano in equipe di meccanici, segno e deriva dell'impoverimento che il morire oggi subisce". È praticabile – si chiede Viafora – la sfida dell'etica dell'accompagnamento? Si dovrebbe oltrepassare la negazione/controllo della morte (proteggere il malato terminale ad ogni

Attività
dell'Ordine



costo dalla consapevolezza della morte, accanimento terapeutico) per arrivare all'accompagnamento: riconoscere i limiti della medicina, spostare gli obiettivi terapeutici dal guarire al prendersi cura, restare vicino, esprimere i sentimenti, rispettare i tempi del morire e soprattutto non affrettarne il decorso. I compiti dell'etica dell'accompagnamento sono tre: 1) alleviare il dolore, poiché il dolore inchioda nell'isolamento; nessuna sacralizzazione pertanto del dolore; 2) comprendere gli specifici bisogni del malato terminale, ascoltare la volontà della persona affinché possa esprimere i propri reali sentimenti, affrontando il problema della verità, della comunicazione: processo di consapevolezza che non deve avvenire nell'isolamento; 3) proporzionare le cure, determinare la proporzionalità delle cure (qui – secondo Viafora – ci viene in soccorso il solo magistero della Chiesa Cattolica, che storicamente parlava di mezzi ordinari e straordinari di cura, ora parla di mezzi proporzionati e sproporzionati di cura) che tengano conto dell'effettivo beneficio e rispetto per la vita di quella persona, evitando tecnicismi fine a se stessi.



Don Corrado Cannizzaro, professore di Teologia Morale allo Studium Marcianum di Venezia, ha trattato il tema: "Accompagnamento alla morte, considerazioni teologiche". Suggestisce di partire da una esperienza concreta (l'Hospice Nazareth

di Mestre) per arrivare a comprendere l'esperienza stessa, per cogliere il senso dell'agire e qui si pongono le considerazioni teologiche che mi aiutano a illuminare il mio modo di agire.

1) Osservare l'esperienza: parla dell'accudimento attuato all'Hospice Nazareth ai malati terminali, dell'importanza del controllo dei sintomi, soprattutto del dolore ma poi della massima attenzione posta a quanto gradito dalla persona (ad esempio, mobilitazione e passaggio posturale letto-carrozzina quando richiesto o desiderato dal paziente). È necessario porre grande attenzione alla situazione psicologica; se il malato è consapevole, ha un atteggiamento interattivo e collaborante, è protagonista. Importante poi, secondo Cannizzaro, far ritrovare la dignità personale del malato.

2) Rileggere l'esperienza dell'accompagnamento alla morte: ogni uomo vive una sua particolare situazione, nessuno è una prassi, bensì è necessa-

rio riconoscere l'assoluta dignità di ciascuno nella sua particolare situazione, volontà, nelle scelte condivise. L'Hospice è un contesto di relazioni autentiche, una famiglia che accoglie e fa famiglia, una trama di relazioni che crea e risana relazioni.

3) Riferimento teologico: il prof. Cannizzaro ha concluso il suo intervento ricordando le parole di Gesù: vegliate e pregate con me. Nell'Hospice la persona che muore è inserita in una trama di rapporti, la relazione è la categoria originaria del reale; il cristiano è a favore di tutto ciò che custodisce e promuove la relazione.



È stata poi la volta dell'Avvocato Ugo Bergamo, componente del Consiglio Superiore della Magistratura, che ha svolto il suo intervento sul tema: La legge e i suoi conflitti. Ha esordito ricordando quali sono i riferimenti legislativi fondamentali

della Costituzione italiana in tema di salute, gli articoli 2, 13 e 32 e come tutti considerano la Costituzione come cardine della nostra società. Tra i diritti inviolabili dell'uomo – si è chiesto Bergamo – vi è anche il diritto alla vita o sulla vita? Più chiaro è l'articolo 32: riconoscimento della tutela della salute individuale ma anche della collettività. La giurisprudenza è ondivaga, la politica latitante sui temi di fine vita. Bergamo cita la sentenza della Corte d'appello di Milano (2006): non è configurabile un diritto a morire. La Cassazione ha successivamente ribaltato questo principio nel 2007, introducendo tre principi tuttora "discussi": 1) consenso informato: che secondo questa sentenza non pone nessun limite per nessuno se non per il medico; 2) consenso del rappresentante legale/Tutore e presunta volontà del paziente; 3) il più innovativo: idratazione e alimentazione artificiale vanno considerati senza dubbio trattamento sanitario, che il paziente può rifiutare in modo esplicito o implicito. Bergamo sostiene che il politico è in forte ritardo su questi temi, agisce solo sull'onda dell'emozione, poi quando si spengono i riflettori, tutto rimane come prima. Il legislatore deve attualizzare i quesiti oggi posti dalla società. La vita è un bene disponibile o un bene indisponibile? Un concetto su cui tutti sono d'accordo è l'estensione anche legislativa dell'alleanza terapeutica, che non può ridursi ad un protocollo da seguire, ma deve essere confronto sereno tra paziente e medico, attraverso una scelta cosciente, libera e informata,

autentica e attuale. Criterio di scelta privo di condizionamenti esterni. La sentenza della Corte Costituzionale introduce il consenso presunto; Bergamo dice invece che il consenso deve essere attuale. Il Senato italiano ha approvato un testo di legge che affronta tutte le questioni sul tappeto (che può essere condiviso o meno) e pone alcuni principi: a) diritto alla vita inviolabile e indisponibile fino alla morte accertata; b) dignità della persona; c) l'assistenza medica deve essere finalizzata esclusivamente alla tutela della vita e della salute; d) all'imposizione al medico del consenso finalizzato all'alleanza terapeutica; e) tutela dell'individuo come interesse della comunità. È necessario giungere a conclusione di questo percorso legislativo; lo Stato non può esimersi dall'attualizzare una Costituzione – che pur detta principi ancor oggi validi – all'evoluzione della scienza e della tecnologia.



Cristiano Samueli ha presentato i risultati di una ricerca, condotta dall'Associazione Italiana per le decisioni di Fine vita utilizzando un questionario, somministrato per la prima volta in Italia a manager e imprenditori. Una breve sintesi dello studio

viene pubblicato in questo Notiziario a pag. 15. Trattando di desistenza terapeutica Cristiano Samueli parla di *“cultura di fine vita da implementare/imparare dato che negli ultimi trenta anni nuovi postulati sono stati introdotti in medicina (sostegno funzioni vitali, accertamento della morte su criteri neurologici)”*. Queste nuove possibilità pongono il problema di quando sia opportuno porre limiti alle terapie intensive; qui si inserisce il concetto di desistenza terapeutica. Come sostiene Davide Mazzon: *“doeroso desistere da quei trattamenti che hanno come unica conseguenza un penoso e inutile prolungamento dell'agonia del malato”*. Samueli ha sottolineato con forza che desistenza non è eutanasia (*“l'eutanasia è qualsiasi azione che porta intenzionalmente e deliberatamente a morte il malato, è la soppressione intenzionale della vita di un paziente”*); nulla a che vedere colla desistenza. Questo errore porta a confondere il lasciar morire - che è l'appropriata desistenza, senza travolgere il malato con trattamenti - dal dare la morte (eutanasia). Samueli ha concluso il suo intervento con una domanda: la medicina deve rimanere una professione umanitaria o deve divenire una scienza

za nuova ma spersonalizzata, avente lo scopo di prolungare la vita piuttosto che quello di diminuire la sofferenza umana?

È seguito poi un animato dibattito con numerosi interventi, indi una breve pausa.



Dopo il coffee break la dottoressa Sylvie Menard, consulente dell'Istituto Tumori di Milano ha relazionato su *“Il bene del paziente, l'atto medico nel codice deontologico”* ed è partita proprio dalla sua esperienza di vita; dopo 40 anni di

ricerca sui pazienti neoplastici, da 4 anni è diventata paziente ematologica inguaribile. Cos'è cambiato nella sua vita? Tutto! *“C'è un bisogno di conforto, di sapere che c'è la vita al di là di questa malattia, lo stress della burocrazia/disorganizzazione (appuntamenti, ticket, prenotazione). Terribile poi è la mancanza di rispetto, si diventa non più essere umano ma paziente. La malattia grave a livello personale introduce con forza la consapevolezza della morte (prima della malattia ci si sente immortali) e il dover razionalizzare la propria morte; l'accettazione della propria morte comporta all'opposto una comprensione maggiore del significato della qualità della vita, bene meraviglioso ma limitato”*. La malattia grave agisce anche sulla qualità della vita, secondo Menard, il trauma della diagnosi è più invalidante delle terapie e quasi sempre vi è un iniziale rifiuto delle terapie che altro non è se non un rifiuto della malattia; poi consapevolmente accetta la malattia, mi curo, accetto i disturbi. Menard ha parlato dapprima dei diritti rivendicati dai sani per i pazienti: diritto alla scelta terapeutica, diritto al rifiuto delle cure, diritto al testamento biologico e all'opposto dei diritti richiesti dai pazienti: maggiore rispetto, meno attese, diritto al pudore, alla privacy; che la libertà di cura non diventi uno scarico di responsabilità, che l'informazione non diventi uno scarico di responsabilità. Menard parla di crudeltà del consenso informato, meno del 30% ha capito quello che ha firmato; è fondamentale non essere lasciato solo ad affrontare la malattia, vi è un diritto al conforto, un diritto di vivere una vita degna (il sano all'opposto chiede il diritto ad una morte degna). Al termine del suo intervento Sylvie Menard ha affermato che il valore della vita per il sano e per il malato è spesso molto diversa e sul Testamento biologico: *“ha poco senso, nessuno sa come reagirà in caso*

di malattia invalidante". Sul diritto all'eutanasia suggerisce di sentire il parere dei pazienti terminali (in una indagine condotta a Milano solo 2 pazienti su 40.000 hanno chiesto l'eutanasia...).



Luciano Orsi, medico responsabile della Rete di Cure Palliative di Crema ha relazionato su "La desistenza terapeutica nelle cure palliative". I principi di base delle cure palliative sono: a) affermare la vita; b) guardare alla

morte come un processo normale; c) non accelerare né posticipare la morte, trasformare la morte da morte attesa a "buona" morte, ovunque essa avvenga: in corsia, in hospice, a domicilio. La buona morte o morte gestita dipende soprattutto da scelte etiche e non cliniche. Orsi ha parlato della carta dei diritti dei morenti, che considera cuore delle cure palliative, *"ma penso che possa essere il cuore di tutta la medicina che si occupa di cronicità avanzata, in cui la medicina deve lasciare spazio all'etica, al coinvolgimento del paziente e fare un percorso assieme"*. Dall'inizio della malattia, quando viene fatta la diagnosi, a tutti i vari percorsi terapeutici si passano quotidianamente dei bivi decisionali (faccio, non faccio, accetto, non accetto). Nelle fasi avanzate si arriva ad un bivio inevitabile: la sospensione dei trattamenti contro la malattia e l'attivazione di cure palliative. Qui urgono secondo Orsi la pianificazione anticipata delle cure e direttive anticipate in quanto *"strumento fondamentale per permettere al paziente – mentalmente capace – di controllare la gestione della fase avanzata della malattia e della sua morte"*. Orsi ha poi parlato dei principi generali dell'etica medica: autonomia, beneficiabilità e giustizia distributiva. Ha sottolineato il concetto di autonomia del paziente, di *"lasciti affettivi possibili solo se consapevoli"*. Orsi poi ha parlato di trattamenti proporzionati/sproporzionati, di limitazione terapeutica e che la rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale a suicidio o eutanasia. *"Compito del medico è quello di camminare a fianco, non davanti né dietro al paziente, senza spingerlo né tirarlo perché è il paziente che sceglie la direzione del cammino"*.

È poi seguita una tavola rotonda sul 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?".



Amedeo Bianco, Presidente Nazionale Omceo, nel rispondere al quesito se il nostro attuale Codice Deontologico – che risale al 2006 e che a sua volta riformava quello del 1998 – ci aiuta a trovare delle risposte

alle problematiche di fine vita, ha detto che su questi temi non ci sono stati grandi cambiamenti, pur ritenendoli necessari, essendo una carta viva. Gli avvenimenti degli ultimi anni (accanimento terapeutico, la coraggiosa rivisitazione del concetto di alleanza terapeutica) dovrebbero spingere a qualche ulteriore cambiamento, nonostante il nostro Codice deontologico (Carta viva lo ha definito) abbia recepito concetti di bioetica e sperimentazione. Il nostro codice deontologico ha mantenuto fermi i grandi principi di bioetica e su queste grandi questioni dice tre grandi "no": no all'accanimento terapeutico ovvero alla sproporzionalità delle cure (futility in lingua inglese); no all'abbandono terapeutico, in rispetto al principio di giustizia (mai il costo deve essere un discriminante); infine no all'eutanasia. Si invece al principio di autodeterminazione del paziente, nella sua accezione dinamica. Secondo Bianco ogni relazione è unica e irripetibile, non standardizzabile. *"Se questa è la relazione di cura, se questa è davvero fondata nell'incontro tra mondi, sensibilità, dove anche il medico è autore non solo di competenze, ma di valori morali, di interpretazione della vita che mette in gioco, che mette a disposizione in questa relazione, ebbene, ha scandito con forza Amedeo Bianco, in questa relazione delicatissima non deve entrare a gambe tese il diritto, per questo parliamo di diritto mite in un'etica forte, per questo riteniamo che la legge debba scrivere all'ingresso di una camera dove si muore no all'accanimento, no all'abbandono, no all'eutanasia ma poi debba fermarsi lì, non debba entrare la legge in una camera dove si muore. Questo debba essere affidato alla grande, straordinaria costruzione di una relazione tra due mondi, tra due universi"*.



Nel suo intervento il Senatore Ignazio Marino ha esordito ricordando la difficoltà implicita in un "mestiere" di aiuto in una situazione difficile come è la malattia, causa di disorientamento e di ansia in ognuno. Negli USA

dal 2002 viene dato valore economico al tempo di colloquio con il paziente; ciò è importante perché il tempo delle parole è tempo di cure. Sul fatto che qualcuno necessariamente debba decidere, Marino ha riferito di una ricerca del Mario Negri di Milano (che ha riguardato nel 2005 un centinaio di reparti di rianimazione su 400 in Italia) dalla quale risulta che i rianimatori fanno desistenza terapeutica nelle ultime 72 ore di vita, ovvero sospendono le terapie nel 62% delle situazioni, facendolo in scienza e coscienza, prendendo pertanto delle decisioni irrevocabili. Non basta allora il Codice deontologico nei momenti di decisione, serve la possibilità – soltanto per chi lo vuole – di lasciare delle indicazioni. Ci vuole un momento di decisione condiviso con la famiglia rispetto al proseguire delle cure, nel prendere questa decisione se prolungare o meno le cure. Questa importantissima decisione chi la deve prendere, si chiede Marino? la deve prendere il medico rianimatore? Secondo Marino noi abbiamo preso una strada di scrivere una legge che metterà il medico stretto tra Codice deontologico che gli dice di rispettare le indicazioni del paziente e dall'altro ha una legge che dice: nutrizione artificiale e idratazione non possono essere oggetto di indicazione, di sì o no, da parte del paziente. Marino contesta che la legge affermi: *“che ciò che dice il paziente non è vincolante e può essere disatteso in qualunque momento dal medico”*, questa non è una legge leggera o mite, è una legge fuori dalla struttura giuridica del nostro Paese. La legge non deve dare indicazioni morali bensì giuridiche. Cita poi Aldo Moro che nel lontano 1947 disse sulla libertà di scelta, di autodeterminazione (art. 32 della Costituzione, salute come diritto della persona): *“si tratta di un problema di libertà individuale che non può non essere garantito dalla Costituzione, quello cioè di affermare che non possono essere imposte obbligatoriamente ai cittadini pratiche sanitarie”*. Noi abbiamo un ottimo codice deontologico, oggi ci troviamo di fronte ad un pericolo, ad una legge che va contro la libertà di scelta, contro il testamento biologico. Serve invece una legge che dia libertà di scelta e qui Marino ha parlato del DL numero 10, depositato al Senato che tratta delle cure palliative, della creazione di nuovi hospice, di aiuto tangibile nel momento della sofferenza.



Maurizio Benato (Vice Presidente Fnomceo) ha affermato che l'esperienza è fonte della nostra conoscenza. Ma questa conoscenza noi medici la riceviamo? La medicina è una felice sintesi di scienza, pensiero esisten-

ziale ed etica. La formazione universitaria – causalistica – ha perso l'approccio al malato, l'approccio a questi momenti unici, irripetibili e singolari. Si pone pertanto con urgenza il problema della formazione del medico su questa esigenza critica (morte non più naturale).



Gianluigi Gigli, professore di neurologia all'Università di Udine, rispondendo a Bianco ha esordito dicendo che chi è entrata a gamba tesa nel dibattito è stata la magistratura; bastava la Costituzione, il Codice penale e la deontologia medica a regolare i comportamenti dei medici. Dobbiamo riflettere sulla natura del consenso informato poiché c'è imbarazzo su questo, non c'è univocità sui concetti di consenso esplicito, consenso presunto, consenso “ricostruito”. Il prof. Gigli ha poi parlato di idratazione e alimentazione artificiali, diventati trattamenti medici a partire da un caso clinico preciso, quello della statunitense Nancy Cruzan. Se il paziente non muore della sua malattia (es. Sla) è necessario idratare/alimentare artificialmente. Per Gigli eutanasia è *“ogni azione od omissione che per sua natura e nelle intenzioni affretti la morte del paziente”* e riferendosi al lacerante caso Englaro, ha parlato di morte della medicina ippocratica. Secondo il prof. Gigli deve essere il medico, nell'alleanza col paziente, in un incontro di fiducia e responsabilità, a stabilire che cosa deve essere fatto.



Claudio Cricelli (Presidente nazionale della Società italiana di medicina generale) ha esordito affermando che la medicina vive nel quotidiano. La medicina di famiglia è una medicina dell'accoglienza (*“non faremo mai i delatori”*), è una professione di prima linea, una professione di aiuto. Cricelli ha fatto notare una cosa “strana”, i medici di medicina generale si sono scatenati contro le norme sui clandestini (centinaia di mail, di telefonate, di lettere) ma nessuno o rari sul testamento biologico (disposizioni di fine vita) che coinvolgeva – secondo il disegno di legge Calabrò – proprio i medici di famiglia nella raccolta dei dati. Ha citato l'art. 9 del Ddl Calabrò che nelle disposizioni finali afferma *“...è il medico di famiglia che decide sulle*

Attività
dell'Ordine

decisioni di fine vita (sopra di lui c'è solo il giudice tutelare) ed ha motivatamente esposto all'uditorio le difficoltà di ordine pratico (banalmente: assenza o l'impossibilità di contattare il medico) della applicazione di questa norma". Cricelli ha ricordato che c'è un solo archivio vero di tutti i cittadini italiani, l'elenco degli assistibili in Italia, quello cioè dei mmg.



Davide Mazzon (Direttore del reparto di rianimazione di Belluno nonché coordinatore SIAARTI) afferma di essere testimone della disarmonizzazione tra ciò che ci chiede la società civile e il mondo professionale ("la necessità di temperare i

profondi avanzamenti del progresso tecnico-scientifico con le scelte esistenziali individuali") e ciò che proviene dal mondo istituzionale, inteso come politica e comitato nazionale di bioetica. Questi sono i pilastri che regolano deontologicamente il rapporto tra medico e paziente: 1) il consenso informato, inteso soprattutto come alleanza terapeutica, sorta di camera compensatoria tra due autonomie; 2) il dovere medico di intervenire che trova un limite invalicabile nel rifiuto di cura espresso dal paziente; 3) l'obbligo deontologico di rispettare le dichiarazioni anticipate di volontà. Questa armonizzazione è venuta meno pur nell'autonomia e responsabilità del medico in accordo col paziente. Le società scientifiche dicono una cosa, la politica ne dice un'altra: ecco lo iato. Come esempi dell'attuale disarmonizzazione Mazzon ha portato due esempi. Ha citato dapprima il documento del Comitato nazionale di bioetica sulla gestione dei prematuri estremi, che si è tradotto in raccomandazione del Consiglio superiore della Sanità, che dice che i neonati pretermine – dal momento che l'età gestazionale non ha nessun valore predittivo – devono essere rianimati a prescindere e quello sulla nutrizione artificiale, che non è un trattamento sanitario medico/infermieristico e che le direttive anticipate sono fattibili solo in merito a trattamenti sproporzionati o sperimentali. Secondo Mazzon è violenza inaudita dire che alla fine della vita, in urgenza/emergenza, queste direttive non hanno valore; proprio nel momento in cui la persona è maggiormente vulnerabile. Il codice è più che sufficiente per indirizzare le scelte etiche dei medici, non serve una legge sulla fine vita.

Intervenendo brevemente sul testamento biologi-

co Amedeo Bianco ha affermato che la Fnomceo ha consultato le società scientifiche per questa necessaria pausa di riflessione.



È intervenuto infine il sindaco di Venezia, prof. Massimo Cacciari: *"Stiamo vivendo su questi temi un momento abbastanza traumatico. Faccio mio l'appello ad affrontare questo tema con grande rispetto reciproco e pieno riconoscimento dei valori di*

cui ognuno si ritiene portatore. Il tema per me più delicato è quello dell'intervento necessario/non necessario della politica in una materia così delicata. Certo sarebbe bello se tutto si potesse risolvere nel rapporto umano, esistenziale medico/malato, però realisticamente ritengo che ciò non sia più possibile. La gravidanza con cui la scienza, il complesso tecnico-scientifico interviene nella vita, la potenza che ormai è in grado di esprimere nel determinare proprio la vita; come pensiamo pensare che ciò possa avvenire senza un interessamento diretto proprio della politica, anche con tutta la sua incompetenza sulla materia che voi state affrontando. Oggi si parla di Biopolitica e credo che si tratti di un termine esatto; oggi la politica ha a che fare con il mondo della vita che – come mai in passato – la scienza è in grado di determinare. Non si tratta più di una medicina che cura, di una medicina che viene ex-post rispetto alla vita, è più che medicina, è una meta-medicina. Le scienze biomediche hanno questo potere e si interconnettono con la politica, è una fase drammatica in cui ci muoviamo ancora del tutto a tentoni e per questo è necessario quel richiamo alla moderazione, al rispetto, alla riflessione". In riferimento poi alla medicina ippocratica, Cacciari afferma che *"...quel quadro etico-valoriale va trasformato, ci obbliga ad una forte modificazione e dobbiamo saper procedere per prove ed errori, con grande capacità anche di reversibilità, poiché è un quadro ancora del tutto incerto. È facile sorridere sulla confusione dei testi legislativi italiani, contraddittori... ma in questo caso particolare più che in altri è scusabile".*

Sul consenso informato/testamento biologico Massimo Cacciari pone soprattutto alcune domande: quando chiedere il consenso, quando mi informo, chi mi informa, cosa posso scrivere in questo testamento? Posso scrivere le cure che voglio e che non voglio? Come faccio a sapere cosa ci sarà in futuro? E se dovessi cambiare idea? *"Qui deve esserci più spazio alla libertà, alla mia libertà,*

oggi ho una mia consapevolezza, scrivo adesso il mio testamento ma... ambiguità, posso cambiare parere, il discorso è necessariamente approssimativo. Non è possibile trovare una definizione normativa del testamento biologico, è una procedura, un'arte". Cacciari parla di deliri normativistici in una Società del rischio ma anche della litigiosità permanente. Una volta la Società civile era meno impaziente e meno esigente. Oggi c'è un principio fondamentale, filosoficamente parlando: qualunque norma non può ledere la mia libertà, la libertà – secondo Cacciari – è il valore della contemporaneità. *“È nostalgia reazionaria mettere paletti a questa libertà. Ogni intervento legislativo non deve*

ledere questo principio, altrimenti incentiveremmo la medicina di classe: chi può va all'estero, chi non può resta in Italia, qualora la legge normi in modo da limitare la mia libertà (vedi questione dell'aborto/fecondazione artificiale), contrasti l'opinione comunis. Ci vuole pertanto saggezza, moderazione, dialogo, ricordando che la libertà è il valore moderno invalicabile nel mondo".

Alle ore 14.15 si chiude il Simposio.

Franco Fabbro

Foto: G.Mazzega - Interpress photo

Imprese e problematiche di fine vita: un progetto possibile?

A cura dell'Associazione Italiana per le Decisioni di Fine Vita (AIDeF)

Nelle aziende si parla ormai da tempo di “Risorse Umane” per indicare le persone che collaborano con l'imprenditore per il raggiungimento degli obiettivi aziendali. Vengono appunto definite risorse perché rappresentano una fonte di ricchezza.

Trattandosi però di persone, chi si occupa di gestione aziendale e organizzazione (dagli imprenditori ai manager e soprattutto ai direttori del personale) non può sottovalutare le problematiche particolari che possono presentarsi, soprattutto quelle relative all'aspetto psicologico, ai problemi che affliggono l'essere umano anche al di fuori delle organizzazioni aziendali ed alle possibili conseguenze che tutto ciò può avere poi sul coordinamento organizzativo e sull'efficacia e l'efficienza aziendale.

Partendo da tali considerazioni, la presente ricerca ha voluto ampliare i concetti del clima organizzativo, per arrivare a toccare delle questioni molto delicate ma fondamentali per la vita di ogni individuo non riconoscendolo soltanto come un componente dell'azienda ma anche come una persona con proprie esigenze e problematiche interiori.

In questo scenario l'Associazione Italiana per le Decisioni di Fine Vita (AIDeF), l'Associazione Laureati in Economia Aziendale di Cà Foscari (ALEA), Salone d'Impresa ed il Gruppo Giovani Imprenditori di Apindustria Padova hanno analizzato come venga affrontato nelle differenti realtà aziendali il difficile tema delle problema-

tiche di “fine vita” dei collaboratori o dei loro familiari e soprattutto si è voluto capire se sia necessario sviluppare un progetto di supporto alle aziende in cui confluiscono oltre a quella aziendale anche altre competenze come quella psicologica e medica.

L'analisi è stata effettuata su circa 300 aziende, soprattutto venete, attraverso la somministrazione di un questionario contenente 11 domande mirate ad analizzare i seguenti punti:

- il livello di consapevolezza delle problematiche di fine vita in azienda,
- il livello di interesse personale dell'impresa al tema del fine vita,
- il livello di interesse riguardo alle ripercussioni aziendali della tematica,
- l'attuale livello sociale,
- il livello di azione possibile.

Conclusioni

Il quadro generale che è emerso da questa ricerca è particolarmente ricco di riflessioni. Un grande silenzio avvolge nella nostra società i temi della morte e del lutto. Sono argomenti difficili da affrontare, oggetto di una grande rimozione collettiva. Eppure tutti facciamo l'esperienza del lutto e cerchiamo di uscirne. Anche l'ambiente economico non può sottrarsi a questo problema poiché le aziende sono formate da persone che trascorrono il maggior tempo della loro giornata lavorando.

Partendo dalla constatazione che il 52% delle

Attività
dell'Ordine

risposte date alla domanda *“Ha mai pensato al problema del fine vita in relazione al sistema organizzativo aziendale?”* afferma di non averci mai pensato e che il 79% degli intervistati risponde negativamente alla domanda *“Si è mai confrontato con altri colleghi sull'argomento?”*, si assiste però ad una crescente sensibilità verso la tematica del fine vita anche per le possibili implicazioni organizzative ed economiche. Questo è dimostrato dalla domanda *“Considera che questa problematica possa comportare rilevanti implicazioni a livello organizzativo?”* a cui il 78% risponde abbastanza e dalla successiva domanda *“Pensa che questo problema possa avere conseguenze nel rendimento dei suoi dipendenti?”* a cui il 71% ha risposto abbastanza e molto. Un aspetto positivo è evidenziato dal fatto che il 74% degli intervistati ha reagito all'evento, principalmente attraverso la partecipazione al lutto. Da tutto questo si evince che il datore di lavoro è consapevole del problema ma non sa come affrontarlo tanto che se alla domanda *“Come si è comportato con il collaboratore o con la sua famiglia?”* il 74% risponde di aver partecipato al lutto, a quella *“Ha pensato a come sarebbe opportuno agire per un suo collaboratore in situazione di fine vita?”* il 41% pensa sia giusto partecipare al lutto mentre il 38% pensa sia corretta una visita personale. Inoltre emerge dalla ricerca che sebbene fino ad oggi il 92% delle aziende intervistate non hanno

usufruito di nessun supporto di tipo psicologico per affrontare questi tragici eventi, un'altissima percentuale (83%) ha risposto che al sistema organizzativo sarebbe utile un'azione di supporto psicologico qualora si verificasse una situazione di fine vita. Tutto ciò conferma che c'è un problema socio-culturale in cui il tema della morte e del lutto sono ancora argomenti tabù che il più delle volte vengono risolti in malo modo da soli ed in silenzio.

Il dolore di un lutto sconvolge il nostro modo di sentire e di essere, modifica le nostre reazioni emotive e le nostre reazioni fisiche: immunologiche, metaboliche, endocrinologiche e quindi anche il rendimento lavorativo. Ma non solo, poiché un lutto non elaborato può portare ad un lutto patologico. Per questo motivo è importante il risultato della ricerca che evidenzia come nelle aziende ci dovrebbe essere un sostegno psicologico per aiutare i lavoratori a superare adeguatamente le difficoltà personali ed intrapersonali e ristabilire un clima organizzativo idoneo e produttivo. Infine da questa ricerca scaturisce la rilevante esigenza di manager ed imprenditori di essere formati ad affrontare le dinamiche aziendali legate alle problematiche di fine vita del proprio personale.

La ricerca è stata presentata al Secondo Simposio Nazionale sulle decisioni di fine vita tenutosi a Mestre il 16 maggio 2009

Documento del Consiglio Nazionale della FNOMCeO sulle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento

Lil Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), riunito a Terni il 13 giugno 2009, in relazione al vasto dibattito sviluppatosi sul tema delle *Dichiarazioni Anticipate di Trattamento* (DAT) che direttamente e profondamente coinvolge l'autonomia e la responsabilità della pratica medica, ribadisce anche in questa materia il proprio ruolo di guida e di indirizzo sulla base dei principi che ispirano il Codice di Deontologia Medica quale espressione sintetica e condivisa delle tante sensibilità e culture che animano e che sono la ricchezza etica e civile della nostra professione. Ribadisce altresì che questi principi, in un'epoca di profonde trasformazioni sociali, di molteplici pre-

senze di etnie, religioni e culture che diversificano le comunità in tante orgogliose identità, in un mondo sempre più unificato dalla tecnica, rappresentano un punto di riferimento per la civile convivenza, per la riaffermazione dei valori etici della solidarietà umana.

Principi etici che assumono particolare significato nei momenti in cui ogni essere umano, dinnanzi alla malattia ed alla morte, diventa più fragile e pone domande ardue e personali a sé stesso ed a quanti portano l'onere della sua cura.

Ai medici, pertanto, spetta il difficile compito di trovare, all'interno dei suddetti principi, il filo del loro agire posto a garanzia della dignità e della libertà del paziente, delle sue scelte, della sua salute fisica

e psichica, del sollievo dalla sofferenza e della sua vita in una relazione di cura costantemente tesa a realizzare un rapporto paritario ed equo, capace cioè di ascoltare ed offrire risposte diverse a domande diverse. Il Codice di Deontologia Medica, nel complesso delle sue norme generali e specifiche, traccia questo percorso finalizzato a trasformare la relazione fra medico e persona assistita in un'alleanza terapeutica quale espressione alta e compiuta di pari libertà e dignità di diritti e doveri, pur nel rispetto dei diversi ruoli. L'autonomia decisionale del cittadino, che si esprime nel *consenso/dissenso informato*, è l'elemento fondante di questa alleanza terapeutica, al pari dell'autonomia e della responsabilità del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia. In questo equilibrio, alla tutela e al rispetto della libertà di scelta della persona assistita deve corrispondere la tutela ed il rispetto della libertà di scelta del medico, in ragione della sua scienza e coscienza.

Lo straordinario incontro, ogni volta unico e irripetibile, di libertà e responsabilità non ha dunque per il nostro Codice Deontologico natura meramente contrattualistica, ma esprime l'autentico e moderno ruolo del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia. In questo nucleo forte di relazioni etiche, civili e tecnico-professionali il soggetto di cura e il curante, è ciascuno "auto-re" di scelte, ovvero entrambi esprimono l'autonomia e la responsabilità che caratterizza ogni alleanza terapeutica e che in tal senso compiutamente rappresenta il luogo, il tempo e lo strumento per dare forza, autorevolezza e legittimazione a chi decide e a quanto si decide.

Ogni alleanza terapeutica, nella sua intimità ed unicità, assume straordinario significato nelle decisioni e nei comportamenti che riguardano le relazioni di cura che affrontano condizioni a prognosi infausta in fase terminale e/o caratterizzate da una perdita irreversibile della coscienza. La professione medica coniuga quindi i suoi saperi e le sue competenze con i grandi principi che guidano, sotto il profilo deontologico, il moderno esercizio professionale:

- *il principio di giustizia* che vieta al medico di discriminare i pazienti per condizione fisica e/o psichica e per ragioni sociali, economiche, etniche e religiose;
- *il principio di beneficienza e non maleficenza* che sancisce l'obbligo inderogabile in capo ad ogni medico di garantire la salute e la vita del proprio paziente nel rispetto dei suoi valori di riferimento, degli aspetti propri della persona e vissuti nella sua personale esperienza;
- *il principio dell'autodeterminazione del paziente* che riconosce alla volontà informata e consapevole del singolo paziente capace, il diritto di scegliere o non scegliere se attuare o sospendere i trattamenti diagnostico-terapeutici. Il Consiglio Nazionale ritiene

inoltre che vada data pari dignità e rilevanza al *principio di autonomia e responsabilità del medico* che può dunque sottrarsi a quella relazione di cura di cui non condivide le prospettive tecnico-professionali in ragione di scienza e/o quelle etiche. Questo richiamo ad un pieno riconoscimento della libertà di scienza e coscienza del medico, non ha come obiettivo la restaurazione di surrettizie forme di neopaternalismo, ma si propone responsabilmente come tutela dell'autonomia del cittadino, laddove la crescente complessità della moderna medicina, a fronte di straordinarie prospettive di diagnosi e cura, sempre più spesso accende dilemmi tecnici ed etici che scuotono le certezze e le coscienze dei singoli medici e dei loro pazienti e lacerano il comune sentire etico e civile delle comunità.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che la libertà di scienza e coscienza del medico deve responsabilmente collocarsi all'interno dei seguenti confini:

- sul piano tecnico professionale deve riferirsi alle migliori pratiche clinico-assistenziali basate sulle prove di efficacia, sicurezza ed appropriatezza di cui ogni medico porta responsabilità non delegabile, sul piano civile deve promuovere e trasferire nella relazione di cura il rispetto di tutti i diritti individuali protetti dalla nostra Costituzione;
- sul piano etico deve rispettare le norme del Codice Deontologico che si rifanno ai grandi principi sanciti da varie autorevoli fonti che hanno segnato la storia della nostra deontologia, dal Codice di Norimberga alla Dichiarazione di Oviedo.

A tale riguardo il Consiglio Nazionale ribadisce che secondo il Codice Deontologico il principio dell'obbligo di garanzia (beneficienza-non maleficenza) viene infranto quando il medico, intenzionalmente e con mezzi idonei, opera per la fine della vita anche se ciò è richiesto dal paziente (*eutanasia*) o insiste in trattamenti futili e sproporzionati dai quali cioè fondatamente non ci si può attendere un miglioramento della malattia o della qualità di vita (*accanimento diagnosticoterapeutico*).

Il Medico lede altresì il principio di giustizia se trascura di offrire un progetto di cura efficace e proporzionato al miglioramento della malattia o della qualità di vita al paziente terminale o incapace o comunque fragile (*abbandono terapeutico*) e viola il principio di autonomia del cittadino se insiste nell'intraprendere o nel perseverare in trattamenti rifiutati dal paziente capace ed informato.

La persona incapace a manifestare le proprie volontà sulla sua malattia e sulla qualità della sua vita è doppiamente fragile e la sua solitudine ad esprimersi fa più grande quella del medico che deve comunque decidere.

D'altra parte lo straordinario sviluppo delle procedure e delle tecniche di mantenimento delle funzioni vitali

nelle fasi avanzate di malattie cronico degenerative (neoplastiche, metaboliche, autoimmuni, vascolari etc.) o di recupero delle stesse in condizioni di emergenza (arresti cardiaci, accidenti cerebrovascolari devastanti, grandi traumi cranici, etc.) e poi sostenute per un tempo indefinito, determina in numero sempre più consistente una tipologia di pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale sui trattamenti diagnostico-terapeutici compresi quelli idonei a supportare nel tempo la condizione di totale ed irreversibile perdita di coscienza di sé ed assoluta incapacità di relazione con l'ambiente.

Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) intervengono in queste condizioni quale espressione particolare ed eccezionale del consenso del paziente che, informato, consapevole e quindi al momento capace, dichiara i suoi orientamenti sui trattamenti ai quali desideri o non desideri essere sottoposto nell'eventuale sopravvenire di una condizione irreversibile di incapacità di esprimere le proprie volontà. Principio che è saldamente presente nel Codice di Deontologia Medica fin dalla revisione del 1998 e confermato successivamente nel 2006 (art. 35 ...*Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.* art.38 ... *Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere le proprie volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato*) delineando quell'opportuno bilanciamento tra diritto all'autonomia del cittadino e obbligo di garanzia proprio del medico. Per il Codice Deontologico questi due principi non sono infatti ontologicamente conflittuali laddove, soprattutto nelle circostanze più difficili, le funzioni di garanzia del medico devono, tra l'altro, supportare e motivare le scelte del paziente, così come la volontà del paziente deve illuminare ed orientare le funzioni di garanzia del medico.

In relazione al processo legislativo riguardante il progetto di legge concernente "*Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento*" approvato in prima lettura al Senato, la FNOMCeO, a seguito di approfondito dibattito con le Società Medico-Scientifiche e con le Associazioni di tutela dei pazienti e dei consumatori, ritiene che la compiuta funzione di garanzia del medico verso i pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale e le loro scelte rende pressante la necessità di ridefinire nuovi profili di cura e di avvicinare a questa responsabilità tecnico professionale la presa in carico globale di queste fragilità che va oltre l'impegno dei soli medici.

Sul piano generale, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene necessario così definire le seguenti questioni:

- L'informazione posta alla base dell'alleanza terapeutica deve avvalersi di un investimento formativo tale da garantire l'efficacia e l'appropriatezza della comunicazione;
 - Ai processi di cura coinvolgenti pazienti con bisogni assistenziali così impegnativi e complessi vanno previsti programmi osservazionali sugli esiti dei trattamenti in termini di sollievo dalle sofferenze e qualità della vita;
 - Va concretizzato un forte impegno della ricerca, sia in campo diagnostico che terapeutico, per migliorare le evidenze scientifiche già oggi disponibili e per sviluppare altresì la cultura e la pratica della palliazione sia negli ambiti tradizionali delle malattie neoplastiche terminali sia in quelli nuovi ed altrettanto impegnativi delle malattie cronico degenerative avanzate caratterizzate da compromissione o perdita irreversibile dello stato di coscienza;
 - Va definita e finanziata una rete nazionale efficace ed accessibile di servizi che garantiscano Livelli Essenziali di prestazioni sanitarie ed assistenziali, idonee a rendere accessibile per questi pazienti e le loro famiglie il diritto ad un'esistenza rispettosa della dignità delle persone che sono curate e di quelle che si prendono cura.
 - Nelle specifiche condizioni oggi inquadrare come stati vegetativi, la comunità scientifica deve consolidare le evidenze relativamente agli aspetti preventivi, diagnostici, terapeutici e prognostici attraverso l'elaborazione di specifiche linee-guida, la valutazione degli esiti dei trattamenti riabilitativi, di nutrizione artificiale e di altri eventuali trattamenti di supporto vitale, di prevenzione e gestione delle complicanze (infezioni, embolie, trombosi, etc.) anche al fine di costruire un apposito Registro Osservazionale.
- In riferimento ad alcune controverse e più specifiche questioni connesse alle DAT, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che le seguenti considerazioni possano aiutare la ripresa di un confronto sereno nel Parlamento e nel paese in grado di offrire soluzioni alte e condivise.
- È nostra convinzione che le previsioni del Codice di Deontologia Medica abbiano forza giuridica ed etica e siano di per sé idonee ad orientare e legittimare le decisioni assunte in una alleanza terapeutica ma il conflitto tra competenze legislative e competenze giudiziarie che ha fatto seguito alla vicenda Englaro, ha determinato una forte accelerazione del processo legislativo in materia di dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) al fine di definirne gli ambiti di efficacia.
 - Su queste delicate ed intime materie il legislatore

dovrà intervenire formulando un “diritto mite” che si limiti cioè a definire la cornice di legittimità giuridica sulla base dei diritti della persona costituzionalmente protetti, senza invadere l'autonomia del paziente e quella del medico prefigurando tipologie di trattamenti disponibili e non disponibili nella relazione di cura. Ognuna di

queste, unica e irripetibile contiene tutte le dimensioni etiche, civili e tecnico professionali per legittimare e garantire la scelta, giusta, nell'interesse esclusivo del paziente e rispettosa delle sue volontà. L'autonomia e la responsabilità del medico, sono a garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti sono accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza, solidarietà. Tali dichiarazioni vanno espresse in forma scritta, sottoscritta e datata, conseguente ad una informazione medica di cui resta idonea documentazione.

· In tale contesto vanno chiaramente definite le condizioni nelle quali queste assumono il valore giuridico ed etico di espressione di una volontà “capace”, ovvero se riferita solo agli stati vegetativi o se anche a tutti gli altri stati patologici che si manifestano nel corso di malattie cronico degenerative caratterizzati da una perdita irreversibile della coscienza di sé e dell'ambiente configuranti quindi un'incapacità ad esprimere volontà attuali. · Le dichiarazioni anticipate rappresentano scelte libere e consapevoli che possono essere in ogni momento revocate o aggiornate e non devono contenere richieste di atti eutanasi o riconducibili a forme di trattamenti futuri e sproporzionati (accanimento terapeutico).

· Le dichiarazioni anticipate vanno attualizzate prevedendone una scadenza temporale di validità al termine del quale possono essere rinnovate.

· Le dichiarazioni anticipate vanno contestualizzate sotto il profilo tecnico-professionale non allo scopo di eludere le specifiche volontà del paziente ma al fine di verificare la sussistenza o meno delle condizioni cliniche e delle valutazioni tecniche che le hanno informate.

· In presenza di dichiarazioni anticipate si ritiene opportuno che nelle particolari situazioni cliniche, inquadrare come stati vegetativi, le condizioni di irreversibilità del danno neurologico siano indagate, valutate e certificate secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili da trasferire in analitici e rigorosi protocolli diagnostici e prognostici, unici a livello nazionale.

· In accordo con una vasta ed autorevole letteratura scientifica, la nutrizione artificiale è trattamento assicurato da competenze mediche e sanitarie, in grado di modificare la storia naturale della malattia, calibrato su specifici problemi clinici mediante la prescrizione

di nutrienti, farmacologicamente preparati e somministrati attraverso procedure artificiali, sottoposti a rigoroso controllo sanitario ed infine richiedente il consenso informato del paziente in ragione dei rischi connessi alla sua predisposizione e mantenimento nel tempo. La sua capacità di sostenere funzioni vitali, temporaneamente o definitivamente compromesse, ne motiva l'impiego, in ogni progetto di cura appropriato, efficace e proporzionato, compresi quelli esclusivamente finalizzati ad alleviare le sofferenze. In queste circostanze, le finalità tecniche ed etiche che ne legittimano l'utilizzo definiscono anche i suoi limiti, sui quali può intervenire la scelta informata e consapevole, attuale o dichiarata anticipatamente del paziente e la libertà di scienza e coscienza del medico.

· L'eventuale individuazione della figura del “Delegato/Fiduciario”, richiede una puntuale definizione del suo ruolo che si auspica sia di vigilanza sulle applicazioni delle dichiarazioni anticipate, esercitando una funzione di cooperazione con il medico curante al fine di evitare conflitti tra le due funzioni di tutela dovendo entrambi perseguire il migliore interesse del paziente.

· Va previsto per il medico e per tutto il personale sanitario il diritto all'obiezione di scienza e coscienza rispetto ai contenuti delle dichiarazioni anticipate ciò in forza di quanto già previsto in altri contesti dall'ordinamento giuridico e dallo stesso Codice di Deontologia Medica. Ovviamente per il medico obiettore rimangono gli obblighi deontologici di continuare la sua assistenza fino a quando un altro collega, in un'altra relazione di cura, assumerà quelle volontà.

· Il dispositivo legislativo, nel definire gli ambiti di efficacia giuridica del consenso informato, deve altresì chiaramente prevedere che gli atti commessi o omessi dai medici e dai sanitari in osservanza delle volontà giuridicamente valide, escluse quelle eutanasiche o di assistenza al suicidio, li esonerano da qualsivoglia responsabilità civile e penale.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene indispensabile l'istituzione di un Osservatorio Nazionale sui comportamenti e le scelte di fine vita, implementando e diffondendo sul territorio la cultura della cura di fine vita e gli strumenti affidabili e confidenziali di rilevazione dei fenomeni. anche attraverso campagne di informazione del pubblico e formazione del personale, in particolare finalizzate a chiarire gli scopi, i limiti etici e giuridici delle dichiarazioni anticipate.

FNOMCeO

**Federazione Nazionale
Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri**

Uno sforzo collettivo contro l'abusivismo sanitario

Un collega scrive al presidente CAO a proposito delle notizie comparse sulla stampa riguardo una campagna contro l'abusivismo

Al presidente della Commissione Albo Odontoiatri

Ho letto gli articoli di stampa recentemente pubblicati nel Gazzettino nei quali si parla della lotta all'esercizio abusivo della nostra professione. Mi sono sorpreso nel conoscere l'opinione di chi pensa, forse a ragione, che la dimensione del fenomeno nella provincia di Venezia sia così rilevante. Individuare chi non lascia tracce non è facile e lo diventa ancor di più quando queste, seppur notate, non vengono prontamente riferite agli organi di Polizia Giudiziaria che sono così costretti ad operare in un clima di omertà.

Qualche collega si stupirà che a parlare sia proprio chi ha subito un rinvio a giudizio ai sensi dell'art. 348 C.P. Tuttavia è proprio per questo che mi sento in dovere di condividere questo pensiero. Sono stato assolto anche perché mi sono difeso facendo capire al Giudice la valenza che hanno le norme comunitarie nella regolamentazione della nostra professione e quanto sia importante l'osservanza di queste stesse norme anche se promulgate al di fuori dei confini nazionali. Se tutti ci impegnassimo ad applicare in modo rigoroso le Direttive C.E.E., le quali prevedono ad esempio per il confezionamento del dispositivo odontoprotesico alcuni adempimenti, se di questi stessi adempimenti ne facessimo virtù, potremmo far capire ai nostri pazienti l'importanza di venire in possesso dei (già previsti) certificati di conformità, documenti questi che non possono essere rilasciati da chi non è regolarmente abilitato all'esercizio della professione.

Penso che l'Ordine dovrebbe spendersi nel divulgare sempre più la cultura del rispetto delle Norme Comunitarie e che dovrebbe adoperarsi congiuntamente agli organi di controllo affinché questi possano agire in modo sempre più efficace ma soprattutto mirato. Nessuno di noi credo ami le campagne di accertamento a tappeto. Proprio così furono definite a suo tempo dalla stampa i numerosi accertamenti di N.A.S. e Guardia di Finanza contro molti professionisti che lavoravano e continuano a lavorare onestamente. Sono proprio queste iniziative mediatiche che hanno, invece, consegnato la patente di "persona perbene" a molti abusivi che sono riusciti a sottrarsi a

tali controlli spesso con la complicità del silenzio di molti di noi.

Mario Sanna

Caro collega, ti ringrazio per le gradite osservazioni. Il tema da te sollevato è seguito con molta attenzione dalla CAO di Venezia, per le ragioni da te riportate e per le perplessità da noi già espresse e raccolte dalla stampa.

L'abusivismo sanitario è una piaga sociale e la CAO di Venezia si è impegnata al massimo da sempre per contrastarlo. Tutti sappiamo gli attacchi personali di cui sono stato oggetto, sia sulla stampa, sia con azioni giudiziarie, sia con attacchi e diffamazioni anonime, a causa dell'irritazione che questa lotta all'abusivismo ha suscitato in alcune aree veneziane.

Tuttavia credo che siamo ad un punto cruciale e tutta la nostra attività in questo senso vada rivista per non ottenere effetti controproducenti.

In questi ultimi giorni abbiamo visto che anche gli odontotecnici chiedono di non sparare nel mucchio e di distinguere chi lavora onestamente e chi lavora fuori dalle regole.

Per attivare una seria campagna contro l'abusivismo dobbiamo fare uno sforzo collettivo, sia in termini progettuali che pratici. Perciò la tua collaborazione, come quella di ogni altro iscritto all'Albo, ci è preziosa.

Cosimo Tomaselli

Previdenza: il riscatto degli anni di laurea, i perché di un'operazione non solo economica

La durata del corso di laurea in medicina e chirurgia o in odontoiatria è sicuramente lungo ed il successivo periodo di specializzazione, ormai uniformato ai cinque o più anni, porta il professionista ad entrare nel mondo del lavoro ben oltre la soglia dei 30 anni d'età. A questi si aggiungano 40 anni di attività e ci si accorge che la *pensione* è un vero miraggio nella vita del professionista medico.

Il riscatto del periodo di studi della laurea, ed eventualmente della specializzazione, è sicuramente un modo, anche se oneroso, per anticipare l'età del pensionamento. Immediato è invece il beneficio che deriva dalla integrale deducibilità fiscale degli importi versati al fondo di competenza per il riscatto degli anni in questione.

Pur non essendo un risparmio finanziario che porti ad una disponibilità di capitale, il risparmio è l'investimento nella previdenza che porta ad un sicuro beneficio nel momento del raggiungimento dei requisiti pensionistici.

È importante ricordare che i calcoli di rendimento non sono dipendenti dagli andamenti dei mercati finanziari, ma già predeterminati al momento dell'accettazione della proposta di riscatto fornita dall'Ente cui si è iscritti.

In sintesi il riscatto del periodo di studi universitari porta:

1) il beneficio del computo del periodo di laurea come anni di attività;

2) all'aumento, in ogni caso, del capitale versato per chi intenda lavorare ugualmente per 40 anni;

3) il risparmio fiscale immediato che deriva dall'intera deducibilità dell'importo versato a questo fine.

Diverso è il percorso per il fondo della dipendenza e per i fondi ENPAM cui si può accedere solo dopo 10 anni dalla laurea, ma giova ricordare che, per quanto attiene all'ENPAM, i calcoli attuariali dei contributi di riscatto non sono ancora stati aggiornati da cui deriva, per l'iscritto, un indubbio vantaggio economico.

S'impone anche di ricordare che la domanda di riscatto del periodo di laurea non è vincolante e chi non intenda poi accettare la proposta deve semplicemente non rispondere all'Ente di competenza. Si potrà eventualmente ripresentare la domanda trascorsi due anni dalla precedente richiesta.

Non avendo la presunzione di essere stato esauriente sull'argomento invito tutti i colleghi interessati al convegno organizzato per il 21 novembre (sede probabile Mirano o Martellago) dove i maggiori esperti italiani del settore ci parleranno di: *"Pensioni: riscatti e allineamenti, un'opportunità da non perdere"*.

Moreno Breda

CSO: Targa in memoria di Lorenzo Menegaldo

A cura di Giovanni Poles

Si è tenuta mercoledì 1 aprile la cerimonia di inaugurazione di una targa, che da qualche settimana, ormai, accoglie i visitatori del CSO (Centro di Supporto Oncologico) del Policlinico San Marco.

La struttura, situata nell'entroterra veneziano, vuole così ricordare l'anima di questo reparto: Lorenzo Menegaldo. È a lui che si deve la nascita del CSO, oggi indispensabile punto di riferimento per gli utenti dell'Ulss 12.

La cerimonia presieduta da Mons. Beniamino Pizziol, vescovo vicario di Venezia si è svolta alla presenza di alcune autorità politiche, tra cui l'assessore alle politiche sociali Sandro Simionato, di medici, personale

infermieristico, volontari e malati. Presente anche la stampa, che ha sottolineato l'importanza e l'unicità, in ambito territoriale, di questa uomo e del reparto da lui fondato.

L'Hospice intraospedaliero CSO ha iniziato l'attività in via sperimentale sin dal novembre 1990 e venne fondato dal dott. Lorenzo Menegaldo, dopo la perdita della giovane figlia a causa di un male incurabile. Da allora il medico si dedicò costantemente ai malati di tumore facendo suo, nella fatica della quotidianità, il concetto: "quando non si può più guarire si può ancora curare".

Nei primi anni '90 Menegaldo fondò l'AVAPO-Mestre intuendo l'importanza del volontariato nell'ambito



oncologico. Grazie a lui, nella stesso periodo, nacque la prima esperienza territoriale convenzionata di assistenza ai malati terminali di cancro.

Il CSO è stata la prima struttura operante in tutta la Regione. Gli unici modelli allora esistenti si trovavano in Lombardia. Il modello operativo scelto dal Policlinico faceva riferimento all'Hospice inglese, ovviamente adattato con le variazioni opportune. L'attività di Hospice viene attualmente svolta nell'ambito di 25 posti letto previsti dalla programmazione regionale, il cui indice di occupazione è prossimo al 100% e con una lista di attesa media di 12-15 pazienti. Negli ultimi cinque anni i volumi medi annuali espressi corrispondono a circa 360-370 ricoveri e circa 9.000 giornate di degenza all'anno.

In estrema sintesi l'Hospice ospedaliero del Policlinico

S. Marco rappresenta, nell'ambito delle cure palliative, sia per il tipo di interventi che per il livello di assistenza, una fondamentale risorsa per l'ULSS 12 Veneziana.



I SEMINARI DELL'ORDINE

Sede: Sala riunioni dell'Ordine dei Medici di Venezia – Via Mestrina 86 Mestre
Orario incontri: 20.00

MALPRACTICE Analisi di casi di responsabilità nell'esercizio professionale	
SERATA INTRODUTTIVA AL TEMA, LA PROPOSTA DELL'OMCEO Relatori: dott. M. Scassola, dott. M. Breda, dott. D. Roncali, dott. S. Ramuscello, avv. S. Zancani	MARTEDÌ 16 GIUGNO 2009
MALPRACTICE NELLA MEDICINA INTERNISTICA Relatori: dott. P. Allibardi, dott. M. Scevola, dott. N. Zaramella	MERCOLEDÌ 08 LUGLIO 2009
MALPRACTICE IN P.S. E NELL'URGENZA Relatori: dott. P. Picciano, dott. M. Delantone, dott. A. Cernelli	LUNEDÌ 14 SETTEMBRE 2009
MALPRACTICE NELLA PEDIATRIA Relatori: dott. G. Meneghelli, dott. P. Regini, dott. G. Resch	GIOVEDÌ 01 OTTOBRE 2009
MALPRACTICE IN MEDICINA GENERALE E TERRITORIALE Relatori: dott. M. Scassola, dott. G.G. Fabris, dott. D. Roncali	MERCOLEDÌ 21 OTTOBRE 2009
MALPRACTICE IN ODONTOIATRIA Relatori: dott. M. Breda, dott. C. Tomaselli, dott. M. Montisci	MARTEDÌ 10 NOVEMBRE 2009
MALPRACTICE NELLE BRANCHE CHIRURGICHE Relatori: dott. S. Ramuscello, dott. A. Ricciardi, dott. G. Barbuti	GIOVEDÌ 10 DICEMBRE 2009
MALPRACTICE NELLA DIAGNOSTICA INTERVENTISTICA Relatori: dott. M. Siculo, dott. E. Cagliari, dott. C. Meneghetti	GIOVEDÌ 21 GENNAIO 2010
DOVE VA LA MEDICINA LEGALE? Relatori: d.ssa Mainente, dott. C. Nicolai, dott. C. Rigo, Giudice dott. R. Simone	LUNEDÌ 01 FEBBAIO 2010

Per Info 041 989479 e-mail: info@ordinemedicivenezia.it
Tutti gli incontri costituiscono un unico corso di aggiornamento
in fase di accreditamento presso l' ECM Veneto

I disturbi del sonno nel bambino: un percorso di formazione per i pediatri di famiglia



L'Associazione Culturale Pediatri "Lucrezia Corner" (ACPLC) ha iniziato le attività formative del 2009 affrontando uno dei temi più importanti dello sviluppo neuro-psico-evolutivo del bambino e dell'adolescente: i disturbi del sonno. È stato utilizzato un pacchetto formativo realizzato dall'APREF (Associazione per la Ricerca e la Formazione in Pediatria) di Padova.

Il sonno rappresenta almeno il 30% della vita di una persona (nel bambino piccolo anche più del 50%) e costituisce un determinante fondamentale dell'equilibrio psico-fisico dei bambini, oltre che degli adulti.

I ritmi del sonno del bambino, inoltre, hanno un forte impatto sulla vita familiare e sui genitori a causa dell'importante disagio che il loro alterarsi può determinare sull'intera famiglia. Le frequenze dei disturbi del sonno, riportate nei numerosi studi presenti in letteratura, sono variabili: la frequenza media pare essere intorno al 30% considerando tutte le varie manifestazioni comprese in questa definizione. Tuttavia solo una minima parte dei disturbi del sonno è inquadrabile in un ambito patologico e riconosce cause di natura organica e/o psicosociali. L'insonnia infantile, intesa come disordine dell'inizio e del mantenimento del sonno, è tra i fenomeni per i quali il pediatra viene consultato più frequentemente. Il fenomeno pare interessare un bambino su cinque ad un anno, uno su tre a due-tre anni, uno su sei a cinque anni ed uno su dieci in età adolescenziale. In Italia non esistono dati certi di frequenza.

La quota più rilevante del fenomeno resta nell'ambito di variazioni, più o meno importanti, del ritmo sonno-veglia fisiologico quali: difficoltà ad addormentarsi, frequenti risvegli notturni con difficoltà a riaddormentarsi, risvegli al mattino presto, sonno superficiale, ipersonnia o comportamenti anomali durante il sonno.

Nei primi mesi di vita è difficile distinguere il pianto eccessivo da "coliche gassose" od altri problemi dai disturbi del sonno veri e propri. In questo periodo c'è il forte rischio che si instauri un circolo vizioso negativo costituito, in modo sufficientemente schematico, di "pianto e risveglio del bambino, intervento immediato del genitore, richiesta della presenza del genitore al

risveglio successivo". Talvolta, inoltre, il pediatra si trova a dover gestire delle situazioni che sono problematiche solo per come le vivono i genitori: in effetti, la tolleranza rispetto ai vari "disturbi" del bambino può variare ampiamente sia tra i due genitori sia da una coppia di genitori ad un'altra.

Anche se il problema appare inquadrabile, nella maggior parte dei casi, in un contesto di assoluta assenza di patologia, il pediatra deve farsene carico per vari ordini di motivi: innanzitutto occorre tenere presente che il tempo da dedicare al sonno rappresenta una larga parte della vita del bambino, soprattutto nella prima infanzia; lo sviluppo delle strutture neurologiche deputate alla regolazione del sonno è molto precoce e la maturazione di questo sistema sembra essere una delle pietre miliari dello sviluppo neuro-comportamentale (un mal-funzionamento precoce di questi sistemi potrebbe avere influenze importanti sui processi cognitivi e affettivo-relazionali); il sonno, inoltre, pare essere importante per acquisire e "processare" le nuove conoscenze e per mantenere il ricordo di quelle già acquisite; i genitori possono essere profondamente disturbati da questo problema venendosi a trovare in una situazione di cronica deprivazione da sonno che ne può ridurre le performance fisiche e mentali e li rende meno abili a prendersi cura del bambino.

Le soluzioni adottate da pediatri e genitori per risolvere il disturbo sono di tipo comportamentale, farmacologico, omeopatico, mentre in percentuale minore vengono usati gli integratori alimentari con ingredienti erboristici.

Ricerche recenti dimostrano che una larga percentuale dei pediatri, negli USA come in Europa, ha importanti lacune cognitive su questo problema. Questo condiziona sia il riconoscimento precoce del disturbo sia l'inquadramento diagnostico e terapeutico. Le Associazioni scientifiche più autorevoli di pediatria e di medicina del sonno auspicano che questo argomento venga inserito sia nei corsi di laurea sia nei corsi di specializzazione per aumentare la consapevolezza dei medici sull'importanza del problema.



Attività
dell'Ordine

24

Il percorso formativo intrapreso, costituito di due corsi di cinque ore ciascuno e dedicato all'inquadramento clinico e terapeutico dei disturbi del sonno in età pediatrica, ha condotto i pediatri dell'ACPLC a recuperare i fondamenti cognitivi di fisiologia del sonno nelle diverse fasi dello sviluppo del bambino per riuscire a individuare con più precisione le diverse condizioni di alterazione dei ritmi del sonno andando a differenziare i disturbi primari da quelli secondari. È stato inoltre sottolineato in modo molto forte la grande valenza preventiva, fondamentale in questo ambito, del progetto salute-infanzia che, attraverso i bilanci di salute, permette al pediatra di famiglia di interagire con il bambino e i suoi genitori sviluppando dei percorsi di anticipazione dei temi legati alla corretta igiene del sonno e individuando precocemente le abitudini a rischio. Spiegare ai genitori la fisiologia del sonno del neonato e del bambino li può aiutare a mettere in atto tutte quelle strategie corrette di "condizionamento" positivo che permettono al bambino di mantenere una corretta ritmicità delle varie fasi della giornata: in alcuni casi potrà essere sufficiente ripercorrere e condividere con i genitori le regole fondamentali per una buona igiene del sonno, in altri si renderà necessario un intervento comportamentale più lungo

e complesso, che può necessitare di un supporto esterno (neuropsichiatra infantile, psicologo/a).

Di fronte al bambino in età scolare e al ragazzo in fase pre-adolescenziale l'approccio va decisamente condiviso con genitori e ragazzo stesso accontentandosi, magari, almeno per i primi tempi, di porre e porsi obiettivi minimi. Anche in questi casi, spesso, il solo instaurare o ripristinare delle sane regole di buona igiene del sonno comporta la risoluzione di molte delle situazioni di insonnia.

Quando si parla di igiene del sonno si fa riferimento, di fatto, a quelle (poche) regole basilari della vita quotidiana che favoriscono un sonno notturno di buona qualità ed uno stato di veglia giornaliero ottimale. Mantenere una buona igiene del sonno significa stabilire e rispettare nel tempo alcuni principi che favoriscono un sonno salutare ed efficace. Le regole per una buona igiene del sonno comprendono indicazioni su aspetti comportamentali e ambientali che, da sole, spesso sono sufficienti a risolvere molti dei problemi di insonnia in età pediatrica e adolescenziale.

(per saperne di più: I disturbi del sonno nel bambino, di V. Murgia, A. Maidecchi, R. Pagiotti, Ed. Aboca)

Mattia Doria, presidente ACPLC

Sisma Abruzzo 2009: presidio sanitario zone terremotate presso COM4 di Pianola

Corbetta (MI), 24 Maggio 2009 – Il Corpo Nazionale Medici Volontari, è attivo nella gestione dell'emergenza terremotati in Abruzzo fin dallo scorso 18 aprile, e dagli inizi di maggio è stato investito della co-responsabilità del coordinamento sanitario della intera zona del COM4, a cui fanno capo 23 campi per una popolazione di circa 4.600 sfollati. Questo compito comprende la sorveglianza sanitaria, il coordinamento di tutte le strutture ed i volontari, il coordinamento con la ASL e la centrale operativa del 118, nonché il mantenimento dell'ufficio Funzione 2 Sanità presso il COM4, che sovrintende a tutte le richieste di carattere sanitario, igienico e veterinario dell'intera zona.

Nell'ottica di progressiva riduzione delle strutture e dei volontari per far spazio al progressivo reinserimento delle strutture pubbliche, come la lenta ripresa dell'Ospedale San Salvatore de L'Aquila, è stato chiesto al CNMV, che ha accettato, l'insediamento di un PMA presso il campo di Pianola, uno degli ultimi che rimarrà nell'intera zona per i mesi a venire, che

ha deciso di presidiare con proprio personale medico e paramedico e con l'ausilio di un camper medico completamente attrezzato messo a disposizione dagli amici della Associazione Nazionale Alpini.

La nostra organizzazione profonde tutti gli sforzi possibili per reclutare e coordinare medici, psicologi ed infermieri, nonché mantenere in seguito una costante vigilanza sul territorio.

Ci rivolgiamo a Voi per divulgare in tutti i modi possibili, specie usando la rete Internet, questo messaggio, al fine di raggiungere un adeguato numero di operatori sanitari, in modo da poter garantire, mediante una corretta calendarizzazione, il numero necessario di medici e paramedici. Potrete comunicare la vostra disponibilità direttamente alla struttura di coordinamento all'indirizzo b.conte@medicivolontari.it

Nel ringraziarvi per la disponibilità Vi porgo cordiali saluti.

**Il Presidente
Daniele Bertello**

Pubblica Amministrazione non autorizzata a chiedere diagnosi nei certificati malattia

Il datore di lavoro pubblico non è legittimato a raccogliere certificati di malattia dei dipendenti con l'indicazione della diagnosi. In assenza di specifiche disposizioni, il lavoratore assente per malattia deve fornire un certificato contenente esclusivamente la prognosi con la sola indicazione dell'inizio e della durata dell'infermità.

Questo è quanto afferma il Garante per la Protezione dei Dati Personali che vieta, con provvedimento n. 315 del 25/11/2008 al Ministero della Giustizia-Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (Dap) il trattamento dei dati personali idonei a rilevare lo stato di salute del personale del Corpo della polizia penitenziaria relativi all'indicazione della diagnosi dei certificati di malattia.

Il provvedimento è stato adottato a seguito della segnalazione del Sindacato Autonomo di Polizia Penitenziaria (S.A.P.Pe) il quale lamentava il fatto che il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria richiedesse certificati medici del personale di polizia penitenziaria indicanti, oltre alla prognosi, anche la diagnosi.

La normativa prevede che la raccolta da parte del datore di lavoro di certificazioni mediche dei dipendenti comprensive di diagnosi è consentita solo se espressamente prevista da specifiche disposizioni. Dalla documentazione trasmessa dal sindacato all'Autorità non è invece risultato che le disposizioni normative citate dal Dap fossero idonee per acquisire informazioni personali relative alla diagnosi. Il Dipartimento fondava erroneamente tale richiesta su alcune direttive contenute in una circolare, la quale faceva riferimento a determinati

articoli del Codice privacy (attinenti non all'acquisizione della diagnosi sulle certificazioni mediche, bensì al consenso dell'interessato al trattamento dei dati personali) e a due leggi (che riguardavano genericamente la facoltà di disporre accertamenti sulle assenze dei dipendenti e il trattamento dei dati sensibili e giudiziari da parte del ministero). Il Garante ha ribadito che "...è previsto che venga fornita all'amministrazione di appartenenza una apposita documentazione a giustificazione dell'assenza, consistente in un certificato medico contenente la sola indicazione dell'inizio e della durata della presunta infermità:c.d." prognosi". In assenza di speciali disposizioni di natura normativa, che dispongano diversamente per specifiche figure professionali, il datore di lavoro pubblico non è legittimato a raccogliere certificazioni mediche contenenti anche l'indicazione della diagnosi". Il provvedimento prevede infine che "...qualora il lavoratore produca documentazione medica recante anche l'indicazione della diagnosi insieme a quella della prognosi, l'amministrazione (...) deve astenersi dall'utilizzare ulteriormente tali informazioni (art.11, comma 2, del Codice)".

Nel provvedimento, l'Autorità ha sottolineato anche che, ai fini del riconoscimento dei congedi di malattia, non risulta indispensabile trattare il dato personale relativo alla diagnosi. Contestualmente al divieto di trattamento dei dati, il Garante ha prescritto al Ministero della giustizia di impartire le disposizioni opportune al fine di conformare il trattamento dei dati alle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali, dando comunicazione delle determinazioni adottate.

Restrizione alla commercializzazione di alcune apparecchiature di misura contenenti mercurio

Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 30 luglio 2008 (G.U. n. 245 del 18 ottobre 2008) – recepimento della direttiva 2007/51/CE, che modifica la direttiva 76/769/CEE.

1) A decorrere dal 3 aprile 2009 il mercurio non può essere commercializzato:

- a. nei termometri per la misurazione della temperatura corporea;
- b. in altre apparecchiature di misura destinate alla vendita al grande pubblico (per esempio manometri, barometri, sfigmomanometri, termometri diversi da quelli per la misurazione della temperatura corporea).

2) La restrizione non si applica a:

- a) apparecchiature di misura risalenti a più di 50 anni prima del 3 ottobre 2007;
- b) barometri – esclusi i barometri di cui alla lettera a) – fino al 3 ottobre 2009.

3) Entro il 3 ottobre 2009 la Commissione esamina la disponibilità di alternative affidabili e più sicure che siano tecnicamente ed economicamente realizzabili per gli sfigmomanometri e le altre apparecchiature di misura contenenti mercurio utilizzati nel settore sanitario e per altri usi industriali e professionali.

Sulla base di tale esame o non appena siano disponibili nuove informazioni su alternative affidabili e più sicure per gli sfigmomanometri e le altre apparecchiature di misura contenenti mercurio, la Commissione presenta, se del caso, una proposta legislativa per estendere le restrizioni di cui al punto 1 agli sfigmomanometri e alle altre apparecchiature di misura utilizzati nel settore sanitario e per altri usi professionali e industriali, in modo da eliminare gradualmente il mercurio dalle apparecchiature di misura ogniquale volta ciò sia tecnicamente ed economicamente realizzabile.

Posta elettronica certificata



La posta elettronica certificata, di seguito semplicemente PEC (Decreto Ministeriale 2 novembre 2005), è uno strumento che trasforma un comune messaggio di posta elettronica in un documento dello stesso valore legale di

una tradizionale raccomandata con ricevuta di ritorno. In particolare la legge 28 gennaio 2009 n. 2 ha specificato che:

- le imprese costituite in forma societaria, che devono indicare nella domanda di iscrizione al registro delle imprese il proprio indirizzo di PEC o analogo indirizzo di posta elettronica basato su tecnologie che certifichino data e ora dell'invio e della ricezione delle comunicazioni e l'integrità del contenuto delle stesse, garantendo l'interoperabilità con analoghi sistemi internazionali. Per quelle già esistenti, la medesima comunicazione deve avvenire

entro tre anni.

- **i professionisti iscritti in albi, che devono comunicare ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di PEC o analogo indirizzo di posta elettronica come previsto al punto precedente entro un anno. È poi cura degli ordini la pubblicazione in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, dei dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di PEC.**
- le amministrazioni pubbliche, che qualora non avessero già provveduto alla comunicazione di una casella PEC secondo quanto previsto dal *Codice dell'amministrazione digitale*, dovranno istituire una casella di posta certificata o analogo indirizzo di posta elettronica come previsto al punto precedente per ciascun registro di protocollo.
- ulteriori direttive importanti riguardano le comunicazioni tra i soggetti poc'anzi descritti. In particolare si legge che queste ultime «possono essere inviate attraverso la PEC o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma

- 6, senza che il destinatario debba dichiarare la propria disponibilità ad accettarne l'utilizzo».
- infine, vengono citati anche i cittadini, che mediante opportuna richiesta potranno ottenere una casella di PEC «con effetto equivalente alla notificazione per mezzo della posta. Le comunicazioni che transitano per la predetta casella di PEC sono senza oneri». Tuttavia le modalità di rilascio e di uso della casella di PEC saranno note entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge.

Il nostro Ordine si è fatto latore presso la FNOMCEO del messaggio inizialmente elaborato come progetto a livello provinciale sull'opportunità e fattibilità di una dotazione ai singoli medici iscritti di una casella PEC acquistata direttamente dall'Ordine. Tale input a livello nazionale dovrebbe esitare in una dotazione unica, ciò con chiari effetti di semplicità, riconoscibilità e praticità.

Quindi è conveniente che i singoli iscritti, salvo esigenze particolari o inderogabili necessità, pazientino qualche mese senza acquistare caselle PEC data la possibilità che entro l'anno si proceda come sopra da parte della Federazione Nazionale o da parte dell'Ordine.

Detto ciò approfittiamo di questo spazio per rendere qualche chiarimento certo non esaustivo dell'argomento sulla PEC. Come funziona ?

Dal punto di vista dell'utente, una casella di PEC non si differenzia da una casella di posta normale; cambia solo per quello che riguarda il meccanismo di comunicazione sul quale si basa la PEC e sulla presenza di alcune ricevute inviate dai gestori PEC mittente e destinatario.

La PEC, infatti, per essere tale, deve seguire le regole fissate dal DPR 68/2005 e le successive. Queste norme, insieme ad altre (in particolare il Codice dell'Amministrazione Digitale), ne stabiliscono la validità legale, le modalità di utilizzo e le specifiche tecniche.

Più in dettaglio individuiamo quattro attori principali e di seguito le loro azioni:

1. Il mittente, che vuole inviare un messaggio PEC;
2. Il gestore del dominio PEC del mittente, che mantiene un rapporto contrattuale con il mittente per quanto riguarda i servizi PEC;
3. Il destinatario, al quale il mittente vuole recapitare il messaggio PEC;
4. Il gestore del destinatario PEC del mittente, che mantiene un rapporto contrattuale con il destinatario per quanto riguarda i servizi PEC.

1. Il mittente invia il messaggio PEC e lo sottopone al gestore mittente. Il gestore mittente PEC riconosce il mittente (autenticazione), verifica la correttezza formale del messaggio PEC e, in caso positivo, restituisce al mittente la ricevuta di accettazione come riconoscimento dell'avvenuto invio del messaggio.
2. Il gestore mittente a questo punto invia il messaggio al gestore destinatario inserendolo in una busta di trasporto firmata per permettere al gestore destinatario di verificarne l'inalterabilità durante il trasporto.
3. Il gestore destinatario, una volta ricevuto il messaggio PEC, consegnerà al gestore mittente una ricevuta di presa in carico che attesta il passaggio di consegne tra i due gestori. Il gestore destinatario verifica in fase di ricezione la correttezza del messaggio e si accerta che non siano presenti virus informatici.
4. Nel caso il messaggio superi i suddetti controlli, viene consegnato alla casella di posta del destinatario che può quindi leggerne il contenuto.

Riassumendo quindi nel circuito PEC vengono rilasciate tre ricevute ai fini della certificazione del messaggio di PEC:

- di accettazione, che attesta l'avvenuto invio della mail dal gestore di PEC del mittente;
- di presa in carico, che attesta il passaggio di responsabilità tra due distinti gestori di posta certificata, mittente e destinatario. Questa ricevuta viene scambiata tra i due gestori e non viene percepita dagli utilizzatori del servizio;
- di avvenuta consegna, che attesta che il messaggio è giunto a buon fine e che il destinatario ne ha piena disponibilità nella sua casella (anche se non ha ancora visto il messaggio).

In caso di situazione negativa esistono inoltre tre tipi di avvisi rilasciati dal sistema PEC:

- di non accettazione (per virus o utilizzo di un mittente falso o utilizzo di destinatari in copia nascosta, vietati dalla PEC, o altri problemi);
- di mancata consegna, che sarà inviata al mittente entro 24 ore;
- di rilevazione di virus informatici.

Alcune regole :

- il servizio può essere erogato esclusivamente dai gestori accreditati presso il CNIPA che è l'organo pubblico preposto al controllo della PEC;
- i domini di PEC esempio@pec.it non possono contenere caselle email non-PEC o contenuti web;

- i gestori PEC nel rispetto delle norme devono sottoporsi ad una serie di test d'interoperabilità (scambiabilità dei messaggi con altri operatori pec);
- le regole tecniche PEC, allegate al Decreto Ministeriale 2 novembre 2005, prevedono la gestione anche di messaggi di posta elettronica tradizionale, tanto che viene definita una apposita busta di trasporto atta a contenere e-mail provenienti da indirizzi di posta non PEC;
- inoltre la ricevuta di accettazione, emanata all'atto dell'invio, evidenzia la tipologia di indirizzi di posta con apposite diciture (es. Posta Certificata - Posta non Certificata);
- chiaramente, l'eventuale destinatario non PEC, pur ricevendo correttamente il messaggio, non sarà in grado di generare gli avvisi di avvenuta/mancata consegna;
- la casella PEC non riceve posta da caselle email non certificate, ma come chiarito prima invia verso le stesse.

Vantaggi della PEC

Il servizio PEC, per sua stessa natura, mostra una serie di vantaggi rispetto alla raccomandata con ricevuta di ritorno tradizionale. I principali sono:

- ogni documento di qualunque formato digitale può essere inviato tramite PEC;
- i messaggi possono essere consultati da ogni computer connesso a internet;
- l'avvenuta consegna della mail viene garantita, nel caso non sia possibile consegnare il messaggio l'utente viene informato;
- i messaggi hanno validità legale;
- tracciabilità della casella mittente e conseguentemente del suo titolare;
- l'invio dei messaggi ha costi inferiori a quello delle raccomandate. Per una giusta valutazione deve essere preso in considerazione il costo di invio una raccomandata cartacea tradizionale, che cresce in funzione del numero di pagine e del peso del plico, e il numero di comunicazioni inviate annualmente
- solitamente una volta pagato il canone annuale l'utente può inviare un numero illimitato di messaggi PEC;
- elevati requisiti di qualità e continuità del servizio.
- gli SLA di legge prevedono una disponibilità del servizio del 99.8% su base quadrimestrale;
- obbligo da parte del gestore di archiviare tutti gli eventi associati ad invii e ricezioni di messaggi PEC, per un periodo di trenta mesi;
- obbligo da parte del gestore di applicare le procedure atte a garantire la privacy dei dati personali e la sicurezza della comunicazione.
- in seguito alle verifiche effettuate in virtù della

Circolare 7 dicembre 2006, n. 51, illustrate nel paragrafo "Il quadro normativo di riferimento", i servizi di PEC resi disponibili dai gestori iscritti nell'elenco pubblico debbono essere interoperabili. Questo significa, ed è un presupposto della PEC, che due utenti appartenenti a differenti gestori possono scambiare e-mail certificate con le stesse garanzie di due utenti appartenenti allo stesso gestore.

- la conservazione per 30 mesi delle ricevute includono anche l'intero messaggio e suoi eventuali allegati che sono in chiaro cioè ne più e ne meno come quelli della normale raccomandata inseriti nella "busta di trasporto" "firmata digitalmente" almeno per tutto il periodo previsto, contrariamente alla raccomandata che viene trattenuta dall'ufficio postale il tempo stabilito dal regolamento postale e poi restituita integra al mittente a compiuta giacenza.

Svantaggi della PEC

Attualmente la PEC non è uno standard internazionale, rappresentando quindi un insieme di regole e norme italiane. Inoltre, altre tecniche di firma digitale e di tracciamento della consegna analoghi, come RFC 3798, sono già disponibili per le email tradizionali da diversi anni.

Il caos delle leggi italiane, che prima parlano di obbligatorietà per tutti, poi fanno marcia indietro, poi dicono nuovamente che è obbligatoria ed infine – dando ragione a chi, in nome della giusta neutralità tecnologica e del libero mercato, da tempo sostiene che la normativa che vuole imporre il sistema di PEC viola la legislazione comunitaria – hanno reso non obbligatoria l'adozione della PEC, ciò ha comportato una battuta d'arresto nell'adozione del sistema.

Il 19 gennaio 2009, infatti, l'articolo 16 del Decreto Legge 185/2008 ha subito, in fase di conversione in legge, modifiche rilevanti che rendono non più obbligatoria la PEC per cittadini, liberi professionisti e aziende, qualora essi abbiano a disposizione un analogo indirizzo di posta elettronica basato su tecnologie che certifichino data e ora dell'invio e della ricezione delle comunicazioni e l'integrità del contenuto delle stesse, garantendo l'interoperabilità con analoghi sistemi internazionali.

Vi è da notare che per la prima volta si parla di contenuti e della loro integrità, infatti uno dei grossi difetti della PEC è quello di essere il "surrogato" elettronico della raccomandata con alcune prerogative peggiorative della stessa, come nella raccomandata con avviso di ricevimento si può mettere in quella che viene identificata nella normativa PEC come "busta di trasporto" qualsiasi cosa non esistendo alcuna correlazione tra "busta di trasporto" e contenuti della stessa, il sistema è più interessato a "firmare digitalmente" la busta come il

vecchio sigillo di ceralacca che stabilire un'esatta correlazione tra busta e contenuto, fatto questo non banale, conseguentemente nella busta firmata digitalmente ci può essere qualsiasi cosa.

La capienza contrattualizzata delle caselle di posta impongono severi limiti alla libera circolazione della corrispondenza, nella normativa non esiste cenno a cosa accada se la serie di messaggi PEC superano la capienza della casella acquistata sia quella del mittente che quella del ricevente.

La normativa italiana richiede che una azienda, per diventare gestore del servizio PEC, debba superare una apposita procedura di accreditamento. Il servizio può infatti essere erogato esclusivamente dai gestori accreditati presso il CNIPA, che è l'organo pubblico preposto al controllo della PEC. Un soggetto per diventare gestore PEC deve presentare domanda al CNIPA e rispettare precisi vincoli tecnici e organizzativi. Tra i più stringenti in termini economici è l'articolo 14 del Decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 2005 n.68, che riporta al punto 3: «I richiedenti l'iscrizione nell'elenco dei gestori di PEC diversi dalle pubbliche amministrazioni devono avere natura giuri-

dica di società di capitali e capitale sociale interamente versato non inferiore a un milione di euro». Questo rende tale ruolo solo alla portata di poche imprese di grosse dimensioni e grossi fatturati, escludendo di fatto dal mercato le piccole imprese di hosting, inducendo potenzialmente una devianza del libero mercato a favore di grosse imprese che in mancanza di concorrenza (né italiana né ovviamente straniera, visto che la PEC non esiste fuori dall'Italia) potrebbero vendere il servizio PEC facendo in futuro una politica dei prezzi da regime di quasi monopolio.

Non è stabilito dalla normativa che fine faccia tutta la corrispondenza PEC dopo i trenta mesi.

Il gestore PEC è l'unico ad avere le credenziali per aprire "la busta di trasporto" con tutto il suo contenuto.

È importante sottolineare che la PEC offre la garanzia della consegna del messaggio e non della sua lettura da parte del destinatario. In altre parole nulla è detto sul fatto che il destinatario abbia letto o meno il messaggio PEC, ma si hanno garanzie sull'avvenuto recapito.

Antonio Lo Giudice

FEDER.S.P.E V, 5 aprile 2009: Assemblea annuale elettorale degli iscritti della Sezione di Venezia

Il presidente della Sezione di Venezia, Dott. Giuliano Sassi, si presenta dimissionario insieme al C.D.P. e il C.R.C. per scadenza del termine di mandato. Secondo Statuto e Regolamento si procede all'elezione del Presidente dell'Assemblea (con esclusione dei componenti uscenti).

Viene acclamato all'unanimità, con alzata di mano, il dott. Giulio Vallis che dà la parola al dott. Giuliano Sassi, presidente uscente, che apre i lavori così iniziando la sua relazione:

Carissimi, graditi ospiti, gentili signore, amici e colleghi, a nome del C.D.P. e del C.R.C. e mio personale, vi dò il più caloroso saluto di benvenuto, ringraziandovi per la numerosa presenza. È con reciproco dispiacere che il Presidente dell'Ordine dei Medici, dott. Maurizio Scassola, ha comunicato di non poter essere presente, per causa improvvisa di forza maggiore. Sono gratificato di avere qui con noi la Presidente Regionale dott.ssa Maria Luisa Fontanin, i Presidenti Provinciali dott. Luigi Vinanti di Vicenza che è anche Consigliere Nazionale, la dott.ssa Maria Borile Borsetto di Rovigo, il dott. Mario Bertolissi di Belluno e il

dott. Paolo Quarto, Consulente Nazionale tecnico-pensionistico che è venuto gentilmente da Roma.

È un bellissimo momento d'incontro che ci fa sentire più vicini e più comunicativi: sono idealmente presenti anche coloro che, per impedimenti personali, non sono qui. Oggi la Sezione conta 213 iscritti. Siamo 15000 in tutta Italia. Si chiude un quadriennio particolare, profondamente segnato da eventi che hanno caratterizzato una parte importante della nostra storia; ci hanno lasciato molti cari amici, fra i quali due Presidenti indimenticabili, il dott. Antonio Sartori e il dott. Italo Franzoso ai quali rivolgiamo il nostro reverente pensiero, grati e riconoscenti per quel che ci hanno insegnato (un minuto di raccoglimento). Non abbiamo avuto incertezze, l'eredità che ci hanno lasciato è stata linfa vitale: un grande grazie al C.D.P. e al C.R.C. e a tutti coloro che, in qualsiasi modo, hanno lavorato e collaborato. Non essendo stata possibile un'alternativa, la Presidenza e la Vicepresidenza hanno mantenuto rispettivamente la Segreteria e la Tesoreria. Abbiamo vissuto questi anni nel pieno, completo rispetto di tutti gli appuntamenti istituzionali a livello Provinciale, Regionale, Nazionale.

Leggi

La nostra efficiente Segreteria, ultimamente ha trovato in quella dell'Ordine dei Medici, un supporto determinante e completo, grazie alla sensibilità e decisione del Presidente dott. Maurizio Scassola con il consenso unanime del Consiglio. La scrupolosa Tesoreria e il Collegio dei Revisori dei Conti gestiscono puntualmente le nostre magre risorse: con l'annullamento delle spese di cancelleria, affrancatura e informatica si ha più spazio di spesa da destinare ai momenti di incontro e di svago. C'è una promessa, quella di onorare il più possibile, per il futuro, le promozioni culturali e turistiche dell'impareggiabile dott.ssa Maria Luisa Fontanin, cercando di stabilire, al meglio, i punti d'incontro dei partecipanti, i meno giovani e i più lontani che, forse, più di ogni altro lo desiderano. Nella recente tornata elettorale dell'Ordine dei Medici ho lasciato, con dispiacere, l'incarico di Revisore dei Conti al dott. Andrea Bagolan, come responsabile di un servizio qualificante per la nostra Sezione. Mi è stato fatto il gradito invito di rimanere nel "Gruppo informazione e comunicazione" quindi nella redazione del Notiziario: ne sono molto onorato e spero che le possibilità del mio contributo siano sempre all'altezza di un meritato apprezzamento. Abbiamo recentemente acquisito un qualificante spazio nel sito web dell'Ordine dei Medici di Venezia, ambito traguardo che pretende anche da tutti voi la massima collaborazione. La riduzione della quota ordinistica per il pensionato è una speranza che sta diventando realtà: il Presidente dott. Maurizio Scassola, con la già nota sensibilità ai nostri problemi, si è interessato positivamente a quanto è stato fatto a Roma e a La Spezia, che ho anche riportato nel n.5 2008 del Notiziario. Solo nel nuovo Consiglio dell'Ordine c'è lo spazio di discussione per una auspicata positiva decisione. Il Consiglio Nazionale ha deciso, nell'ottobre scorso, di assumere un addetto stampa; iniziativa qualificante e significativa. È stato ritenuto necessario un modesto aumento della quota di iscrizione mensile, pari a € 0,50 per le vedove e i superstiti e a € 1,00 per i titolari.

La polizza delle Assicurazioni Generali, con modesti costi, copre le spese per gravi eventi morbosi: maggiori sono le adesioni migliori saranno i vantaggi.

Dal 1993 una serie di provvedimenti ha svilito, seriamente, specie le pensioni medio-alte:

- a) soppressione dell'agganciamento alle retribuzioni medie degli attivi
- b) decurtazioni delle pensioni di reversibilità in presenza di altri redditi
- c) corresponsione dalle quote ISTAT con sistema scalare, secondo l'ammontare della stessa pensione e sospensione per le pensioni otto volte il minimo INPS.

Di qui, una lunga serie di "miniaccorgimenti" sino ad arrivare all'ultimo vergognoso atto che si accanisce sui deboli e i più poveri, perché tassati, dal 27 marzo 2008 anche sui contributi del Fondo di Solidarietà, stupendo fiore all'occhiello: FEDER. S.P.e V., ritenuta pleonastica e quindi cancellata la clausola "non concorrono a formare reddito".

Purtroppo i problemi non sono solo questi e si continua a far finta di non vedere le giuste risoluzioni con la complicità dell'attuale "crisi", mentre in altre Nazioni esistono già degli accorgimenti per ridurre la pressione fiscale sul pensionato.

Nella contingenza attuale, l'azione collettiva per aumentare il potere d'acquisto di tutte le pensioni è solo una, la lotta per arrivare ad una sensibile riduzione della tassazione che si cela anche tra il dedalo degli aggravati di obblighi restrittivi e limitativi.

La sopravvivenza dell'ONAOI ha già saturato apprezzamenti e critiche. Resta, comunque, un riferimento importante che non si è spento.

Se la contribuzione obbligatoria torna limitata, non è stata esentata quella volontaria: la cultura previdenziale ha bisogno di molto proselitismo e convincimento specie tra i giovani.

Irrrinunciabili necessità, a tutela del nostro futuro, devono responsabilizzare e non sorprendere, quando, per la riduzione degli introiti, giunge notizia che la magnifica Residenza di Montebello sopravvive per i mesi estivi, solo con il pernottamento e la prima colazione. Oggi possiamo cogliere una grande opportunità, una premessa che è di obbligo per il nostro futuro: la consistente partecipazione al voto e tutta la necessaria disponibilità a soddisfare le esigenze fondamentali e le rivendicazioni indifferibili di tutti noi. C'è tanto bisogno di collaborazione! Tanta speranza di forze nuove! Abbiamo l'esempio di una dedizione infaticabile e appassionata di un UOMO, a tutte lettere maiuscole, che ha ancora molto da insegnarci: il Presidente Nazionale FEDER. S.P.e V. dott. Eumenio Miscetti. Modestamente anche ognuno di noi può essere utile.

È seguito l'intervento del Tesoriere uscente dott. Pier Francesco Combi per il Bilancio Consuntivo 2008 e Preventivo 2009 che si è concluso evidenziando il nuovo saldo dovuto all'assorbimento delle spese di Segreteria da parte di quelle dell'Ordine. Entrambi i bilanci sono state approvati all'unanimità per alzata di mano. Presa la parola la dott.ssa Maria Luisa Fontanin, Presidente Federspev della Regione Veneto, il dott. Giuliano Sassi si è subito complimentato, a nome dell'Assemblea e suo personale, per il prestigioso premio, con medaglia d'oro, "Donne Medico" a lei conferito per la sua preziosa attività e impareggiabile stile di vita. In merito alle promo-



Combi, Quarto, Vallis, Sassi

zioni culturali e turistiche ha assicurato che sono già in programma gite nel parmense e ad Urbino per le quali organizzerà al meglio ogni dettaglio. Il dott. Luigi Vinanti consigliere Nazionale e Presidente della Sezione di Vicenza, si è soffermato sugli argomenti più importanti trattati al Consiglio Nazionale, quale l'istituzione del Vicepresidente Vicario. Il dott. Paolo Quarto ha avvinto l'Assemblea con la sua risaputa competenza, sui problemi previdenziali e fiscali 2009, pensioni di annata e perequazione annuale, confronto tra le perequazioni INPDAP – INPS 2009 e rivalutazioni ENPAM, applicazioni dell'art. 1 comma 41 legge 335/1995 sulla riduzione della pensione a superstiti e sul prelievo fiscale sulle pensioni con i problemi annessi delle detrazioni d'imposta. Si è insediata dalle 11.30 alle 12.30 la Commissione Elettorale così acclamata: Presidente la sig.ra Ivana Moresco Longo, scrutatori il dott. Bruno Boscolo Anzoletti e il dott. Umberto Oselladore. Steso un dettagliato verbale sulle operazioni di seggio, la Presidente ha così comunicato l'elenco degli eletti, che si sono immediatamente riuniti per l'assegnazione delle cariche.

COMITATO DIRETTIVO PROVINCIALE C.D.P.

Presidente: Dr. Sassi Giuliano;
Vice Presidente: Dr. Tambato Enrico;
Segretario: Dr. Boscolo Bruno Anzoletti;
Tesoriero: Dr. Combi Pier Francesco;
Consiglieri: Sig.ra Bonifacio Vitale Maria Gabriella;

Sig.ra Bovolin Renata; Dr. Busetto Giovanni;
Dr. Colonna Bruno; Sig.ra Moresco Longo Ivana
(Addetto Stampa).

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI C.R.C.

Presidente: Dr. Stradella Giovanni
Effettivi: Dr.ssa Ballotta Franca
Dr. Zanetti Riccardo
Supplente: Sig.ra Wolf Vegro Heidi.

È seguito in amicizia e in allegria il tradizionale pranzo sociale al vicino Hotel Venezia raffinato ed elegante, al quale la Tesoreria Provinciale ha dato un concreto e significativo contributo.

Il Presidente
Sezione Provinciale di Venezia
Dott. Giuliano Sassi

FEDERSPEV

IL NUOVO SITO DELL'ORDINE È "ON LINE"

OMCEO Venezia Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Home | L'Ordine | Circoli | Area utenti | Servizi al cittadino | Area members | Link | Archivi professionali

[Home del sito]

L'ordine

- PROCEO
- Circoli Circongruati
- Statuto e organizzazione
- Giuramento professionale
- Ordine e collaqui sanitari
- Amministrazione Edo Heb
- Base dati

News ed eventi

- Libri e interventi
- Notizie mediche
- Eventi e Congressi
- Offerte di lavoro
- Data news
- Notizie sanitarie in PDF
- Segreteria parlamentare
- Giurisprudenza
- Annulli professionali

Modulistica

- Modulistica
- Lettere

Galleria fotografica

- Galleria fotografica
- Archivi fotografici

Area riservata

- Variati
- Rifari 2007

Collaborazioni

- Collaborazioni

Ultima comunicazione

18 Giugno - Obasi - Notizie
[Sezione: "Stasera parliamo di ... ABUSIVISMO"]

Mercoledì 7 Luglio 2009 alle ore 20.30 - presso la sede dell'Ordine in Via Mestre 50 - gli ospiti all'Abi Odontoiatri sono invitati ad un incontro per elaborare una strategia comune a salvaguardia del corretto esercizio della professione.

[aggi]

Ultimo comunicato

Focus sul Cancro Esofageo nel 2009 (47 Hta)
04 Giugno - Circongruato 1 - di Armando Ancona

Una completa relazione scaricabile in formato pdf del Prof. Giovanni Ancona, Direttore della Clinica Chirurgica dell'Università di Padova e Direttore del Centro Veneto dello Stomaco e del Saggio.

[aggi]

Secondo Simposio Nazionale sulle decisioni di fine vita (129 Hta)
17 Maggio - Amministrazione 3
grande auditorium con affluenza di pubblico al secondo simposio Nazionale sulle decisioni di fine vita. Il Presidente della OMCEO Venezia, Dr. Roberto Ancona, ha presenziato alla conferenza stampa di presentazione del convegno, che si è svolta presso la sede dell'Ordine dei Medici di Venezia. Il Presidente della OMCEO Venezia, Dr. Roberto Ancona, ha presenziato alla conferenza stampa di presentazione del convegno, che si è svolta presso la sede dell'Ordine dei Medici di Venezia.

[aggi]

Conferenza stampa del Secondo Simposio Nazionale (12 Hta)
16 Maggio - Amministrazione 3
Si è svolta oggi presso la sede dell'Ordine dei Medici di Venezia la conferenza stampa riguardante il Secondo Simposio Nazionale sulle decisioni di fine vita che si terrà sabato al Novotel di Mestre.

[aggi]

Primo Simposio Nazionale sulle decisioni di fine vita (128 Hta)
04 Maggio - Amministrazione 3
E' possibile visionare l'intervento del Presidente OMCEO Venezia, Dr. Roberto Ancona, al Primo Simposio Nazionale sulle decisioni di fine vita di maggio 2008.

Eventi e Congressi

Seminari dell'Ordine: MALPRACTICE - Analisi di casi di responsabilità nell'esercizio professionale (136 Hta)
23 Maggio - Segreteria OMCEO Venezia

SEMINARI DELL'ORDINE
Sede: Sala magna dell'Ordine dei Medici di Venezia - Via Mestre 50 Mestre
Orario incontri: 20.00
[aggi]

Incontri di Chirurgia all'Ospedale dell'Angeli (528 Hta)
23 Maggio - Amministrazione 3
L'U.O. di Chirurgia Generale dell'Ospedale dell'Angeli di Mestre-Venezia, direttore Dott. Roberto Ancona, organizza "Gli incontri della Chirurgia" con i medici di Medicina Generale. Prossimo appuntamento: 29 maggio, h. 16.30 "Attualità sulla Neoplasia Esofagea", relatore Dott. R. Ancona - Direttore della Clinica Chirurgica - Università di Padova -

[aggi]

Secondo Simposio Nazionale sulle decisioni di fine vita - Mestre, 16 maggio 2009 (124 Hta)
04 Maggio - Amministrazione 3
Con la conferenza stampa di presentazione del convegno si è svolta la conferenza stampa di presentazione del convegno, che si è svolta presso la sede dell'Ordine dei Medici di Venezia. Il Presidente della OMCEO Venezia, Dr. Roberto Ancona, ha presenziato alla conferenza stampa di presentazione del convegno, che si è svolta presso la sede dell'Ordine dei Medici di Venezia.

[aggi]

Ultima Notizia

