

BOLLETTINO

DELL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Spedizione in abbonamento postale 45% - art. 2, comma 20/b Legge 662/1996 - Filiale di Roma. Invio gratuito agli iscritti. ANNO 59 N.2



***Una voce
fuori
dal coro***

***Comunicati
stampa
Presidenza***

bollettino dell'ordine provinciale di roma dei medici chirurghi e degli odontoiatri

anno 59 - mar. - apr. **2/2007**

Spedizione in abbonamento postale 45%
art. 2, comma 20/b Legge 662/1996

Filiale di Roma

Invio gratuito agli iscritti



Periodico associato all'USPI
Unione stampa Periodica Italia

Direttore Responsabile:

Mario Falconi

Vice Direttore:

Mario Bernardini

CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE Mario Falconi

PRESIDENTE ONORARIO

Benito Meledandri

VICE-PRESIDENTE Roberto Lala

CONSIGLIERE SEGRETARIO

Luigi Pignataro

CONSIGLIERE TESORIERE

Vincenzo Scarpino

CONSIGLIERI MEDICI

Donato Antonellis; Pier Luigi Bartoletti;

Franco Berti; Enrico Bollero; Filippo

Custureri; Luigi Frati; Aldo Isidori; Luigi

Tonino Marsella; Rodolfo Proietti; Ivo Pulcini.

COMMISSIONE ODONTOIATRI

PRESIDENTE Claudio Cortesini

SEGRETARIO Renato Ori

COMPONENTI Livio Gallottini; Alessandro

Rampello; Alberto Sordi

COLLEGIO dei REVISORI dei CONTI

PRESIDENTE Foad Aodi

COMPONENTI Francesco La Commare;

Giorgio Lodolini

SUPPLENTE Debora Giannini

Direzione Amministrativa

Via G. B. De Rossi, 9

Tel. 064417121 - Fax 0644234665

Autorizz. Trib. Roma n. 1979 del 17.2.1951

Spedizione in abbonamento postale 45%

art.2, comma 20/b Legge 662/1996

Filiale di Roma

Invio Gratuito agli iscritti

Stampa: Industria Grafica Romana S.p.A.

Via Pontina Vecchia, 47 -Pomezia (RM)

Finito di stampare: 30 aprile 2007

Foto di copertina: Sutri

Dott. Mimmo Rosati

Iscrizione Ordine n. 11767/M

SOMMARIO

Una voce fuori dal coro	Pag. 1
Lettera aperta del Presidente	Pag. 2
Certificati facili	Pag. 3
Comunicati stampa della presidenza	Pag. 4
FEDERSPEV	Pag. 6
AMSI	Pag. 6
AMMI	Pag. 6
CULTURA e PROFESSIONE	Pag. 7

Tutti gli articoli firmati e pubblicati sul "Bollettino" esprimono il libero ed autonomo pensiero dell'Autore e non sottintendono né rappresentano giudizi o pareri condivisi dal Consiglio Direttivo dell'Ordine di Roma.

Una voce fuori dal coro

Il giornalista Mario Pirani di Repubblica ha scritto in data 12 febbraio 2007 un articolo dal titolo: **"Sanità, Livia attenta i ladri non sono i medici"**. In tale articolo, egli richiama alle proprie responsabilità la "Politica" che dovrebbe essere esclusa dalla gestione della sanità.

Dice al Ministro di non meravigliarsi delle proteste messe in atto dal nostro Ordine che, invitando i colleghi a reagire orgogliosamente agli attacchi alla professione è stato l'unico che Le ha rappresentato, anche attraverso un manifesto reso pubblico, la volontà di non tollerare più l'insostenibile situazione di delegittimazione.

Recentemente l'editorialista di Repubblica con un suo nuovo articolo dal titolo:

"Todos caballeros negli ospedali italiani" torna ad occuparsi del disagio in cui siamo costretti ad operare anche nei rapporti con altre figure professionali. Ritenendo di farvi cosa gradita pubblichiamo integralmente questo articolo insieme alla nostra lettera di gratitudine e apprezzamento.



"Todos caballeros negli ospedali italiani"

Sono anni ormai che mi occupo della sanità pubblica con magri risultati. Talvolta solo l'enormità di nuove nefandezze mi spinge a riproporre il tema. Ora scopro che un altro colpo è stato inferto al ruolo dei medici, con conseguenze che rischieranno in un modo o nell'altro sui pazienti. Vengo ai fatti: da che mondo è mondo gli infermieri in corsia dipendono da una (o un) caposala e costei risponde al primario e ai medici di turno. Con la riforma universitaria del 3+2 è stata aperta la possibilità di una qualifica professionale più alta a numerose categorie, attraverso il conseguimento della cosiddetta laurea breve. Ne possono usufruire svariati settori tecnici collegati alla sanità (infermieri, podologi, fisioterapisti, addetti all'igiene dentaria ecc.). È un'ottima cosa fino a che migliora la preparazione professionale di queste categorie; diviene aberrante se è intesa come leva per far saltare ogni principio di gerarchia e responsabilità medica.

Portorosso è quello che sta accadendo grazie alla pressione sindacale e alla complicità partitica. Sotto la parola d'ordine "siam tutti dottori" è passato il principio che gli ex infermieri, oggi muniti di laurea, non dipendono più dai responsabili medici del reparto ma costituiscono un servizio autonomo, con una

propria gerarchia interna, sottratta persino alla direzione sanitaria ma facente capo alla direzione generale.

Impressiona la casistica che si sta evidenziando. Tre medici psichiatri del San Giacomo di Rocca (i dottori Verello, Elmo e Rosini) mi hanno scritto una lunga e-mail che riassume: tra i compiti dei primari (denominati a loro dispetto "dirigenti di struttura complessa") il principale era la direzione tecnica (clinica), la responsabilità delle diagnosi, delle terapie, di tutta la conduzione delle indagini e dei trattamenti, quando non attuati in urgenza dal medico di guardia. Oggi il potere dei dirigenti medici è praticamente nullo e il loro compito è diventato altro: non più responsabili del lavoro clinico, ma titolari di un ruolo "gestionale e amministrativo".

Dovrebbero occuparsi insomma di turni e soprattutto di "budget". A leggere le normative attuali non si sa chi debba coordinare il lavoro nel servizio: o i medici operano in totale anarchia, responsabili, ognuno per conto proprio, di diagnosi e terapia sui pazienti loro affidati, o i primari proseguono in realtà a svolgere il loro lavoro come prima. La magistratura infatti continua a considerare il loro ruolo immutato rispetto alle responsabilità medico-legali, visto che li chiama a rispondere delle scelte cliniche errate nei loro reparti.

Anche questo però sta per essere superato davanti all'ascesa di nuove professioni che premono per avere il riconoscimento di funzioni dirigenziali.

Non che, infatti, si ventila la possibilità di reparti gestiti da infermieri ed altri tecnici laureati, con i medici ridotti a consulenti di reparto. Organizzazioni simili sono già previste in reparti per anziani e riabilitativi, nei laboratori di analisi, ecc. In un ospedale romano il ruolo di responsabile del blocco operatorio, già attribuito per 3 anni a un valente anestesista, è stato assegnato a una infermiera laureata, mentre al medico è stato chiesto di collaborare con la «collega».

Per non parlare poi della psichiatria dove l'essenza medica degli altri diagnostici e terapeutici viene costantemente negata. Qui sono gli psicologi ad ombire (anche legittimamente se si pensa alla natura solo «gestionale e amministrativa» del primario) alla massima dirigenza dei servizi. E già esistono casi di servizi di salute mentale con primari o anche responsabili clinici, laureati solo in Psicologia. Se un parente, non convinto della diagnosi o delle decisioni terapeutiche adottate per un paziente, vorrà «parlare con il primario», troverà una persona che, anche con la massima preparazione sulle psicologie individuali, di famiglia e di gruppo, non avrà alcuna competenza sulle richieste specifiche. Riflettendo al fatto che vengono elencate almeno 64 patologie non rare di tipo fisico che possono causare sindromi psichiatriche, non si capisce come uno psicologo, anche bravissimo, possa fare una diagnosi differenziale. Per non parlare poi della somministrazione di terapie psicofarmacologiche molto complesse anche nelle interazioni e negli effetti collaterali.

Ci si troverà insomma con servizi diretti da persone che avranno competenze scarse o parziali sul complesso processo che si svolge nel loro servizio, competenze certamente minori dei medici psichiatri loro sottoposti. Tutti «dottori» o «todos caballeros» negli ospedali italiani?

Mario Pirani (La Repubblica-23 aprile 2007-pagina)



Gentile Dottor Pirani,

Ho letto sulla Repubblica del 23 aprile il Suo articolo **"Todos caballeros negli ospedali italiani"**. Mi permetta di esprimerLe a nome mio personale e di tutto il Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici - Chirurghi e degli Odontoiatri (il più grande d'Europa con i suoi 400-00 iscritti) un sincero ed incondizionato apprezzamento per quanto da Lei esposto.

Siamo assolutamente consapevoli dell'assoluta importanza che hanno per la tutela della salute dei cittadini tutte le figure professionali della sanità, e non solo quella medica, e la loro crescita rappresenta senz'altro un valore aggiunto importante e una grande ricchezza per il nostro paese.

Pur tuttavia mi rimane difficile pensare ad una sanità moderna e all'avanguardia se qualcuno tenta di assimilarla ad una "orchestra che voglia produrre della ottima musica facendo a meno del direttore". Purtroppo, ha ragione Lei, in troppi stanno pensando ed operando ad una sanità fatta da vari professionisti che rischiano sempre più di lavorare a compartimenti stagni e che non solo mal tollerano l'imprescindibile ruolo di sintesi che il medico deve avere nell'interesse primario dei cittadini, ma addirittura immaginano di sostituirsi ad esso.

Dobbiamo amaramente continuare a constatare, caro dott. Pirani, che la nostra sanità, riconosciuta ed apprezzata tra le migliori al mondo da autorevoli organizzazioni internazionali, è sempre più affetta da pluripatologie una delle quali è quella da Lei evidenziata nell'articolo. Siamo sempre meno solidali, se è vero come è vero che ogni anno nel nostro paese 350.000 famiglie, che hanno la sventura di avere gravi problemi di salute di uno o più dei propri familiari, vanno ad accrescere la fascia già consistente della popolazione povera. Si sviluppa giorno dopo giorno una medicina difensiva sempre più costosa ed inappropriata, perché non si riesce, o non si vuole mettere in condizioni la stragrande maggioranza dei medici onesti di operare con professionalità ma soprattutto con serenità. Piuttosto che verificare e premiare la qualità di ogni operatore sanitario stiamo massacrando e demolendo il Servizio Sanitario Nazionale pubblico facendolo apparire come un covo di incompetenti e di ladri. Mi spiace pensare che le affermazioni contenute nel Suo articolo probabilmente potrebbero non essere gradite ad una parte dei lettori della "Repubblica", ma sono certo che Lei continuerà ad onorare il Suo apprezzato impegno civico quale strenuo difensore di un vero SSN pubblico equo e solidale.

Vorrei dirLe tante altre cose, probabilmente non necessarie, soprattutto per una delle poche persone che, come Lei, ha sempre manifestato liberamente il proprio pensiero in difesa della vera tutela della salute dei cittadini soprattutto se fragili e non autosufficienti. Con stima

Mario Falconi

Lettera aperta del Presidente... ...ai Colleghi Consulenti tecnici e Periti del Tribunale

Cari Colleghi, sento la necessità di rivolgermi a Voi per sottolineare l'importanza e la delicatezza del ruolo che svolgete con speciale competenza e professionalità nei difficili ambiti delle aule giudiziarie. Sono certo della consapevolezza, da parte Vs., delle responsabilità etico-giuridiche e deontologiche che, unitamente alla correttezza morale, sono i principi fondanti l'esercizio dell'attività medico legale, come previsto dal ns. codice deontologico nella recente stesura del 2006.

Proprio ultimamente, ho avuto modo di organizzare un corso E.C.M. sul "Consulente tecnico nel processo civile" (svoltosi nelle giornate del 20 e 21 aprile) con la partecipazione, tra l'altro, del Presidente del Tribunale di Roma ed altri autorevoli magistrati e professori di medicina legale, proprio perché avvertivo ed avverto sempre di più la necessità di un impegno forte per tutelare e salvaguardare la professionalità medica, anche in questo delicato settore della medicina. Il corso ha avuto un notevole successo e pertanto verrà organizzato nuovamente e periodicamente proprio per garantire a tutti Voi la possibilità di iscriverVi con la maggiore partecipazione possibile.

Detto questo, però, non posso non rappresentarVi, come Presidente dell'Ordine, che è ormai noto l'attacco quotidiano e massmediatico alla professione sanitaria sul piano della responsabilità professionale e dell'errore medico. Analogamente, mi giungono alcune segnalazioni da parte di ns. iscritti in merito a perizie/consulenze redatte da colleghi non totalmente aliene da censure di poca imparzialità e competenza.

E' mio dovere, pertanto, non sottacere l'esigenza del superiore rispetto dei principi di correttezza morale e di colleganza nel delicato compito di valutare eventuali condotte contrarie alle *leges artis* da parte di Vs. colleghi, stigmatizzando le condotte sbagliate, che pur ci sono, ma che non possono pregiudicare l'onorabilità e la professionalità dell'intera categoria.

Il momento è molto difficile, ma sono sicuro che tutti insieme

me con professionalità e competenza, nonché nel rigoroso rispetto delle regole etiche e deontologiche, riusciremo a superare l'attuale critico *impasse* per garantire in ogni caso il decoro e il corretto esercizio della professione medica.

Cari saluti a tutti voi.

Mario Falconi

- Primo soccorso legale -

Il primo soccorso legale è un servizio in favore degli Iscritti prestato da un pool di legali specializzati in diritto penale, sanitario, civile, amministrativo e del lavoro, nonché da medici legali specialisti in materia di responsabilità professionale. Il servizio verrà effettuato presso i locali dell'Ordine, con il coordinamento ed il monitoraggio del Servizio legale dell'Ente. L'iniziativa viene adottata, in via sperimentale, per sei mesi decorrenti dal **15 maggio 2007**, in orario mattutino (dalle 9.00 alle 13.00) ed a titolo completamente gratuito, con la finalità di fornire al medico o all'odontoiatra che in ragione della propria professione abbia riscontrato problematiche di natura legale, una prima informazione ed orientamento sulle iniziative più idonee da intraprendere.

L'attività effettuata dai consulenti che aderiscono al progetto non configura un patrocinio legale dell'Ente a favore del richiedente: vengono, pertanto, rigorosamente escluse problematiche che potrebbero avere ripercussioni sotto il profilo disciplinare - deontologico.

Nel caso in cui l'iscritto nel corso della consulenza chiedesse assistenza legale, l'Ordine si riserva di valutare tale richiesta e di indicare un proprio legale di fiducia, che potrà fornirla ad una tariffa agevolata.

Ai fini della realizzazione del servizio, presso il Servizio legale dell'Ordine verrà istituita un'apposita linea telefonica, per l'attivazione della quale sono già state attivate le relative procedure amministrative con il gestore telefonico Albacom. Il primo soccorso legale si articolerà in quattro livelli: nel primo e l'ultimo verrà coinvolto il Servizio Lega-

le, nei due intermedi il rapporto di consulenza verrà direttamente gestito dall'interessato e dall'esperto.

I LIVELLO: L'iscritto che volesse accedere al servizio potrà contattare il numero telefonico istituito presso l'Ente, cui risponderanno, secondo un criterio turnario regolato dal Dirigente, i funzionari del Servizio Legale.

II LIVELLO: Una volta individuato l'oggetto della consulenza, salvo risoluzione immediata del quesito da parte del funzionario dell'ufficio, quest'ultimo fornirà all'iscritto un numero telefonico cui contattare il legale l'esperto.

III LIVELLO: L'iscritto potrà rappresentare telefonicamente al consulente la problematica del caso. In tal sede, l'esperto potrà dare al richiedente, ove ne ricorrano i presupposti, una risposta immediata, ovverosia, nel caso in cui ritenesse necessario un approfondimento, le parti potranno concordare autonomamente un incontro presso l'Ordine

IV LIVELLO: In sede di incontro presso la sede dell'Ente, il richiedente, qualora reputato necessario dall'esperto, potrà formulare con l'assistenza del medesimo una richiesta di parere scritto su apposito prestampato, indirizzato all'Ordine, che verrà smistato al Servizio Legale, riservandosi l'invio di ulteriore documentazione segnalata dal consulente nella sezione "note". L'ufficio, una volta acquisita tutta la certificazione ed il motivato parere dell'esperto, potrà formulare una risposta, a firma del Presidente, da trasmettere all'iscritto.

- Incontri con i Medici -

Il Consiglio ha preso nota degli incontri programmati dal Presidente con i medici presso le loro sedi di attività. Il Presidente ha riferito su quelli già fatti presso alcuni ospedali romani e della provincia e ha dichiarato di essere molto soddisfatto per l'accoglienza e per l'interesse riscontrato nei colleghi, ma esprime rammarico perchè, la maggior parte dei partecipanti, non è informato delle iniziative intraprese dall'Ordine in loro favore. Ritene che sia necessario individuare un miglior sistema di comunicazione con gli iscritti, affinché possano partecipare attivamente alla vita ordinistica.

- Lutto -

Il Presidente informa i Consiglieri delle recente e tragica vicenda che ha visto coinvolto il dipendente **Pierluigi Colacchio**, che ha perso la vita in un incidente stradale, mentre si recava a partecipare ad un corso di aggiornamento per conto dell'Ordine. Il Consiglio, esprimendo le più sentite condoglianze ai familiari, in omaggio alla memoria del dipendente osserva un minuto di silenzio.

Dopo il caso sollevato dal giornalista Piero Ichino sul Corriere della Sera

CERTIFICATI FACILI

INTERVIENE L'ORDINE DEI MEDICI DI ROMA:

AUTOCERTIFICAZIONE OBBLIGATORIA PER I BREVI PERIODI DI MALATTIA

Falconi: "nuove norme o dovrò essere anche io compiacente"

Dopo il caso sollevato oggi da **Pietro Ichino** sul quotidiano "Corriere della Sera" circa i certificati di malattia rilasciati con eccessiva facilità, l'Ordine dei Medici di Roma interviene per evidenziare alcuni aspetti di questo problema che suscita ricorrenti polemiche e crea disfunzioni al sistema produttivo del Paese, arrecando contemporaneamente un grave danno d'immagine alla professione medica. "Quanto osservato e portato ad esempio da Ichino è assolutamente vero e va stigmatizzato come un pessimo malcostume che a volte sfiora il reato di truffa e di falso. Così come non si può non essere d'accordo sulla necessità che tutti facciano la loro parte per correggere questa stortura" – commenta **Mario Falconi**, Presidente dell'**Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Roma** e provincia che conta oltre 40 mila iscritti. "Il problema, ancora una volta, è proprio nell'intero sistema, in primis nel quadro legislativo. Il grosso delle certificazioni cosiddette facili riguarda infatti le assenze brevi o brevissime dal lavoro, per malattie non diagnosticabili oggettivamente e di cui il medico può solo prendere atto sulla base di quanto il paziente accusa come disturbo temporaneo. In questi casi e soltanto in questi, per stroncare il fenomeno si può e si deve ricorrere all'autocertificazione da parte del lavoratore nei confronti del suo datore di lavoro, come da noi richiesto da oltre un decennio ai vari governi". Secondo Falconi, finché la legislazione non sarà modificata in tal senso, nessun medico potrà mai prendersi la responsabilità di ignorare i disturbi riferiti da un suo paziente e di negare, di conseguenza, brevi periodi di riposo o di cura. "Basta pensare ad un pilota di aereo, ad un macchinista di treno, ad altro lavoratore che svolge compiti con ricadute sulla collettività o ad alto rischio personale: se riferisce un forte mal di testa, capogiri, insonnia, perdita di concentrazione, irritabilità, ecc, quale medico può azzardarsi a dichiararlo in quel momento idoneo al suo lavoro?" L'Ordine di Roma intende vigilare ancora più attentamente, ma prima di tutto chiede che venga varata una norma che consenta l'autocertificazione da parte dei lavoratori per periodi di presunta malattia fino a 3 giorni, così come peraltro già previsto in alcuni contratti di lavoro aziendali sottoscritti da sindacati e impresa. Ciò porterebbe alla responsabilizzazione del lavoratore che a volte usa il medico come schermo per gabbare lo Stato o l'azienda in cui è dipendente. "Fino ad allora – annuncia provocatoriamente Falconi – continuerò io stesso a rilasciare certificati ritenuti facili o compiacenti, poiché me lo impone la legge e il mio dovere di medico. L'Ordine fa e farà ancor meglio la sua parte, ma anche tutti gli altri soggetti in causa facciano la loro, a partire dal legislatore e dai sindacati. Non è possibile per i medici continuare a portare sempre da soli la croce di ogni problema che si verifica in ambito sanitario. Essere al servizio dei cittadini non significa dover essere anche i capri espiatori di ciò che non funziona bene nella nostra società"

Roma, 10 aprile 2007

COMUNICATI STAMPA DELLA PRESIDENZA

Roma, 21 febbraio 2007

“Umberto I”: la proposta di installare scatole nere in sala operatoria
L'ORDINE DEI MEDICI DI ROMA ESPRIME PERPLESSITÀ
NON SI RISOLVONO I PROBLEMI DEL POLICLINICO CON IL GRANDE FRATELLO
 Mario Falconi *“Intervenire prima sulle carenze strutturali e le disfunzioni di gestione”*

In merito alla proposta avanzata dal Direttore Generale del Policlinico “Umberto I” di Roma, **Ubaldo Montaguti**, di installare “scatole nere” in tutte le sale operatorie del nosocomio, l'**Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Roma e Provincia** esprime forte perplessità sulla reale efficacia di tale strumento di controllo. “Siamo assolutamente favorevoli a qualsiasi forma di tutela del paziente – ha commentato **Mario Falconi**, Presidente dell'Ordine – ma troviamo quantomeno riduttivo che in una situazione come quella dell'Umberto I si parta dalla coda anziché dalla testa dei tanti problemi strutturali e manageriali che affliggono il Policlinico. La notizia diffusa alla stampa è sicuramente suggestiva ma prima di installare scatole nere come su un qualsivoglia aereo, è indispensabile assicurare a chi opera per la salute del cittadino che l'intera macchina sia nelle perfette condizioni di funzionare. Invece ci sembra francamente – ha proseguito Falconi – che sia l'ennesima caccia alle streghe a danno della professione medica, per distogliere l'attenzione pubblica da carenze organizzative e strutturali che sono alla base di disfunzioni reali”

L'Ordine dei Medici di Roma a tale proposito ha annunciato la richiesta di un incontro urgente con il Direttore Generale dell'Umberto I per discutere a tutto campo proposte e interventi su una situazione che non può essere più affrontata unilateralmente e con informazioni che generano ulteriore sfiducia nella Sanità pubblica, senza peraltro incidere concretamente sui problemi denunciati. “Ci si dimentica – ha proseguito Falconi – con troppa facilità degli ottimi risultati e livelli di assistenza che la Sanità pubblica italiana riesce a garantire pur in contesto di insufficienti finanziamenti e non si perde occasione per gettare ogni colpa solo sui medici: questo non fa bene né al Paese, né alla serenità della professione medica, né alla fiducia ed alla salute del cittadino. Soprattutto è fuorviante. Troviamo quantomeno inopportuno che il Direttore dell'Umberto I alimenti questa presunzione infondata di colpevolezza dei medici per ogni episodio di cosiddetta malasànità. E' sicuramente più opportuno che, prima di dare vita ad una sorta di Grande Fratello, tutte le camere operatorie vengano messe nelle condizioni di più totale efficienza e sicurezza. Alla base di sporadici errori umani infatti – ha concluso il Presidente dell'Ordine – ci sono, inevitabilmente, quasi sempre carenze strutturali, burocratiche, strumentali ed eccesso di lavoro.”

L'Ordine dei Medici di Roma e Provincia chiede inoltre che in ogni caso l'ipotesi di introduzione dello strumento delle “scatole nere” sia preceduta da una verifica di compatibilità con le norme vigenti in materia di privacy del paziente e di pieno rispetto dello Statuto dei Lavoratori.

Roma, 14 marzo 2007

Riforma delle professioni dura critica dei medici di Roma
al Garante della concorrenza:
pericolosa la pubblicità commerciale anche in campo sanitario
Falconi attacca Catricalà “la salute dei cittadini non è un prodotto da dare in pasto al mercato”

Una dura critica al Presidente dell'antitrust, **Antonio Catricalà**, è stata espressa dal Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici di Roma, riunitosi ieri sera. Hanno infatti suscitato preoccupazione e parere totalmente negativo le linee tracciate dal Garante della Concorrenza durante l'audizione dell'8 marzo scorso alle Commissioni di Giustizia e Attività Produttive della Camera dei Deputati, riunite per affrontare il tema della riforma delle professioni. Il punto che vede contrario l'Ordine è in particolare quello della pubblicità professionale nel settore medico. “Catricalà vorrebbe che il controllo su tale pubblicità fosse ridotto al minimo e affidato all'Ordine soltanto ex post. A parte che ciò contrasta con quanto disposto dalla legge Bersani, è evidente che non vengono valutati i rischi che ne verrebbero per la salute dei cittadini, esposti come sarebbero ad una pubblicità di stampo consumistico”, afferma **Mario Falconi**, Presidente dell'Ordine di Roma e provincia dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. “Un controllo preventivo è indispensabile per evitare che forme di promozione dell'attività medica siano deontologicamente scorrette o peggio fuorvianti e ingannevoli per i pazienti. Non è possibile – sottolinea Falconi – pensare di trattare la salute come un qualsivoglia prodotto commerciale e metterla sul mercato, dove la filosofia è

quella della massima concorrenza e del massimo profitto. Senza contare che un controllo successivo sui nostri oltre 40 mila iscritti, Medici-Chirurghi ed Odontoiatri, sarebbe di fatto impraticabile, così come lo sarebbe per gran parte degli altri ordini provinciali”.

Per informare e sensibilizzare i parlamentari impegnati nella riforma delle professioni, il Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Medici di Roma ha deciso di inviare oggi una lettera a tutti i novanta componenti delle due commissioni - la II e la X - della Camera dei Deputati. Nella missiva sono contenute osservazioni e rilievi tecnici e si sottolineano i rischi per la collettività di una eccessiva liberalizzazione in campo medico e sanitario, una deregolamentazione che – si fa osservare – è al limite dell’incostituzionalità.

“E’ sufficiente immaginare le conseguenze sulla salute del cittadino che potrebbe avere un controllo successivo anziché preventivo della pubblicità sanitaria – avverte Falconi - e che, tra l’altro, favorirebbe l’istigazione indiretta all’esercizio di pratiche mediche abusive, la cui sanzione arriverebbe, nella migliore delle ipotesi, soltanto a danno compiuto. Così come verrebbe fortemente limitato il controllo sui titoli professionali. A tale proposito vale la pena di ricordare il caso, che ha fatto scalpore, di un medico che pretendeva di curare con il bicarbonato i suoi pazienti malati di tumore. Sembra una gag di Totò ma purtroppo accade anche questo nella realtà. Proprio grazie al controllo dell’Ordine, tale medico fu individuato e radiato dall’albo professionale. Quanti altri casi di bicarbonato al posto di corrette terapie si avrebbero con la liberalizzazione pubblicitaria che Catricalà intende estendere anche alla professione medica?”. Per tale motivo l’Ordine di Roma ha annunciato che si attiverà in tutte le sedi politiche, istituzionali e giuridiche per contrastare la linea finora seguita dal Presidente dell’Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.

Roma, 15 marzo 2007

**Errori dei medici e risarcimenti rapidi:
dall’Ordine di Roma soddisfazione per le dichiarazioni di Bianco
Falconi: il nostro progetto “Accordia” è il modello da seguire
Indennizzi in 90 giorni, riduzione della conflittualità, meno ricorsi ai tribunali**

L’Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha espresso parere favorevole e soddisfazione in merito alla proposta avanzata dal Presidente della FNOMCEO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), **Amedeo Bianco**, di avviare una procedura di risarcimento immediato ai pazienti vittime di errori medici. A tale proposito l’Ordine di Roma ricorda di aver avviato e sperimentato con successo già da due anni il progetto “**Accordia**”: questo ha permesso di ricorrere alla procedura di conciliazione anziché alla Magistratura per risolvere numerosi contenziosi nati tra pazienti e medici, molti dei quali sono stati poi riconosciuti da ambo le parti come infondati. Punto di forza di Accordia è proprio la celerità degli indennizzi, appena 90 giorni, una volta accertato per via extragiudiziale l’errore del medico e concordato congiuntamente l’ammontare. Lo Sportello Accordia, attivo dal gennaio del 2005 nella sede dell’Ordine capitolino, conta sulla partecipazione della Camera di Conciliazione presso l’Ordine degli Avvocati di Roma e di alcune principali compagnie assicurative. “*Grazie a tale iniziativa, ormai consolidata in un biennio di attività, si è abbassato il livello di conflittualità tra medico e paziente, nonché si è garantita rapidità e semplicità a quegli indennizzi realmente spettanti a coloro che ritenevano di averne diritto – ha evidenziato Mario Falconi, Presidente dell’Ordine di Roma e provincia - mentre sono stati evitati i ricorsi al tribunale in tutti quei casi in cui, per malinteso o infondatezza, non ne sussistevano i presupposti. Un contributo di civiltà e serenità nel contesto italiano, connotato da eccessiva conflittualità in tutte i settori e da un cronico intasamento dei tribunali*”.

Il progetto pilota varato dall’Ordine di Roma, che ha suscitato interesse anche all’estero, in particolare in Germania, è in via di adozione da parte di altri ordini provinciali, i cui Presidenti hanno partecipato agli incontri tenuti dall’Ordine di Roma nel corso dell’anno 2006 per far conoscere il Progetto Accordia. Falconi ha quindi espresso soddisfazione per le dichiarazioni di Bianco: “*Siamo lieti di aver fatto da apripista ad un’innovazione che si inserisce in un’ottica europea e che in Italia può giovare sia alla categoria dei medici sia al sistema della Sanità nazionale, troppe volte messe ingiustamente sul banco degli imputati. Prendiamo quindi atto di quanto dichiarato dal Presidente Bianco e plaudiamo all’intenzione della Federazione nazionale di percorrere ora la nostra stessa strada*”.

Falconi ha infine ricordato che il progetto “Accordia” è entrato nella sua seconda fase di sperimentazione, quella nelle strutture pubbliche: nelle prossime settimane saranno infatti aperti due sportelli di conciliazione in altrettanti ospedali-pilota, il San Camillo di Roma e il San Camillo di Rieti.

**FEDERSPEV
Sezione di Roma**

Presso la Sala convegni dell'Ordine si è svolta il 22 marzo l'Assemblea della sezione di Roma della Federspev presieduta dal Dottor Eumenio Miscetti.

Era presente per l'Ordine dei Medici e Odontoiatri il Segretario Dottor Luigi Pignataro.

Tema centrale sul quale si sono succeduti numerosi interventi è stato quello della situazione pensionistica e della pressione fiscale di cui è oggetto.

Al termine dell'Assemblea è stato approvato l'Ordine del Giorno che di seguito pubblichiamo.

ORDINE DEL GIORNO

Gli iscritti alla Federspev di Roma e provincia riuniti in Assemblea ordinaria il 22/3/2007 presso la sede dell'Ordine dei Medici di Roma

UDITA

La relazione del Presidente

**L'APPROVANO
PRENDONO ATTO**

Della grave situazione di disagio economico della categoria. I pensionati e i superstiti a seguito del progressivo aggravarsi del fenomeno delle pensioni d'annata e della decurtazione delle pensioni di reversibilità.

INVITANO

Gli Organi direttivi della Federspev a promuovere tutte le azioni, comprese quelle legali, per l'eliminazione di tante gravi ingiustizie che colpiscono la nostra categoria.

PLAUDONO

All'opera svolta dalla Presidenza e dal Comitato Direttivo nelle molteplici attività associative, assistenziali e culturali.

APPROVANO

Il bilancio consuntivo della sezione 2006 e preventivo 2007. Designano i delegati per il prossimo XLIV Congresso nazionale di Rimini nelle persone del Presidente Miscetti, della segretaria Cristina Palma, dei componenti di vertice statuario provinciale, Trazza, Baracaia, Fulli. Approvano all'unanimità.

**A.M.M.I.
(Associazione Mogli Medici Italiani)**

A cura dell'Associazione Mogli dei Medici Italiani, (Sezione di Roma) il 14 marzo presso la Sala dei Certosini della Basilica Santa Maria degli Angeli si è svolta una Tavola Rotonda sul tema: "Etica e Scienza al tramonto della vita".

Dopo il saluto della Presidente, dott.ssa Enrica Sanna, sono seguiti gli interventi del Prof. Alessandro Sabato: "La gestione dell'animatore del coma e della morte cerebrale", e il Prof. Carlo Umberto Casciani: "La deontologia medica del malato grave e terminale".

**A.M.S.I.
(Associazione Medici
di origine straniera in Italia)**

Mercoledì **14 febbraio** 2007, l'Amsi è intervenuta alla presentazione alla stampa del "2° Tavolo di Coordinamento per lo studio del fenomeno migratorio nel Lazio" alla presenza degli assessori e dei consiglieri regionali ed alle associazioni competenti di immigrazione ed alla presenza del Ministro della solidarietà sociale, Paolo Ferrero.

Il **23 febbraio** 2007 l'AMSI è stata nominata membro del "Tavolo di Coordinamento per lo studio del fenomeno migratorio nel Lazio" istituito dal consiglio regionale.

Il **1 marzo** 2007 l'AMSI ha partecipato alla 1^a conferenza sulla immigrazione istituita dalla Regione Lazio. Hanno partecipato diversi soci nei 5 gruppi di lavoro che hanno trattato le tematiche più importanti sull'immigrazione.

Il **10 marzo** 2007 L'Ordine dei Medici di Roma in collaborazione con l'AMSI e la clinica ortopedica dell'Università di Roma La Sapienza ha organizzato un Convegno presso l'Aula Magna della Clinica Ortopedica Università di Roma: "Inquadramento diagnostico e terapeutico della patologia degenerativa e traumatica della spalla e del gomito" Presidente Prof. F. Postacchini direttore del dipartimento di scienze apparato locomotore, Coordinatore il Consigliere dell'Ordine dei Medici di Roma e Presidente AMSI Dott. Foad Aodi

Sito Vocale

E' attivato, in via sperimentale, il Sito Vocale dell'Ordine. Coloro che non posseggono apparecchi informatici potranno accedere al Sito Internet dell'Ordine e usufruire di una serie di servizi automatici a distanza. Digitando il numero telefonico

0 6 4 4 2 5 2 7 3 8

- È possibile avere:
- informazioni sugli uffici (orari, telefoni, e-mail...)
 - conoscere le ultima notizie
 - accedere alla propria area riservata web e richiedere il proprio certificato e attestato di iscrizione all'albo che verranno inviati gratuitamente a mezzo posta
 - effettuare la registrazione al sito internet dell'ordine come nuovo utente

Cultura e Professione

CONVEGNO

Profili etici, giuridici e medico legali in tema di eutanasia

Convegno organizzato dal Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Roma con il Consiglio dell'Ordine provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Al Convegno che si è svolto il 27 febbraio hanno partecipato per il nostro Ordine il Presidente Mario Falconi e i Consiglieri Rodolfo Proietti e Luigi Tonino Marsella.

Particolarmente numeroso ed attento, nonostante l'ora insolita (ore 13,30 di un giorno feriali), il pubblico che nell'austera aula degli avvocati del Palazzo di giustizia di Roma, ha seguito il Convegno su un tema di grande attualità quale è quello dell'eutanasia promosso da dai due Ordini provinciali di Roma degli Avvocati e dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Sono stati i presidenti degli Ordini, Avvocato Alessandro Cassini e Dottor Mario Falconi, a portare il saluto delle due categorie di professionisti che da qualche tempo nella realtà capitolina affrontano congiuntamente interessanti argomenti di reciproco interesse e soddisfazione per quanto può facilitare il rapporto con la cittadinanza per i delicati aspetti del diritto alla tutela dei propri interessi sia sotto il profilo etico che giuridico. Lo specifico tema del Convegno è stato introdotto dall'Avvocato Rosa Ierardi, Consigliere dell'Ordine degli Avvocati di Roma e Coordinatore della Commissione di Diritto Penale, che ha anche coordinato i lavori. Il Convegno trattando dei profili etici, giuridici e medico-legali in tema di eutanasia ha compreso, inevitabilmente, quanto riguarda aspetti di interesse etico e giuridico per le altre terminologie collegate agli interrogativi sui contenuti di norme giuridiche che potrebbero riconoscere il diritto della persona e della società ad intervenire con misure finalizzate legalizzare la "dolce morte".

Come era ricordato nella presentazione del Convegno, mentre in molti Paesi sono state avanzate proposte e fatte precise scelte politiche e giuridiche in tema di eutanasia in Italia, diversamente, il nostro ordinamento giuridico condanna la pratica eutanasi attiva assimilandola all'omicidio, secondo le norme codicistiche, e richiamando norme deontologiche sotto un profilo strettamente etico. E' stato pertanto inevitabile che, nel trattare l'argomento, si facesse riferimento

a recenti casi di cronaca e a quanto è attualmente oggetto di dibattito utilizzando una terminologia che non sempre facilita i riferimenti all'eutanasia nel parlare di "accanimento terapeutico", "testamento biologico", "suicidio assistito", "omicidio del consenziente".

Altrettanto inevitabile il richiamo al ruolo della medicina legale e all'importanza del consenso informato.

Per gli aspetti prettamente giuridici di particolare interessante un intervento che ha ricordato come il suicidio non abbia riferimento nel Codice di Procedura Penale in quanto è venuto meno il soggetto cui applicare la norma e come, conseguentemente, siano di difficile regolamentazione le normative da mettere in atto nella eventualità di un intervento esterno che induca al suicidio o che ne consenta la realizzazione. Troppo lungo trattare i molti e interessanti interventi che si sono succeduti nel corso di un pomeriggio che, pur non portando come era giusto e prevedibile un conclusivo contributo al dibattito in atto sul tema dell'eutanasia e quanto ad essa correlato, ha tuttavia sicuramente contribuito a fare il punto su una realtà che impegna professionalmente le due categorie che sono e saranno maggiormente coinvolte nell'affrontare nei confronti di singoli cittadini e dell'intera società particolari situazioni che metteranno duramente a confronto le sensazioni, gli stati d'animo e la realtà di un'esistenza per la quale non sussistono garanzie di prolungamento per motivi fisici e psicologici e per chi sarà chiamato a valutare il rispetto di una normativa idonea a garantire il diritto del singolo e della collettività.

Mario Bernardini (Uff. Stampa OMCeO Roma)

Nota personale: il 29 e il 30 marzo un Convegno internazionale promosso dalla Commissione Sanità del Senato ha trattato il tema: Testamento biologico: "le dichiarazioni anticipate di volontà sui trattamenti sanitari". Senza voler affrontare disquisizioni prettamente di rilevanza giuridica è interessante notare che per quanto riguarda gli aspetti etico religiosi per la Chiesa cattolica la liceità morale di un Testamento biologico dipende dal fatto che sconfini o meno nell'eutanasia, e che, sia pur con qualche piccola differenza, la validità di una legge sul Testamento biologico è stata riconosciuta da Islam, buddismo e ebraismo (M.B.)

Medicine non convenzionali: non un semplice complemento della medicina accademica

*di Aldo Liguori**

Il termine "medicine non convenzionali" (MNC) individuato per la prima volta in Italia a livello istituzionale nel 1991 dal Centro Studi della Camera dei Deputati su proposta dell'Istituto "Paracelso" di Roma,¹ fatto proprio e riaffermato in ambito medico con forza dall'Ordine dei Medici di Roma e Provincia, ben rappresenta l'intenzione di coloro che vogliono valorizzare e sostenere i contenuti di sistemi medici quali la medicina tradizionale cinese, la medicina omeopatica, l'erboristeria e gli altri sistemi medici tradizionali, a differenza della posizione di coloro che, invece vorrebbero relegarli a semplice complemento del sistema medico accademico. L'uso del termine "medicine complementa-

ri" ben rappresenta quei soggetti che lo propongono e lo utilizzano a livello nazionale e sovranazionale, con l'intento di indicare, nel suo contenuto lessicale, la volontà che i suddetti sistemi non sviluppino appieno il loro potenziale teorico e clinico pratico basato su un'epistemologia loro propria.

Queste considerazioni, ben lungi dall'essere mera opinione dello scrivente, sono risultanti oggettive del dibattito e delle posizioni assunte negli ultimi decenni da organismi sanitari nazionali a livello internazionale e dagli stessi organismi sovranazionali (OMS). Dibattito troppo spesso trascurato in Italia sia dalla maggior parte delle organizzazioni mediche

di categoria che dalle stesse istanze istituzionali, entrambe troppo poco presenti agli appuntamenti internazionali.

Una mancanza di attenzione che fa brancolare spesso nel buio chi si occupa di MNC e che lascia indecorosamente spazio a sterili discussioni su presunte terminologie e posizioni che invece a livello internazionale sono già da tempo consolidate e hanno già tracciato e improntato le direttive della realtà sanitaria mondiale in questo settore, che come vedremo è tutt'altro che una nicchia.

Cos'altro emerge dal dibattito internazionale? Innanzitutto va tenuto ben presente che l'OMS ha dovuto raccogliere la spinta di molte aree e regioni del mondo, ponendo grande attenzione alla tematica delle MNC. Ciò risulta evidente negli specifici incontri organizzati a Ginevra in occasione e a latere dell'ultima Assemblea mondiale della sanità, ma è ancora più evidente se si osserva il lavoro svolto dalla divisione dell'OMS del Pacifico, una regione molto attiva che è entrata più volte anche nel merito della tematica tecnica di alcune MNC definendo ad esempio elementi che riguardano la standardizzazione della nomenclatura² o le linee guida per la ricerca³. Per quanto riguarda l'agopuntura, l'OMS ha indicato da tempo un elenco di oltre 40 patologie trattabili con questa metodica.

In particolare l'OMS chiama da sempre *Traditional Medicine (TM)* "L'insieme di conoscenze e 'assunti teorici', approcci e pratiche per la salute che utilizzano medicine a base di piante medicinali, animali e/o minerali, terapie *della mente*, esercizi e tecniche manuali, applicate singolarmente o in combinazione per mantenere il benessere come pure per prevenire, trattare e diagnosticare le malattie". L'OMS precisa che tale termine, *Traditional Medicine*, riguarda l'impiego delle suddette conoscenze e pratiche nelle regioni in cui sono nate e si sono sviluppate. Inoltre afferma, ma si badi, ben più di recente rispetto al datato interesse per la medicina tradizionale dichiarato ormai da alcuni decenni, che in alcune nazioni a sviluppo avanzato il termine *complementary alternative medicine (CAM)*⁴ è usato là dove il sistema sanitario dominante è basato sulla medicina accademica o allopatrica che dir si voglia, e dove la medicina tradizionale non è incorporata nel sistema sanitario nazionale.

Quanto sopra dunque chiarisce autorevolmente che il termine "medicina tradizionale" è utilizzato per identificare quelle concezioni e pratiche olistiche tramandate da millenni, che provengono quindi dalla tradizione, e non la medicina accademica la quale, caratterizzata primariamente dall'innovazione delle tecniche e dei contenuti, ha ovviamente una sua tradizione.

Pertanto è da notare che l'OMS deve tenere presenti tutte le istanze, sia quelle ampiamente rappresentate dalle medicine tradizionali e popolari delle realtà asiatiche, africane e sudamericane, che datano da millenni, sia le acquisizioni di area americana e anglosassone certamente più recenti. Inoltre l'OMS è certamente influenzata, come la maggior parte delle istituzioni, dalla tipologia di chi supporta un determinato sistema medico tradizionale: per l'OMS ad esempio la chiropratica, metodica che ben inteso rientra nelle MNC identificate dalla FNOMCeO, sembrerebbe avere, dal punto di vista della scientificità, una posizione privilegiata rispetto alla stessa MTC. E sempre agli occhi dell'OMS, la stessa medicina omeopatica è oggetto di considerazione relativa.

Quanto a noi in Italia, come rappresentanti delle società di

agopuntura, di medicina omeopatica e di erboristeria, parliamo di "medicina non convenzionale" piuttosto che di medicine complementari o tanto peggio alternative perché non vogliamo attribuire tali contenuti fortemente riduttivi ai sistemi medici che difendiamo.

Peraltro quando questa scelta lessicale è fatta propria da una istituzione come l'Ordine dei Medici di Roma e Provincia è doveroso sottolineare che questo indirizzo rende merito all'Ordine e naturalmente al "Forum per le medicine non convenzionali" (formato dalle rappresentanze delle principali scuole di Roma e provincia) che ha supportato l'Ordine con la sua competenza nelle difficili scelte operative. Questo indirizzo ci conforta perché le medicine non convenzionali (o medicine tradizionali che dir si voglia), rappresentano sistemi medici ampiamente adottati a livello mondiale e non realtà sparute. Ad esempio in India l'erboristeria e la medicina omeopatica rappresentano più del 70% della domanda e dell'offerta sanitaria. In Etiopia la medicina tradizionale copre il 90% dell'assistenza primaria. Ancora la medicina tradizionale rappresenta il 70% del sistema sanitario in Ruanda e Benin, il 60% in Tanzania e Uganda⁵. La medicina tradizionale cinese e l'agopuntura in Cina sono impiegate da oltre il 60% della popolazione.

Vorrei ancora sottolineare che buona parte dei sistemi medici e delle pratiche cliniche su cui oggi vogliamo focalizzare la nostra attenzione, e rispetto ai quali ritengo siano sempre più urgenti interventi di razionalizzazione, sono considerati non convenzionali in alcuni paesi ma non lo sono affatto nei paesi e nelle aree dove sono nati e si sono sviluppati e dove godono di pari dignità rispetto alla nostra medicina accademica.

In termini di diffusione poi la medicina tradizionale è sì ampiamente rappresentata in Asia, Africa e America Latina, ma nei paesi a sviluppo avanzato le percentuali della popolazione che hanno fatto ricorso almeno una volta alle MNC sono pure significative: Canada 70%, Australia 48%, Francia 49%, USA 42%, Belgio 31%⁵.

Altro aspetto da considerare è che molte nazioni sono impegnate nel dare pieno riconoscimento giuridico alla medicina tradizionale. Prima fra tutte la Cina che ha un ente specifico per lo sviluppo della MTC e una legislazione avanzata che tra l'altro prevede che sul proprio territorio negli oltre 2000 ospedali di MTC ci sia un reparto di medicina moderna e che negli ospedali di medicina moderna ci sia un reparto di MTC, una formazione e una ricerca di rango universitario. L'India sta normando la medicina ayurvedica e annovera scuole di omeopatia con processi formativi di 5 anni a tempo pieno.

L'OMS inoltre, tra le sue numerose pubblicazioni, ne annovera alcune sullo stato legale della medicina tradizionale nel mondo. Secondo l'OMS già nel 2000 ben 25 sono risultate le nazioni occidentali che già avevano in atto una specifica politica nazionale in questo campo⁶.

Va tenuto presente che le spinte date da alcune nazioni dell'Est, quali ad esempio l'Ungheria, hanno costretto l'OMS e la regione europea a prendere atto dei processi di integrazione che stanno avvenendo sempre più frequentemente.

Su questa scia una recente iniziativa è stata intrapresa ancora dall'OMS, che ha organizzato dal 12 al 15 giugno 2006 il Gruppo di lavoro per l'integrazione della MT nei sistemi

sanitari nazionali al quale hanno partecipato 34 esperti provenienti da 22 nazioni⁵. Il Gruppo ha rimarcato come aspetti fondamentali per realizzare l'integrazione della MT con la medicina moderna i seguenti punti:

Sviluppo di una politica e di una regolamentazione idonee: dare riconoscimento cioè al ruolo della MT nel sistema sanitario, dare riconoscimento legale alla MT attraverso una legge nazionale o una costituzione nazionale, dare spazio alla creazione di comitati nazionali con rappresentanze della MT.

Inserimento nel servizio sanitario con copertura assicurativa: dare visibilità e ruolo alla MT nel sistema sanitario nazionale, lasciare libertà ai pazienti di scegliere la MT e dare un'informazione imparziale.

Impegno mirato alla formazione professionale e alla pratica qualificata della MT: è stata sottolineata la necessità della definizione di un Comitato per la registrazione dell'appropriatezza delle competenze e dei curricula formativi.

Necessità di reperimento di fondi per la ricerca che deve assicurare sicurezza, efficacia e qualità delle procedure e dei prodotti della MT.

Nel recente Forum governativo sulla medicina tradizionale tenutosi a Pechino il 25-26 ottobre 2006, organizzato dallo State Administration for Traditional Chinese Medicine e dall'OMS, sono stati riportati i progressi conseguiti in 15 nazioni relativamente alla promulgazione di regolamenti, leggi, politiche nazionali o alla costituzione di dipartimenti specifici all'interno dei Ministeri della Salute, di istituti nazionali di ricerca e di programmi nazionali sulle MT⁵.

È stata riportata una sintesi dei paesi che hanno recentemente promulgato leggi e regolamentazioni per terapia e pratica clinica con la MT partendo dalla Germania (1994) fino al Brasile (2006), l'ultimo in ordine di tempo ad aver compiuto un grande sforzo in questa direzione⁵.

Altro segnale a conferma che le spinte internazionali sono quelle portanti nel fenomeno di affermazione delle MNC è dato dal recente interesse del Ministero della Sanità Italiano per la medicina tradizionale cinese.

I master sperimentali in medicina tradizionale cinese nell'Università "La Sapienza" di Roma e presso la Statale di Milano voluti dall'allora ministro della Sanità G. Sirchia e il laboratorio virtuale per lo studio delle piante della MTC, rappresentano primi significativi concreti momenti di realizzazione di un progetto più ampio. Nel complesso si nota comunque che mentre in Asia e in Africa ci sono spinte importanti, l'Europa subisce per lo più un clima restrittivo⁷⁻⁸.

Il limite delle esperienze formative attualmente presenti nella maggior parte dell'Europa è rappresentato da programmi dal monte-ore incommensurabilmente ridotto (150-1500 ore) rispetto a quello adottato in paesi dove le medicine non convenzionali sono ufficializzate o riconosciute. Inoltre, salvo rare eccezioni, i percorsi formativi risultano limitati dall'assenza di adeguate strutture per la pratica clinica.

Riferendosi a titolo esemplificativo ancora all'agopuntura, si osserva una grande distanza tra i corsi europei che arrivano tutt'al più a 1500 ore e i corsi universitari in Cina o nei college privati di alcuni stati degli USA, dove le ore di formazione sono superiori alle 5000 unità. Quand'anche i corsi rappresentino realtà inserite in ambito universitario, come nel caso dell'agopuntura, essi non sono integrati organica-

mente nei curricula degli studi medici, né danno vita a un titolo professionale in ambito sanitario, né ancora costituiscono formalmente una "specializzazione". Per l'agopuntura esiste una raccomandazione del Consiglio d'Europa su un programma di formazione post-laurea di 4 anni, prodotto dall'Atelier Europeo di Agopuntura, affidato nel 1990 all'Istituto "Paracelso" di Roma⁸.

Dobbiamo senz'altro l'affermazione e il radicamento delle MNC in Italia a quei medici che già trenta anni fa, come veri pionieri, hanno iniziato, pur all'interno di contraddizioni, a tracciare un solco per l'impiego della MNC; allo sforzo di tutte le associazioni di settore che pur operando nella diversità qualitativa degli indirizzi hanno favorito lo sviluppo di una dinamica positiva, al grande pubblico che, accogliendole, ha espresso una richiesta crescente. E non credo di sbagliare affermando che anche la liberalizzazione dell'informativa pubblicitaria relativa alle competenze del medico, voluta dalla legge Bersani e oggi al vaglio degli ordini professionali, ha una sua spinta anche negli sviluppi che i medici italiani hanno saputo dare alle tematiche delle MNC.

La conoscenza di quanto sopra è fondamentale affinché il dibattito sulle MNC non abbia un respiro provinciale e limitato. È evidente infatti che la medicina è una, ma affinché le MNC possano dare il meglio del loro specifico apporto è necessario che esse vadano prima prese in considerazione nella loro interezza e secondo i loro presupposti in modo da esprimere tutta la loro potenzialità. Solo permettendo il dispiegamento di tutte le potenzialità loro proprie, esse potranno e dovranno essere vagliate rispetto all'efficacia e all'utilità. Solo allora nei paesi a sviluppo avanzato si potranno decidere modi, tempi e luoghi dell'inserimento a pieno titolo nell'ambito della sanità, sia essa pubblica o privata. Gli esempi ci vengono dalla dimostrata potenzialità di una medicina integrata in paesi come India, Africa, Sud America, Corea, Vietnam ed anche Cina, paesi nei quali di fatto vi è un largo impiego dell'integrazione della MT con la medicina moderna⁵.

Vorrei poi sottolineare che in un fenomeno non normato come quello delle medicine non convenzionali ci sono sicuramente degli aspetti di distorsione, criticabili, che vanno ben delimitati e a cui va posto rimedio; ma continuare a non considerare che le medicine non convenzionali hanno alla loro base importanti e collaudati sistemi di interpretazione dell'uomo e della malattia o almeno validi approcci terapeutici, significa rifiutare un patrimonio di conoscenze che l'umanità ha accumulato nei secoli in diverse aree geografiche.

Inoltre va considerato che un numero crescente di medici si assume giornalmente la responsabilità di utilizzare queste medicine le quali, è ovvio, non potrebbero essersi diffuse così tanto, contro tutto e contro tutti, se non avessero una valenza.

Ritengo che le medicine non convenzionali si siano diffuse anche grazie all'assenza dei rischi connessi per la maggior parte di esse (vedi ad esempio la medicina omeopatica, l'agopuntura) o per la loro presenza assai limitata (vedi erboristeria tradizionale cinese, chiropratica). Se poi identifichiamo il termine di paragone nella medicina farmacologica, che a fronte di impensabili traguardi raggiunti e di notevoli capacità terapeutiche, pur se di natura sintomatica, è



spesso ad alto rischio di effetti avversi, ne possiamo trarre le giuste conclusioni. Vanno tuttavia denunciati, come ha precisato l'OMS anche nel "Summit sulla modernizzazione della MTC" tenutosi a Chengdu⁹, gli eccessi dell'informazione pubblicitaria relativa alle proprietà delle piante medicinali da parte di aziende che ne producono estratti e principi attivi, spesso esaltandone fantasiosamente l'efficacia e promettendo risultati non reali, come ad esempio nel trattamento di tumori.

Da queste considerazioni ne deriva che una necessità prioritaria è l'istituzione di un preciso training formativo per i medici che applicano le medicine non convenzionali. Ad una formazione specifica ha dato credito l'Ordine dei Medici di Roma e Provincia considerando prerequisito per l'iscrizione ai registri di agopuntura, omeopatia, omotossicologia, fitomedicina un definito corso di formazione. In effetti non è affatto sufficiente essere medici per praticare correttamente le medicine non convenzionali; questo è un punto che va tenuto presente a livello prioritario, se non vogliamo che le medicine non convenzionali si snaturino.

Vorrei concludere sottolineando che le organizzazioni e le società scientifiche delle differenti discipline del non convenzionale devono essere in grado di esprimere in dettaglio, in rapporto agli spazi reali esistenti in sanità, i curricula formativi necessari affinché un medico possa praticarle con una sufficiente competenza. La disponibilità delle organizzazioni e delle società scientifiche ad affrontare questo tema è emersa chiaramente anche nel lavoro svolto anni fa dalla Commissione per le medicine non convenzionali della FNOMCeO¹⁰⁻¹¹⁻¹². Ma ritengo che questo lavoro dovrà essere ulteriormente arricchito e perfezionato, se si riterrà opportuno affidare la definizione degli standard formativi alle società scientifiche competenti.

**Coordinatore e docente del Master di Agopuntura, Università "La Sapienza", Roma
Vice-presidente della World Federation of Acupuncture Societies*

BIBLIOGRAFIA

C. Crocella, *Le Medicine Non Convenzionali. Ricerca scientifica, problemi normativi, progetti di legge*, Roma, Camera dei Deputati, 1992.

OMS, *Proposta per una terminologia standard internazionale di agopuntura*, Edizioni Paracelso, Roma, 1992

OMS - Ufficio Regionale per il Pacifico Occidentale, *Guida alla ricerca in agopuntura*, Edizioni Paracelso, Roma, 1996

Consensus Development Programme, NCCAM, NIH, Bethesda 1997

Documentazione sul Forum governativo sulla Medicina tradizionale, 26-27 Ottobre 2006 Pechino

Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine A Worldwide Review World Health Organization, Geneva 2001.

Proceedings of the Forum on Non-Conventional Medicines and the Acupuncture European Workshop, Co-sponsored by Council of Europe and World Health Organization, a cura di F. Petti, Edizioni Paracelso, Roma 1990

La Formazione in agopuntura-moxibustione, Atti del Convegno Internazionale preparatorio dell'Atelier Europeo di Agopuntura - Istituto Superiore di Sanità, a cura di F. Petti, Edizioni Paracelso, Roma, 1990

A. Liguori, *Rapporto su II Conferenza Internazionale sulla modernizzazione della MTC*. Chengdu, Cina, 2005.

Documento della sottocommissione per l'Agopuntura-moxibustione e la Medicina Tradizionale Cinese sull'individuazione degli standard minimi di formazione in agopuntura-moxibustione per l'iscrizione nei registri di prossima istituzione presso gli Ordini dei Medici italiani. FNOMCeO, Roma ottobre 2002.

Atti del Convegno Nazionale. La professione medica e le Medicine non Convenzionali: rischi ed opportunità. Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Terni, 17 maggio 2002

Conoscere e decidere. Giornata di studio sulle pratiche alternative. Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Roma, 26 ottobre 1996

La titolarità e la validità del consenso informato

Prof. Massimo PICCIONI, Prof.ssa Paola FALLANI***

INTRODUZIONE

Per consenso informato, in medicina, si intende l'assenso valido e personale offerto dal soggetto ad un atto medico o chirurgico al quale dovrà sottoporsi, previa conoscenza delle sue caratteristiche, delle sue finalità e dei rischi ad esso correlati, in relazione alla patologia di cui egli è portatore.

Tale forma di consenso, indicata, anche, come consenso consapevole è disciplinata, nel rispetto della libertà individuale e della facoltà del soggetto di autodeterminarsi in piena coscienza e volontà.

Esso si ricollega alla diversa connotazione che l'atto medico o chirurgico assumono, al giorno d'oggi, in base alla disciplina sistematica, relativa al consenso informato, contenuta nel Codice di Deontologia Medica del 16 dicembre 2006 ed, indirettamente, ad alcune norme del diritto positivo; grazie ad esse, codesti atti non sono più concepibili come in linea con una visione paternalistica del rapporto medico-paziente e non possono trovare autolegittimazione in virtù della sola utilità sociale che, comunemente, viene ad essi riconosciuta. In questo elaborato, sarà posto l'accento sulla titolarità del

diritto all'espressione del consenso al trattamento sanitario e sulla validità di tale consenso, con riguardo, anche, ai casi di eccezionalità.

ELEMENTI STORICO-NORMATIVI

La facoltà di curare del medico è fondata, generalmente, sull'esistenza del preliminare, valido, consenso del malato.

Questo deve basarsi su di una informazione preliminare autentica ed esauriente, riguardante la condizione morbosa dalla quale il soggetto è affetto, gli atti medici o chirurgici da praticarsi in ragione di opportuni obiettivi, le loro conseguenze e le eventuali alternative (1).

Il consenso informato può, quindi, essere esplicitato come la volontà del soggetto di cogliere, liberamente, l'opportunità clinico-terapeutica più conveniente alla soluzione della condizione morbosa dalla quale egli è affetto, previa conoscenza del corretto significato della stessa.

Nel nostro Paese, il Codice Deontologico e la Dottrina Giuridica concordano nel ritenere che il consenso del paziente costituisca il fondamento primo della liceità di ogni trattamento medico-chirurgico, nel rispetto fondamentale del di-

ritto dell'individuo di autodeterminarsi in piena coscienza e volontà (2), delineando linee di condotta ben lontane da ciò che ha caratterizzato la medicina paternalistica del passato. Infatti, la sottomissione dell'individuo ad un atto medico o chirurgico, in piena coscienza e volontà, è un fatto che si è reso operativo a partire dagli anni 80, quando la bioetica ha affermato che il malato è colui il quale ha la capacità di assumersi il peso e la responsabilità delle decisioni che lo riguardano e che l'intervento sanitario deve essere deciso, congiuntamente, dal medico e dal paziente.

La medicina del passato è stata caratterizzata, per lungo tempo, dalla concezione paternalistica del rapporto medico-paziente, in base alla quale, quest'ultimo, affidandosi al medico, delegava ad esso la titolarità delle scelte cliniche da applicarsi; per quanto sopra, l'atto medico o chirurgico veniva impartito, da parte del sanitario, al paziente, in piena autonomia, a prescindere da espressioni di volontà, di assenso o di dissenso del soggetto.

Attualmente, si considera che la conoscenza scientifica della malattia, ancorchè indispensabile, è solo una delle componenti dell'atto medico ma non certamente l'unica. Difatti, la bontà di una scelta, nella maggior parte dei casi, implica, non solo, una corretta decisione in riferimento a criteri di scientificità ma anche un riferimento imprescindibile al bene complessivo del paziente nella circostanza data.

Un atto medico, pertanto, deve implicare il rispetto globale della libertà, della dignità e del valore della persona (3).

E' noto come il fine principale dell'esercizio della professione medica sia rappresentato dalla tutela della salute del singolo e della collettività.

Tale tutela è garantita dalla Carta Costituzionale, che all'articolo 32 afferma: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti...omissis..."* La facoltà di curare è, per sua natura, lecita in quanto rivolta a soddisfare beni essenziali dell'individuo e della società quali sono la vita e la salute.

L'attività medico-chirurgica risponde, pertanto, ad un alto interesse sociale che lo Stato riconosce, autorizzando, organizzando, disciplinando e favorendo l'attività medesima, sulla base di precise regole giuridiche.

Gli articoli 32 e 117 della Costituzione, le disposizioni relative all'istituzione ed al funzionamento delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, quelle contenute nel Testo Unico delle leggi sanitarie, i disposti degli articoli 357-358-359 del Codice Penale regolamentanti, rispettivamente, la figura di pubblico ufficiale, di persona incaricata di pubblico servizio, di esercente un servizio di pubblica necessità per privati che esercitano le professioni sanitarie, la legge 833/78, istitutiva del SSN, sono tra le innumerevoli disposizioni legislative che, regolando l'attività sanitaria e garantendone la liceità, costituiscono, nel loro insieme, quel diritto sanitario ormai distinto ed autonomo dal punto di vista scientifico e didattico (4).

L'atto medico può avere per fine la prevenzione, la diagnosi, la cura, la valutazione di interesse giuridico-amministrativo della condizione patobiologica e, quindi, in particolare, la tutela della validità del soggetto.

Questa tutela va, comunque, espressa nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana.

Essa deve, pertanto, essere subordinata al valido consenso

della persona assistita, dal quale derivano:

la necessità di un'adeguata informazione del paziente riguardo alle sue condizioni psicofisiche ed alle eventuali procedure diagnostiche o prognostiche da adoperarsi al proposito, ai rischi ed alle controindicazioni a queste correlate ed alle eventuali linee operative, che possono adoperarsi al riguardo;

la necessità di ricorrere a terapie scientificamente fondate, confortate da sufficiente sicurezza e mai temerarie (1).

Consenso è sinonimo di assenso, approvazione, accettazione, libertà di scelta e fa riferimento alla capacità umana di aderire o di conformarsi a determinate istanze.

La sua validità è subordinata ad una precisa e completa informazione.

Per quanto attiene al problema salute, l'obbligo da parte del medico di garantirsi il consenso del paziente, rispetto all'esplicitazione di un atto diagnostico o terapeutico è garantito dall'articolo 32 della Costituzione, che, al comma 2, afferma *"nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"* e che *"la legge non può violare in nessun caso i limiti imposti dal rispetto della persona umana"* (1).

L'articolo 13 sancisce che *"la libertà personale è inviolabile e che non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o di perquisizione personale né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dall'Autorità Giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge."*

Il Diritto Penale stabilisce che ogni trattamento sanitario condotto senza il valido consenso dell'avente diritto può concretare il delitto di lesione personale volontaria o, in caso di morte del soggetto, il delitto di omicidio preterintenzionale.

Il Diritto Civile, con riferimento al carattere contrattuale del rapporto medico-paziente ed al fatto che la violazione del dovere di informativa concreta una violazione del contratto, fa sì che, in caso di danno, il paziente possa ricevere l'opportuno risarcimento (5).

La Sentenza della Corte di Assise di Firenze n. 13 del 18 ottobre 1990, confermata dalla Corte di Cassazione, sez. V del 21 aprile 1992 (Sentenza Massimo, nei riguardi del chirurgo Prof. Massimo) ha ravvisato l'ipotesi dell'omicidio preterintenzionale nel caso di trattamento chirurgico non consentito. In particolare ha condannato un chirurgo per aver eseguito un intervento chirurgico demolitivo (resezione addominoperineale del retto, per l'asportazione di un carcinoma non preventivamente diagnosticato) senza che ricorresse una situazione d'urgenza o di immediato pericolo per la persona su di un'anziana donna, poi deceduta, che aveva acconsentito solo per un intervento di asportazione di polipi rettali per via transmurale (13).

La sentenza della Corte di Cassazione sezione III, del 14 marzo 2006, n. 5444 stabilisce che *"La correttezza o meno del trattamento non assume alcun rilievo ai fini della sussistenza dell'illecito per violazione del consenso informato, in quanto è del tutto indifferente al fine della configurazione della condotta omissiva dannosa e della ingiustizia del fatto, la quale sussiste per la semplice ragione che il paziente, a causa del deficit della informazione, non è stato messo in condizioni di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole delle sue implicazioni, con la conseguen-*

za che, quindi, tale trattamento non può dirsi avvenuto previa prestazione di un valido consenso.”

L'articolo 35 del Codice di Deontologia medica del 16 dicembre 2006 afferma:

“Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente. Il consenso espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art.13. Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso. In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona. 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.”

La problematica dell'avente diritto riveste particolare importanza, soprattutto ai fini del Diritto Penale, quando si intenda parlare in termini di responsabilità professionale relativamente ad un'attività che comporti, di fatto, alterazioni dell'integrità fisica, da cui, in caso di danno o morte, possono discendere i reati di lesione personale volontaria e di omicidio preterintenzionale.

La necessità del consenso al trattamento sanitario trae origine dal fatto che, buona parte delle attività mediche e, in particolare, quelle chirurgiche implicano la provocazione di una lesione personale.

In pratica, una ferita da arma da fuoco, comportante discontinuità della parete toracica, è assimilabile ad una sternotomia mediana ma quest'ultima è coperta dalla volontà decisionale del paziente che ha acconsentito in modo libero, valido e consapevole al trattamento sanitario.

Ed, infatti, l'articolo 50 C.P. (consenso dell'avente diritto) recita: *“Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporre”* (5).

DISCUSSIONE

Il consenso informato è, in concreto, l'accettazione che il paziente esprime riguardo ad un trattamento sanitario, in maniera personale, libera e consapevole, non mediata dai familiari, dopo essere stato adeguatamente informato dal medico (Sentenza Cass. Civ. n. 7027 del 23/5/2001), ove l'informazione costituisce una parte essenziale del progetto terapeutico, dovendo esistere anche a prescindere dalla finalità di ottenere il consenso.

Esso è da intendersi non come un mero adempimento burocratico o come un'occasione di conflitto nella relazione medico-paziente ma come momento di alleanza terapeutica, fondamentale per affrontare in modo corretto la malattia (6). In relazione alla sua validità, esso deve essere dato, da chi ne ha diritto, prima dell'inizio del trattamento sanitario, de-

ve essere esplicito ed espresso per iscritto e controfirmato dal paziente allorchè il trattamento possa comportare un rischio od una diminuzione permanente dell'integrità fisica ed è revocabile in ogni momento; in occasione di ricovero, deve far parte della cartella clinica e, nel caso di interventi chirurgici necessitanti, per la loro attuazione di varie fasi, le quali assumono ciascuna una propria autonomia gestionale e danno luogo a scelte operative diversificate, caratterizzate da rischi diversi, l'obbligo di informazione del sanitario si estende alle singole fasi ed ai relativi rischi (Sentenza Cass. Civ. Sez III n. 36L del 15/01/1997) (7).

Inoltre, il consenso scritto è obbligatorio, per legge, quando si dona o si riceve sangue, nei casi in cui si somministri un farmaco in via sperimentale e negli accertamenti di un'infezione da HIV.

Il consenso è implicito (o tacito) allorchè venga espresso nei casi comuni della pratica corrente ove esso è compreso e sottinteso nella semplice richiesta fiduciaria della visita medica, da parte del paziente, laddove la prestazione erogata dal medico curante si limiti all'impiego di mezzi di diagnosi e di cura, sufficientemente, noti al soggetto ed esenti da pericoli prevedibili (2).

Deroghe all'acquisizione del consenso sono rappresentate dai trattamenti sanitari obbligatori (TSO) mirati alla cura di particolari disturbi psichici e dalle vaccinazioni obbligatorie, invocate nei programmi nazionali di salute pubblica.

In relazione alla *titolarità del diritto al consenso*, secondo quanto afferma il Codice Penale, esso spetta al titolare del bene giuridico tutelato dalla norma, in questo caso la salute; in generale, per la giurisprudenza, il consenziente può essere una persona fisica ovvero una persona giuridica, il consenso viene preso in considerazione in relazione allo specifico bene in oggetto e deve riferirsi a persona capace di intendere e di volere ove la capacità di intendere individua l'attitudine del soggetto a rendersi conto del valore dei propri atti, a comprenderne i motivi, il significato e le relazioni col mondo esterno e, quindi, a valutare la portata e le conseguenze mentre la capacità di volere consiste nella facoltà di autodeterminarsi, in base a motivi conosciuti e di scegliere, liberamente, la condotta adatta allo scopo.

Pertanto, il contemporaneo possesso delle due facoltà condiziona la capacità di adeguarsi alle scelte fatte in base a motivi, del tutto, consapevoli (8) (9).

Per quanto concerne il problema dell'intensità del volere, è corretta l'impostazione secondo la quale, in questi casi, deve ricorrere una coincidenza tra volontà del soggetto agente e quella dell'avente diritto. Ad esempio, nella donazione di un rene, donatore e ricevente devono raggiungere un accordo, ponendo in essere un atto di volontà in ordine sia alla condotta che all'evento.

Con riguardo alla condotta del soggetto agente ed all'evento, è necessario che l'interessato ne abbia coscienza ossia che entrambi siano oggetto di rappresentazione; il fatto deve, quindi, rappresentarsi in tutta la sua portata lesiva o, se si tratta di situazione di pericolo, deve esservi la coscienza dell'entità della situazione pericolosa.

La rappresentazione deve abbracciare anche le modalità della condotta, dal punto di vista oggettivo e soggettivo (9) (10). E' lecito considerare che il consenso del soggetto deve essere prestato sulla base di un'informazione dell'oggetto del consenso e, consapevolmente, delle conseguenze deri-

vanti dall'azione consentita (11).

Si individua, a tal punto, la nozione di consenso consapevole e non tanto di consenso informato ove, la consapevolezza reca in sé, imprescindibilmente, l'informazione necessaria a raggiungerla (3).

Generalmente e nei casi particolari riguardanti il bene salute, è necessario rendersi conto se l'individuo sia in possesso di una maturità e di una lucidità tali da comprendere il significato del consenso prestato e del bene che potrebbe essere posto in pericolo, misurando il peso della soluzione.

E' possibile ricondurre quanto sopra ad una categoria soggettiva, che faccia riferimento al possesso di un'adeguata autonomia valutativa, la quale permetta all'individuo, pur in possesso della maggiore età e della capacità di intendere e di volere, di non andare incontro, comunque, a difetti di consapevolezza dell'iter procedimentale (12).

Si consideri, in proposito, quanto previsto dal recente Codice di Deontologia medica che, all'articolo 33, afferma che *"Il medico deve fornire la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operare. Il medico deve comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuovere la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.....omissis....."*.

Lo stesso articolo precisa anche che *"...omissis ...La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione, deve essere rispettata"*.

Riguardo al minore di età, l'articolo 37 asserisce: *"Allorché si tratti di minore o di interdetto il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale. Il medico, nel caso in cui sia stato nominato dal giudice tutelare un amministratore di sostegno deve debitamente informarlo e tenere nel massimo conto le sue istanze."*

In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria; se vi è pericolo per la vita o grave rischio per la salute del minore e dell'incapace, il medico deve comunque procedere senza ritardo e secondo necessità alle cure indispensabili". Relativamente al minore di età, si assume in generale che il consenso al trattamento sanitario vada richiesto ad entrambi i genitori esercenti la patria potestà; in caso di separazione, il consenso va richiesto al coniuge affidatario e, qualora i genitori siano stati privati della patria potestà o siano deceduti, il medico è tenuto ad informare ed a considerare le istanze dell'amministratore di sostegno, eventualmente, nominato dal giudice tutelare.

Inoltre, l'articolo 38 del Codice Deontologico afferma che *".....omissis..... Il medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà. In caso di divergenze insanabili rispetto alle richieste del legale rappresentante deve segnalare il caso all'autorità giudiziaria; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di*

quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato."

Pertanto, in relazione ai limiti imposti dall'età, mentre per i minori di anni 14, la legge fissa una presunzione assoluta di incapacità di intendere e di volere (articolo 97 C.P.), nel caso di minori che abbiano compiuto 14 anni, questa presunzione vige solo in parte e subisce una estrema variabilità da individuo ad individuo, in relazione alla maturità acquisita; e da questo, può derivare il fatto che, per il medico, sorga la necessità di dover tenere conto anche della volontà del minore. In concreto, nell'ampio dibattito, relativo al principio di autodeterminazione del paziente minore ed al bilanciamento tra il principio di beneficenza ed il principio di autonomia dello stesso, in relazione alle questioni biomediche, è ammesso che, poiché il diritto alla salute è personalissimo e la relativa tutela non può essere attribuita se non che al titolare dello stesso bene, qualora il minore d'età si mostri emancipato, critico e volitivo, è necessario tenere conto anche del suo consenso; inoltre, qualora vi sia contrasto con quanto asserito dal minore e dai suoi genitori, dovrà prevalere la volontà del minore, previo parere del giudice tutelare. A tal proposito, è opportuno sottolineare come il grado di maturità e di equilibrio, raggiunti da un individuo, siano, estremamente, variabili e, peraltro, non subordinati, sempre e comunque, all'età anagrafica.

Per questo, mentre si assume che il minore di anni 14, generalmente, non sia in grado di comprendere, pienamente, natura e conseguenze relativi ad un intervento medico, per il minore d'età compresa tra 14 e 16 anni, è possibile tenere conto della sua volontà, particolarmente, nei casi di dissenso al trattamento sanitario.

Nel caso del minore d'età compresa tra 16 e 18 anni, qualora egli sia in grado di esprimere la sua volontà consapevolmente, grazie a capacità fisiche e psichiche abbastanza compiute, essa può assumere particolare rilievo e non deve, in alcun modo, essere trascurata.

Nel caso sorgano contrasti con la volontà dei genitori o del rappresentante legale, essi possono essere sanati solo col ricorso all'autorità giudiziaria, come si evince dagli articoli 37 e 38 del Codice Deontologico.

Al riguardo, è opportuno citare anche l'articolo 6 della Convenzione di Oviedo sui Diritti dell'uomo e la Biomedicina (4 aprile 1997), che afferma: *"Il parere del minore è preso in considerazione come un fattore sempre più determinante, in funzione dell'età e del suo grado di maturità"*.

Inoltre, se vi è pericolo per la vita o grave rischio per la salute del minore, il medico deve, comunque, procedere senza ritardo e secondo necessità alle cure indispensabili.

Nel caso di persona affetta da severo disturbo mentale, vige quanto ancora quanto riportato all'articolo 37 del Codice Deontologico.

Inoltre, il comma 5 dell'articolo 1 della legge 13 maggio 1978, n. 180 afferma che *"Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione di chi vi è obbligato, da cui discende la necessità, da parte del medico, di porre in atto ogni tentativo per ottenere il consenso del malato psichiatrico prima di intervenire con questi in maniera coercitiva."* In situazioni d'urgenza, ove il consenso non può essere ottenuto, si può procedere, immediatamente, a qualsiasi intervento medico indispensabile per

il beneficio della salute della persona interessata (articolo 8 Convenzione di Oviedo), tenendo conto delle volontà della persona, se espresse (articolo 36 Codice Deontologico).

In particolare, quando il paziente si trovi in stato di incapacità o di incoscienza tali da precludere la possibilità di esprimere la propria volontà e non risulti una volontà contraria, in precedenza, manifestata, relativamente alla esplicitazione di un trattamento sanitario, egli può essere sottoposto a tale trattamento nei casi assolutamente necessari ad ovviare al pericolo di un danno grave alla vita della persona, invocando lo stato di necessità (13).

In proposito, l'articolo 54 del Codice Penale cita: *“Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.”*

Inoltre, il documentato rifiuto dell'atto medico, da parte del paziente, che consapevolmente, preferisca che la malattia prosegua, prevale sul riconosciuto stato di necessità, ed il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, in quanto non è consentito trattamento alcuno contro la volontà della persona, secondo quanto previsto dall'articolo 35 del Codice Deontologico.

Infine, si consideri l'articolo 5 del Codice Civile, che vieta gli atti di disposizione del proprio corpo, tali da cagionare una diminuzione permanente dell'integrità fisica ed afferma che sono consentiti gli interventi idonei a tutelare il bene salute nella sua più ampia espressione, fisica e psichica; ed, in tal senso, è da segnalare la recente evoluzione giurisprudenziale in tema di cambiamento chirurgico dei caratteri sessuali (14).

CONCLUSIONI

Concludendo, da quanto sinora esposto, è possibile affermare che il consenso del paziente al trattamento sanitario, da una iniziale applicazione relativa ai soli casi degli interventi chirurgici, soprattutto di natura estetica, ed alle sperimentazioni di nuovi metodi diagnostici e terapeutici, ha assunto, attualmente, un ruolo dominante nel rapporto contrattuale medico-paziente, del quale costituisce elemento indispensabile. In quest'ambito, titolarità e validità del consenso sono dimensioni sostanziali, in quanto scandiscono ciò che è reale e non presunto; infatti la titolarità individua chi può acconsentire al trattamento, in virtù del possesso di capacità specifiche; la validità contempla gli attributi formali e sostanziali che devono caratterizzare il consenso, perché esso sia conforme alle istanze del diritto positivo e non possa essere confutato in alcun modo.

D'altra parte, titolarità e validità si confortano a vicenda, in quanto ad esempio il consenso non è valido se ad acconsentire sia stato qualcuno non autorizzato all'esercizio di questo diritto. Ancora, il titolare del consenso può esercitare il suo diritto solamente osservando le modalità, all'uopo, predisposte perché tale atto possa essere ritenuto valido ed inconfutabile. Inoltre, ai fini della validità, è importante considerare che deve riscontrarsi consapevolezza del paziente riguardo all'atto medico o chirurgico relativamente al quale si acconsente, da cui discende la più moderna nozione di consenso consapevole, che attiene alla realtà dei fatti così come scaturiscono dalla concreta interazione medico-paziente. In linea generale, è, comunque, da osservare che l'elaborazione dottrina copiosa ed in continuo divenire e

le sentenze della giurisprudenza modulano l'interesse suscitato dalla questione “consenso informato”, nel definitivo passaggio dalla medicina paternalistica del passato all'attuale, caratterizzata dalla dinamica contrattualistica del rapporto succitato. Il tema del consenso muove dal mondo del malato e dalla fenomenologia della malattia, esemplificando il rispetto dell'individuo di autodeterminarsi in piena coscienza e volontà, il confronto tra sapere medico e sapere laico, le problematiche connesse all'informazione ed alla comunicazione medico-paziente, la necessità che questi pervengano ad un dialogo continuo e significativo.

E' palese che, fermo restando il presupposto etico-giuridico alla liceità ed al fondamento dell'attività medico-chirurgica, confortato dal valore sociale della medesima, è necessario che la tutela del bene salute, bene personalissimo ed inviolabile dell'individuo, sia realizzata dopo aver acquisito il consenso valido del paziente, opportunamente informato, ove la corretta informazione rappresenta, in quest'ambito, un elemento imprescindibile.

Infine, il consenso così inteso può essere individuato anche quale patto di alleanza terapeutica medico-paziente, dimensione fondamentale per affrontare in modo corretto la malattia e grazie alla quale il paziente non è più inteso in veste di oggetto bensì come soggetto attivo nel discernimento delle scelte da operare, ciò derivando dall'esperienza, dall'evoluzione dei tempi e da un'accresciuta consapevolezza civile.

**-Coordinatore Generale Medico-legale INPS
-Docente di Medicina Legale Previdenziale presso l'Università
Cattolica del Sacro Cuore di Roma e presso l'Università
di Roma Tor Vergata*

*** -Dirigente Medico-legale INPS
-Docente di Medicina delle Assicurazioni Sociali
presso l'Università degli Studi di Ferrara.*

BIBLIOGRAFIA

- 1) MACCHIARELLI L.-FEOLA T. “Medicina legale” 2° volume, Edizioni Minerva Medica, 1a edizione, 1277 -1995
- 2) PUCCINI C. “Istituzioni di Medicina legale” - capitolo “Consenso al trattamento sanitario” Casa Editrice Ambrosiana Milano, 4a edizione, 1995
- 3) PISU S. - DE STEFANO F. “Dall'informazione alla consapevolezza: la sperimentazione con gli esseri umani” Med.Leg.Quad.Cam. XXVI, n. 1, 87-95, 2004
- 4) GERIN C., ANTONIOTTI F., MERLI S. “Medicina legale e delle assicurazioni” - capitolo “Deontologia medica” SEU 3a edizione 402 - 1997
- 5) BAIMA BOLLONE P. “Medicina Legale” - capitolo “Il consenso ed il consenso informato” G. Giappichelli Editore - Torino 2002
- 6) INTERNET “ Il Portale della ASL 12 Biella” Consenso Informato
- 7) ASSI LEARNING it. “La responsabilità civile del medico” -Il consenso informato
- 8) PUCCINI C. “Istituzioni di Medicina legale” - capitolo “L'imputabilità” Casa Editrice Ambrosiana Milano, 2a edizione 116-117, 1984
- 9) CASSANI C. “L'elemento soggettivo nelle cause di giustificazione” INTERNET FILODIRITTO
- 10) PEDRAZZI C. “Consenso dell'avente diritto” in Enciclopedia del diritto, IX Giuffrè, Milano 147-148, 1961
- 11) PUCCINI C. “Istituzioni di Medicina legale” - capitolo “Nozioni di Diritto Penale”, Casa Editrice Ambrosiana Milano, 2a edizione 63- 1984
- 12) RUGGIERO F. “Il consenso dell'avente diritto nel trattamento medico-chirurgico: prospettive di riforma” Rivista Italiana di Medicina Legale XVIII n.1, 1996
- 13) “Il consenso informato” Bollettino Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, anno 57 supplemento al n. 4
- 14) MOMMO G. “La responsabilità professionale del medico: Il consenso informato: origine etica e fondamento giuridico sua evoluzione giurisprudenziale” in Altalex. Quotidiano di informazione giuridica. N. 1579 9/11/2006.

La donazione del Sangue di Cordone Ombelicale nella Regione Lazio per il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche

LA PRIMA CONFERENZA EUROPEA A ROMA DAL 3 AL 5 MAGGIO 2007

La donazione del Sangue di Cordone Ombelicale nella Regione Lazio per il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche è il titolo del Corso annuale di Formazione e Aggiornamento per osteriche, medici e biologi che la Banca del Sangue di Cordone Ombelicale (SCO) della Regione Lazio, ha svolto in collaborazione con ADISCO LAZIO ONLUS – Associazione Donatrici Italiane di Sangue del Cordone Ombelicale per la Regione Lazio.

Il corso è rivolto al personale sanitario che opera negli Ospedali o Case di Cura di Roma e del Lazio presso i quali è già attivata la raccolta del SCO, ma anche agli operatori sanitari dei centri di raccolta in fase di attivazione ha suscitato un vivo interesse non solo presso il personale delle sale parto, ma anche presso i medici e i biologi dei centri trasfusionali e di istituzioni nazionali e extra regionali.

La realizzazione dell'incontro è stata possibile grazie alla collaborazione dell'Ordine dei Medici e Chirurghi della Provincia di Roma e dell'AMMI (Associazione Mogli Medici Italiani), che hanno consentito lo svolgimento del convegno presso l'accogliente sala conferenze dell'Ordine dei Medici di Roma.

La donazione del sangue placentare ad una Banca pubblica a scopo di trapianto è un generoso atto di grande utilità e costituisce ormai da tempo una procedura ampiamente acquisita nella pratica clinica. Tale sangue, che contiene un particolare tipo di cellule staminali, denominate 'ematopoietiche' perché generano tutte le cellule del sangue (globuli rossi, globuli bianchi e piastrine), si è rivelato assai prezioso nei trapianti per la cura di diverse malattie, quali le leucemie, i linfomi, la talassemia e alcune gravi carenze del sistema immunitario. Per i pazienti che non dispongono di un donatore familiare compatibile, il sangue placentare è oggi utilizzato come sorgente di cellule staminali ematopoietiche in alternativa al midollo osseo, che può essere invece donato dai donatori volontari iscritti nei Registri Internazionali.

Diversi studi di confronto tra midollo osseo e sangue placentare hanno dimostrato risultati clinici equivalenti, in particolare nei bambini, dal momento che nei pazienti adulti, di peso corporeo più elevato, la dose cellulare del sangue placentare non sempre risulta essere sufficiente.

Nonostante questo inconveniente, che si sta cercando di superare con successo, trapiantando contemporaneamente due unità di sangue di cordone ombelicale allo stesso paziente o coltivando in laboratorio le cellule per aumentarne il numero prima del trapianto, il sangue placentare offre importanti vantaggi: 1) immediata disponibilità da parte delle Banche di deposito, il che consente di eseguire il trapianto più tempestivamente; 2) possibilità di attenersi ad una compatibilità donatore/ricevente meno rigorosa che con il midollo osseo; 3) minore aggressività immunitaria verso il paziente; 4) minore rischio di trasmettere infezioni virali dal donatore al ricevente.

Inoltre, l'impiego del sangue placentare non comporta alcun rischio associato alla donazione, né per la mamma né per il

bambino, dal momento che il prelievo viene eseguito quando il cordone ombelicale è già stato reciso ed il bambino allontanato per le dovute cure.

In Italia la gestione del sangue placentare, come per ogni altro tipo di sangue, ad esempio il sangue donato a scopo trasfusionale, è affidata a strutture pubbliche (ordinanza Ministero Salute 7 maggio 2006) denominate Banche di sangue del cordone ombelicale, afferenti ai Servizi di Immunematologia e Medicina Trasfusionale.

Nel mondo sono attivi circa 40 programmi di bancaggio pubblico, con un inventario globale di circa 250.000 donazioni disponibili via rete a tutti i Centri di trapianto del mondo che ne facciano richiesta.

Le 15 Banche pubbliche italiane contribuiscono a questi programmi con circa 15.000 donazioni. Gli esperti del settore hanno indicato che tale inventario mondiale dovrà essere triplicato nei prossimi anni per far fronte al meglio alle esigenze dei pazienti.

L'Italia con la rete di Banche pubbliche per la criopreservazione del sangue cordonale ed il sistema di qualità che esse hanno adottato si colloca ai primi posti nel mondo sia per la qualità del bancaggio, sia per i programmi di applicazione clinica del trapianto di cellule staminali del cordone ombelicale.

L'ADISCO, Associazione Donatrici Italiane di Sangue del Cordone Ombelicale, è un'associazione senza fini di lucro, che promuove l'informazione sulla donazione del Sangue del Cordone Ombelicale (SCO), ed è nata nel 1995 per sostenere l'attività delle Banche di sangue placentare e dei Centri di Trapianto di cellule staminali emopoietiche per la cura delle malattie ematologiche neoplastiche e non neoplastiche.

E' diffusa su tutto il territorio nazionale e come ADISCO LAZIO Onlus è presente anche nella nostra regione.

L'associazione si propone le seguenti finalità:

- promuovere la cultura e l'informazione sulla donazione del sangue del cordone ombelicale
- collaborare allo sviluppo di centri di raccolta e della rete delle banche di sangue placentare in Italia
- sensibilizzare l'opinione pubblica e le pubbliche amministrazioni sulle problematiche di tipo assistenziale inerenti la donazione, il bancaggio e l'applicazione terapeutica del sangue placentare
- raccogliere fondi per la ricerca e l'assistenza nel settore specifico.

Il Convegno è stato moderato dalla Prof. **Gabriella Girelli**, Direttore del Servizio di Immunematologia e Medicina Trasfusionale dell'Azienda Policlinico Umberto I. di Roma. I partecipanti hanno potuto ascoltare le relazioni dei Responsabili delle Banche del Sangue di Cordone Ombelicale di Roma, Dott. **Maria Scrceni** della Banca Regionale di SCO presso l'Azienda Policlinico Umberto I - Università La Sapienza, Dott. Anna Tamburini dell'Ospedale S. Eugenio - Università Tor Vergata, e la Dott. **Bianchi** del Policlinico Agostino Gemelli - Università Cattolica.

Dai loro resoconti sono emerse alcune criticità comuni:

- la necessità di fornire una corretta e più articolata informazione alle donatrici e di osservare i criteri di idoneità per la donazione

- la esiguità di personale e di risorse delle Banche che ha per conseguenza la limitazione dell'attività di raccolta e bancaggio delle unità da criopreservare

- la necessità di adeguarsi agli standard internazionali di qualità richiesti per le Banche di cellule staminali (FACT – Foundation Accreditation for Cell Therapy)

Programmi di informazione e formazione delle donne in gravidanza e degli operatori sanitari sul territorio sono oggetto dell'attività delle Banche di SCO in collaborazione con ADISCO.

Un adeguato finanziamento da parte della Regione Lazio dovrà invece risolvere il problema delle carenze di risorse e di personale presso le Banche stesse, anche in relazione alla necessità di adeguamento richiesti dagli standard internazionali per il bancaggio ed il rilascio delle unità per il trapianto. Sono stati successivamente trattati in modo esauriente temi connessi con la donazione del Sangue di Cordone Ombelicale. La complessa attività di criopreservazione delle cellule staminali emopoietiche del Cordone Ombelicale è stato il tema trattato dalla Dott. **Daniela Carmini**, responsabile del Laboratorio di Criopreservazione dell'UOC Immunematologia e Medicina Trasfusionale dell'Azienda Policlinico Umberto I. Il Dott. Giuseppe Gentile del Dipartimento di Biotecnologie Cellulari ed Ematologia dell'Università "La Sapienza" ha tenuto una lezione sulle infezioni in gravidanza che rappresentano spesso causa di esclusione dalla donazione di SCO.

Il Prof. **William Arcese**, Ordinario di Ematologia e Responsabile dell'Unità di Trapianto di cellule staminali dell'Università "Tor Vergata" di Roma ha tenuto una relazione su "Risultati Clinici del Trapianto di Cordone Ombelicale".

Dai dati presentati si è appreso che circa il 60% dei pazienti candidati al trapianto con cellule staminali emopoietiche, non hanno disponibilità di reperire un donatore compatibile all'interno della propria famiglia e devono quindi far riferimento ai Registri Internazionali di donatori di cellule staminali da midollo osseo o sangue periferico.

Nonostante il numero considerevole di donatori iscritti nei registri (circa 10 milioni in tutto il mondo), non per tutti i pazienti è possibile, in tempo utile, reperire un donatore compatibile. Per questi ultimi, il sangue del cordone si è rivelato una fonte preziosa e prontamente disponibile di cellule staminali emopoietiche, che però, per il ridotto numero di cellule che esso contiene è stato utilizzato soprattutto nei bambini.

Lo straordinario successo terapeutico e il potenziale ancora da scoprire delle cellule staminali del cordone hanno fatto nascere, a partire dagli anni 90, in tutto il mondo le Banche del Sangue di Cordone Ombelicale. Oggi sono circa 250.000 le unità di sangue placentare conservate e 4500 i trapianti effettuati con cellule staminali ottenute dal sangue cordonale da donazione volontaria.

La rete internazionale Netcord garantisce la collaborazione fra le Banche e offre ai centri di Trapianto la possibilità di reperire in tempi brevi, mediante la ricerca nella banca dati mondiale, un cordone compatibile con il paziente in attesa

di trapianto.

Nonostante il fatto che la limitata cellularità del sangue cordonale abbia consentito fino ad ora l'applicazione clinica prevalentemente nei bambini, ci sono risultati molto incoraggianti per il trapianto di cellule staminali cordonali anche nei pazienti adulti. Il professor **Arcese** ha riassunto i risultati di studi clinici comparativi fra il trapianto di Midollo Osseo e SCO in pazienti adulti, mostrando che in nessun caso l'uso di SCO aumenta la probabilità di insuccesso del trapianto. Si può affermare quindi che il Sangue Placentare costituisce una vera fonte alternativa di cellule staminali emopoietiche per il trapianto. E' indicato quindi avviare simultaneamente la ricerca per le cellule staminali da trapiantare sia nel registro internazionale di donatori di Midollo Osseo che da Sangue di Cordone Ombelicale.

Alle Banche di SCO i centri di Trapianto richiedono perciò di assicurare un'altissima qualità di lavorazione delle unità di sangue placentare, di migliorare le tecniche di raccolta al momento della donazione per consentire di effettuare prelievi di volume e cellularità elevati. Sono in atto studi molto promettenti anche sulla possibilità di utilizzare due o più cordoni per il trapianto in pazienti adulti.

Per questo motivo è molto importante incrementare il numero dei centri di raccolta del Sangue placentare presso i punti nascita per consentire di incrementare l'inventario di unità criopreservate presso le Banche e disponibili per nuove applicazioni trapiantologiche.

In conclusione è stata annunciata la I Conferenza Europea sul Trapianto del Cordone Ombelicale che si terrà a Roma dal 3-5 maggio 2007.

Johanna Preiswerk
Segreteria ADISCO LAZIO Onlus

SERVIZI dell'ORDINE

Televideo

Offre, in tempo reale, tutte le informazioni riguardanti gli avvisi da parte dell'Ordine ai propri iscritti, i Corsi di aggiornamento organizzati con date e tempi di iscrizione, i Concorsi apparsi sulla Gazzetta Ufficiale e sul BUR della Regione Lazio e quant'altro è di interesse per i Colleghi.

Le pagine di consultazione sono la
445 e 446 di RAI TRE

Indirizzo di posta elettronica: rmomceo@tin.it

Sito internet: www.ordinemediciroma.it

Numero verde: 800905099 (orari di ufficio)

Sito vocale: 0644252738

Centralino: 064417121 (8 linee r.a.)

Fax: 0644234665

Orario di apertura degli uffici

Dal lunedì al venerdì

dalle ore 9.00 alle ore 13.00

Pomeriggio: dal lunedì al giovedì

dalle 15.15 alle 17.00

Rettifica informazioni sulla tassa dell'Ordine 2007

Iscritti Albo Medici - Chirurghi	Iscritti Albo Odontoiatri	Iscritti Albo Medici-Chirurghi e Albo Odontoiatri
+ Cod. trib. 1N24 € 100,00 + Cod. trib. 1N26 € 23,52	+ Cod. trib. 1N25 € 100,00 + Cod. trib. 1N26 € 23,52	+ Cod. trib. 1N24 € 100,00 + Cod. trib. 1N25 € 100,00 + Cod. trib. 1N26 € 23,52
Totale € 123,52*	Totale € 123,52*	Totale € 223,52*

**Gli importi sopra evidenziati sono da versare nella loro interezza anche se, da quest'anno per maggior trasparenza, sugli avvisi di pagamento e sulle eventuali cartelle esattoriali appariranno, a secondo dei casi, così scomposti :*

€ 100,00 quota 2007 iscrizione all'Albo dei Medici-Chirurghi
(codice tributo 1N24 - TASSA ORDINE quota Albo Medici);

€ 100,00 quota 2007 iscrizione all'Albo degli Odontoiatri
(codice tributo 1N25 - TASSA ORDINE quota Albo Odontoiatri);

€ 23,52 quota Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri 2007
(codice tributo 1N26 - TASSA ORDINE – F.N.O.M.C.eO. Albo Medici e/o Odontoiatri);

Si ricorda che, come di consueto, la tassa verrà richiesta tramite l'invio a ciascun iscritto di un avviso di pagamento.

In caso di mancato o parziale versamento della tassa in questione, entro la scadenza indicata sul bollettino allegato all'avviso di pagamento di cui sopra (31.03.2007), l'Agente per la riscossione dei Tributi competente in base al domicilio fiscale dell'iscritto, chiederà nuovamente quanto dovuto tramite la notifica di una cartella esattoriale..

Agente per la Riscossione dei Tributi per la provincia di Roma:
GERIT S.p.a
 Via dei Normanni, 5 - 00184 Roma
 Telefono 06/77021
 Orario sportelli: dal lunedì al venerdì 8.00/13.00
www.geritspa.it

E' evidente l'esigenza che l'Ordine, in casi di valutata necessità, possa diramare a tutti gli iscritti notizie avvalendosi di sistemi più moderni e rapidi della posta, anche se prioritaria.

Pertanto, con l'impegno formale alla valutazione di tali casi ed all'utilizzo solo per necessità, gli Iscritti sono invitati a comunicare il numero di cellulare, per l'invio di SMS, e dell'indirizzo di posta elettronica, per l'invio di e-mails.

Per tale comunicazione, si può compilare, sottoscrivere e restituire il modulo inviato a suo tempo con la convocazione all'Assemblea. Qualora non fosse più disponibile è utilizzabile il testo sotto riprodotto.

L'autorizzazione all'uso dei dati personali potrà essere revocata in qualsiasi momento.

All'Ordine Provinciale di Roma
dei Medici-chirurghi e degli Odontoiatri
Via G. B. De Rossi, 9
00161 Roma RM
Fax 06/4403236

Dott./Dott.ssa _____
(nome e cognome)

Nato/a _____ il _____
(luogo e data di nascita)

Iscrizione Albo: _____
(indicare se medici o odontoiatri e numero)

Cellulare _____ indirizzo email _____

Il sottoscritto autorizza ai sensi della L. 675/96 e successive modificazioni ed integrazioni, ad utilizzare i predetti dati che saranno impiegati a fini istituzionali e nel caso di effettiva necessità

Data _____

FIRMA
