



- Buongiorno Assessore Rossi
- Le dimensioni del tempo
- L'uso appropriato delle risorse nella Sanità
- Internet in ambulatorio: la Posta Certificata non più un optional
- Il garante per la protezione dei dati
- Privacy: obblighi e cautela
- La responsabilità del medico in video-registrazione
- Con gli Odontoiatri si discute di privacy
- L'assistenza odontoiatrica: cronaca di interventi istituzionali
- La Scuola di formazione in MG: intervista a Laurino
- Proposte FNOMCeO per la formazione pre-laurea
- La LILT in Trentino con Cristofolini capofila
- Lo sport ed il cuore: in salute camminando
- Corsi, Concorsi e... gratifiche

*Conserverò l'integrità della mia vita e l'onore della mia arte (Ippocrate: Coe 460-375 a.C.)*

# MEDICO TARENTINO

BOLLETTINO D'INFORMAZIONE  
DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI



*Dal basso da sinistra a destra: Imelda Menghini, Marco Ioppi, Laura Valzolgher, Fausto Fiorile, Daniele Ortolani.  
In piedi da sinistra a destra: Tomasz M. Machan, Virginio Pisoni, Paolo Pancheri, Maria Cristina Andreaus, Alessandro Reich ,  
Giuseppe Zumiani, Monica Costantini, Andrea Fasanelli, Alberto Mattedi, Carlo Pedrolli, Michele Togni.*

### **CONSIGLIO DIRETTIVO ATTUALE**

Presidente	*Dott. Giuseppe ZUMIANI
Vice Presidente	*Dott.ssa Monica COSTANTINI
Segretario	*Dott. Carlo PEDROLLI
Tesoriere	*Dott.ssa Imelda MENGHINI
Consiglieri	Dott.ssa Maria Cristina ANDREAUS Dott. Andrea FASANELLI Dott. Fausto FIORILE Dott. Marco IOPPI Dott. Alberto MATTEDI Dott. Daniele ORTOLANI Dott. Paolo PANCHERI Dott. Virginio PISONI Dott. Alessandro REICH Dott. Michele TOGNI Dott. Tomasz Maria MACHAN KACPRZYK Dott.ssa Laura VALZOLGHER

### **COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

Presidente	Dott. Fausto FIORILE
Componenti	Dott. Giulio DEL DOT Dott.ssa Angela FERRARI Dott. Tomasz Maria MACHAN KACPRZYK Dott. Mauro PAGLIERANI

### **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

Effettivi: Dott. Tiziano RUSSO - Dott. Marco SCIACCA - Dott. Franco URBANI  
Supplente: Dott. Lorenzo LUCIANI

# INTERVISTA ALL'ASSESSORE ROSSI

Egregio dott. Rossi, la ringrazio per la cortese accoglienza e vengo subito al sodo.

**Siamo tra le Province più in linea con le prestazioni sanitarie: pensa che sia opportuno intervenire per modificare e/o migliorare qualche servizio? Le pretese, sappiamo, sono tante e spesso anche quando si dà tutto gratis c'è sempre qualcuno che non è contento....**

Condivido certamente l'apprezzamento per il sistema sanitario provinciale, che è sicuramente di buon livello, sia in termini di qualità complessiva sia in termini di "copertura" dei bisogni.

È altrettanto vero che le aspettative e le esigenze sono elevate ed in continuo aumento. Questo, per un verso, è un elemento positivo, legato com'è al livello di benessere, di consapevolezza e di informazione della comunità trentina; è però un elemento che deve conciliarsi col fatto evidente che le risorse non sono infinite, nemmeno per la sanità.

L'impegno dell'Amministrazione provinciale è ovviamente orientato al mantenimento del buon livello del sistema salute, ma anche ad un ulteriore miglioramento dei servizi, sia in termini di cura e assistenza che in termini di fruibilità da parte delle persone, in particolare quelle in condizioni di maggior bisogno e di fragilità. Vanno in questo senso le iniziative rivolte ad esempio ai soggetti affetti da demenza ed alle cure palliative per i pazienti a fine vita.

**I reparti ospedalieri sono attrezzati, a suo giudizio, da soddisfare le esigenze della popolazione?**

Ritengo che la rete ospedaliera provinciale sia sicuramente adeguata rispetto alle esigenze, come dimostrano l'apprezzamento da parte della popolazione ed anche i riconoscimenti provenienti di istituzioni esterne, sia nazionali che internazionali.

Margini di miglioramento ovviamente ve ne sono, sia dal punto di vista tecnologico e strutturale, sia in termini di potenziamento di servizi ed attività: l'impegno dall'Amministrazione



l'Assessore alla Sanità dott. Ugo Rossi

provinciale è sempre alto anche sotto questo profilo, e l'azione di governo è particolarmente attenta alle esigenze di continuo adeguamento dei servizi ospedalieri.

Uno sforzo particolare è richiesto per creare una reale integrazione tra diversi presidi della rete: non è possibile garantire gli stessi servizi e attività in tutti i punti di erogazione, ma i cittadini devono avere la garanzia che le prestazioni assicurate nei diversi ospedali siano adeguate sotto il profilo dell'efficacia e della sicurezza. Per conseguire tale obiettivo è indispensabile una forte interconnessione tra le diverse strutture: per assicurare formazione comune, condivisione delle buone pratiche, sussidiarietà. Questo approccio rappresenta anche un elemento forte del disegno di legge provinciale "La tutela della salute in Provincia di Trento", attualmente all'esame della competente commissione consigliare.

Un ulteriore esempio dell'impegno in atto su questo versante è rappresentato dal programma per migliorare il livello di continuità assistenziale negli ospedali di Distretto che è in via di completamento e che porterà ad un potenziamento della presenza medica.

**Una domanda ovvia è quella che riguarda l'ospedale di Mezzolombardo: capisco che la Sanità non può sottrarsi alle leggi della Economia...ma pensa di riattivarlo e con quali progetti?**

L'ospedale di Mezzolombardo verrà completamente ricostruito, nell'arco di 3 o 4 anni.

Non sarà una semplice copia della vecchia struttura, ma seguirà logiche completamente nuove. Che sono già delineate con precisione nell'intesa siglata con le Amministrazioni comunali della Rotaliana e Paganella.

L'obiettivo è ripensare il modello di offerta sanitaria partendo dai bisogni della popolazione, garantendo adeguati livelli di qualità delle prestazioni e di sostenibilità organizzativa. Le funzioni ed attività previste sono numerose: Hospice, ambulatorio medico d'urgenza e accettazione, radiodiagnostica, attività chirurgica (Chirurgia/Ortopedia), attività specialistica ambulatoriale, nuove attività specialistiche (Ortopedia, Neurologia, Urologia).

Nella nuova struttura saranno mantenute le funzioni distrettuali, sanitarie e amministrative, già presenti e in più vi verrà collocato il "Centro di riferimento provinciale per i disturbi del comportamento alimentare" attualmente situato presso il Centro per i Servizi Sanitari del Distretto di Trento. Ma non ci fermeremo qui: il nuovo S. Giovanni rappresenterà un progetto pilota nella gestione integrata del paziente. Vi renderemo operativo un "punto unico di accesso", per informare e orientare il cittadino e prenderlo in carico con l'attivazione di percorsi terapeutici personalizzati. E verrà implementato il day service, un modello organizzativo ambulatoriale focalizzato sul problema clinico e non sulla singola prestazione.

Infine, si intende applicare un nuovo modello assistenziale distrettuale che definirei "ospedale di comunità": dove si risponda alle nuove e crescenti esigenze connesse in particolare all'invecchiamento della popolazione ed al conseguente incremento delle malattie cronico-degenerative rispetto a quelle di tipo acuto.

**S. Chiara è una "fabbrica di S. Pietro" un'opera sempre in attività per un Istituto sempre in ristrutturazione: è vero che si sta pensando ad un nuovo Ospedale provinciale?**

I continui interventi di ristrutturazione dell'Ospedale S. Chiara sono necessari per adeguare in primo luogo tale ospedale ai requisiti di sicurezza ed anche per migliorarne la funzionalità ed il confort.

È peraltro evidente che questi interventi possono rappresentare un correttivo solo parziale rispetto ai limiti ed ai vincoli di tale struttura, e per questo la strada intrapresa prevede la costruzione del NOT: Nuovo ospedale del Trentino. Il NOT dovrà essere una struttura all'avanguardia sia tecnologicamente sia sul piano dell'organizzazione assistenziale, in una logica non di competizione con gli altri presidi ospedalieri ma di sussidiarietà e di complementarietà rispetto a questi. Ovviamente sarebbe azzardato dare al momento scadenze certe per il completamento del NOT, ma l'iter per la sua realizzazione è già stato avviato, con convinzione.

**Gli ospedali periferici (eccetto forse Rovereto, Borgo e Cles) sono punti importanti di riferimento per le emergenze e le urgenze: crede di poterli potenziare o di rielaborare le finalità ed i servizi?**

Come già precedentemente evidenziato, è ferma intenzione salvaguardare il complesso della rete degli ospedali, compresi gli ospedali di Distretto i quali assolvono un ruolo di primaria importanza in termini di accessibilità ai servizi ospedalieri, di primo intervento nelle situazioni di urgenza-emergenza, di continuità assistenziale. Essi rappresentano in particolare un insostituibile anello di congiunzione tra i contesti assistenziali territoriali (assistenza domiciliare, assistenza primaria, assistenza specialistica, assistenza semiresidenziale e residenziale) e le strutture ospedaliere di secondo livello. Ci si sta muovendo per rafforzare le loro competenze, in particolare professionali, perché possano assolvere al meglio questo ruolo ed è in via di realizzazione un piano per il potenziamento di queste funzioni.

**Per la Scuola di Formazione per la Medicina Generale prevede qualche cambiamento o una nuova impostazione per gli anni futuri?**

La Scuola in questi anni è cresciuta, ricevendo riconoscimenti anche a livello extraprovinciale: è il risultato del grande lavoro dei medici di medicina generale che, a vario titolo, collaborano in sinergia con l'Assessorato alla salute.

La Scuola di medicina generale rappresenta dunque un esempio di "partecipazione professionale" molto importante per la crescita del Servizio sanitario provinciale e per questo ritengo che vada ulteriormente rafforzata non solo per adempiere al suo principale ruolo di formazione specialistica in medicina generale, ma anche per la formazione continua, divenendo così il principale polo di riferimento per la formazione in assistenza primaria.

Il primo passo già è stato fatto con l'approvazione ed il finanziamento di un progetto di formazione continua che sarà realizzato tramite la Scuola di medicina generale, finalizzato a costruire, in modo condiviso, la posizione della medicina generale su tematiche di interesse, in una logica di comunità di pratica: progetto questo sicuramente originale ed innovativo.

**Come pensa di impostare la Medicina Generale? La convenzione con i medici di base alla luce delle nuove direttive provinciali prevede una reperibilità 24 ore su 24 - riducendo l'afflusso del P.S.? Con quali mezzi e quali gratifiche?**

Negli ultimi anni l'ambito delle cure primarie è stato oggetto di interventi di riorganizzazione e valorizzazione, finalizzati a rispondere a nuove esigenze di assistenza che derivano da molteplici fattori, quali l'invecchiamento della popolazione e l'incremento delle malattie croniche, ma anche per dare risposte all'esigenza, sempre più sentita da parte degli utenti e dei cittadini, di un servizio sanitario più attento agli aspetti relazionali.

A fronte delle esigenze emerse, si sono resi necessari un ripensamento e un potenziamento dell'assistenza sul territorio, affinché questa possa essere in grado di soddisfare, nella misura massima possibile, la domanda di salute e possa offrire ai cittadini risposte in termini di continuità delle cure e semplificazione dei percorsi assistenziali, riservando invece agli ospedali e ai Centri specialistici l'assistenza di secondo livello.

Un cambiamento nell'ambito delle cure primarie è stato avviato in Provincia già da qualche

anno, in particolare attraverso l'incentivazione del lavoro associato dei medici convenzionati e attraverso un potenziamento dei programmi di assistenza domiciliare. È necessario rinforzare il percorso già avviato, prevedendo interventi per realizzare nel concreto la continuità dell'assistenza e l'integrazione tra servizi e operatori, anche introducendo modelli organizzativi flessibili, con questi obiettivi prioritari:

- rafforzare il ruolo e la responsabilità dei medici delle cure primarie nella presa in carico dei pazienti e nella regia dei percorsi assistenziali, anche attraverso un loro coinvolgimento nelle scelte di programmazione distrettuali;
- conseguire continuità delle cure, soprattutto per gli assistiti appartenenti alle fasce deboli (bambini, anziani, persone affette da malattie croniche e/o rare e malati terminali);
- promuovere l'integrazione tra professionisti e tra servizi sanitari territoriali e ospedalieri e tra servizi sanitari e socio-assistenziali.

**Dott. Rossi, ammiro la sua signorilità e la ringrazio per il tempo che mi ha dedicato. Per finire chi è per lei l'Assessore alla Sanità della PAT?**

Una persona che ha voglia di ascoltare e di capire, prima di tutto. Per poi impegnarsi a fondo nella soluzione dei problemi: attraverso scelte innovative ma profondamente ponderate, sviluppando strategie efficaci quanto condivise.

**Ha un "sogno nel cassetto" per la Sanità Trentina che magari ancora non può realizzare?**

Più che coltivare sogni irrealizzabili... preferisco portare avanti progetti, magari anche molto ambiziosi, ma che possano diventare realtà.

Direi quindi che il mio "progetto nel cassetto" è l'organizzazione di una sanità trentina davvero capace di lavorare in rete; dove i professionisti siano valorizzati e messi nella condizione di dare il meglio; dove i pazienti, oltre a ricevere cure su standard elevati, incontrino una diffusa e "naturale" attenzione alle loro esigenze di "umanità". Una rete estesa all'interno dell'Azienda, ma anche sul territorio, con maggior integrazione fra servizi sanitari e sociali. E sono proprio questi alcuni dei principi cardine della legge di riforma.

# IL TEMPO È IL MIGLIORE ALLEATO DELL'UOMO

Giovanni Fumo



“La vita è lunga e ci è stata data con larghezza per la realizzazione delle più grandi imprese, se fosse impiegata tutta con diligenza. Ma quando non viene spesa per nulla di buono ci accorgiamo che essa è passata e non ci siamo accorti del suo trascor-

rere... Seneca: “La brevità della vita”.

Lo spreco della propria vita è il disastro peggiore che può capitarci...Pensiamo a tutti gli sfaccendati che conducono la vita *in ozio senza riposo o faticano senza lavorare (Gonella)*

La vita felice è una vita attiva: vissuta con passione, con intensità, in armonia con se stessi. Leggiamo, amiamo, scopriamo il mondo per vivere e non per sopravvivere nel sonno della quotidianità. Vestiamoci per quel che siamo e non per quello che crediamo di essere, cioè una persona “per bene”: per non rischiare la fine di quel tale che, sempre affaccendato a non essere nessuno, è morto affogato nel nulla. Cari colleghi l'anno iniziato si apre con tanti grossi problemi e ognuno guarda il futuro con preoccupazione. C'è anche chi guarda il futuro, però, con speranza perché è convinto che “nihil sub sole novi” e perché il protagonista della storia, della “sua” storia è l'individuo: se stesso. Affondiamo la piccozza della nostra vita su valori quali la speranza, l'onestà, il lavoro, l'altruismo sì da spendere il valore del tempo in opere che gratificano la coscienza e sublimano i nostri sogni. Seneca aveva ragione: spendiamo il tempo per qualcosa di buono, di interessante, senza perderci in piccole cose, quelle del tirare a campare...L'augurio che dobbiamo farci insieme è quello di iniziare ogni giorno con un progetto e terminarlo con una gratificazione: quella che ci dà la nostra coscienza. Non sia

mai passata invano una giornata né impegnata sempre in cose futili o peggio disoneste. La storia cambia ogni giorno, mutano le abitudini e le mode, scivolano le giornate con la velocità del fulmine. Un collega dell'ospedale di Bolzano mi proponeva per un prossimo Seminario riservato a colleghi specialisti e di MG un tema affascinante: “L'uso del tempo nei nostri ambulatori” nella serena prospettiva di esaminare coscientemente, correggere e rivalutare il *tempo-colloquio* con i nostri pazienti e l'esame dei loro problemi. Indaffarati nella compilazione del *cartaceo* e attenti alla modulistica del PC (importanti!) spesso ne siamo coinvolti, dimenticandoci della persona che ci sta davanti, di alcuni *particolari* che ci sta manifestando, la cui gravità magari neanche lei soppesa e che spesso invece aprono le porte diagnostiche e curative più opportune. E' necessario convincere la gente che non si va in ambulatorio per quisquiglie o per sintomi passeggeri di patologie stagionali: l'importante è andare a consultare il medico o invitarlo a casa per motivi seri, i cui prodromi sono plausibili e spesso non hanno una spiegazione da parte di un profano. Impiegare bene il tempo in ambulatorio è un segno di saggezza clinica e di umanità professionale che si evidenzia senza parole e soddisfa il paziente che colloquia con noi e va via soddisfatto. Seneca sarà ancora una volta il nostro tacito e saggio maestro nel consigliarci di spendere bene il tempo che si passa nel nostro studio senza l'ansia del telefono e senza la preoccupazione di sbagliare qualche norma burocratica. Il bene non fa rumore; il rumore (frettoloso e burocratico) non fa bene! Nell'augurarvi giorni felici e sereni anche a nome del Presidente e del Consiglio termino con un pensiero di un filosofo moderno, Kahlil Gibran: “...Se nel vostro pensiero non potete fare a meno di misurare il tempo con le stagioni, fate che ogni stagione racchiuda tutte le altre stagioni. E che l'oggi abbracci il passato con il ricordo ed il futuro con il desiderio!

*Dal film di Sergio Davi*

## "IL TEMPO E L'UOMO"

"Io so che cosa è il tempo, ma, se qualcuno me lo chiede, non glielo so dire..." (s. Agostino).

Il tempo ha affascinato poeti, artisti, filosofi e pensatori di tutte le epoche. La sua natura è stata uno dei temi centrali del pensiero filosofico fin dalla sua origine e ha continuato a dominare per secoli il dibattito fra i diversi pensatori.

I misteri del tempo si estendono, peraltro, ben al di là della filosofia fino alla religione ed alla scienza. Newton nel XVII° secolo ed Einstein nel XX° presero il tempo dalla filosofia e lo posero nel cuore della fisica: il tempo divenne così un modello matematico.

Il Tempo: Fascino e Mistero... il tempo viene... il tempo va... è il tempo che passa o sia-

mo noi che passiamo? È eguale per tutti? Che cos'è? Una dimensione?, un luogo?... il flusso del tempo è pensiero o materia?... Il problema riguarda l'evidente discrepanza tra il tempo fisico ed il tempo soggettivo o psicologico. Si ricerca ancora l'anello mancante tra il tempo soggettivo che scorre e il tempo bloccato dei fisici. Non esiste un organo temporale specifico nel nostro cervello; tuttavia esiste un senso interno del tempo sepolto nel profondo della coscienza umana; c'è un tempo della scienza e un tempo della vita: quest'ultimo viene percepito da ognuno di noi in maniera personale, intimistica, ed ogni volta in modo diverso, con pesi e misure che mutano perpetuamente.



Il presidente Zumiani e Sergio Davi nella presentazione del suo film nella sede dell'Ordine.

## MISURARE IL TEMPO

C'è nella storia dell'Umanità un insopprimibile bisogno di misurare il tempo; e questo bisogno è "senza tempo". Nasce con l'uomo e lo accompagna sempre e pur diverso nell'evoluzione delle varie culture.

Il tempo se ne fugge...La sua fuga è l'elemento chiave della sua misura.

L'uomo primitivo regola la propria vita in base al levare e calare del sole ed alle stagioni.

L'uomo osservò che alla posizione del sole corrispondeva una variazione dell'ombra degli oggetti. Sul terreno: usare un'ombra per calcolare l'ora fu un'idea che poi durò per secoli. Gli orologi solari sono i più antichi misuratori del tempo.(meridiana).Per segnare il tempo di notte o in giornate nuvolose l'uomo inventa la clessidra: mentre gli orologi solari indicano un preciso istante, la clessidra invece misura la durata di un determinato evento.

Nei conventi sono i monaci i guardiani del tempo che appartiene a Dio .La pazienza e la ingenuità dei monaci sono alla ricerca dell'orologio meccanico:una pietra,una corda, una ruota, una barra ed ecco il tempo che si sgrana: nasce così lo svegliatore monastico, archetipo dell'orologio meccanico.

Galileo Galilei pensò di applicare l'isocronismo del pendolo all'orologio ideando il primo "scappamento" di cui lasciò i disegni. Il primo orologio a pendolo verrà costruito invece dal fisico ed astronomo olandese c.Huighens intorno alla metà del XVII° secolo. L'orologio a pendoloni dimostrò più preciso del precedente orologio meccanico; tuttavia se il pendolo non è sistemato in posizione perfettamente verticale, l'oscillazione si altera. Sarà il fisico inglese R.Hook a trovare la soluzione inventando il bilanciere a spirale. La sua funzione è eguale a quella del pendolo: però il suo ritmo non viene più modificato dalle variazioni di ampiezza e dai cambiamenti di posizione.

## IL TEMPO è SACRO o PROFANO?

Nel 1300 i primi orologi pubblici sono posti in cima ai campanili delle chiese per scandire i momenti di preghiera della giornata. Dai campanili l'orologio passa anche alle totti comunali dove scandisce la vita sociale.

L'invenzione della molla di carica, come forza motrice in sostituzione dei pesi, a metà del '400,

rese possibile la realizzazione dell'orologio mobile di tipo domestico, e successivamente, mediante ulteriori processi di miniaturizzazione, anche la costruzione dell'orologio portatile da taschino.

L'orologio esce così dai conventi, scende dalle torri, e diviene prestigioso arredo di regge e castelli o gioiello da indossare.

Le conseguenze della miniaturizzazione e della proliferazione di segnatempo, si rivelarono, per la società e per la cultura, profonde: la gente, che una volta dipendeva dal grido della ronda notturna, dalla campana della chiesa, o dall'orologio pubblico della piazza municipale, ora il tempo ce l'aveva in casa o sulla persona e poteva disciplinare via e lavoro individualmente.



## TENERE IL TEMPO OGGI

In un'epoca in cui la tecnologia offre strumenti di grandissima precisione per la registrazione del tempo, l'orologio meccanico, dopo quasi sette secoli di predominio, sta cedendo il passo ad un tipo di orologio standard, sincronizzato ai famosi bit trasmessi dalla radio che partono da un'emittente dotata di orologio atomico.

Nello sconosciuto mondo della moderna società occidentale, dove tutto è soggetto alla tirannia dell'orologio, la nostra febbrile esistenza è saldamente incatenata al ritmo del tempo.

L'orologio, emblema della nostra cultura scientifica, è anche simbolo di una sorta di camicia di forza intellettuale...

E' presente peraltro, in quasi tutte le culture dell'umanità, uno struggente, nascosto desiderio di fuggire dal tempo; una ricerca della terra oltre il tempo: " l'Eternità", il mitico regno senza tempo...

# L'USO APPROPRIATO DELLE RISORSE

## IN LINEA CON IL CODICE DEONTOLOGICO

*Proff. Carlo Goj e Antonella Piga – Medicina  
Legale Università di Milano*

Una critica autorevole vuole che negli ultimi anni sempre più frequentemente si sia fatto ricorso all'**etica** e alla **bioetica** come supporto del fondamentalismo monetarista. Le si è posto in sostanza un solo perentorio quesito: "Come si devono allocare le scarse risorse disponibili per l'assistenza medica?...Lo *Hastings Center Report*, rivista di uno dei più autorevoli centri di Bioetica degli USA, ha scritto che questa tendenza rappresenta "un ritorno al deserto morale: ieri l'etica parlava di giustizia, di accesso ai servizi sanitari, di diritti dei malati, oggi parla soprattutto di razionamento delle cure..." Ciò non toglie che lo stesso studioso che ha espresso questa posizione, facendo propria quella statunitense (Giovanni Berlinguer presidente del Comitato nazionale di Bioetica 1998-2000) abbia riconosciuto la centralità del tema: "Tale quesito è sicuramente importante sia perché in questo campo non è chiara la distinzione fra *bisogni* e *desideri*, sia perché le risorse non sono infinite sia perché esistono oggettive difficoltà nello stabilire priorità di intervento basate su criteri di valore. Tra l'altro qualcuno situa l'origine della Bioetica proprio nell'istituzione di un comitato di discussione (*il Seattle Artificial Kidney Patient Selection Committee*) con l'insorgere dei problemi allocativi relativi agli apparecchi di dialisi. E' interessante il dato che la comunità dei medici si fosse rivolta all'epoca a "un comitato di volontari delegando ad esso la scelta": è sempre difficile, infatti, per gli operatori sanitari accettare l'idea di dover prendere in considerazione gli aspetti economici dell'assistenza.

L'opinione fortemente radicata nelle coscienze è che lo scopo della medicina è prendersi cura del singolo malato, senza operare calcoli economici, che la questione della gestione ammi-

nistrativa non compete primariamente all'operatore sanitario e che anzi può rappresentare un'intrusione nel corretto svolgimento della sua professione. Ma questa posizione radicale non è più sostenibile; ne è chiara spia il nuovo Codice di Deontologia Medica. E ancor più esplicita è la Carta della Professionalità Medica, nata da incontri tenutisi tra *European Federation of Internal Medicine*, *l'American College of Physicians*, *l'American Society of Internal Medicine* e *l'American Board of Internal Medicine* e contemporaneamente pubblicata su *LANCET* e gli *Annals of Internal Medicine* nel 2005, che ha individuato una nuova responsabilità per gli operatori sanitari: l'impegno di una equa distribuzione delle risorse limitate. "i Medici, si afferma, sono chiamati a soddisfare le necessità dei singoli pazienti e, allo stesso tempo, fornire cure mediche in base ad una gestione oculata delle limitate risorse cliniche. A questo proposito dovrebbero impegnarsi a collaborare con altri medici, ospedali e finanziatori per sviluppare criteri di cura "costo-efficacia". La responsabilità professionale del medico verso una appropriata allocazione delle risorse consiste nell'evitare scrupolosamente test e procedure superflue, poiché la fornitura dei servizi non necessari non solo espone i pazienti a danni e spese evitabili, ma riduce anche le risorse a disposizione degli altri.

**Sulla allocazione delle risorse** esistono diversi piani: un piano macroallocativo (quello delle politiche sanitarie internazionali, nazionali o regionali) e un piano microallocativo (quello delle decisioni cliniche al letto del malato in condizioni di scarsità di risorse). In concreto, il discorso allocativo si occupa della risposta a domande come: che cosa è giusta inserire nei Livelli Essenziali di Assistenza? Chi deve essere privilegiato nell'allocazione delle risorse? ...In quale misura privilegiare gli indirizzi dai quali si attendono i migliori risultati, rispetto al

dare ad ogni paziente una giusta opportunità di cura? Quando e se è da preferire il procurare limitati benefici di salute ad un elevato numero di persone rispetto al procurare grandi benefici di salute a poche persone?... Caso emblematico: che fare in una situazione in cui due pazienti si presentano entrambi urgentemente bisognosi dell'unico respiratore artificiale disponibile nell'unità di rianimazione?... Come comportarsi nella composizione delle liste operatorie e nella dimissione del paziente. Identificare che cosa sia giusto fare è questione morale assai difficile: la nozione di giustizia, come molte altre nozioni fondamentali di bioetica sembra a tutti immediatamente chiara, fino al momento in cui la sua interpretazione si oppone ad un'altra, opposta, che tutti pretendono di offrirne.

**Definizione di giustizia** - Nell'enciclopedia di Bioetica il concetto di giustizia è così esplicitato: "si devono trattare gli eguali in modo eguale e si possono trattare i diversi in modo diverso se queste differenze sono rilevanti per il trattamento in questione". E' questa una definizione formale mentre per riempirla di contenuto è necessario confrontare le diverse teorie etiche che si contendono l'arena della discussione: l'*egualitarismo*, l'*utilitarismo*, il *libertarismo* ed il *contrattualismo*.

Per *egualitarismo* si intende "dare a ciascuno in parti uguali". Tutti gli uomini sono uguali e quindi egualmente meritevoli, negando che si possa disporre di criteri che differenzino da bisognoso a bisognoso. Di fronte al caso del respiratore artificiale i sostenitori di questa teoria sceglierebbero l'ordine cronologico (*first come, first treated*) o forme di "lotteria casuale" simili a ciò che avviene in natura... Per l'egualitarismo della dottrina sociale cristiana o del marxismo, giustizia è dare a ciascuno in ragione delle sue necessità o bisogni individuali. Questa definizione molto allettante perché centrata sulla persona sofferente incontra dei limiti nelle plurivocità del termine *bisogno*: è difficile infatti in ambito sanitario elencare i bisogni fondamentali incompressibili, distinguendoli da quelli non essenziali.

L'*utilitarismo* intende per giustizia il dare a ciascuno in ragione del maggior benessere per il maggior numero di individui coinvolti... La scelta di produrre il maggior bene per il maggior numero di persone può peraltro significare

sottrarre importanti benefici ad una minoranza, in nome di un generale incremento di benessere in nome e per conto di una violazione di diritti umani fondamentali.

Per *libertarismo* giustizia è dare a ciascuno in ragione della sua possibilità di pagare. Si asserisce che una logica di mercato ripartisce benefici e oneri nel modo meno contestabile. Egelhardt ad esempio sostiene che nel mercato possiamo identificare l'unico strumento in grado di tenere insieme con successo degli "stranieri morali". Anche se chi paga da sé le cure non graverà sulle risorse sanitarie disponibili per curare gli altri; ma tutti vedono in questa posizione il limite legato ad aberranti iniquità nei confronti dei più poveri. Il limite di questa impostazione risiede nel fatto che è verosimile che si diano delle interpretazioni arbitrarie e difformi del merito e del demerito dei singoli.

Per il *contrattualismo* occorre che i principi di giustizia siano frutto di una scelta collettiva, siano cioè l'oggetto di un contratto sociale. Giustizia in questa ottica significa dare a ciascuno in ragione di un accordo preventivo ed unanimemente sancito. Questa ipotesi esalta il valore della razionalità individuale e delle preferenze soggettive, ma cerca di comporle attraverso una negoziazione, che può ad esempio condurre all'imposizione sulla collettività di nuove tasse per promuovere la salute dei più svantaggiati. Ciascuna delle prospettive teoriche sopra sintetizzate lascia dubbi e perplessità quando confrontata con i dilemmi situazionali proposti dalla realtà. Un dato certo, di cui è importante avere consapevolezza, è la possibilità di scelte diverse; occorre, perciò, che ogni operatore sanitario si chieda quale nozione di giustizia è sottesa alle scelte che lui personalmente o l'unità operativa in cui lavora utilizzano nella distribuzione delle risorse, ricercando in caso contrario soluzioni eque e il più possibile condivise. Ciò a conferma del fatto che le scelte allocative non sono questioni puramente economiche, ma hanno forti ripercussioni etiche.

#### IN SINTESI...

- L'opinione fortemente radicata nelle coscienze è che lo scopo della Medicina è prendersi cura del singolo malato, senza operare calcoli economici: oggi non è più possibile.
- Il nuovo Codice di deontologia Medica cerca di far chiarezza, nel limite del possibile, su

elementi discriminatori: come intervenire? Quali le priorità?

- La responsabilità professionale del medico verso una appropriata allocazione delle risorse consiste nell'evitare scrupolosamente test e procedure superflue.
- Un caso emblematico: che fare nella situazione in cui si presentano due pazienti entrambi urgentemente bisognosi dell'unico respirato-

re artificiale disponibile in una Unità di Riabilitazione?

- Egualitarismo, utilitarismo e contrattualismo sono i diversi contesti per una giustizia degli interventi, ma non è facile...concretizzarli nella realtà

*Sarebbe opportuno aprire una discussione tra i nostri colleghi su questo tema tanto delicato. Dite la vostra! (GF.)*

## CORSI, CONCORSI E...GRATIFICHE

**1. Le aritmie del III Millennio** - Riuscitissimo convegno organizzato dal prof. Francesco Furlanello a Levico Terme nei gg. 8-10 aprile 2010 cui ha partecipato un gran numero di colleghi cardiologi e medici di MG. Interessanti i temi trattati sia per la cardiologia sportiva che per le cardiopatie croniche: dalla F.a. alle ipertrofiche e vasculopatiche. Prestigiosi i relatori provenienti dalle università di Bologna Brescia Napoli Padova oltre ai primari delle Cardiologie di Bolzano e Rovereto. Presenti anche il dott. Giovanni D'Onghia presidente provinciale ANMCO, il dott. Giovanni Fumo presidente regionale dell'A.R.C.A. Trentino A/A e il dott. Paolo Colorio presidente della SIMMG trentina.

**2. Lo screening per le anomalie cromosomiche** nel primo trimestre di gravidanza. Il seminario si è svolto al Mart di Rovereto nei gg. 16-16 aprile 2010. Referenti: il dott. E. Arisi primario Ginecologia Trento ed il dott. P. Caciagli -Responsabile del Dipartimento di Medicina dle Laboratorio.

**3. Negli stessi gg. a Riva del Garda: Per il Parkinson** un vento di speranza. Referenti: dott. D. Orrico e M. Pellegrini della U.O. di Neurologia di Trento.

**4. Dal 1.5.2010 al 31.12.2010** nella U.O. di Patologia Clinica di Arco: "La qualità nella fase preanalitica del processo di Laboratorio. Per il programma e la scheda di partecipazione referente il Dott. Lino Bazanella: Lino.Bazanella@apss.tn.it

**5. A Bormio il 18-19 giugno 2010** Convegno a dimensione nazionale su La tubercolosi una malattia sistemica. Segreteria organizzativa: DOC CONGRESS - Telef. 02 244491 - Info@doc-congress.com

**6. N. 2 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO IN PSICHIATRIA:**

Per: Documenti- Scadenze - Requisiti, ecc. il referente l'A.P.S.S. - Via Degasperi n.79 Stanza n. 41 - 38123 TRENTO - Oppure Sito della PAT.

### *Gratifiche e riconoscimenti lavorativi*

Con delibera firmata del D.G. dell'Azienda Sanitaria Provinciale dott. Franco Debiassi i colleghi:

- Dott. **MILO ACHILLE BELTRAME** Primario di ORL dell'ospedale di Rovereto è stato nominato DIRETTORE del nuovo Dipartimento delle Discipline Specialistiche Chirurgiche del "S. Maria del Carmine".
- Dott. **ALFREDO VIVALDELLI** già Direttore dell'U.O. di Psichiatria del Servizio territoriale dell'A. Valsugana sarà Direttore della Struttura Complessa della disciplina psichiatrica.
- Dott. **FULVIO CAMPOLONGO** Primario della U.O. Maxillo-Facciale dell'O.C. "S. Chiara" sarà Coordinatore del Dipartimento Funzionale di Odontostomatologia.

Agli stimati colleghi e validi professionisti - con i migliori auguri - le più vive congratulazioni per i meriti incarichi.

# CASELLE PEC POSTA CERTIFICATA

## L'ORDINE HA SIGLATO UNA CONVENZIONE PER LA FORNITURA GRATUITA AGLI ISCRITTI

A seguito delle indicazioni avute recentemente dalla FNOMCeO in merito alla PEC (Posta Elettronica Certificata) che come è noto è obbligatoria per tutti gli esercenti professioni intellettuali, e quindi anche per i medici e gli odontoiatri, valutate le varie offerte ricevute (Poste.com, Aruba, disponibilità ACI Trento) è stato deliberato dal Consiglio Direttivo del nostro Ordine il 29 marzo u.s. di acquistare la PEC dal fornitore ARUBA SPA per ognuno dei nostri iscritti che vorrà aderire a questa proposta.

L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri offrirà a tutti gli iscritti l'opportunità di usufruire di questo servizio, con onere economico a totale carico dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri per la durata triennale (3 anni) del contratto sottoscritto. Resta inteso che l'adesione alla nostra proposta è del tutto facoltativa, fermo l'obbligo di legge comunque di dotarsi di PEC per ogni Professionista. La scelta di Aruba è stata indotta da motivazioni tecniche, economiche e legate alla qualità del servizio.

Ci siamo attivati affinché, **a partire dalla metà di maggio**, il termine esatto dipenderà dalla ditta fornitrice, sia possibile per gli interessati **concludere direttamente l'operazione di acquisizione della propria casella di posta certificata via internet attraverso un indirizzo dedicato che Aruba sta provvedendo ad implementare e che verrà riportato sul nostro sito internet**. Sarà necessario seguire una procedura semplice che sarà descritta nel portale e riportare il codice di convenzione particolare che sarà richiesto dal sistema per accedere alla richiesta. Gli interessati potranno richiedere via posta elettronica o telefonicamente alla Segreteria dell'Ordine il codice necessario, lo stesso ci sarà reso noto non prima della metà di maggio.

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, come emerso da recenti incontri, doterà prossimamente tutti i dipendenti ed i professionisti convenzionati A.P.S.S. di una casella di pec aziendale per usi istituzionali (comunicazioni inerenti al servizio). I medici operanti presso l'Apss potranno pertanto va-

lutare la nostra proposta per un utilizzo anche personale (comunicazioni pec da persona a persona o con Enti per motivi non inerenti al servizio).

### IMPORTANTE:

Non dovrete comunicarci la Vostra adesione, l'Ordine ne sarà informato direttamente dal fornitore ma seguire le istruzioni che saranno pubblicate sulla sezione di dominio riservata al nostro Ordine da Aruba; l'indirizzo sarà riportando sul sito del nostro Ordine, l'utilizzo di tale funzionalità ad oggi non ancora attiva, sarà disponibile appena le procedure tecniche necessarie al fornitore si saranno.

### Vi informeremo tramite il sito dell'Ordine

Ricordiamo che il termine per provvedere all'adempimento ha natura ordinatoria non perentoria

Per coloro che desiderassero maggiori informazioni, riportiamo in sintesi una nota, redatta da Aruba, relativa alla procedura operativa:

- L'utente accede al sito web e inserisce il codice convenzione. (diverso per ogni ordine di appartenenza)
- I codici convenzione dovranno essere uno per ogni provincia, in modo da individuare in automatico il dominio di appartenenza (provincia.onmceo.it).
- L'utente inserirà poi il codice fiscale e il sistema in automatico si interfacerà tramite Webservice al db FNOMCEO per verificare che sia effettivamente un medico iscritto ad un ordine. In caso positivo i dati potranno essere recuperati dal db, senza doverli fare inserire dall'utente (se non quelli non presenti, come l'indirizzo mail e il telefono).
- La casella dovrà essere del tipo nome.cognome.codicerandomico@provincia.onmceo.it.



- Il codice RANDOMICO servirà per evitare omonimie e per evitare che malintenzionati conoscano in automatico la casella del medico.
- La richiesta della casella PEC viene salvata e vengono generati in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC.
- Nel caso in cui sia l'ordine a pagare le caselle per il medico non saranno presentate le pagine relative al pagamento della casella PEC. La fatturazione sarà effettuata all'ordine di appartenenza con scadenze concordate.

- Nel caso in cui sia il medico a pagare, invece, si avranno i normali sistemi per il pagamento. La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando documento identità.
- ARUBA PEC comunicherà sia all'ordine che alla Fnomceo le caselle PEC attivate con cadenza settimanale.

*Giuseppe Zumiani*

## IL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

*In relazione a quanto emerso nel corso di una istruttoria curata da questa Autorità nei confronti di uno studio dentistico, è stato riscontrato che in diversi studi medici – all'atto della prima accettazione dei pazienti – è distribuito un questionario in cui si chiede ai questi di evidenziare il proprio stato di salute e, in particolare, se si è affetti da infezione da HIV.*

*Al riguardo, questa Autorità ha adottato l'allegato provvedimento in cui sono state individuate specifiche garanzie per la raccolta di informazioni sullo stato di sieropositività dei pazienti, che dovranno essere tenute in considerazione da parte degli esercenti le professioni sanitarie nello svolgimento delle proprie attività professionali.*

*Ciò premesso, si invia il suddetto provvedimento con preghiera di favorirne la più ampia conoscenza presso gli esercenti le professioni sanitarie.*

*Si resta a disposizione per ogni eventuale chiarimento.*

*Il Dirigente  
dott. Claudio Filippi*

Nella riunione odierna, in presenza del prof. Francesco Pizzetti, presidente, del dott. Giuseppe Chiaravalloti, vice presidente, del dott. Mauro Paissan e del dott. Giuseppe Fortunato, componenti, e del dott. Filippo Patroni Griffi, segretario generale;

Vista il provvedimento adottato in data odierna nei confronti di uno studio dentistico odontoiatrico, in merito alla raccolta di informazioni relative allo stato di sieropositività dei pazienti

mediante la compilazione di un questionario in fase di prima accettazione dello stesso;

Tenuto conto della particolare delicatezza delle informazioni idonee a rilevare lo stato di sieropositività dei pazienti;

Rilevata la necessità di estendere le prescrizioni formulate nel suddetto provvedimento a tutti gli esercenti le professioni sanitarie;

Visto gli atti d'Ufficio;

Vista la legge 5 giugno 1990, n. 135 (*Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS*) e il decreto del Ministro della Sanità del 28 settembre 1990 (*Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private*);

Viste le osservazioni formulate dal segretario generale ai sensi dell'art. 15 del regolamento del Garante n. 1/2000;

Relatore il dott. Giuseppe Fortunato;

### PREMESSO

È stato segnalato al Garante che in uno studio dentistico e odontoiatrico all'atto della prima accettazione dei pazienti è distribuito un questionario in cui si chiede ai questi di evidenziare il proprio stato di salute ed, in particolare, se si è affetti da infezione da HIV.

Da alcune ricerche preliminari effettuate dall'Ufficio, è emerso che tale questionario è utilizzato da alcuni studi dentistici odontoiatrici ed

è, talvolta, presente nelle applicazioni progettate da società informatiche per tali studi.

Gli esercenti le professioni sanitarie, previa acquisizione del consenso informato del paziente, possono trattare i dati sanitari dello stesso per finalità di tutela della sua salute o incolumità fisica, fermi restando i casi di prestazioni d'urgenza per i quali si può prescindere dal consenso dell'interessamento (*artt. 75 e ss. del Codice*).

Prima ancora di procedere all'attività di cura dell'interessato, infatti, l'esercente la professione sanitaria deve fornire allo stesso una completa informativa sul trattamento dei dati personali che intende effettuare, nonché acquisire il suo consenso anche oralmente. In tal caso il consenso è documentato con annotazione scritta da parte dell'esercente la professione sanitaria (*artt. 13 e 81 del Codice*).

Una volta acquisito il consenso informato del paziente al trattamento dei suoi dati personali, gli esercenti le professioni sanitarie hanno il compito di raccogliere tutte le informazioni sanitarie necessarie ad assicurargli una corretta assistenza medica.

Sia nell'informativa da rendere all'interessato che nell'ambito dei colloqui con il medico curante, infatti, quest'ultimo deve rendere edotto il paziente in merito all'importanza di ricostruire un quadro il più possibile completo delle informazioni sanitarie che lo riguardano, al fine di poter gli offrire un migliore percorso di cura. In tale contesto, si inserisce il dovere del medico di illustrare al paziente le scelte diagnostiche o terapeutiche che intende perseguire e le relative prevedibili conseguenze; ciò, al fine di consentire allo stesso di aderire o meno alle proposte diagnostico-terapeutiche avanzate dal medico (*cf. art. 33 del Codice di deontologia medica del 16 dicembre 2006*).

Con riferimento alla raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività, è, dunque, compito del medico curante illustrare al paziente l'importanza di conoscere anche tale informazione in relazione al tipo di intervento o al piano terapeutico da eseguire. Qualora ritenga, infatti, che la conoscenza dello stato di sieropositività sia indispensabile in relazione al trattamento sanitario o terapeutico che intende porre in essere, è suo compito illustrare al paziente le conseguenze che la mancata conoscenza di tale informazione potrebbe determinare.

Fermo restando, pertanto, che il medico è tenuto a raccogliere un'anamnesi dettagliata del paziente ed a illustrare a quest'ultimo l'importanza di tale raccolta di dati personali, l'interessato è comunque libero di scegliere, in modo informato – e quindi consapevole – di non comunicare al medico alcune informazioni sanitarie che lo riguardano, ivi compresa la sua eventuale sieropositività, senza per ciò subire alcun pregiudizio sulla possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie richieste (*cf. Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e di dossier sanitario del 16 luglio 2009 [doc. web n. 1634116], par. n. 3, con particolare riferimento al diritto riconosciuto all'interessato di non comunicare ad un medico informazioni sanitarie che lo riguardano; cf. altresì Documento di lavoro sul trattamento dei dati personali relativi alla salute contenuti nelle cartelle cliniche elettroniche (Cce) adottato il 15 febbraio 2007 dal Gruppo di lavoro per la tutela dei dati personali previsto dall'art. 29 della direttiva 95/46/CE, in particolare par. III, n. 1*).

Il medico è, infatti, tenuto ad agire nel rispetto della libertà e della autonomia decisionale del paziente (*art. 38 del richiamato codice di deontologia medica*).

La raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività di ogni singolo paziente da parte degli esercenti le professioni sanitarie deve avvenire, pertanto, in conformità al quadro normativo sopra delineato ed ai principi di pertinenza e non eccedenza dei dati rispetto alle finalità del trattamento riconducibili alle specifiche attività di cura dell'interessato (*art. 11, comma 1, lett. a) del Codice*).

La raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività di ogni paziente che si rivolge per la prima volta allo studio medico effettuata in fase di accettazione, indipendentemente dal tipo di intervento clinico o dal piano terapeutico che lo stesso deve eseguire (es. trattamento di igiene orale professionale, ablazione del tartaro, rx ortopantomica), appare in contrasto con i suddetti principi di pertinenza e non eccedenza dei dati. In tale quadro, si ritiene necessario prescrivere agli esercenti le professioni sanitarie di non raccogliere in fase di accettazione di ogni paziente che si rivolge a questi per la prima volta – e a prescindere dal tipo di intervento o piano terapeutico da ese-

guire – informazioni relative alla presenza di un eventuale stato di sieropositività. Gli esercenti le professioni sanitarie, infatti – previo consenso informato del paziente – possono raccogliere l'informazione relativa all'eventuale presenza di un'infezione da HIV solo qualora tale dato anamnestico sia ritenuto dagli stessi necessario in funzione del tipo di intervento sanitario o di piano terapeutico da eseguire sull'interessato; resta fermo che quest'ultimo rimane libero di decidere in modo consapevole (e quindi informato) e responsabile di non comunicare al medico alcuni eventi sanitari che lo riguardano.

In ogni caso, il medico che viene a conoscenza di un caso di AIDS, ovvero di un caso di infezione da HIV, oltre a essere sottoposto a specifici doveri deontologici di segretezza e non discriminazione del paziente, è tenuto anche ad adottare ogni misura o accorgimento occorrente per la tutela dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità dello stesso, nonché le misure di sicurezza individuate dal Codice (*art. 5, legge n. 135/1990, artt. 3, 10, 11, 20 del predetto codice di deontologia medica, artt. 33 e ss. del Codice e Disciplinare tecnico allegato B( al Codice)*).

L'esigenza di raccogliere informazioni in merito all'eventuale infezione da HIV in fase di accettazione del paziente non può, nemmeno, ricondursi alla necessità di attivare specifiche misure di protezione per il personale sanitario, in quanto la normativa di settore prevede che, stante l'impossibilità di avere certezza sullo stato di sieropositività del paziente, le misure di protezione devono essere adottate nei confronti di ogni singolo assistito.

La legge 5 giugno 1990, n. 135 (*Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS*), infatti, ha previsto specifiche disposizioni per la protezione del contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private, attuate con decreto del Ministro della sanità del 28 settembre 1990.

Più precisamente, il predetto decreto, nel considerare impossibile *“identificare con certezza tutti i pazienti con infezione da HIV”*, ha previsto che le *“precauzioni finalizzate alla protezione dal contagio”* debbano essere prestate *“nei*

*confronti della generalità delle persone assistite”* (cfr. *premesse del citato decreto*). In particolare, le specifiche precauzioni previste per gli operatori odontoiatrici devono essere adottate nei confronti di *“ogni singolo paziente”* (cfr. *art. 4 del citato decreto nonché il paragrafo sulle “Precauzioni per gli odontoiatri” contenuti nelle Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo delle infezioni da HIV del 6 settembre 1989 emanate dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS*).

Le disposizioni sopra citate evidenziano, infatti, che allo stato attuale delle conoscenze scientifiche non è possibile identificare con certezza tutti i pazienti affetti da HIV e che, pertanto, le misure di protezione dal contagio devono essere adottate, a prescindere dalla conoscenza dello stato di sieropositività del paziente, nei confronti di ogni soggetto sottoposto a cure dentistiche.

## TUTTO CIÒ PREMESSO IL GARANTE

1. ai sensi dell'art. 154, comma 1, lett. c) del Codice, prescrive agli esercenti le professioni sanitarie di non raccogliere l'informazione circa l'eventuale stato di sieropositività in fase di accettazione di ogni paziente che si rivolge a questi per la prima volta, e a prescindere dal tipo di intervento o piano terapeutico da eseguire, fermo restando che tale dato anamnestico può essere legittimamente raccolto, previo consenso informato dell'interessato, da parte del medico curante nell'ambito del processo di cura, in relazione a specifici interventi clinici ove ciò sia ritenuto necessario;
2. ai sensi dell'art. 143, comma 2, del Codice, dispone che copia del presente provvedimento sia trasmessa al Ministero della Giustizia-Ufficio pubblicazione leggi e decreti, per la sua pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana*.

Roma, 12 novembre 2009

*Il presidente - Pizzetti*

*Il relatore - Fortunato*

*Il segretario generale - Patroni Griffi*

# LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO

## *Video-registrazione di un evento*

*Giorgio de Vigili*

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento ha ritenuto di mettere a disposizione la videoregistrazione relativa agli atti del convegno **“La dimensione professionale e i rischi giudiziari: conflitti e prospettive in tema di responsabilità medica”** tenutosi, il 21 novembre 2009, alla sala Civica di Mezzolombardo” sull'homepage [www.ordinemedicitn.org](http://www.ordinemedicitn.org) basterà cliccare il link dal titolo “Video atti convegno responsabilità medica”. Hanno partecipato: dott. Giorgio de Vigili e dott. Paolo Dalrè, U.O. di Medicina Trento, Sig.ra Anna Maria Helfer, sindaco di Mezzolombardo, dott. Ugo Rossi, Assessore alla Salute e Politiche Sociali Provincia Autonoma di Trento, dott. Franco Debiassi, Direttore Generale APSS, dott. Paolo Ghezzi, giornalista-editore Trento, dott. Enrico Baldantoni, Direttore Cura e Riabilitazione APSS, dott. Claudio Gottardi, Presidente Sezione Penale del Tribunale di Bolzano, dott. Fabio Cembrani, Direttore U.O. Medicina Legale Trento e il dott. Giuseppe Zumiani, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento.

In tema di responsabilità professionale, è sempre più forte l'esigenza del medico di poter pianificare e svolgere la propria pratica professionale in una dimensione di libertà e di fiducia, come

sancite dai comuni principi della deontologia. Tali ultimi requisiti, tuttavia, non sembrano oggi improntare il rapporto medico-paziente, né facilitare nella società la percezione della complessità della decisione clinica; decisione dalla quale possono anche derivare, a cascata e in maniera perversa, distorsioni che coinvolgono via via il piano giudiziario in ambito sanitario, non già per promuovere una medicina di tipo “difensivo” ma per coglierne gli elementi di criticità che ci portano a riacquistare il significato più autentico del rapporto di cura necessariamente orientato anche alla sicurezza del paziente e a rinforzare un patto di stabilità tra i cittadini, le istituzioni e la medicina.

Inoltre interloquire, a più voci, con i diversi protagonisti della vicenda, rappresenta un'occasione aggiuntiva per stimolare forme di mediazione e di conciliazione tra le Parti e per salvaguardare, ancora una volta, quell'area terapeutica così fondamentale e che è quella del rapporto medico-paziente.

Questa logica, alla fine, porta a recuperare il significato etico-deontologico e giuridico della responsabilità professionale posto quale difficile crocevia in cui si intersecano l'autonomia e la responsabilità della persona con l'autonomia e la responsabilità del medico. L'auspicio è quello di fornire ai medici una occasione di riflessione su un tema spesso sottovalutato se non da chi è stato realmente coinvolto.

## CI HANNO LASCIATO

\* Il 15 febbraio è scomparso il collega Dott. FULVIO ARMELLINI Stimato professionista per la sua bontà e per la sua disponibilità profuse in tanti anni di lavoro. Alla signora Vanna ed ai famigliari la partecipazioen affettuosa dei colleghi trentini.

\*\*\*

\*La famiglia dei medici chirurghi ed odontoiatri trentini ricorda con affetto l'immaturo dipartita del collega **GIOVANNI TONONI** scomparso improvvisamente il 5 marzo u.s. Accompagnato da una grande partecipazione di pubblico tra cui gli amici della CRI e di varie associazioni sportive lascia il rimpianto non solo per la sua professione di medico odontoiatra ma anche per la sua ammirevole attività nel volontariato. Alla signora Alessia a Giorgia e Gaia al papà al fratello ed ai famigliari tutti la nostra affettuosa partecipazione con la promessa di un duraturo ricordo.

# MODIFICHE ED INTEGRAZIONE TABELLE SERVIZI E SPECIALIZZAZIONI AUDIOLOGIA - FONIATRIA

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 42 del 20 febbraio 2010 è stato pubblicato il decreto del Ministero del Lavoro, della salute e delle Politiche Sociali 6 novembre 2009 recante “Modifica ed integrazione delle tabelle relative ai servizi e alle specializzazioni equipollenti”.

Come è noto, con l'Accordo 29 luglio 2004 tra il Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano si inserisce la disciplina di “Audiologia e foniatria” tra quelle nelle quali possono essere conferiti gli incarichi dirigenziali di struttura complessa nelle aziende sanitarie per la categoria professionale dei medici – area della medicina diagnostica e dei servizi.

Pertanto il Ministero della Salute, acquisito il parere del Consiglio superiore di sanità e rilevato che le pregresse scuole di specializzazione in “Audiologia” in “Foniatria” nei rispettivi ordinamenti didattici contenevano settori comuni sia nella formazione di base sia in quella professionalizzante e considerato, inoltre, che

le precedenti separate scuole di “Audiologia” e di “Foniatria” possono considerarsi equipollenti all'attuale unica scuola di specializzazione in “Audiologia e Foniatria”, anche a seguito del decreto ministeriale 1° agosto 2005, concernente il “Riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria” e ravvisata l'esigenza di disporre una modifica ed integrazione alla tabella delle equipollenze individuata con il D.M. 30 gennaio 1998, relativamente alla disciplina di “Biochimica clinica”, atteso che trattasi di denominazione diversa di scuole di specializzazione, con percorsi didattico-formativi identici per durata e contenuti, ha emanato il decreto indicato in oggetto di cui si riporta di seguito il relativo allegato con le modifiche apportate:

3) Audiologia e foniatria:

Scuole equipollenti:

audiologia;

foniatría.

4) Biochimica clinica:

Scuole equipollenti: medicina di laboratorio; biochimica clinica e biologia molecolare.

## CONTRIBUTO DELLA P.A.T. PER GLI SPECIALIZZANDI

La Provincia Autonoma di Trento – Servizio Organizzazioni e Qualità sanitarie comunica che sono stati aperti i termini per ottenere un contributo finanziario per la frequenza di Scuole di specializzazione dell'area sanitaria da parte dei laureati in: Biologia – Chimica – Fisica – Psicologia - Medicina veterinaria - Farmacia – ODONTOIATRIA ammessi al primo anno di corso nell'anno accademico 2009-2010.

Scadenze per presentare le domande: 10 sett. 2010.

Per informazione e modulistica rivolgersi alle Segreterie dell' Università o al Servizio Organizzazione e Qualità attività sanitarie della PAT. Via Gilli, 4 Trento –

Telefono: 0461 494103. e-mail: [sanita@provincia.tn.it](mailto:sanita@provincia.tn.it)

# LA PRIVACY NELL'AMBULATORIO

## UNA INIZIATIVA DEI COLLEGHI ODONTOIATRI

*Relazione della dott.ssa Federica Ziglio,  
commercialista, tenuta a Trento il 18/3/2010*

La privacy è regolata dal “Codice in materia di protezione dei dati personali” (D.Lgs. 196/03).

Il decreto è una raccolta di tutta la legislazione preesistente, italiana ed europea, riunita in un testo unico con lo scopo di armonizzare la normativa per evitare che la molteplicità di fonti potesse creare un pregiudizio all'effettiva tutela del diritto alla riservatezza dei cittadini.

L'intento che il legislatore voleva perseguire era il bilanciamento delle esigenze contrapposte di coloro che utilizzano i dati per l'organizzazione della propria attività e quelle dei soggetti i cui dati vengono trattati nelle loro legittime istanze di tutela della privacy.

Il principio base del Codice si desume dall'art. 1, che recita: “Ognuno ha il diritto alla protezione dei dati che lo riguardano” e dall'art. 2: “Il trattamento dei dati personali è disciplinato assicurando un elevato livello di tutela dei diritti e delle libertà [...] nonché per l'adempimento degli obblighi da parte dei titolari del trattamento”.

I dati hanno diversi gradi di tutela in base alla loro “sensibilità” e sono suddivisi in una sorta di piramide al cui apice si trovano i dati genetici ed alla cui base si attestano i dati anonimi.

Gli interessi meritevoli di tutela sono individuati in base al *principio di liceità* che si propone di porre un limite all'autonomia dei titolari dei trattamenti nella creazione delle loro organizzazioni interne e sono garantiti dal *principio di correttezza* che garantisce un controllo su eventuali condotte abusive.

Gli scopi del trattamento devono essere individuati con precisione e riportati in un'informativa da consegnare al paziente, inoltre devono essere pertinenti con l'attività per cui sono stati raccolti e con le finalità attuali, sono quindi vietate le raccolte di dati per scopi futuri.

All'interno del Codice sono previste diverse misure per la tutela dei dati, individuate puntualmente nell'Allegato B.

Queste misure si dividono in misure minime e misure idonee e si differenziano sul profilo della responsabilità che comportano.

Infatti dimostrando di aver adottato le misure idonee si può evitare la responsabilità civile derivante dall'art. 2050 C. Civ. nel caso in cui il trattamento di dati provochi un danno, dimostrando di aver adottato le misure minime si determinano i casi di esclusione dalle responsabilità penali derivanti dal trattamento dei dati.

Il codice divide le tipologie di trattamento in base alla presenza o meno di strumenti elettronici all'interno del processo ed in conseguenza di questa differenziazione prevede differenti tipologie di misure di sicurezza.

### Trattamenti con strumenti elettronici

- autenticazione informatica (User-Id e password);
- adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione (assegnazione in base al ruolo ricoperto);
- utilizzazione di un sistema di autorizzazione;
- aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione o alla manutenzione degli strumenti elettronici;
- protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti illeciti di dati, ad accessi non consentiti e a determinati programmi informatici (screen-saver automatici con password, antivirus, antispyware, ecc);
- adozione di procedure per la custodia di copie di sicurezza, il ripristino della disponibilità dei dati e dei sistemi (procedure di disaster recovery);
- tenuta di un aggiornato documento programmatico sulla sicurezza (DPS);
- adozione di tecniche di cifratura o di codici identificativi per determinati trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale effettuati da organismi sanitari.

### Trattamenti senza l'ausilio di strumenti elettronici

- aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati o alle unità organizzative;
- previsione di procedure per un'idonea custodia di atti e documenti affidati agli incaricati per lo svolgimento dei relativi compiti;
- previsione di procedure per la conservazione di determinati atti in archivi ad accesso selezionato e disciplina delle modalità di accesso finalizzata all'identificazione degli incaricati.

Il titolare del trattamento può creare la propria organizzazione interna con molta autonomia, ma rispettando le prescrizioni generali determinate nel Codice.

Oltre a definire gli obblighi organizzativi, il testo unico riporta anche le sanzioni derivanti dal mancato adeguamento alle prescrizioni.

Le cifre erano molto importanti già all'origine, ma nell'ultimo anno sono state ulteriormente innalzate.

In sintesi:

- Trattamento illecito di dati: reclusione da sei a diciotto mesi, o, se il fatto consiste nella comunicazione o diffusione, con la reclusione da sei a ventiquattro mesi. Sanzione da € 10.000 a € 60.000
- Falsità nelle dichiarazioni e notificazioni al Garante: reclusione da sei mesi a tre anni.
- Misure di sicurezza: reclusione fino a due anni e ammenda da € 20.000 a € 120.000
- Inosservanza di provvedimenti del Garante: la reclusione da tre mesi a due anni e ammenda da € 30.000 a € 180.000
- Omessa o inidonea informativa all'interessato: sanzione da 6.000 a 36.000 euro, mentre per chi cede dati in violazione di legge sanzione da 10.000 euro a 60.000 euro.
- Omessa o incompleta notificazione: sanzione da 20.000 euro a 120.000 euro.
- Omessa informazione o esibizione al Garante: sanzione da 10.000 euro a 60.000 euro.

Tali importi possono essere ridotti fino a 2/5 ovvero innalzati del doppio o del quadruplo in relazione alla gravità dell'illecito effettuato, della natura economica e sociale dell'attività svolta dal soggetto che ha posto in essere la violazione nonché in considerazione delle condizioni economiche del contravventore e del numero dei soggetti interessati.



La dott.ssa Federica Ziglio e il dott. Fausto Fiorile.

Data la complessità della materia e la continua attenzione necessaria per mantenersi al passo con le novità, è consigliabile avvalersi di un consulente.

La recente introduzione di nuove figure da parte del Garante ha tuttavia indotto alcune categorie di operatori, ci riferiamo ai tecnici software ed hardware, che fino a quel momento ignoravano qualsiasi aspetto del problema a proporsi come Amministratori di Sistema confondendo la propria preparazione informatica con conoscenza della normativa privacy. L'operato di tali soggetti, se non sottoposto al controllo del consulente, rappresenta un notevole rischio per la correttezza dell'impianto che rischia di essere ritenuto inattendibile in caso di verifica. Il Titolare deve cautelarsi al momento della scelta del consulente applicando quattro semplici regole:

- Valutarne le competenze tecniche ed organizzative in campo normativo e informatico;
- accertarsi della presenza di una copertura assicurativa per responsabilità civile professionale;
- richiedere una certificazione (art. 25 del Disciplinare Tecnico All. "B"), attestante l'adozione delle misure di sicurezza richieste dal Codice in sede di consegna della documentazione privacy;
- diffidare da chi propone soluzioni standard a costi eccessivamente bassi.

Dott.ssa Federica Ziglio  
 Studio associato Ziglio e Ziglio  
 Via Mazzini 14/m, 38122 TRENTO  
 Tel. 0461/261768 Fax 0461/221224  
 federica@ziglioassociati.it

# ASSISTENZA ODONTOIATRICA

## CRONACA DI UN DIBATTITO PER CORRISPONDENZA

Egr. Sig. **Dott. Mattia Civico**  
Presidente Quarta Commissione Permanente  
Consiglio della Provincia Autonoma di Trento  
Via Mancini, 27 - 38122 TRENTO

Trento, 08 marzo 2010

OGGETTO: Disegno di Legge 10 dicembre 2009 N. 80 – Art. 8 - Consiglio Sanitario Provinciale – Rappresentanza Odontoiatrica

Illustrissimo Presidente,

a seguito della Sua convocazione delle Rappresentanze professionali in ambito sanitario, per un contributo in merito ai disegni di legge in discussione in Consiglio provinciale, in qualità di Presidente della Commissione Albo Odontoiatri, rappresentanza istituzionale della professione odontoiatrica all'interno dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, volevo porre alla sua attenzione quanto segue.

Con legge nazionale n. 409 del 24 luglio 1985, in adempimento a disposizioni comunitarie, in Italia è stata istituita la professione sanitaria di Odontoiatra (Dentista). A seguito di tale legge, presso tutti gli Ordini dei Medici-Chirurghi provinciali è stato istituito un separato Albo professionale per l'iscrizione dei laureati in possesso dei titoli accademici indispensabili per esercizio dell'Odontoiatria.

Oggi, a fronte di circa 56.000 Odontoiatri in Italia, in Provincia di Trento risultano iscritti all'Albo 441 Dentisti con circa 330 Studi professionali distribuiti capillarmente sul nostro territorio.

Come Lei saprà, ad oggi, l'assistenza odontoiatrica ai cittadini è affidata solo in piccolissima parte al servizio pubblico, mentre nella quasi totalità dei casi, le cure vengono garantite ai pazienti dalla presenza di dentisti che esercitano l'attività in ambito libero professionale. Preso atto di questo, se vogliamo un'assistenza odontoiatrica di qualità, **ritengo sia assolutamente indispensabile una forte e reale sinergia tra pubblico e privato**. Su questo aspetto, in ambito del quale abbiamo proposte concrete da fare, dobbiamo lavorare con grande determinazione per elaborare modelli di integrazione innovativi ed efficaci.

Per questi motivi ritengo indispensabile che all'interno del Consiglio Sanitario Provinciale, organo di consulenza tecnico/scientifico della Giunta, così come è prevista la presenza dei presidenti di tutti gli Ordini e Collegi delle professioni sanitarie, sia prevista anche la presenza del Presidente della Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici in rappresentanza istituzionale di un comparto sanitario importantissimo che come detto opera in ambito pubblico/privato. Nel disegno di legge purtroppo, la rappresentanza odontoiatrica (art. 8 comma 3/e), teoricamente prevista dalla presenza di un Odontoiatra pubblico designato dall'Ordine *“tra gli otto medici, di cui quattro in rappresentanza del personale medico dipendente dell'azienda e quattro del personale medico convenzionato per l'assistenza territoriale”* non prevede la presenza della Figura Istituzionale, vale a dire il Presidente della CAO. Ritengo pertanto che l'anomalia debba essere corretta.

Pronto per ulteriori eventuali chiarimenti in proposito, comunico di essere a completa disposizione della Commissione anche per eventuali contributi che potessero essere richiesti in materia di assistenza odontoiatrica ivi compresi gli aspetti che riguardano il funzionamento della legge 22/2007.

Fiducioso in un positivo riscontro, Le porgo i più cordiali saluti e auguro a tutti i membri della Commissione buon lavoro.

Il Presidente Commissione Albo Odontoiatri  
Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Trento  
Dott. Fausto Fiorile

Trento, 13 gennaio 2009

Egr. Sig. **Dott. Ugo Rossi**  
Assessore alla Salute e alle Politiche Sociali  
Provincia Autonoma di Trento  
Via Gilli, 4 - 38100 TRENTO

OGGETTO: Assistenza Odontoiatrica – Legge 22/2007 – Direttive per l'anno 2010

Gentilissimo Dott. Ugo Rossi,  
sono trascorsi ormai due anni dall'approvazione della legge 22/2007. Riteniamo che il periodo di sperimentazione trascorso, pur breve, abbia messo in luce elementi importanti che ci hanno aiutato a capire quanto dovrà essere fatto da qui in avanti, per far sì che la filosofia della legge possa tradursi realmente in un miglioramento dell'assistenza odontoiatrica per la gente trentina.

Siamo a conoscenza dell'impegno che Lei personalmente sta prodigando e degli sforzi organizzativi che i Suoi uffici stanno facendo per dare attuazione ad una legge che sappiamo tutti presenta limiti evidenti. Per questo motivo mettiamo a disposizione il nostro bagaglio di conoscenze ed esperienza per trovare le soluzioni ai problemi.

La Commissione Albo Odontoiatri (CAO) dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e tutte le rappresentanze sindacali della categoria, vale a dire l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI), l'Associazione Italiana Odontoiatri (AIO) e il Sindacato Branche a Visita (SBV), in uno spirito concreto di collaborazione si sono incontrati e hanno riflettuto a fondo sull'argomento per cercare soluzioni condivise. Qualificare l'assistenza odontoiatrica del Trentino in modo che possano essere date risposte concrete ed efficaci ad una fascia quanto più estesa possibile di popolazione deve essere l'obiettivo comune. Dal confronto sereno e costruttivo che si è avuto, sono emerse alcune indicazioni condivise che poniamo ora alla Sua attenzione, certi che saprà considerarle nel loro significato vero; vale a dire, lo ripetiamo, reale volontà da parte di tutti gli Odontoiatri di collaborare alla soluzione dei problemi.

**1. Siamo innanzitutto convinti sia necessaria una reale forte sinergia tra Pubblico e Privato.**

2. Per prima cosa pensiamo sia assolutamente indispensabile attivare un progetto di Prevenzione primaria delle patologie odontoiatriche, unico reale Investimento che può essere fatto nell'ambito della salute pubblica. Noi riteniamo che un progetto efficace debba essere condotto con la partecipazione di molti Soggetti (Ente pubblico, Mondo della scuola, Mondo dell'Informazione, Ordine dei Medici e Odontoiatri, Odontoiatria pubblica, Azienda sanitaria, Liberi professionisti convenzionati, Liberi professionisti), e che vada strutturato nel tempo secondo una metodologia stabilita. Gli sforzi che l'Azienda sanitaria autonomamente sta portando avanti, pur lodevoli, pensiamo non potranno essere sufficientemente efficaci.

3. Siamo dell'idea che sia fondamentale un potenziamento del servizio odontoiatrico pubblico (più Odontoiatri nelle Unità operative di odontostomatologia e nella Specialistica ambulatoriale) che, lavorando in sinergia con la rete degli studi privati distribuiti uniformemente sul territorio, possa risolvere le problematiche odontoiatriche più diffuse tra la popolazione.

4. Questi pochi mesi di sperimentazione ci hanno permesso di capire che il modello del convenzionamento diretto a cui hanno aderito solo pochi Studi ubicati nelle aree più densamente popolate del Trentino, è riuscito solo in parte a dare attuazione alla legge. Gli studi convenzionati offrono un servizio efficace, ma solo rivolto ad una fascia particolare e limitata di popolazione. Noi riteniamo che gli Studi convenzionati che oggi offrono l'assistenza diretta siano in questa fase sperimentale adeguati e sufficienti alle esigenze territoriali. Pensiamo sia ora indispensabile proseguire nella sperimentazione attivando ulteriormente e concretamente l'assistenza indiretta a “O giorni” così come già avviene per l'Ortodonzia. L'unico modo per riuscire a dare risposte efficaci ai bisogni della popolazione è quello di valorizzare la rete degli studi privati distribuiti capillarmente nel Territorio offrendo quindi ai cittadini anche l'opportunità di potersi rivolgere al proprio Odontoiatria di fiducia ottenendo poi la contribuzione economica prevista da parte dell'Ente pubblico.

5. L'idea da noi proposta di "accelerare" sull'attivazione dell'Assistenza indiretta potrà consentirci di misurare opportunamente ed in tempi brevi gli eventi, al fine di prevedere un necessario adeguamento della legge, a nostro avviso urgente e necessario.

Nel sottolineare ancora una volta la completa disponibilità a collaborare da parte di tutte le rappresentanze odontoiatriche, sia istituzionali che sindacali, Le porgiamo i più cordiali saluti.

Il Presidente Commissione Albo Odontoiatri

*Dott. Fausto Fiorile*

Il Presidente Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI)

*Dott. Alberto Bertelle*

Il Presidente Associazione Italiana Odontoiatri (AIO)

*Dott. Tomasz Machan*

Il Presidente Sindacato Branche a Visita (SBV)

*Dott. Giorgio Martini*

## L'ASSESSORE RISPONDE

Egregi Signori

*Dott. Fausto Fiorile*

Presidente Commissione Albo Odontoiatri

*Dott. Alberto Bertelle*

Presidente Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI)

*Dott. Tomasz Machan*

Presidente Associazione Italiana Odontoiatri (AIO)

*Dott. Giorgio Martini*

Presidente Sindacato Branche a Visita (SBV)

OGGETTO: Assistenza Odontoiatrica – Legge 22/2007 – Direttive per l'anno 2010

Con riferimento alle Vs. note prot. n. 68/G231 di data 12 gennaio 2010 e prot. n. 71/G231 di data 13 gennaio 2010 – pari oggetto – voglio sottolineare che impegno dell'Amministrazione provinciale è quello di dare attuazione alla disciplina dell'assistenza odontoiatrica definitiva con l'approvazione, da parte del Consiglio provinciale, della legge provinciale in oggetto e che, con detta finalità, si è proceduto a definire – come richiesto dalla legge e nel quadro di compatibilità dalla stessa imposto – beneficiari, condizioni, limiti e modalità di accesso.

Il coinvolgimento delle Rappresentanze, legittimate ed interessate alla materia, è stato attivamente perseguito dall'anno 2008, vale a dire dall'istruttoria tecnica finalizzata alla definizione delle "prime Direttive" di attuazione della legge 22/2007.

I contributi emersi – di natura strategica e/o tecnica, di stimolo, di critica – sono stati attentamente vagliati e, se compatibili con le disposizioni della legge, recepiti dall'Amministrazione provinciale.

Con riferimento specifico alla circostanza che l'Associazione Italiana Odontoiatri "... *ha sempre criticato l'impianto e le direttive emanate per l'applicazione della legge*", voglio segnalare che la deliberazione della Giunta provinciale n. 3344/2009 di definizione delle Direttive attuative della legge provinciale 222/2007 per l'anno 2010, prevede, tra l'altro, che l'esercizio 2010 costituisca la "*base sulla quale sarà valutata l'efficacia dell'assetto organizzativo complessivamente predisposto... anche al fine di proporre (di iniziativa della Giunta provincial) ... eventuali modificazione e/o integrazioni alla legge provinciale*".

Nel ringraziare, quindi, per la collaborazione prestata e per la disponibilità che riterrete, anche per il futuro, di accordarmi, colgo l'occasione per salutare cordialmente.

*dott. Ugo Rossi*

# LA FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE IN ITALIA

*L'INTERVISTA AL DOTT. LAURINO*

## **L'esperienza nella nostra Provincia**

Dal 1994 in Italia per esercitare l'attività di Medico di Medicina Generale è necessario aver conseguito il diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale. Tale diploma si ottiene frequentando un Corso di tre anni, istituito dal DL 368 del 1999, di complessive 4800 ore (2/3 di attività pratica e 1/3 di attività teorica), la cui organizzazione è affidata alle Regioni e alle Province Autonome.

In questo modo l'Italia si è uniformata alla normativa degli altri paesi europei riconoscendo la specificità della Medicina Generale come disciplina autonoma.

A tale proposito abbiamo chiesto all'attuale responsabile della nostra Scuola il dott. Pasquale Laurino alcuni chiarimenti.

Dottor Laurino tu subentri – quale responsabile della scuola di formazione – ai colleghi Buonincontro e Fabrizio Valcanover. Giovanni Fumo e Giovanni Menegoni, per nomina provinciale, sono stati i responsabili del primo Corso biennale che fu chiamato sperimentale, ma che ha consegnato i primi diplomi dopo regolare esame. In ogni modo ora siete diventati adulti con una buona esperienza alle spalle, come vede il presente il nuovo responsabile?

- Vi sono ancora aperti molti problemi. Ne cito due che ritengo siano i più rilevanti:

- non esiste, o esiste solo in poche realtà universitarie, una formazione pre-laurea alla disciplina della Medicina Generale;

- il DL istitutivo del corso triennale, pur prevedendo l'articolazione delle frequenze pratiche, non ha stabilito gli obiettivi formativi, i programmi e le metodologie didattiche. Ciò ha portato alla realizzazione di esperienze formative molto diverse da una regione all'altra.

C'è stata una risposta nazionale a questi problemi?



- Per dare risposta a questi problemi il Ministero della Salute ha istituito lo scorso anno un Osservatorio Nazionale che ha il compito "previa ricognizione delle diverse esperienze di insegnamento della medicina generale" di proporre

- un modello di insegnamento della MG pre-laurea

- obiettivi formativi e modelli organizzativi per i corsi di FSMG

- criteri di accreditamento per i tutor e i docenti sia per la formazione pre-laurea che per la formazione specifica.

La vostra Scuola come si comporta?

- In quest'ottica la Scuola di Trento partecipa da circa un anno ad un coordinamento inter-regionale di alcune Formazioni Specifiche con esperienze simili, caratterizzate dalla presenza di strutture pubbliche organizzate con il compito di realizzare dei corsi di FSMG e spesso anche con il compito di erogare formazione continua ai medici di medicina generale: Veneto, Friuli, Marche, Lazio e Trentino. Questo coordinamento propone a Padova il 7 maggio 2010 un Seminario inter-regionale sulla Formazione Specifica in Medicina Generale con l'obiettivo di "Analizzare le criticità dei sistemi organizzati più evoluti per la Formazione Specifica in Medicina Generale e proporre le azioni di miglioramento".

## **Per concludere: ci puoi presentare l'attuale situazione della Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale in Trentino?**

In Trentino già dal 2000 una Convenzione fra Provincia Autonoma e Ordine dei Medici ha affidato a quest'ultimo la FSMG e nel 2004 una nuova Convenzione ha istituito la Scuola di FSMG, struttura didattica dell'Ordine provinciale dei Medici con il mandato di organizzare e gestire oltre al Corso di FSMG anche iniziative formative rivolte ai MMG concordate con l'Assessorato alla Salute.

La Scuola di Trento ha elaborato, sulla base delle esperienze e risorse locali e confrontandosi con altre esperienze nazionali ed europee, un curriculum formativo pratico e teorico originale che punta alle competenze specifiche della medicina generale indicate nel documento di definizione europea della Medicina Generale del WONCA Europe del 2002 .

Le caratteristiche principali del nostro curriculum formativo sono la centralità della didattica tutoriale e il ruolo centrale del Medico di Medicina Generale sia nel tirocinio pratico sia nella didattica teorica d'aula.

Il curriculum è consultabile sul sito WEB della Scuola [www.scuolamgtn.it](http://www.scuolamgtn.it).

Gli obiettivi su cui ora è impegnata la Direzione della Scuola è dare stabilità ed opportunità di crescita all'esperienza formativa attraverso la definizione ed approvazione di un Regolamento e attraverso la costruzione di un sistema di "valutazione globale" nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità.

La Scuola si sta poi impegnando, con la collaborazione delle Società Scientifiche della Medicina Generale presenti in Provincia, nella costruzione di una iniziativa formativa rivolta ai Medici di Medicina Generale con la tipologia del gruppo di miglioramento continuo ma anche con la previsione di momenti d'aula seminari.

Il progetto coordinato dal dott. Marco Clerici, responsabile delle attività di Formazione Continua e di Ricerca, prevede la scelta, l'approfondimento e la discussione di tematiche emergenti dalla letteratura considerate rilevanti per la pratica e mira a rafforzare, attraverso la costruzione di posizioni condivise, l'identità professionale dei medici di Medicina Generale.

Le informazioni su questo progetto, denominato F.R.I.D.A. (Formazione In Rete Informale e Didattica d'Aula) saranno presenti già da questo mese sul sito WEB della Scuola [www.scuolamgtn.it/](http://www.scuolamgtn.it/)

Ovviamente molti sono i problemi e le difficoltà di questa giovane esperienza formativa. Anche in questo caso ne cito due:

- è attualmente troppo lungo il tempo che intercorre fra la fine del Corso e il reale inserimento nel lavoro dei giovani colleghi;
  - l'attività didattica è molto onerosa e, sia quella d'aula che quella tutoriale, avrebbe bisogno di tempo dedicato. Da due anni un piccolo passo avanti è stato l'accreditamento ai fini ECM dell'attività tutoriale, ma per dare stabilità al Corso ci sarebbe bisogno di un maggiore riconoscimento, anche ai fini della "carriera" delle funzioni didattiche.
- Grazie dott. Laurino e buon lavoro a te ed ai colleghi impegnati nella Scuola.

*Giovanni Fumo*

## I RIFIUTI CHE NON INTERESSANO I MEDICI

In relazione alla richiesta di chiarimenti da parte di alcuni Ordini provinciali in merito all'applicazione del Decreto del 17 dicembre 2009 "Istituzione del sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti, ai sensi dell'art. 189 del D.Lgs. 152/2006 e dell'art. 14 - bis del D.L. 78/2009 convertito con modificazioni dalla Legge 102/2009" ai professionisti medici ed odontoiatri si comunica quanto segue. Il sistema di controllo di tracciabilità dei rifiuti denominato SISTRI istituito con il decreto su menzionato è indirizzato esclusivamente alla categorie individuate nel comma 3 dell'art. 189 del D.Lgs. 152/2006: *"chiunque effettua a titolo professionale attività di raccolta e trasporto di rifiuti, commercianti, intermediari di rifiuti senza detenzione, le imprese e gli enti che effettuano operazioni di recupero e di riciclaggio di particolari tipologie di rifiuti ecc."*. Il sistema SISTRI pertanto incide esclusivamente sui soggetti la cui attività professionale consiste nella raccolta, recupero, riciclaggio e trasporto dei rifiuti non interessando l'attività dei medici e degli odontoiatri che possono essere, in quest'ambito, solo produttori di rifiuti speciali. Ciò considerato nessun adempimento scaturisce dall'entrata in vigore del decreto in oggetto per i medici e gli odontoiatri.

*Il Presidente  
Dott. Amedeo Bianco*

# LINEE GUIDA PER LA FORMAZIONE NELLE MEDICINE E PRATICHE NON CONVENZIONALI RISERVATI AI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA COMMISSIONE SALUTE CONFERENZA STATO-REGIONI

*CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCeO - 12 DICEMBRE 2009*

*Medicine e pratiche non convenzionali oggetto del presente documento*

## **AGOPUNTURA**

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico che si avvale dell'infissione di aghi metallici in ben determinate zone cutanee (punti e meridiani cutanei), per ristabilire l'equilibrio di uno stato di salute alterato. L'Agopuntura comprende anche la Moxibustione (tecnica di stimolo dei punti di Agopuntura attraverso il calore generato dalla combustione di coni di Artemisia secca) e il martelletto "fior di prugna" (somministrazione di piccoli traumi ripetitivi sui punti di Agopuntura).

## **FITOTERAPIA**

Metodo terapeutico basato sull'uso delle piante medicinali o di loro derivati ed estratti opportunamente trattati, uso che può avvenire anche all'interno di un sistema diagnostico-terapeutico sovrapponibile a quello utilizzato dalla medicina convenzionale.

## **OMEOPATIA**

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico, formulato alla fine del XVIII° secolo dal medico tedesco Samuel Hahnemann, basato sulla "Legge dei Simili", che afferma la possibilità di curare un malato somministrandogli una o più sostanze che, in una persona sana, riprodurrebbero i sintomi rilevanti e caratteristici del suo stato patologico, e sulla prescrizione, strettamente individualizzata sul paziente, di medicinali sperimentali secondo la metodologia omeopatica e prodotti per successivi diluizioni e succussioni, "unitari" (monocomponente) o "complessi", composti da più ceppi unitari in preparazione magistrale.

## **OMOTOSSICOLOGIA**

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico, derivato dalla Medicina Omeopatica, formulato nella seconda metà del XX° secolo dal medico tedesco Hans Heinrich Reckweg, che si avvale di una sua caratteristica base teorica e metodologica e di una sua peculiare strategia terapeutica. La parola Omotossicologia deriva dal concetto di "Omotossina" cioè qualsiasi molecola endogena o esogena capace di provocare un danno biologico all'organismo. L'Omotossicologia interpreta o esogena capace di provocare un danno biologico all'organismo che tende ad eliminare le "omotossine" e/o come espressione del tentativo dell'organismo di compensare i danni omotossici subiti. La Omotossicologia si avvale di una farmacologia costituita da medicinali omeopatici a bassa (*low dose*) ed alta diluizione, sia unitari, sia complessi in formulazione standard.

## **MEDICINA ANTROPOSOFICA**

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico definito come "ampliamento dell'Arte Medica", formulato all'inizio del XX° secolo dal filosofo austriaco Rudolf Steiner e dal medico olandese Ita Wegman, che si avvale di un metodo conoscitivo, fondato su una propria epistemologia, che guida la ricerca delle leggi che stanno a fondamento delle manifestazioni della vita. La Medicina Antroposofica, sistema terapeutico complesso articolato in varie discipline, comprende anche una farmacologia costituita da medicinali tratti dalla Natura e prodotti con metodi peculiari e da medicinali omeopatici sia unitari, sia complessi in formulazione standard.

## AYURVEDICA

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico che comprende i principi generali della Tradizione medica dell'India, lo studio delle costituzioni dell'uomo (Vata, Pitta e Kpaha) e la peculiare farmacoterapia.

## MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico che comprende i principi generali della Medicina Tradizionale Cinese e la peculiare farmacoterapia.

La definizione di medicine e pratiche non convenzionali utilizzata nel documento comprende tutte le medicine e pratiche definitive pure come medicine complementari o medicine integrate. Le medicine e pratiche non convenzionali oggetto delle presenti linee guida sono individuate come sistemi di diagnosi, di cura e prevenzione che affiancano la medicina scientifica avendo come scopo comune la promozione e la tutela della salute.

In coerenza con la delibera n. 3 del 18 maggio 2002 del Consiglio Nazionale FNOMCeO concernente "Linee guida sulle medicine e pratiche non convenzionali", le medicine e pratiche non convenzionali, nella stessa delibera sancite come atto medico e oggetto di attività riservata, comprendono i seguenti sistemi medici e discipline di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra:

- agopuntura;
- fitoterapia;
- omeopatia;
- omotossicologia;
- medicina antroposofica;
- ayurvedica
- medicina tradizionale cinese

L'osteopatia e la chiropratica, stante la difforme normativa, non rientrano nella presente normativa.

Tali pratiche vanno esercitate nell'ambito e nei limiti previsti dalla normativa vigente in materia e dalle previsioni del codice di deontologia medica.

Le medicine e pratiche non convenzionali in elenco sono le più utilizzate in Italia e nei Paesi occidentali; sono caratterizzate da peculiari teorie, farmacopee e metodi clinici specifici, oggi sottoposte a varie forme di verifica sperimentale e investigate nelle Università e nei maggio-

ri centri di ricerca biomedica; i relativi risultati sono inseriti nelle banche-dati accreditate internazionalmente e la bibliografia, già costituita da migliaia di pubblicazioni, è in continua crescita: sono inserite in alcuni percorsi formativi universitari (Corsi elettivi, Corsi di Perfezionamento post-laurea, Master); il loro insegnamento avviene anche in istituti di formazione privati che si sono impegnati in percorsi di qualità; sono infine spesso erogate da soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione.

Per maggiore garanzia dei cittadini si concorda sulla necessità che vengano istituiti presso gli Ordini professionali provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri gli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali.

## Accreditamento dei soggetti pubblici e privati ovvero delle associazioni, delle società scientifiche, degli enti privati di formazione delle MNC

si ritiene che:

- A) possano essere accreditati le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione costituiti da professionisti qualificati con competenze curriculari specifiche nelle discipline sopra elencate che, alla data della richiesta, abbiano svolto in modo continuativo la loro attività da almeno 7 anni in Italia;
- B) le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione che richiedono l'accREDITAMENTO debbano annualmente dichiarare e comprovare assenza di conflitti di interessi;
- C) le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione che richiedono l'accREDITAMENTO debbano essere legalmente registrati quali enti senza scopo di lucro;
- D) le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione che richiedono l'accREDITAMENTO debbano essere realtà istituzionali di chiara fama.

## CRITERI DI QUALITÀ DELLA FORMAZIONE IN MEDICINE E PRATICHE NON CONVENZIONALI

**Criteria per l'iscrizione negli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri**

### **esercenti le medicine e pratiche non convenzionali**

Ai fini della definizione dei criteri sufficienti per l'iscrizione agli elenchi istituiti presso gli Ordini professionali provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri il percorso formativo deve essere effettuato presso soggetti pubblici o privati accreditati alla formazione ad orientamento clinico che corrispondono ai seguenti requisiti:

- i corsi di formazione in agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, medicina antroposofica, ayurvedica, medicina tradizionale cinese, dovranno prevedere un monte ore di almeno 600 ore delle quali non meno di 400 ore di formazione teorica, non meno di 100 ore di pratica clinica, a cui anno sommate n. 100 di formazione guidata e lo studio individuale dell'allievo.
- riguardo alle tecniche complementari che richiedono specifica manualità dovrà essere adeguatamente valutato ed elevato il monte ore riservato alla pratica.
- gli insegnamenti di tipo complementare non dovranno superare il 20% del monte ore complessivo di formazione teorica.
- agli allievi sarà fatto obbligo di frequenza dell'80% delle lezioni sia a livello teorico che pratico.
- i corsi di formazione dovranno prevedere insegnamenti sulle specifiche previsioni legislative e deontologiche in materia
- la durata dei corsi di formazione non potrà essere inferiore ai 3 anni.
- l'iscrizione agli elenchi istituiti presso gli Ordini professionali provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri è subordinata al possesso dell'attestato di frequenza e di superamento di una verifica al termine di ciascuno degli anni di corso previsti, nonché alla discussione finale di una tesi. L'attestato è rilasciato da soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione in conformità ai requisiti richiesti.

### **Obiettivi formativi generali**

- conoscenza dei principi fondamentali delle medicine e pratiche non convenzionali in oggetto (agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, medicina antroposofica, ayurvedica, medicina tradizionale cinese);
- formazione relativa agli aspetti del rapporto

tra professionista e paziente e tra professionista e sistemi sanitari;

- comprensione della relazione tra il metodo clinico delle medicine e pratiche non convenzionali e quello convenzionale, analizzando sia le indicazioni che i limiti del trattamento non convenzionale;
- capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo;
- apprendimento della semiologia e semiotica propria di ciascuna delle medicine e pratiche non convenzionali che implichi procedure e criteri di valutazione peculiari delle stesse;
- conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici delle medicine e pratiche non convenzionali ovvero la individuazione e rappresentazione degli esiti;
- conoscenza delle specifiche previsioni legislative e deontologiche in materia;
- individuazione e utilizzo degli indicatori di efficacia, di costo-beneficio e di rischio-beneficio relativi alle medicine e pratiche non convenzionali in oggetto;
- conoscenza, corretto esercizio e utilizzo delle tecniche manuali costitutive delle medicine e pratiche non convenzionali.

### **Obiettivi formativi specifici**

Gli obiettivi formativi specifici delle singole medicine e pratiche non convenzionali, i relativi programmi, i criteri della formazione, la durata dei corsi da fissarsi in un minimo di tre anni e i costi di riferimento verranno definiti dai ministeri competenti, dalle regioni e dagli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri in accordo con i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione e le società scientifiche del settore.

### **Metodologie formative**

Le metodologie formative utilizzate nella didattica relativa alle medicine e pratiche non convenzionali sono quelle abitualmente adottate per trasferire competenze e saperi in sanità (saper essere, saper fare, saper essere e saper far fare), metodologie che devono mirare a favorire la maggiore partecipazione e interattività possibili tra allievi e docenti.

In tal senso la formazione dovrà essere articolata in:

- lezioni frontali
- seminari/attività di gruppo/audit/pair review/fad
- formazione sul campo
- tutoraggio
- studio individuale

La formazione sul campo rappresenta certamente un elemento di primaria importanza nella definizione di un percorso formativo efficace. Le regioni, nell'ambito delle proprie funzioni di accreditamento dell'attività formativa favoriscono la possibilità di espletare la pratica, anche attraverso il preventivo accreditamento e quindi l'attivazione di convenzioni con strutture pubbliche o private che hanno esperienza qualificata nel settore.

I soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione devono inoltre garantire all'allievo attività di tutoraggio nella formazione sul campo una volta terminata la formazione di base.

### **Programma didattico**

Il programma didattico di ciascuna medicina non convenzionato dovrà essere diversificato riguardo ai contenuti in coerenza con lo specifico profilo professionale del fruitore, medico chirurgo od odontoiatra.

Il programma didattico di ciascuna medicina e pratica non convenzionale dovrà, dunque, prevedere un tronco comune di attività formative di base riguardanti aspetti dell'esercizio della professione ritenuti essenziali alla formazione nelle medicine e pratiche non convenzionali del medico chirurgo e dell'odontoiatra nonché attività dedicate alle specifiche esigenze formative dei professionisti interessati.

### **Norme contro il conflitto di interesse**

Nella definizione dei rapporti tra soggetti privati interessati a promuovere la formazione in medicine e pratiche non convenzionali e/o a "sponsorizzare" specifici eventi formativi, allo scopo di evitare un eventuale conflitto di interesse, si fa riferimento alla normazione in materia prevista dalla legislazione ECM.

Ai fini dell'accreditamento alla formazione i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione adeguano i criteri e gli statuti associativi secondo quanto stabilito dalla presente intesa.

### **Criteri cui debbono attenersi i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione ai fini del rilascio dei titoli idonei all'iscrizione negli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali.**

Ai fini della definizione dei criteri sufficienti per il rilascio dei titoli idonei all'iscrizione negli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali, i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione, devono attenersi ai seguenti criteri:

1. il responsabile didattico del soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione deve essere un professionista di cui al titolo, regolarmente iscritto all'albo professionale, con almeno 5 anni di esperienza clinica documentata e almeno 7 anni di docenza specifica delle medicine e pratiche non convenzionali in oggetto;
2. i docenti titolari della formazione devono essere prevalentemente professionisti di cui al titolo, regolarmente iscritti agli albi professionali, per il tronco comune di attività formative di base, salvo nei casi di insegnamenti specifici di tipo complementare;
3. i docenti, siano essi responsabili didattici o altri docenti del soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione, devono essere in possesso di un adeguato curriculum formativo e professionale nella materia di insegnamento;
4. in particolare ogni docente titolare deve avere frequentato una scuola triennale o poter documentare titoli di formazione equivalenti e aver maturato almeno 5 anni di pratica clinica nella medicina e pratica non convenzionale specifica;
5. ogni soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione deve avere un minimo di 3 docenti titolari tutti regolarmente iscritti agli albi espressione delle professioni cui è diretta la formazione;
6. i docenti che non rispondono ai requisiti di cui sopra sono definiti "docenti collaboratori" e/o "tutor";
7. i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione devono assicurare la presenza alla verifica finale di un componente esterno, con la funzione di Presidente di commis-

sione esperto nelle medicine e pratiche non convenzionali in oggetto, designato dall'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri;

### **Disposizioni transitorie**

Le disposizioni transitorie di cui al presente capitolo hanno vigenza fino ai 6 mesi successivi all'approvazione della presente intesa.

Le disposizioni transitorie di cui al presente capitolo stabiliscono che i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione dovranno adeguare i programmi didattici, le metodologie formative e l'organigramma didattico alle previsioni contenute nelle presenti linee guida.

### **Criteri sufficienti - almeno 1 - in fase transitoria, per l'ammissione agli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali:**

- a) attestato rilasciato al termine di un corso nella medicina e pratica non convenzionale specifica, di almeno 200 ore di insegnamento teorico-pratico, della durata triennale e verifica finale;
- b) attestazione di iter formativo costituito da corsi anche non omogenei che permettano, per il programma seguito e per il monte ore svolto, di aver acquisito una competenza pari a quella ottenibile con corsi di cui al punto a);
- c) certificazione di formazione, documentata per almeno cinque anni, acquisita sotto la supervisione di un medico chirurgo o di un odontoiatra esperto riconosciuto nella materia;
- d) documentazione di almeno cinque anni di docenza nella medicina e pratica non convenzionale specifica presso un soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione che, a giudizio della commissione, possieda requisiti didattici idonei;
- e) certificazione di pratica clinica nella medicina e pratica non convenzionale specifica, in struttura pubblica da almeno due anni rilasciata dal responsabile della struttura.

Si stabilisce che a partire dalla scadenza della fase transitoria, così come sopra normata ovvero dei 6 mesi successivi all'approvazione della presente intesa, l'iscrizione dei medici chirur-

ghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali nei relativi elenchi è subordinata unicamente al possesso dell'attestato e pratiche non convenzionali nei relativi elenchi è subordinata unicamente al possesso dell'attestato rilasciato dai soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione che nel frattempo avranno provveduto ad aumentare le ore di insegnamento teorico-pratico a 400 per i corsi conclusi nel 2010, a 500 per i corsi conclusi nel 2011 fino a giungere alla regolamentazione a regime nel 2012; tutto ciò mantenendo il rapporto proporzionale tra attività teorica e pratica già previsto nel capitolo "criteri per l'iscrizione negli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali".

### **Commissione paritetica nazionale Stato-Regioni e FNOMCeO per le medicine e pratiche non convenzionali**

Il Gruppo Tecnico Interregionale Medicine Complementari auspica che, presso il Ministero della Salute, venga istituita la Commissione paritetica nazionale Stato-Regioni e FNOMCeO per le medicine e pratiche non convenzionali costituita da:

- n. 2 rappresentanti del Ministero della Salute;
- n. 1 rappresentanti del Ministero dell'istruzione e dell'Università;
- n. 2 rappresentati delle Regioni;
- n. 5 rappresentanti della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

La commissione paritetica Stato-Regioni e FNOMCeO per le medicine e pratiche non convenzionali avrà durata triennale.

I compiti della Commissione sono:

- definizione dei criteri e delle procedure di accreditamento dei soggetti di formazione;
- indirizzo, coordinamento, verifica e monitoraggio delle attività formative in medicine e pratiche non convenzionali;
- definizione dei bisogni formativi e dei contenuti dei programmi didattici specifici delle singole medicine e pratiche non convenzionali;
- valutazione nei casi dubbi e contestati delle modalità applicative delle norme transitorie che saranno previste nell'ambito delle medicine e pratiche non convenzionali;

- predisposizione e tenuta dell'elenco dei soggetti pubblici e privati accreditati per la formazione;
- attività di verifica del mantenimento nel tempo dei requisiti necessari per l'accreditamento e relative misure sanzionatorie in caso di inadempimento;
- previsione di un contributo a carico dei soggetti accreditati per il mantenimento del sistema di valutazione.

### COMITATO TECNICO SCIENTIFICO NAZIONALE

Il gruppo tecnico interregionale medicine complementari auspica che presso il ministero della salute venga istituito un comitato tecnico scientifico nazionale costituito da rappresentanze ponderate delle società scientifiche e dei soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione nelle medicine e pratiche non convenzionali.

I compiti del Comitato tecnico scientifico nazionale sono:

- supporto alla definizione dei criteri e delle procedure di accreditamento dei soggetti di formazione;
- individuazione analitica dei bisogni formativi e dei curricula formativi per singole medicine e pratiche non convenzionali e per tipologia di professionisti - destinatari;
- formulazione e attivazione di progetti di ricerca in ambito specifico nelle singole medicine e pratiche non convenzionali e nelle aree di integrazione;
- formulazione e attivazione di criteri, procedure e misure rivolte alla prevenzione e gestione del rischio professionale.

Il gruppo tecnico interregionale medicine complementari auspica che, a livello regionale, con modalità definite dalle singole Regioni, vengano istituiti commissioni regionali e comitati tecnico-scientifici presso la direzione generale degli assessorati alla salute con ruoli e compiti di articolazione locale analoghi agli organismi nazionali previsti dalla presente intesa.

## PROMOZIONE DELLA SALUTE L'ATTIVITÀ FISICA CON IL CARDIOLOGO

*Dott.ssa Maura Marchiori  
Dott. Gian Maria Manfredi*

Il progetto "In- salute:camminando!" è un'iniziativa di promozione alla salute. Lo scopo è quello di re-insegnare l'abitudine al cammino a soggetti che praticano scarsa attività fisica nel corso della normale vita quotidiana.

Questo come una sorta di terapia preventiva.

E' stato infatti ampiamente dimostrato come uno stile di vita attivo risulti regolarmente associato a miglioramenti della salute e della qualità della vita.

Moltissime le patologie che possono trovare beneficio da sane abitudini di vita: l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, l'obesità, il diabete mellito, ovvero, in una parola la sindrome

metabolica. Ma anche le patologie osteoarticolari, psichiatriche, oncologiche ecc...

Purtroppo, nonostante le campagne di informazione e molte iniziative correlate che i Governi da anni stanno proponendo alla popolazione, i dati statistici ci dicono che in tutto il mondo occidentale sono in aumento le persone obese ed in sovrappeso.

Recenti statistiche in Italia hanno rilevato che il 21% dei bimbi è in sovrappeso oppure obeso. Un recente studio europeo, il Periscope (Pilot European Regional Interventions for Smart Childhood Obesity Prevention in Early Age) ha riguardato un campione di circa 1.200 bambini tra i 3 e i 6 anni 'arruolati' negli asili di tre Paesi: Italia, Danimarca, Polonia. Ha rilevato che i piccoli italiani sono quelli più

sedentari e che mangiano meno frutta e verdura.

Secondo i dati ISTAT 2005, le persone in sovrappeso ed obese, in Italia, raggiungono il 44%, con un incremento del 9% rispetto al 2000. Si è anche evidenziato un netto decremento dell'attività fisica fra la popolazione dal 1995 al 2006, dove i sedentari sono passati dal 37,8% (nel 1995) al 41% della popolazione (nel 2006).

Possiamo affermare che il progetto "In- salute camminando!" è stata la prima iniziativa con un approccio pratico al problema che è stata proposta e sviluppata da personale Medico.

Il progetto è stato realizzato in 4 comuni dell'alta Vallagarina (Provincia di Trento) per la prima volta nella primavera 2006. Le attività proposte sono state programmate e realizzate da un medico-chirurgo, specialista in cardiologia, atleta agonista nella specialità della marcia.

Quasi 200 le persone che si sono iscritte con un'età media 49,96 anni; il 62,11% dei partecipanti era in sovrappeso od obeso.

Tali persone, suddivise in 4 gruppi di abilità fisica, hanno camminato per dieci settimane, un'ora al giorno per 4 volte la settimana. Nel corso delle sedute venivano anche fornite informazioni di tipo sanitario e consigli comportamentali.

Alla fine delle 10 settimane di lavoro abbiamo assistito ad un calo statisticamente significativo del peso, del Body Mass Index e della pressione arteriosa sia sistolica che diastolica.

Nei 3 anni successivi, 2007 – 2008 – 2009, l'iniziativa è stata riproposta alla popolazione. Per motivi economico-organizzativi si è preferito avvalersi di un istruttore qualificato per gestire sul campo i corsi di cammino.

Confrontando i dati ottenuti nelle quattro edizioni appare subito evidente il drammatico calo

del numero di partecipanti (Tabella 1) avvenuto nelle edizioni successive alla prima.

A questo riguardo dobbiamo ricordare che la I° edizione era stata condotta in prima persona da un medico. Le edizioni successive, invece, vennero condotte da istruttori qualificati, non medici.

Dai questionari di gradimento compilati nel 2006 dai partecipanti, emergeva che uno dei fattori determinanti nel motivare i soggetti a prendere parte all'iniziativa era la presenza di un Medico con specializzazione in cardiologia, come istruttore del corso. I soggetti riferivano di sentirsi più sicuri nello svolgere l'attività con la presenza del medico, anche se la stessa, per il basso impegno cardiovascolare, non richiederebbe alcuna monitoraggio.

Inoltre i partecipanti della I° edizione versarono una quota di iscrizione simbolica. Nelle edizioni successive la quota è gradualmente aumentata fino agli attuali 20,00 euro per partecipante. Questi, a nostro avviso, i motivi principali della riduzione di interesse nell'iniziativa da parte della popolazione.

Possiamo invece contare come aspetti positivi: Il continuo e significativo aumento dei soggetti fragili coinvolti (63.01 di soggetti versanti in condizioni di obesità o sovrappeso).

Il calo dei soggetti poco attivi o sedentari coinvolti, in quanto da imputare all'effetto fidelizzazione dei corsisti ed alla conseguente capacità del corso di andare a modificare le abitudini dei corsisti.

In conclusione, alla luce di quanto illustrato, è nostra convinzione che il ruolo del medico non sia solo di diagnosi e cura della malattia, ma possa e debba avere un ruolo attivo nella prevenzione della malattia stessa, anche indossando le scarpe da ginnastica e camminando con i Pazienti.

Tabella 1. Statistiche relative alla percentuale di soggetti in condizioni delicate iscritti ai corsi

Anno	Partecipanti	% Soggetti Sovrappeso e/o obesi	% Soggetti Sedentari	%Soggetti poco attivi	%Soggetti poco attivi e/o sedentari
2009	75	63.01	21.33	28.01	49.34
2008	126	60.17	25.40	34.92	60.32
2007	135	52.67	20.00	35.56	55.56
2006	195	62.11	35.39	28.65	64.04

Unione Sportiva Nomi  
Polisportiva Besenello  
Polisportiva Pomarolo

U.S. Alta Vallagarina  
Gruppo Marciatori Volano

## IN-SALUTE: CAMMINANDO !

in collaborazione con

Assessorato alla Sanità della Provincia Autonoma di Trento,  
Comprensorio della Vallagarina, Cassa Rurale Alta Vallagarina,  
Comune di Besenello, Comune di Calliano  
Comune di Nomi, Comune di Volano, Comune di Pomarolo

### 5° CORSO DI PROMOZIONE ALLA SALUTE

**Corso di cammino per bambini, giovani, adulti, persone sovrappeso,  
anziani e per tutti coloro che vogliono stare bene.**

**Durata del corso:** 10 settimane - 1 ora al giorno dal lunedì al giovedì - dal 12 aprile al 18 giugno 2010

**Sedi:**

BESENELLO	ritrovo presso il campo di tamburello
CALLIANO	ritrovo presso i campi da tennis
NOMI	ritrovo presso il parco urbano
POMAROLO	ritrovo presso il parco pubblico
VOLANO	ritrovo presso l'oratorio

<b>Orari (di ogni giorno):</b>	dalle 09.30 alle 10.30	<b>Costo:</b>	Residenti:	Euro 20,00
	dalle 17.30 alle 18.30		Altri comuni:	Euro 30,00
	dalle 18.30 alle 19.30		Bambini	Euro 10,00

Il corso sarà tenuto da Istruttori autorizzati con il coordinamento  
di un Medico-Chirurgo, Specialista in cardiologia

Il corso comprende una visita per rilevamento dati morfologici (peso, altezza, pressione arteriosa) ad inizio e fine corso, nonché esercizi di stretching.

Durante il corso verranno trattati argomenti sanitario-sportivi (igiene, dietologia, ortopedia, cardiologia, ecc.)

**Informazioni e prenotazioni:** presso i Comuni di Besenello (c/o Punto di lettura tel. 0464-820025), Calliano (Biblioteca tel. 0464-830162), Nomi (tel. 0464-834107), Pomarolo (tel. 0464/410041), Volano (0464-411250)

**Iscrizioni:** al momento della visita morfologica, presso gli ambulatori Comunali

<b>Visite:</b> Nomi	29.03.2010	ore 20.00/21.00	presso Palestra Comunale
Besenello	30.03.2010	ore 20.00/21.00	
Volano	31.03.2010	ore 20.00/21.00	
Calliano	12.04.2010	ore 20.00/21.00	
Pomarolo	13.04.2010	ore 20.00/21.00	

**Sabato 19 giugno 2010 - camminata conclusiva**

*La nobiltà del volontariato tra prevenzione e assistenza*

# LA LEGA TUMORI NEL TRENTINO

*Giovanni Fumo*

Gli impegni professionali del prof. Mario Cristofolini, esimio professionista ed ammirevole sportivo, non si sono mai limitati all'attività ospedaliera; ma anche a quella di professore nelle Università di Milano, di Pavia ed infine di Verona, nella Scuola di specializzazione di Oncologia. Il suo sogno più bello, però, è stato realizzato nel 1982 ed ora è una ammirevole realtà: quello di aver dato vita, sviluppo e consistenza alla sezione trentina LILT (**Lega italiana per la lotta contro i tumori**). Spinta da Cristofolini, turbine di entusiasmo e di cultura, la LILT trentina ha avuto ed ha programmi continui (sportivi, assistenziali, culturali) per sensibilizzare ed aiutare la popolazione con la prevenzione e la cura di queste devastanti patologie. "*Curare è vivere!*" è il motto ed il programma di questa associazione. Da anni cura la formazione



del personale associato: medico, paramedico e volontari con opuscoli, manifesti, volantini che fanno da supporto ad iniziative continue con l'unico grande obiettivo: **vincere il cancro**. Gli interventi della Lega si riversano, appunto, su specifici ambiti: a) l'informazione e l'educazione sanitaria verso la popolazione, le scuole, i giovani; b) la formazione per il personale medico, paramedico e volontario; c) la riabilitazione fisica, psichica e sociale del malato oncologico; d) il sostegno all'ammalato oncologico ed ai famigliari (domicilio, ospedale, *hospice*); e) la campagna di prevenzione e la promozione della ricerca. Lo stimolo che anima questa associazione risiede nel logo che esprime tutto il suo programma umanitario e scientifico: **SOLIDARIETÀ SCIENTIFICITÀ TRASPARENZA**. La sede provinciale è in Via III novembre 134 a Trento (Telef. 0461 922733) dove si può trovare sempre qualcuno/a che ascolta e solidarizza in tutti i modi. Nel **Centro per la prevenzione** di Via Nicolodi 19 a Trento (Telefono: 0461 932758) lavorano per solidarietà i colleghi: Antonella Bergamo dermatologa - Daniela Cattoi dermatologa - Daniela Cattoni dermatologa - M. Rita Rossi internista - Alessia Caldara oncologa - Elisabetta Galvagni chirurgo vascolare - Lucio Luciani urologo - Enrico Menichelli urologo. Il Consiglio Direttivo è formato da: Mario Cristofolini Presidente - Enzo Galligioni V. presidente - Consiglieri: Avv. De Finis Luigi - Dott. Ivana Di Camillo - Dott. Marco Zeni - Dott. Flavio Appolloni - Dott. Giuseppe Zumiani. Oltre i probiviri e Revisori dei Conti. Per finire, ai colleghi che ci leggono **un importante avviso**: **NON** date e **NON** fate dare offerte di qualunque genere a chi si presenta in nome e per conto della LEGA: si tratta di associazioni, magari con nobili intenti, ma certamente estranei agli scopi e alle finalità statutarie della LILT, che nelle sue numerose iniziative ha sempre il marchio della lega tumori ed il viso di personaggi a noi tutti noti, che lavorano - alla luce del sole - per questo nobile ideale che è la **LOTTA CONTRO I TUMORI!**

# IL MELANOMA: CONOSCERLO È PREVENIRLO

*INTERVISTA ALLA COLLEGA MARIACRISTINA SICHER*

Abbiamo chiesto alla dott.ssa Mariacristina Sicher della U.O. di Dermatologia del S. Chiara di Trento e responsabile del follow up del Melanoma di spiegarci cortesemente una delle patologie più infide che nella nostra Provincia miete delle vittime ed insorge in modo subdolo

**D. Dott.ssa Sicher, come nasce il melanoma?**

S. Origina da singoli melanociti, cellule comunemente presenti nella pelle e responsabili della sintesi della melanina pigmento che protegge dai danni del sole, o da melanociti aggregati in quelle formazioni raramente congenite che più spesso compaiono nei primi anni di vita che tutti conosciamo come nei.

**D. Dicevamo in modo subdolo...Perché una cellula buona si trasforma in cellula maligna?**

S. Perché il melanocita talvolta possa trasformarsi in cellule maligne proliferanti di melanoma non è noto: i fattori condizionanti certi sono:

- la predisposizione genetica
- i danni da sole (esposizione acute ripetute, scottature soprattutto nei bambini e in particolare nei soggetti a pelle chiara) possono condurre allo sviluppo del tumore in età adulta.

**D. Quanti casi sono stati registrati nella Provincia di Trento negli ultimi anni?**

S. I nuovi casi che riscontriamo nella popolazione adulta trentina (i bambini hanno un rischio basissimo) oscilla tra gli 80 e i 120 per anno e di questi il 60 - 70 % sono diagnosticati precocemente e quindi con una prognosi favorevole. Non c'è differenza significativa tra maschi e femmine.

**D. Quali sono le indicazioni terapeutiche?**

S. La prima terapia è sempre chirurgica e permette una guarigione definitiva nella quasi totalità dei casi diagnosticati in fase iniziale. Per le forme più avanzate le terapie mediche sia con farmaci tradizionali che biologici danno risultati più modesti. Da anni si stanno sperimentando vaccini specifici personalizzati, ma la loro efficacia non è ancora confermata e sono richiesti ulteriori studi.

**D. In attesa di saperne di più o di disporre di terapie risolutive che fare?**

S. L'arma migliore rimane l'educazione alla salute ed allo stile di vita volti alla popolazione: esposizione al sole con "buon senso" in particolare nei bambini, foto protezione con indumenti e creme solari e per l'adulto autocontrollo delle lesioni pigmentate della pelle soprattutto facendo attenzione alla loro modificazione o alla comparsa di nuovi elementi.

**D. Quali segni d'allarme?**

S. Attraverso l'autoesame della pelle circa due - tre volte all'anno, si possono identificare le lesioni pigmentate soprattutto se scure e piane seguendo le regole del A B C D E :

A = asimmetria

B = bordi frastagliati

C = colore scuro o disomogeneo

D = dimensioni in aumento

E = evoluzione

Quelle lesioni che presentano uno o più criteri dell' A B C D E devono essere sottoposte alla valutazione del proprio medico che formulerà una diagnosi e/o valuterà l'opportunità di sottoporle a visita dallo specialista.

Grazie, Mariacristina: i colleghi te ne saranno grati.

*G.F.*

# UNA INTERESSANTE INIZIATIVA DELLA FEDERAZIONE

## *PROPOSTE OPERATIVE DELLA COMMISSIONE FNOMCEO PER LA FORMAZIONE UNIVERSITARIA PRE LAUREA E SPECIALISTICA - Consiglio Nazionale FNOMCEO 12/12/2009*

Gli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri e la FNOMCeO, chiamati a rispondere della qualità dei professionisti nella pratica professionale quotidiana, chiedono un doveroso ascolto da parte di tutti i responsabili istituzionali della formazione Medica in merito alle numerose attuali problematiche del sistema formativo nazionale.

Numerose cause hanno determinato un indebolimento del complessivo sistema universitario italiano: a) bassa percentuale di PIL investito in ricerca alta formazione (< 1%); b) bassa percentuale italiana della popolazione studentesca universitaria rispetto alla popolazione generale nell'ambito dei Paesi industrialmente avanzati; c) autonomia degli Atenei esposta a disomogeneità di contesti sociali ed economici; d) riduzione del FFP degli Atenei e ricarico sugli Atenei dei costi di progressione delle carriere; e) restrizioni nel reclutamento docente per blocchi ricorrenti nei concorsi; f) riassorbimento delle risorse da turnover per coprire le spese di funzionamento; g) destinazione delle risorse disponibili in favore delle progressioni di carriera rispetto al reclutamento; h) "brain drain" passivo di circa 3.000 laureati/anno, con punte fino al 7% dei laureati/anno dei laureati.

In questo ambito, la fragilità del prodotto formativo delle Facoltà di Medicina sia a livello di Corsi di Laurea che di Scuole di Specializzazione e di Dottorati di Ricerca, potrà essere corretta non da nuovi finanziamenti ma solo da azioni tese ad un sostanziale miglioramento dell'organizzazione complessiva dei percorsi di Studio, utilizzando le risorse finanziarie, culturali, tecnologiche, strutturali disponibili.

Considerato tale obiettivo, le capacità formative del Sistema Sanitario non vengono sufficientemente valorizzate. Inadempienze, carenze ed errori caratterizzano gli assetti delle sedi di for-

mazione per i Corsi di Laurea (Aziende Ospedaliere-Universitarie), la mancata attivazione delle reti formative delle Scuole di Specializzazione, la genericità dei contenuti formativi offerti in tema di Medicina di Territorio (non riconosciuta come disciplina), l'eterogeneità interregionale nell'organizzazione dei Corsi triennali di Medicina Generale.

Un'adeguata formazione Universitaria costituisce il prerequisito indispensabile per un competente, tempestivo ed efficace esercizio della professione medica, non solo nei suoi contenuti tecnici e direttamente operativi in ambito sia ospedaliero che territoriale, ma anche nei suoi valori universali di solidarietà, socialità, socialità, comunicazione, progresso civile, innovazione, qualità e crescita delle conoscenze.

Il diretto monitoraggio dei processi formativi e dei risultati costituisce un essenziale obiettivo nazionale di governo, ai fini della corretta allocazione di notevoli risorse, di attivazione di sinergie tra Istituzioni eterogenee, di efficaci politiche sociali.

Riteniamo pertanto indispensabile istituire una **Consulta Nazionale per la Formazione in Medicina**, con funzione di Osservatorio e raccordo permanente dei processi, nella quale siano presenti i Ministeri interessati (Istruzione; Salute), la CRUI, la Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, la Conferenza Stato-Regioni, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri.

I punti programmatici sui quali la Commissione FNOMCeO ritiene indispensabile intervenire in maniera prioritaria tramite la suindicata Consulta, sono riassunti nei paragrafi successivi:

### **(1) Programmazione dei fabbisogni.**

La programmazione degli accessi ai canali formativi delle Lauree Specialistiche in Medicina

e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria deve essere rivista. Entro i prossimi dieci anni vi sarà un profondo cambiamento degli assetti (nuovi bisogni di salute; nuovi modelli assistenziali), anche in termini numerici (quiescenze), della professione medica e odontoiatrica.

I vari odietrni del numero programmato per l'accesso a Medicina, serviti in passato a contenere la plethora medica con norma europea, sono basati su un generico calcolo delle capacità del sistema formativo universitario e della capienza del sistema sanitario nazionale, rispettivamente paramtrate con il solo numero dei posti letto a responsabilità universitaria. Un reale calcolo dei fabbisogni deve essere messo in opera per rispondere alle esigenze emergenti del sistema formativo nella sua attuale configurazione.

Provvisoriamente, occorre consolidare un aumento del numero programmato del 10% per anno, per almenot 5 anni. Vanno inoltre studiati ed adottati nuovi criteri di programmazione, parametrando le effettive necessità assistenziali future, anche in funzione della capienza occupazionale del sistema sanitario e della effettiva pratica specialistica, rapportati a parametri demografici consistenti di popolazione (mortalità; natalità; invecchiamento; prevalenza ed incidenza di patologie; etc), a modelli di riorganizzazione sanitaria, a nuovi bisogni di salute, a obiettivi di salute pubblica, a sviluppo della ricerca scientifica indipendente.

## **(2) Valutazione del merito ai fini dell'accesso.**

Occorre rivalutare la solidità e l'assimilazione della preparazione storico-umanistica dei Candidati, indispensabile nell'approccio medico ai problemi di salute della persona umana. Nell'ultimo anno di scuola superiore debbono essere istituiti corsi su discipline attinenti che aiutino gli studenti a valutare le proprie attitudini alla professione medica. Un'eventuale prova attitudinale di tipo psicologico, da individuare, potrebbe essere utile per indirizzare lo sutdente. Gli Ordini dei Medici devono essere coinvolti nella preparazione di questi corsi. La valutazione di tale percorso e la valutazione complessiva del Diploma di maturità debbono avere un peso equilibrato nella valutazione di accesso. Le di-

scipline dei tests di accesso debbono essere coerenti con il percorso formativo concluso e con i contenuti del corso da intraprendere.

## **(3) Corsi di Laurea.**

È necessaria una revisione del Curriculum con tassativa riduzione del numero degli esami e valorizzazione di prove multidisciplinari in itinere (es. progress test e valutazione sul campo. È necessario ampliare la parte pratica di contatto con il malato (imparare facendo), individuando sedi aggiuntive di insegnamento accreditabili (Ospedali di Insegnamento). È necessario estendere il programma formativo alla Medicina di Territorio, attraverso nuove forme di convenzione con l'Università e la creazione di specifici Dipartimenti di Medicina di famiglia con compiti didattici e di ricerca clinica. È necessario ampliare i contenuti deontologici del curriculum, collegandoli ad ogni gruppo di discipline nei rispettivi semestri di corso. È necessario aggiornare i contenuti umanistici del curriculum, finalizzandoli all'acquisizione di "non technical skills" per mezzo di specifici moduli interdisciplinari.

## **(4) Esami di stato.**

Occorre rivedere le modalità di espletamento dell'Esame di Stato attraverso l'adozione di nuovi strumenti di valutazione aggiuntivi e determinanti (progress test; presentazione e discussione di casi clinici seguiti durante il tirocinio). In coerenza con quanto già acquisito in altri ambiti professionali, la Commissione di esame deve prevedere una rappresentanza adeguata della Professione ed il sistema valutativo dei Candidati nonché la Presidenza della Commissione debbono essere liberi da conflitti di interesse.

## **(5) Corsi di Specializzazione.**

La programmazione deve essere basata sui bisogni di salute della popolazione, con estensione degli analoghi criteri per l'ammissione ai corsi di laurea; le attività perseguite nel corso delle specializzazioni debbono derivare da un reale incardinamento della Scuola nel tessuto sanitario accreditato ed incluso nel sistema formativo, raggiungendo così gi standars formativi previsti. Occorre potenziare le Scuole mediante Consorzi regionali ed interregionali, finalizzati all'ampliamento dell'offerta di eccellenza, allo scambio di esperienze ed all'omogenea distri-

buzione territoriale delle risposte sanitarie. Occorre individuare nuovi strumenti di flessibilità nella conversione tra le specialità, in funzione di nuove competenze e nuovi campi applicativi professionali.

#### (6) Ricerca di base.

Si raccomanda un'adeguata attenzione ai finanziamenti della ricerca di base al fine di garantire autonomia, indipendenza e sviluppo delle scienze mediche.

La Commissione Programmazione Fabbisogni e Formazione Universitaria Pre Laurea e Specialistica della FNOMCeO ritiene che affrontare sul piano professionale ed istituzionale le problematiche contenute nel presente documento sia essenziale ai fini del miglioramento del sistema formativo e del suo adeguamento alle attuali realtà sanitarie nazionali ed internazionali.

*Roma, 6 novembre 2009 (Commissione)  
e 12 dicembre 2009 (Consiglio Nazionale)*

## DAL FLUSSO ALLA RISACCA

Da "Il Trentino" del 27/4/2010

### Quarantamila medici in meno tra dieci anni

**ROMA.** Tra dieci anni ci potrebbero nel nostro paese circa 40mila medici in meno. E a risentirne di più potrebbero essere in particolare i pediatri e i medici di famiglia. A lanciare l'allarme è Amedeo Bianco, presidente della federazione dell'ordine dei Medici chirurghi e degli odontoiatri, che oggi conta 360 mila iscritti (inclusi i 35 mila odontoiatri), anche se solo 240mila sono attivi, ovvero svolgono quotidianamente la loro professione.

«In un periodo compreso tra il 2015 e il 2025 ci sarà una massiccia uscita di professionisti dalla vita attiva. Abbiamo stimato, sulla base dei nostri dati confrontati con quelli degli enti di previdenza pubblici e privati, che

se manteniamo inalterato il tasso di ingresso alla professione potremmo registrare un calo di circa 40mila medici», spiega Bianco in proposito, sottolineando però che il problema non è solo quello del numero programmato, «che il prossimo anno dovrebbe essere portato a 9mila unità», ma quello più generale di una nuova programmazione: «Occorre mettersi intorno ad un tavolo per studiare il fabbisogno di specialisti che servirà alla sanità futura, che non è detto sia quello attuale».

Inoltre cercasi chirurgo disperatamente. In Italia, negli ultimi anni si sta assistendo ad una vera e propria crisi di vocazione per la professione, con numeri importanti nel



Un'operazione chirurgica

calo delle iscrizioni alle branche deputate. In un solo anno, dal 2007 al 2008, sono calate del 30 per cento e ad allontanare dal bisturi è soprattutto il timore dell'alto numero di contenziosi medico-legali. A lanciare l'allarme è il Cic,

Collegio italiano dei chirurghi che ha fatto il punto della situazione in un convegno.

«Presso la Scuola di specializzazione in Chirurgia della mia Facoltà (Policlinico Universitario Federico II di Napoli) fino a pochi anni fa gli aspiranti erano oltre 200 per 20 posti, oggi sono qualche decina - afferma Pietro Forestieri, presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi -. In alcune sedi universitarie i posti disponibili a volte non sono stati neppure coperti».

Stando ai dati riferiti dal Cic, il numero di cause legali è talmente alto che «8 chirurghi su 10 potrebbero avere, nel corso della loro vita professionale, un contenzioso medico-legale».

**Conosci la FEDER.SPEV.**

Se sei pensionato e vuoi saperne di più telefona a:

**347.9781950**

IL MEDICO DI FAMIGLIA NON È PIÙ IL “MEDICO DELLA MUTUA”

## BUON MEDICO O MEDICO BUONO?

L'oculista vede solo occhi, il chirurgo solo campi operatori, l'oncologo solo tumori. Ma il pediatra ed il medico di famiglia vedono tutto questo ed altro ancora ed indirizzano le scelte di salute dei loro 2000-2500 pazienti. Quello del *medico di famiglia* è un mestiere difficile, e trovarne uno buono è come trovare un tesoro. Ma come sceglierlo, che cosa verificare?... Chiedere e confrontare le informazioni con le dritte che può darvi il farmacista o gli infermieri di Distretto... ma attenzione, un “buon medico” per alcuni non vuol dire buon medico anche per voi... il medico di famiglia comunque è una banca di informazione vivente. Ma il vostro medico è un buon medico? Con fonti di informazione (riviste ed internet) tutti pensano di sapere come curarsi e si sentono medici saltando i faticosi anni di studio e di pratica... Il buon medico deve saper dire no a farmaci non necessari: ha visto troppi reni bloccati per il cattivo uso di farmaci, troppe malattie indotte dall'eccesso di terapie e tenderà a dire: aspetto passerà da solo. E ha ragione! La stragrande maggioranza delle malattie guarisce con gli stessi tempi anche se non si fa nulla. Il buon medico prescrive **pochi esami**, e non li prescrive se non ha il sospetto diagnostico da accertare. *Chi prescrive molti esami per abitudine rivela di brancolare nel buio (fatte eccezioni della malattie rare...)* **Esami a go-go**. Quindi alle richieste del solito esame del colesterolo o della glicemia, guarda il paziente negli occhi e gli chiede con tono sorridente o burbero o sornione – secondo il carattere – se ha cambiato lo stile di vita, se cammina almeno mezz'ora al giorno, se si rimpinza ancora di dolci e di carboidrati e se ha smesso di mangiare

salumi e carni rosse, quante sigarette fuma... Perché gli esami non hanno capacità terapeutiche e una volta individuato un problema bisogna cambiare qualcosa e non sperare nel miracolo ripetendo l'esame. Il buon medico sa che una sia pur bassa percentuale di esami dà esito sbagliato; il buon medico conosce i suoi polli (meglio se è quello di famiglia da generazioni) e sa che l'inconfessato glielo rivelano i chili di troppo, le carni un po' flaccide, il colorito spento, i denti deteriorati, l'odore degli abiti o dell'alito, le mani callose o meno, la postura delle spalle e della testa. Il buon medico diventa seccante con i suoi continui inviti a smettere di fumare, a mangiare più verdura e a fare più moto, a stare all'aria aperta e a non bere alcolici. Egli vi ascolta se gli raccontate che si muove un neo o fate più pipì del solito e le feci hanno cambiato colore o la tosse non passa...

Il buon medico è nello studio durante gli orari di apertura ed è rintracciabile con il telefonino per le necessità urgenti. Ma è fermo con i suoi pazienti quando chiamano senza alcuna necessità e fa le visite domiciliari se capisce che ce n'è bisogno. E non vi è motivo di cambiare medico se: non viene a visitare a domicilio quando la febbre sale “vertiginosamente” fino a 37,5° C perché sta al medico capire se la visita è necessaria o è frutto di apprensione; non vi prescrive giorni di malattia se non avete bisogno; non abbonda in prescrizioni di visite specialistiche inutili che spesso non servono a risolvere un sospetto diagnostico. Da parte vostra però, scelto il medico, fidatevi di lui, perché il buon medico lo fa anche il buon paziente! ( Da **Focus**: aprile 2010).

## Se li riconosci puoi invitarli fuori a cena.

**La celiachia si presenta con sintomi che, se riconosciuti, non si ripresentano più.**

I sintomi della celiachia sono tanti e anche molto diversi da un soggetto all'altro. Riconoscerli permette di risalire a un'intolleranza con cui ormai è facile convivere. È sufficiente seguire un regime alimentare fatto di cibi senza glutine largamente disponibili sul mercato.

Questo è uno dei risultati dei 30 anni di attività dell'Associazione Italiana Celiachia grazie a cui anche Francesca può uscire a cena fuori con tutta la famiglia o con i suoi amici, sapendo che non incontrerà nessun sintomo.

