

Iniziativa
Ospedaliera

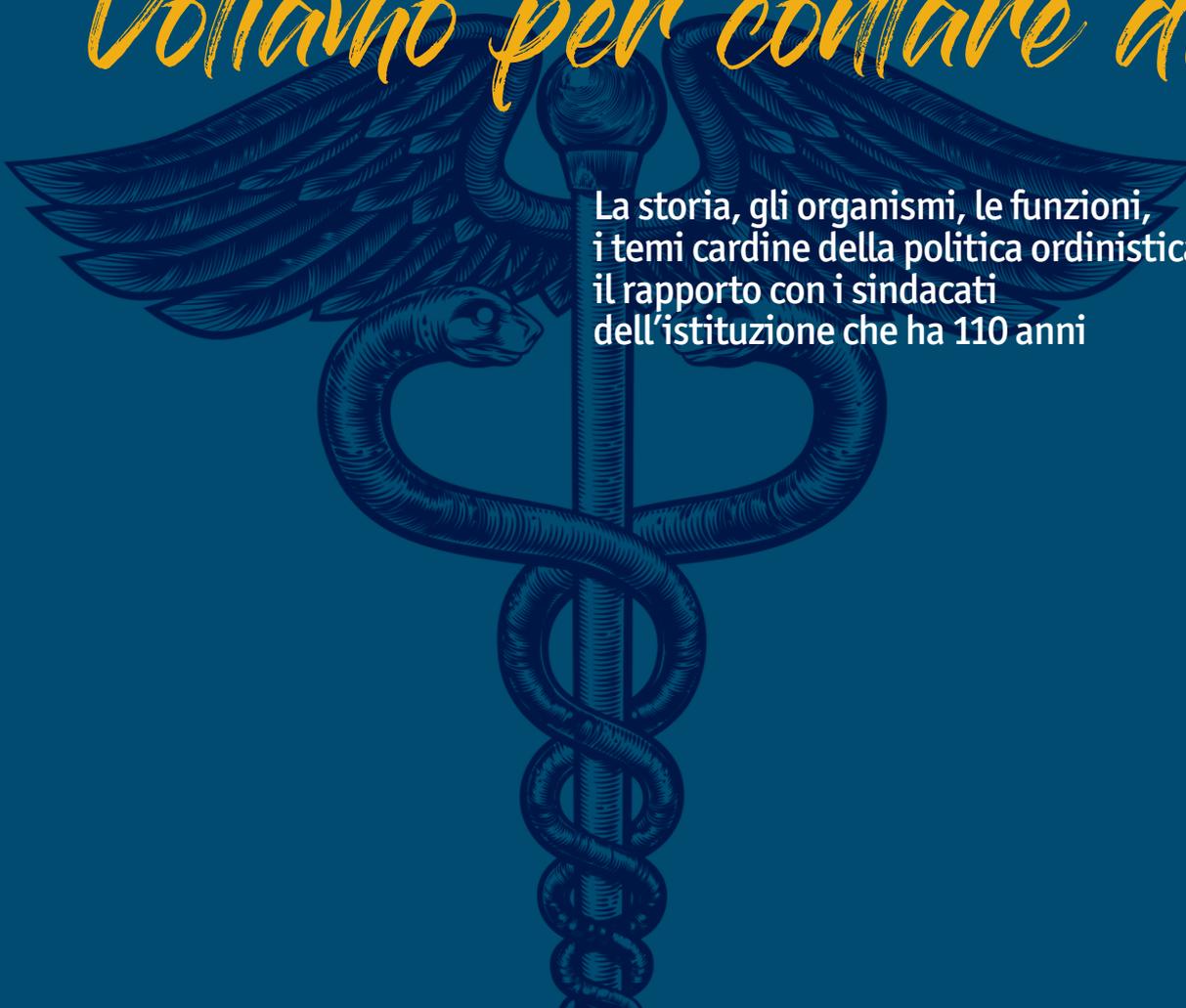
LA RIVISTA DELL'ANAAO ASSOMED



SPECIALE ELEZIONI
ORDINI DEI MEDICI

I MEDICI RINNOVANO GLI ORDINI

Votiamo per contare di più.

A large, detailed illustration of a caduceus, the symbol of medicine, rendered in a dark blue color. It features a central staff with two snakes entwined around it and wings at the top.

La storia, gli organismi, le funzioni,
i temi cardine della politica ordinistica,
il rapporto con i sindacati
dell'istituzione che ha 110 anni

Iniziativa
Ospedaliera

LA RIVISTA DELL'ANAAO ASSOMED

Supplemento a
Dirigenza Medica 8/2020
il mensile dell'Anaa Assomed

Anaa Assomed

Sede di Roma
via San Martino della Battaglia, 31
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore

Carlo Palermo

Direttore responsabile

Silvia Procaccini

Comitato di redazione

Claudio Aurigemma
Giorgio Cavallero
Pierino Di Silverio
Fabio Florianello
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Elisabetta Lombardo
Cosimo Nocera
Anita Parmeggiani
Alberto Spanò
Anna Tomezzoli
Costantino Troise
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61

Stampa

STR Press, Pomezia

Registrazione al Tribunale di Milano
n.182/2002 del 25.3.2002.
Sped. in abb. postale - D.L.
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004
n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce la
massima riservatezza dei dati forniti
dagli abbonati nel rispetto della leg-
ge 675/96

Costo a copia: euro 2,50
Finito di stampare nel mese di
settembre 2020

INDICE

- 3 SINDACATI E ORDINI UN EQUILIBRIO
POSSIBILE E AUSPICABILE PER LA TUTELA
DEI MEDICI E DEI CITTADINI**
Intervista a Carlo Palermo
- 4 L'ORDINE DEI MEDICI
IMPARIAMO A CONOSCERLO**
- 6 GIURAMENTO PROFESSIONALE
E CODICE DEONTOLOGICO**
Roberto Monaco
- 7 IL POTERE DISCIPLINARE**
Cosimo Napoletano
- 9 DONNE MEDICO
E RAPPRESENTANZE PROFESSIONALI**
Anna Maria Ferrari
- 10 IL CONSENSO INFORMATO
E LA MEDICINA DIFENSIVA**
Bruno Zuccarelli
- 12 THE DAY AFTER TOMORROW...
PER UN ORDINE NUOVO,
IN UN NUOVO CONTESTO**
Alessandro Conte
- 13 LA PRIVACY DOPO IL REGOLAMENTO EUROPEO**
Luca Corti
- 14 ORDINI E CASSA PREVIDENZIALE**
Gianfranco Lima

SINDACATI E ORDINI

UN EQUILIBRIO POSSIBILE E AUSPICABILE PER LA TUTELA DEI MEDICI E DEI CITTADINI

Il leader dell'Anaao invita tutti gli iscritti al voto per il rinnovo dei vertici degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri per far pesare la voce dei medici dipendenti del Ssn e avere più spazio nell'elaborazione delle politiche sanitarie

Perché è importante che i medici vadano a votare?

I medici ospedalieri in passato hanno mostrato un certo grado di disinteresse verso le elezioni ordinistiche. Penso che questo nasca dall'aver associato la rappresentanza ordinistica a quella previdenziale riferita all'Enpam, considerata, a torto, di esclusivo interesse dei Collegi di Medicina Generale, oltre che dal valutare troppo cristallizzati gli organi esecutivi. Negli ultimi anni qualcosa è cambiato, la partecipazione dei medici dipendenti del Ssn è aumentata. Cresce l'interesse per le funzioni che l'Ordine è tenuto a esercitare, la consapevolezza del ruolo nei confronti di altre istituzioni in ambito sanitario come il Ministero della Salute, le Regioni e i Comuni e quindi la possibilità di influenzare l'elaborazione delle politiche sanitarie ai vari livelli. Se non vogliamo delegare in toto ad altri settori della Professione la concreta attuazione di queste funzioni è bene che i Collegi partecipino alle elezioni.

Quali sono i difetti e i pregi di questa istituzione?

Oggi assistiamo nei vari ambiti della Medicina, della Sanità e dell'esercizio professionale a profondi cambiamenti. La complessa dinamica di queste relazioni richiede lo sviluppo continuo di nuove competenze e l'acquisizione di sempre nuovi saperi e abilità tec-

Intervista a
Carlo Palermo
Segretario
Nazionale Anaao
Assomed

niche, rimodella le organizzazioni del lavoro e amplifica l'esposizione sociale del ruolo del medico quale garante della tutela della salute dei cittadini, come la recente epidemia di Sars-

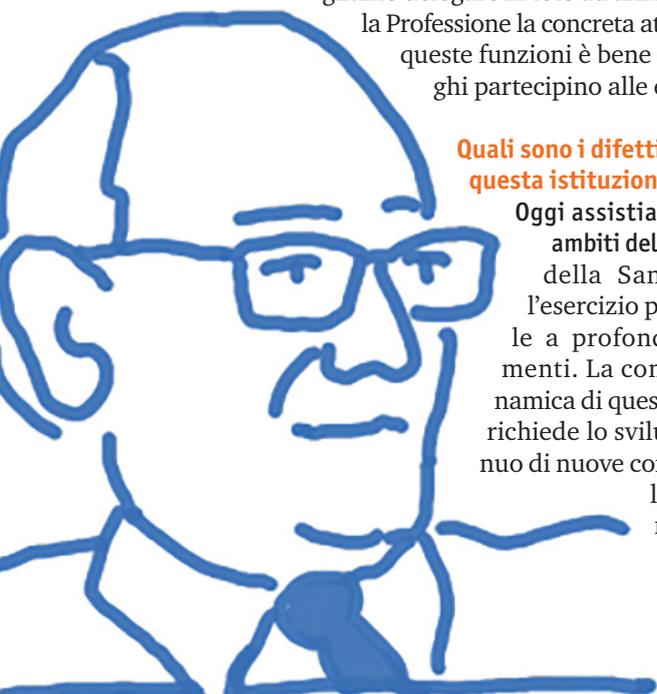
Cov-2 ha confermato in modo eclatante. Tut-

to ciò sollecita una costante riflessione deontologica con tali continui profondi cambiamenti che partendo dai principi fondanti e condivisi offra risposte idonee ai nuovi interrogativi che coinvolgono l'esercizio professionale nelle sue molteplici espressioni. Gli Ordini rappresentano la casa in cui effettuare queste riflessioni.

Ecco perché è vitale garantire la partecipazione alla vita ordinistica. In molte realtà provinciali la metodologia di voto per eleggere il Consiglio Direttivo, nonostante la nuova legislazione, rimane purtroppo farraginoso, arcaico e certamente limitante nella capacità di esprimere una rappresentanza larga e realistica della Professione. Pochi Ordini hanno avuto il coraggio di accedere ad un voto on-line. Altri garantiranno la presenza di un seggio in sedi diverse del territorio provinciale. Certamente l'espressione del voto sulla scheda è stata migliorata. Ma ulteriori passi in avanti dovranno essere effettuati se vogliamo allargare l'adesione degli iscritti al voto e dare forza e autorevolezza al Consiglio Direttivo eletto.

Ordini e sindacati: come conciliare queste due identità?

Il nostro ordinamento giuridico, attraverso gli Ordini, ha voluto tutelare il Cittadino, garantendo che Medici e Odontoiatri siano in possesso dei titoli necessari allo svolgimento delle due professioni e che l'esercizio stesso avvenga secondo dei principi di correttezza e decoro. Le Organizzazioni sindacali promuovono e coordinano ogni iniziativa a tutela degli interessi morali, giuridici, professionali, culturali ed economici dei singoli associati. In particolare perseguono la valorizzazione del medico e di tutti gli iscritti attraverso l'effettiva attribuzione di funzioni di natura professionale e di natura tecnico-gestionale, nonché il pieno riconoscimento della sua autonomia professionale, elemento indispensabile per una razionale *governance* delle strutture del Ssn; attraverso il Contratto Nazionale di Lavoro tutelano i legittimi interessi economici della categoria e perseguono le progressioni di carriera in base al crescere delle competenze, il miglioramento delle condizioni di lavoro e la sicurezza nell'erogazione delle cure; danno ogni assistenza agli associati in controversie nell'ambito dell'esercizio della professione, comprese quelle previdenziali. Siamo su campi di tutele ben differenziati. Ovviamente esistono terreni comuni in cui le sinergie sono importanti. Si pensi alla recente legge contro le aggressioni agli operatori sanitari o all'auspicabile modifica della legislazione sulla colpa medica. Bisogna fuggire dalla tentazione di perseguire politiche di "pansindacalismo", da un lato, o "panordinistiche" dall'altro. Ci vuole molto equilibrio, rispetto degli ambiti di competenza attraverso un confronto in cui l'obiet-



tivo è a un tempo tutelare il cittadino attraverso l'offerta di cure di qualità e sempre più sicure, e tutelare il "capitale umano" chiamato ad erogare quelle cure, in particolare sotto il profilo dell'autonomia professionale e dell'accesso a percorsi di formazione e aggiornamento.

Cosa devono fare gli ordini per essere più attrattivi soprattutto verso le nuove generazioni?

Viviamo in piena fase di transizione che è generazionale e di genere allo stesso tempo. Decine di migliaia di Colleghi andranno in pensione nel prossimo decennio e verranno sostituiti da una nuova generazione di professionisti. Già ora tra le giovani leve abbiamo una prevalenza femminile. Tra i Colleghi dipendenti del SSN al di sotto dei 52 anni il sorpasso di genere è già avvenuto. Questo impone una riflessione sui bisogni, sui luoghi delle cure e sui tempi di vita. Non si tratta solo di chiamare al confronto le giovani leve della Professione, di ascoltare il loro vissuto e tutti i problemi che ne derivano, ma di metterle al centro dei processi decisionali in modo da innescare il tanto declamato, ma al-

trettanto poco praticato, ricambio generazionale e di genere. Del resto questo rappresenta una grande opportunità per la Professione. Consideriamo che le donne sono naturalmente portate alla cura: la forniscono in famiglia con il coniuge, i figli e i genitori. Portano nel rapporto di cura gentilezza, empatia, capacità di ascolto, reale capacità di mettere al centro del nostro agire il paziente. Tutti elementi fondamentali per costruire rapporti e luoghi di cura più umani. Inoltre, gli Ordini dovrebbero assumere come impegno irrinunciabile la soluzione del cosiddetto "imbuto formativo", quel limbo fatto di precarietà e frustrazioni in cui sono ingabbiati migliaia di giovani Colleghi che non hanno avuto accesso negli ultimi anni ad un percorso formativo post-laurea. Nello stesso tempo, dovrebbero evitare il ripresentarsi del fenomeno della pletera medica, già vissuto negli anni '70 e '80, contrastando l'incremento inflazionistico degli ingressi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia con tutto il carico di svilimento professionale che questo comporta.

L'ORDINE DEI MEDICI

IMPARIAMO A CONOSCERLO

UN PO' DI STORIA

Gli Ordini dei Medici furono istituiti dal Governo Giolitti, con legge istitutiva n. 455 del 10 luglio 1910. In seguito il regime fascista nel 1935 li soppresse con un articolo di legge che ne trasferiva le funzioni ed i compiti al Sindacato fascista di categoria, ma furono ricostituiti dall'Assemblea Costituente nel 1946 con D.L.C.P.S. del 13 settembre n. 233. Nel 1985 gli Ordini dei Medici mutarono la loro denominazione giuridica per diventare "Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri" a seguito dell'emanazione della legge 14 luglio 1985, n. 409, che, recependo e dando attuazione alle direttive CEE n.78/686 e n.78/687, relative all'istituzione del corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria (D.P.R. 28 febbraio 1980, n.135), istituiva la professione di odontoiatra, creando un Albo degli Odontoiatri nell'ambito dell'Ordine dei Medici.

Gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri sono oggi regolamentati dalla legge n. 3 del gennaio 2018 che ne fanno Enti di Diritto Pubblico non economico, dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare e sottoposti alla vigilanza del Ministero della salute; sono finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti, senza oneri per la finanza pubblica.

PERCHÈ È OBBLIGATORIO ISCRIVERSI ALL'ORDINE?

Le professioni di medico-chirurgo e di odontoiatra rientrano tra le professioni intellettuali cosiddette "protette" per le quali la legge richiede la speciale abilitazione dello Stato e l'iscrizione in uno specifico Albo. Il loro esercizio è sottoposto a precise condizioni, per la rilevanza sociale e la specificità delle competenze necessarie, che lo Stato vuole garantire ai cittadini nell'ambito della "pubblica necessità". L'iscrizione all'albo costituisce requisito "ineludibile" per l'esercizio della professione, una volta conseguita la laurea e l'abilitazione. La mancata iscrizione vieta l'esercizio della professione e diventa ipso facto esercizio abusivo.

GLI ORGANI

Sono organi degli Ordini delle professioni sanitarie il Presidente, il Consiglio Direttivo, la Commissione di Albo per gli Ordini comprendenti più professioni e il Collegio dei Revisori. Ciascun Ordine, «favorendo l'equilibrio di genere e il ricambio generazionale nella rappresentanza, secondo modalità stabilite con successive regolamenti, elegge in assemblea, fra gli iscritti agli albi, a maggioranza relativa dei voti e a scrutinio segreto» i componenti degli organi, ad esclusione del Presidente.

LE ELEZIONI

La votazione per l'elezione del Consiglio Direttivo e delle Commissioni di Albo è valida in prima convocazione quando abbiano votato almeno i due quinti degli iscritti mentre sarà valida in seconda convocazione se vota almeno un quinto degli aventi diritto. A partire dalla terza convocazione la votazione è in ogni caso valida. Le votazioni durano da due a cin-

que giorni consecutivi, di cui uno festivo, si svolgono anche in più sedi e con forme e modalità che garantiscano la piena accessibilità a tutti gli iscritti, tenendo in considerazione l'ampiezza territoriale e le caratteristiche geografiche. Inoltre, è prevista la possibilità che gli Ordini introducano votazioni con modalità telematiche, che abbiano quindi luogo online. Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della Legge, il Ministro della Salute adoterà un decreto che definisca le procedure per la composizione dei seggi elettorali in modo da garantire la terzietà di chi ne fa parte, le procedure per indire le elezioni, per la presentazione delle liste e per lo svolgimento delle operazioni di voto e di scrutinio. I risultati delle elezioni dovranno essere comunicati entro quindici giorni alla Federazione nazionale e al Ministero della Salute.

I COMPONENTI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

I componenti dei Consigli Direttivi degli Ordini con meno di cinquecento iscritti sono sette, sono nove dove gli iscritti sono tra cinquecento e millecinquecento e quindici in caso di oltre millecinquecento iscritti. I componenti durano in carica quattro anni.

L'ELEZIONE DEL PRESIDENTE E DELL'ESECUTIVO

Ogni Consiglio Direttivo elegge, a maggioranza assoluta dei suoi componenti, il suo Presidente, il Vicepresidente, il Tesoriere e il Segretario. Tra le novità principali sul tema, il poter essere rieletti nella stessa carica consecutivamente una sola volta.

COMPONENTI DELLE COMMISSIONI DI ALBO

La Commissione degli Odontoiatri è formata da cinque componenti se gli iscritti non superato i millecinquecento, da sette se gli iscritti sono tra i millecinquecento e i tremila e nove se superano i tremila. La composizione delle altre Commissioni di Albo saranno determinate con decreto del Ministro della Salute.

COMPONENTI DEL COLLEGIO DEI REVISORI

Il Collegio dei Revisori è composto da un Presidente iscritto nel Registro di revisori legali e da tre membri, di cui uno supplente, eletti tra gli iscritti agli albi.

LO SCIoglIMENTO DEI CONSIGLI DIRETTIVI E DELLE COMMISSIONI DI ALBO

I Consigli Direttivi e le Commissioni di Albo sono sciolti quando non sono in grado di funzionare regolarmente o nel caso in cui si configurino gravi violazioni della normativa. Lo scioglimento è disposto con decreto del Ministro della Salute, sentito il parere della rispettiva Federazione nazionale. Lo stesso decreto indica i nomi dei tre componenti di una commissione straordinaria, di cui non più di due iscritti all'albo professionale della categoria e uno individuato dal Ministro della Salute. Entro tre mesi dallo scioglimento si deve procedere all'elezione del nuovo Consiglio, che durerà in carica quattro anni.

L'ORDINE: FUNZIONI E POTERI

1 **PROMUOVONO** e assicurano l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione

ne della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei rispettivi codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva. Non svolgono ruoli di rappresentanza sindacale;

- 2** **VERIFICANO** il possesso dei titoli abilitanti all'esercizio professionale e curano la tenuta, anche informatizzata, e la pubblicità, anche telematica, degli albi dei professionisti e, laddove previsti dalle norme, di specifici elenchi;
- 3** **ASSICURANO** un adeguato sistema di informazione sull'attività svolta, per garantire accessibilità e trasparenza alla loro azione;
- 4** **PARTECIPANO** alle procedure relative alla programmazione dei fabbisogni di professionisti, alle attività formative e all'esame di abilitazione all'esercizio professionale;
- 5** **RENDONO** il proprio parere obbligatorio sulla disciplina regolamentare dell'esame di abilitazione all'esercizio professionale, fermi restando gli altri casi, previsti dalle norme vigenti, di parere obbligatorio degli Ordini per l'adozione di disposizioni regolamentari;
- 6** **CONCORRONO** con le autorità locali e centrali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che possano interessare l'Ordine e contribuiscono con le istituzioni sanitarie e formative pubbliche e private alla promozione, organizzazione e valutazione delle attività formative e dei processi di aggiornamento per lo sviluppo continuo professionale di tutti gli iscritti agli albi, promuovendo il mantenimento dei requisiti professionali anche tramite i crediti formativi acquisiti sul territorio nazionale e all'estero;
- 7** **SEPARANO**, nell'esercizio della funzione disciplinare, a garanzia del diritto di difesa, dell'autonomia e della terzietà del giudizio disciplinare, la funzione istruttoria da quella giudicante. A tal fine, in ogni regione sono costituiti uffici istruttori di albo, composti da un numero compreso tra cinque e undici iscritti sorteggiati tra i componenti delle commissioni disciplinari di albo della corrispondente professione, garantendo la rappresentanza di tutti gli Ordini, e un rappresentante estraneo alla professione nominato dal Ministro della salute. Gli uffici istruttori, sulla base di esposti o su richiesta del presidente della competente commissione disciplinare o d'ufficio, compiono gli atti preordinati all'instaurazione del procedimento disciplinare, sottoponendo all'organo giudicante la documentazione acquisita e le motivazioni per il proscioglimento o per l'apertura del procedimento disciplinare, formulando in questo caso il profilo di addebito. I componenti degli uffici istruttori non possono partecipare ai procedimenti relativi agli iscritti al proprio albo di appartenenza;
- 8** **VIGILANO** sugli iscritti agli albi, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività professionale, compresa quella societaria, irrogando sanzioni disciplinari secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito, tenendo conto degli obblighi a carico degli iscritti, derivanti dalla normativa nazionale e regionale vigente e dalle disposizioni contenute nei contratti e nelle convenzioni nazionali di lavoro.

GIURAMENTO PROFESSIONALE E CODICE DEONTOLOGICO

Roberto Monaco

Segretario FNOMCeO

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Siena

“Consapevole dell’importanza e della solennità dell’atto che compio e dell’impegno che assumo, giuro:... di prestare soccorso nei casi d’urgenza e di mettermi a disposizione dell’Autorità competente, in caso di pubblica calamità...”

Così recita una parte del giuramento professionale dei medici chirurghi e odontoiatri, quel giuramento che come Presidente d’Ordine sento pronunciare ogni anno dai giovani medici che si affacciano alla professione. Eppure proprio quest’anno nel quale non è stato possibile effettuare l’emozionante cerimonia del giuramento, queste parole hanno raggiunto l’apice del loro significato.

Anzi la lettura attuale potrebbe essere... **giuro:... di prestare soccorso nei casi d’urgenza e di mettermi a disposizione dell’Autorità competente, in caso di pubblica calamità anche a scapito della mia vita”**

La lotta al Covid-19 ha presentato alla collettività la forza della nostra deontologia e ha reso vivo il nostro codice; paradossalmente lo ha reso ancora più vivo con le morti dei nostri 177 colleghi che onorandolo hanno dato un valore incancellabile alla Professione.

La lotta al Covid-19 ha rivelato agli Italiani che il medico oggi ha un ruolo fondamentale per la società, e non è solo garantire l’applicazione dell’Articolo 32 della

nostra costituzione, articolo che noi tutti consociamo, ma anche quello di sostenere la salvaguardia di quei diritti inviolabili come recita l’articolo 2. E quale diritto è più inviolabile della salute? E ancora l’articolo 3 dove tutti i cittadini sono uguali e che lo stato deve mettere in atto tutto quanto in suo potere per far sì che questo sia garantito. Chi meglio del medico tutelando la salute delle persone, di fatto garantisce tutti questi diritti?

Il nostro codice tutto questo lo prevede in quanto per il medico è anche un obbligo deontologico (Articolo 3: *Doveri generali e competenze del medico. Articolo 5: Promozione della salute, ambiente e salute globale*). La nostra professione ha 2400 anni e oggi come allora si

chiede a chi la pratica fedeltà a due discipline: quella della scienza e quella dell’etica.

La scienza ci racconta sempre storie nuove. Vivere nella scienza è come avere una chiave che apre tante serrature, con le quali entrare nelle stanze delle meraviglie che il mondo scientifico ci riserva, e per tutto questo non si può restare indifferenti, anzi si diventa curiosi e pronti ad assorbire conoscenze. Queste conoscenze sono le stesse che poi formano le competenze che a loro volta scrivono i ruoli, quei ruoli che altre professioni vorrebbero erodere ma che sono fortemente sanciti nel nostro codice (Articolo 3 *La diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità. Tali attività, legittimate dall’abilitazione dello Stato e dall’iscrizione agli Ordini professionali nei rispettivi Albi, sono altresì definite dal Codice*).

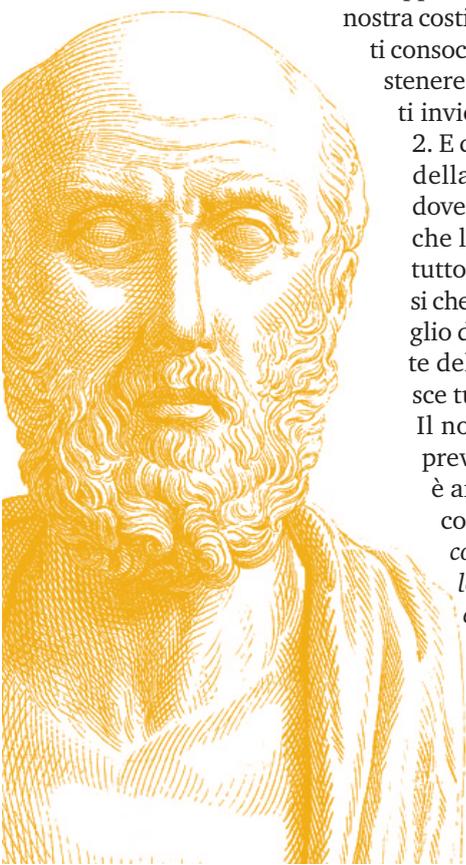
Le conoscenze e quindi le competenze si acquisiscono con lo studio e sul campo e tramite esse trasmettiamo ai nostri pazienti e alla popolazione la certezza di essere presi in carico, anzi meglio di farci carico dei loro bisogni di salute grazie alla relazione di cura e alla cura della relazione che ogni medico deve fare propria (Articolo 20: *Relazione di cura*).

La formazione è, pertanto, un pilastro fondamentale della Qualità nel settore salute (Articolo 19: *Aggiornamento e formazione professionale permanente*) e la revisione del sistema ECM, su cui la Fnomceo sta lavorando, può diventare un indicatore reale per un miglioramento continuo che non rincorre il credito come mera entità numerica ma che, al contrario, intende valorizzare il lavoro quotidiano di chi dedica la propria vita alla tutela di quel diritto che la Costituzione definisce, come suddetto, inviolabile quale quello della salute.

Noi siamo pronti ad accettare le sfide, con umiltà ma con determinazione, perché in questo SSN sentiamo il disagio dei professionisti che sempre più anziani sono costretti a turni di notte senza prospettive di turn over, medici che nei pronto soccorso sono costretti ad ascoltare, quando va bene, le lamentele dei cittadini e che devono per senso di appartenenza al SSN giustificare carenze che non dipendono da loro. Siamo stanchi di vedere gli occhi persi nel vuoto di un medico che per un presunto errore viene sbattuto in prima pagina come un delinquente. Vogliamo una cultura di gestione del rischio clinico “no blame”, dove dall’errore si impara e si costruiscono difese organizzative e, perché no, anche strutturali a difesa degli operatori (Articolo 14: *Prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure*).

Servono nuovi ospedali costruiti in modo tale da offrire ad ogni cittadino tutti i servizi essenziali disponibili con percorsi diversificati in modo tale che a fronte di una pandemia le cure ordinarie non debbano essere sospese. Occorre un’implementazione e un rinnovamento degli organici, e l’assunzione con contratti stabili di nuovi specialisti che possano sostituire i colleghi che vanno in pensione; è necessario inoltre un incremento del finanziamento strutturale del SSN (adeguata remunerazione).

Bisogna insomma avere il coraggio di credere sempre più sul SSN considerandolo un investimento e non un costo, ripensando ad un ruolo centrale del medico. Tutto questo lo si può



realizzare se le istituzioni dialogano con chi la sanità la vive e la fa.

Bisogna disegnare PDTA che coinvolgono i professionisti e dove si sa chi fa che cosa, con un ruolo centrale del medico, ruolo che gli compete per studi, competenze ed etica

Tutti questi valori e regole ispirati dai principi di etica medica sono garantiti nel codice deontologico e gli Ordini, in quanto enti sussidiari dello Stato, sono depositari del codice e lo custodiscono affinché l'esercizio professionale del

medico sia fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità. È proprio questa responsabilità ed autonomia che rivendichiamo anche per contrastare le diseguaglianze (*Articolo 4: Libertà e indipendenza della professione. Autonomia e responsabilità del medico*).

Pertanto, l'Ordine è la casa del medico, dove si custodiscono e difendono i valori etici di una professione che si apre agli altri, che accoglie le sofferenze e che cerca di essere, con umiltà, portatrice di speranza.



IL POTERE DISCIPLINARE

Cosimo Napoletano

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Teramo -
Componente Comitato Centrale Fnomceo

Nel 1946 con il DLCP n.233 viene attribuito ai Consigli Direttivi degli Ordini provinciali il potere disciplinare nei confronti dei propri iscritti a tutela non solo degli appartenenti alla categoria, ma anche nell'interesse della collettività. Il successivo DPR 05.04.1950 n. 221 al capo quarto disciplina dettagliatamente lo svolgimento del procedimento, dall'audizione del sanitario alle sanzioni e ai ricorsi alla Commissione Centrale Esercenti le Professioni Sanitarie con la possibilità di gravame alle Sezioni Unite della Corte di Cassazione. Il quadro così delineato viene però profondamente modificato dalla Legge 409 del 1985 che, all'articolo 6, demanda la competenza disciplinare alla Commissione per gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi, composta dai componenti medici del Consiglio Direttivo, e a quella per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri. Rilevanti modifiche sono state infine introdotte dalla legge 11 gennaio 2018 n. 3, non ancora del tutto operativa. Fondamentale, inoltre, è quanto stabilito dal Codice Deontologico che, agli articoli 1 e 2 in particolare, amplia gli ambiti del potere disciplinare a tutti i comportamenti ritenuti rilevanti e incidenti sul decoro pro-

fessionale. Il procedimento, è bene ricordare, ha natura amministrativa.

Va inoltre precisato che, se il fatto da valutare attiene genericamente all'attività professionale, è necessario instaurare distinti procedimenti da parte delle due Commissioni ordinarie. Il potere d'iniziativa, con la legge vigente, compete: al Presidente dell'Ordine o al Presidente della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri, al Procuratore della Repubblica o al Ministro della Salute e, qualora siano quest'ultimi a promuoverlo, l'Ordine è obbligato ad aprire il procedimento con autonome valutazioni sulla colpevolezza o meno dell'accusato.

Giova ricordare che, laddove siano accertati fatti che siano disciplinarmente apprezzabili, è senza dubbio obbligatoria l'apertura del procedimento e che il potere d'iniziativa appartiene all'Ordine al quale è iscritto il sanitario.

Esaminiamo ora le varie fasi iniziando dall'istruttoria sommaria del Presidente.

Nel momento in cui l'Ente viene a conoscenza in qualsiasi modo di un presunto illecito (ad esempio un esposto di cittadini, una comunicazione di un'azienda sanitaria o di una Procura della Repubblica), il Presidente competente compie una sommaria verifica delle circostanze portate alla sua attenzione: in primo luogo, valuta se la violazione sia ascrivibile al Collega segnalato in atti e, in seconda istanza, se sia ravvisabile un'infrazione disciplinare di qualsiasi tipo.

In presenza dei presupposti avanti menzionati, il sanitario viene convocato dal Presidente della Commissione interessata. Nella convocazione sarà opportuno indicare le ragioni per le quali si procede all'audizione, la possibilità di farsi assistere da un legale e quella di poter ottenere un breve rinvio della stessa. Va garantito, già in questa fase, il pieno accesso agli atti depositati nel fascicolo personale.

Al termine dell'audizione, il verbale, redatto in duplice originale, viene letto e sottoscritto dal Presidente e dal Collega convocato al quale viene consegnata una delle due copie. Una volta terminata la fase istruttoria, il Presidente invia il verbale di audizione alla competente commissione disciplinare che potrà assumere tre tipi di decisione:

1 DELIBERA di apertura di procedimento disciplinare;

- 2 DELIBERA** di non apertura di procedimento disciplinare;
- 3 INCARICO** al Presidente di svolgere ulteriore attività istruttoria, al fine di acquisire nuove documentazioni dal sanitario ascoltato e /o da Enti e testimoni in grado di apportare altri elementi utili al giudizio.

Qualora si addivenga alla convinzione di dover procedere all'avvio del procedimento, necessita che il Presidente comunichi la delibera resa dalla Commissione all'interessato, al Procuratore della Repubblica competente per territorio, e al Ministero della Salute.

Sino al termine della procedura, è inibito al Collega di effettuare il trasferimento ad altro Ordine o di cancellarsi.

La Legge n. 3 dell'11 gennaio 2018 cambierà, dopo il decreto attuativo, radicalmente la procedura del procedimento disciplinare poiché all'art. 4 del CAPO II lettera i dispone: *“separano, nell'esercizio della funzione disciplinare, a garanzia del diritto di difesa, dell'autonomia e della terzietà del giudizio disciplinare, la funzione istruttoria da quella giudicante. A tal fine, in ogni regione sono costituiti uffici istruttori di albo, composti da un numero compreso tra cinque e undici iscritti sorteggiati tra i componenti delle commissioni disciplinari di albo della corrispondente professione, garantendo la rappresentanza di tutti gli Ordini, e un rappresentante estraneo alla professione nominato dal Ministro della salute. Gli uffici istruttori, sulla base di esposti o su richiesta del presidente della competente commissione disciplinare o d'ufficio, compiono gli atti preordinati all'instaurazione del procedimento disciplinare, sottoponendo all'organo giudicante la documentazione acquisita e le motivazioni per il proscioglimento o per l'apertura del procedimento disciplinare, formulando in questo caso il profilo di addebito. I componenti degli uffici istruttori non possono partecipare ai procedimenti relativi agli iscritti al proprio albo di appartenenza;”*

In ottemperanza all'articolo 39 del DPR 221 del 1950, il Presidente notifica all'interessato a mezzo PEC o tramite inoltra di raccomandata A/R:

- l'apertura di procedimento disciplinare con la data di effettuazione dello stesso
- la menzione circostanziata degli addebiti
- il termine, non inferiore a 20 giorni e prorogabile su richiesta dell'interessato, entro il quale egli può prendere visione degli atti relativi al suo deferimento a giudizio disciplinare e produrre le proprie controdeduzioni scritte;
- l'indicazione del giorno ora e luogo del giudizio disciplinare;
- l'espreso avvertimento che, qualora non si presenti alla seduta della Commissione, si procederà al giudizio in sua assenza.

Essenziale è il rispetto del termine dei 20 giorni la sua mancata osservanza concretizzando la violazione del diritto di difesa rende nullo il procedimento.

Nel giorno, nel luogo e nell'ora stabiliti si riunisce la Commissione, regolarmente costituita con la presenza della maggioranza semplice dei suoi componenti.

Il Presidente, verificata la sussistenza di tutte le condizioni previste dalla legge, apre la seduta con l'esposizione del relatore dei fatti addebitati.

Dopo l'intervento del relatore, viene quindi sentito l'inculpato che può fornire ulteriori precisazioni in merito al pro-

prio comportamento servendosi anche dell'ausilio di avvocati e consulenti tecnici.

Si procede quindi, congedato l'imputato, ad assumere la decisione a maggioranza che può essere solamente assolutoria o sanzionatoria.

Le sanzioni applicabili sono quelle codificate dall'articolo 40 del D.P.R. 05.04.50 n.221, ossia:

- Avvertimento che consiste nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza commessa;
- la censura che consiste in una dichiarazione di biasimo;
- la sospensione dall'esercizio della professione per la durata da uno a sei mesi
- la radiazione dall'albo;
- la legge 175 del 1992 ha inoltre previsto l'interdizione temporanea dall'esercizio professionale per un periodo non inferiore ad un anno per gli esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, o la propria attività, allo scopo di permettere o di agevolare l'esercizio abusivo delle professioni medesime.

Va richiamata, inoltre, la previsione dell'articolo 43 del D.P.R.221 1950 che prevede la sospensione non a seguito di procedimento disciplinare ma in seguito a provvedimento giudiziario che incida sulla libertà personale dell'iscritto.

Il provvedimento disciplinare diviene esecutivo qualora l'interessato non provveda a presentare ricorso dinanzi alla CCEPS entro 30 giorni dalla notifica dello stesso.

Al Sanitario è anche riconosciuta la possibilità del ricorso alla Corte di Cassazione la promozione dello stesso non sospende tuttavia l'esecutività del provvedimento.



DONNE MEDICO E RAPPRESENTANZE PROFESSIONALI

Anna Maria Ferrari

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Reggio Emilia - Revisore dei conti FNOMCeO

In questi ultimi anni è diventato estremamente evidente il gap che esiste fra il numero delle donne medico in Italia e la loro presenza nei posti di comando, siano essi di direzione o di rappresentanza negli organi di governo della professione.

Secondo gli ultimi dati 2017 della Ragioneria Generale dello Stato elaborati dall'Anaa Assomed, le donne medico rappresentano il 44% dei 105 mila camici bianchi dipendenti del Servizio sanitario nazionale.

Le Regioni con il maggior numero di donne medico sono la Sardegna (56%), seguita da Emilia Romagna (51%) e Veneto (50%). Chiude la classifica la Campania con il 31%.

Quando si parla di carriera si vede che in media ai vertici ne arriva solo una su 10, nello specifico 1 su 50 diventa direttore di struttura complessa e 1 su 13 responsabile di struttura semplice. E anche nelle discipline in cui è più elevata la quota di donne tra i medici, la loro presenza nelle posizioni apicali è molto bassa (pediatria 10%, psichiatria 25%, ginecologia e ostetricia 17%).

Le rilevazioni statistiche e le indagini svolte, nell'ambito di quasi tutti gli Ordini dei Medici ben fotografano questa situazione e si tratta di una situazione condivisa da quasi tutta l'Europa, come dimostrano i risultati dell'indagine promossa da Anaa Assomed in 11 Paesi membri della Federazione europea dei medici salariati (Fems). In Italia si registra che non solo la leadership è lontana, ma permangono fenomeni di discriminazione (per una dottoressa su due) che contribuiscono a insoddisfazione professionale ed economica. Mentre conciliare vita personale e lavoro è quasi impossibile per il 68% delle intervistate, che in sei casi su dieci auspica una riorganizzazione dei tempi in corsia o in ambulatorio. Le donne medico si sentono quindi discriminate, insoddisfatte e ben lontane dalla possibilità di sfondare il tradizionale, e resistentissimo, tetto di cristallo e rap-

presentano la cartina di tornasole di una condizione femminile ancora estremamente difficile in Italia.

La mancanza di leadership femminile è infatti prima di tutto un fatto culturale, alimentato dalla errata convinzione che le donne non siano interessate o capaci di ricoprire incarichi politici alla pari degli uomini.

Gli stessi problemi che impediscono alle donne di fare carriera influiscono evidentemente anche sulla loro possibilità di far parte di organi di rappresentanza e governo della professione.

Venendo appunto alla rappresentanza di donne medico in questi organismi possiamo vedere che negli Ordini dei Medici provinciali sono state elette 11 Presidenti donne su un totale di 106 Presidenti e nella Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (FNOMCeO) nessuna donna medico è presente nel Comitato Centrale e 1 donna medico, nella mia persona, è presente nel Collegio dei Revisori dei conti.

La stessa carenza di rappresentanza al femminile si evidenzia ai vertici dell'ENPAM, il più grande ente pensionistico del mondo medico, con una sola donna presente nel CDA.

La mancanza o carenza di donne medico nei vertici degli Organismi rappresentativi del mondo sanitario le esclude anche dai tavoli decisionali e questo comporta anche la perdita di un apporto di competenze ed esperienze utili alla migliore programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari. Si tratta anche di una discriminazione ai danni delle donne medico che è una discriminazione ai danni di una fetta consistente della società (la metà), che produce quindi diseconomia, privando gli organi decisionali delle competenze di cui sicuramente sarebbero portatrici moltissime donne ancora lasciate ai margini.

Per gli Organismi in questione non esistono leggi o rigide norme che prevedano una quota di partecipazione femminile agli organi direttivi, come invece accade per le norme antidiscriminatorie in materia elettorale adottate per le rappresentanze politiche nelle Assemblee elettive locali, nazionali ed europee, dove, grazie a queste norme, introdotte principalmente dal 2010 in poi, si è assistito ad un notevole aumento del numero di donne presenti nelle Assemblee elettive di Comuni, Regioni, Parlamento nazionale e Parlamento europeo.

Visto il cammino fatto e ancora in corso per le rappresentanze politiche, ci si aspettava legittimamente che la revisione del sistema ordinistico delle professioni sanitarie, attuato con la Legge n. 3 dell'11/1/2018 (a firma Beatrice Lorenzin) e con il Decreto attuativo del 15 marzo 2018, che disciplina le procedure di svolgimento delle elezioni degli Ordini delle professioni sanitarie, fornisse chiare indicazioni anche su un riequilibrio di genere nei rappresentanti eletti. In realtà l'unico punto a questo proposito è il comma 1 dell'Articolo 1: "Ciascun ordine, favorendo l'equilibrio di genere e il ricambio generazionale nella rappresentanza, elegge in assemblea, fra gli iscritti agli albi, a maggioranza relativa dei voti ed a scrutinio segreto: il Consiglio direttivo, la Commissione di albo quando l'Ordine comprende più professioni, il Collegio dei Revisori".

Siamo quindi ancora ai buoni propositi e alle raccomandazioni, che si sono dimostrati di portata molto limitata anche nelle recenti tornate elettorali.

IL CONSENSO INFORMATO E LA MEDICINA DIFENSIVA

Bruno Zuccarelli

Vice Presidente Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Napoli
Commissione Ordinistica Anaao Assomed

“È ragionevole che un paziente venga messo al corrente di ciò che si appresta a fargli, in modo che possa farsi coraggio e mettersi in uno stato d’animo che gli consenta di affrontare l’operazione”

E una sentenza o una legge recente?

Assolutamente no, è una sentenza del 1767 emanata in Inghilterra, è un provvedimento bellissimo e moderno dove il principio non è impositivo ma è un compromesso dove ci possiamo arrivare con la ragione.

La giurisprudenza è stata sempre molto carente in ambito di consenso fino al 1996, quando la Cassazione ha cominciato ad intervenire sulle tematiche di consenso ed autodeterminazione ed in particolare sulle situazioni di dissenso e da allora ogni sei mesi abbiamo avuto revisioni dottrinali e giurisdizionali.

Ancora una volta la legislazione mostra tutta la sua rigidità che non si sa assolutamente adattare ai tempi che mutano rapidamente dove quello che era certo ieri rischia di non esser più oggi un punto fermo.

Da un punto di vista legislativo la stella polare ultima è la legge del 22.12.2017 n 219 circa “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.

Prima di questa legge il consenso doveva essere scritto e conseguentemente firmato dal paziente solo nei seguenti casi:

- 1 Nelle trasfusioni di sangue ed emoderivati;
- 2 Nella sperimentazione;
- 3 Nella privacy;
- 4 Negli accertamenti HIV;
- 5 Nei trattamenti radianti.

Con questa legge il consenso informato ora va sempre documentato in “forma scritta”, l’assenso del paziente può avvenire anche con strumenti informatici, il consenso è personale e non delegabile ai familiari e deve essere espresso dal paziente, anche se minore e nel caso di incapace di intendere e di volere, da chi ha la potestà tutoria o in alcuni casi dal Giudice; il medico può prescindere dal consenso in caso di necessità improrogabile ma non può ignorare l’eventuale volontà espressa in precedenza dal paziente.

Perché il consenso informato sia valido deve essere espresso con “volontà libera” e prima dell’inizio dell’atto medico.

Fermo restando la possibilità per il paziente di

modificare la propria volontà, l’accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa da paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo, quindi è esente da responsabilità civile o penale.

Questa legge sottolinea che “il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”.

Cinque dovrebbero essere le regole cardine per una corretta applicazione del consenso:

- 1 Chi deve dare l’informazione ;
- 2 A chi va data l’informazione ;
- 3 Quando va data l’informazione ;
- 4 Cosa va detto in sede di informazione;
- 5 Come va data l’informazione.

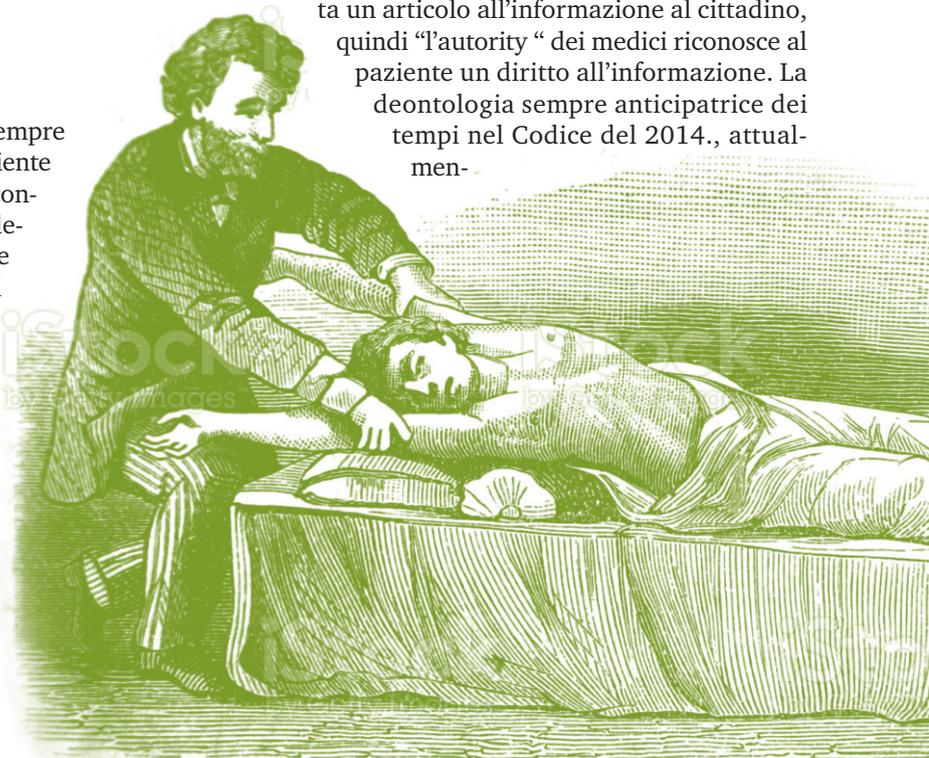
In questo contesto legislativo rigido bisogna dare atto al nostro Codice Deontologico di essere stato antesignano su questo argomento avendo la capacità di adattarsi ai tempi in modo tempestivo ed addirittura immaginando il futuro.

Già nel 1958 l’articolo 34 del Codice Deontologico il medico non doveva “intraprendere alcun atto operativo senza il consenso dell’ammalato”:

Il Codice del 1978 prevede che il consenso viene circoscritto “solo a quegli atti medici che comportino un rischio per il paziente, la volontà del paziente, liberamente espressa, deve rappresentare per il medico un elemento al quale egli ispira il suo comportamento”.

Grande segno di innovazione lo porta il codice deontologico del 1989 dove nell’articolo 39, per la prima volta, accanto all’informazione appare il verbo “dovere”, ma residuano ancora indicazioni paternalistiche come “valutare....l’opportunità di non rivelare al malato e di attenuare una prognosi grave ed infausta”. La vera rivoluzione avviene con il Codice del 1995 quando il paternalismo va in soffitta e il dominus diventa il paziente, da allora si parla di alleanza medico-paziente, scompare la soggezione verso l’autoritarismo del medico per lasciare spazio all’autorevolezza del professionista dove la comunicazione giusta ed adeguata diventa fondamentale e si eliminano i muri dell’incomprensione.

Il Codice deontologico nel 1998 dedica per la prima volta un articolo all’informazione al cittadino, quindi “l’authority “ dei medici riconosce al paziente un diritto all’informazione. La deontologia sempre anticipatrice dei tempi nel Codice del 2014., attualmente-



te vigente, dedica ben 7 articoli sull'informazione e comunicazione con il consenso ed il dissenso, in particolare all'articolo 38, ben 3 anni prima della legge, parla della dichiarazione anticipata di trattamento.

In questo nuovo rapporto medico cittadino anche il paziente deve avere un'educazione civica sanitaria, quindi cosa si può chiedere al medico e soprattutto cosa non si deve chiedere; ci si deve porre il problema dell'impatto emotivo del medico dove il medico può diventare una figura falsa di quello che tutto sa e tutto deve.

Il medico non può sostenere un confronto quotidiano con il "Dr Google" che è un competitor alcune volte posto quasi come minaccia da parte del paziente molto esigente, magari irriverente nei confronti di chi lavora con passione e dedizione. **VOSTRO FIGLIO VA MALE A SCUOLA? POTREBBE ESSERE COLPA DELL'OSTETRICO CHE VI HA ASSISTITO DURANTE IL PARTO.**

Per saperne di più telefonate agli studi Baker e Smithson. Ogni costo sarà a carico della Compagnia di Assicurazione del personale medico e paramedico!

Questo era il "Washington Post del 14.7.2000.

Ora è routine identificare il medico come bersaglio e artefice della MALASANITÀ.

Gli atteggiamenti di difesa del medico che lo porta ad una medicina difensiva di tipo "positivo" e "negativo" sono molto diffusi nel mondo sanitario al fine di evitare il contenzioso legale.

È vero che la Naturalis Historia narra che "non c'è nessuna legge che castighi l'ignoranza dei medici, nessun esempio di pena capitale. Imparano a nostro rischio e pericolo e fanno esperienza a furia di ammazzare: solo il medico può uccidere nella più assoluta impunità"

Nel XVIII secolo a. C. il Codice di Hammurabi riferiva invece che "Se un medico operando un uomo per una ferita grave con una lancetta di bronzo ne causa la morte, o se incidendo un ascesso di un occhio lo distrugge, gli saranno tagliate le dita".

In termini medici l'aforisma "errare è umano" non è propriamente corretto e dovrebbe essere sostituito con "la propensione all'errore è umano".

In questo modo rimane il significato che gli errori siano componenti dell'agire e del processo cognitivo, ma si esclude la connotazione fatalistica "non c'è niente da fare, errare è umano". La medicina difensiva già nel 1999 è costata il 9% del budget totale della sanità statunitense; il 71% dei medici dichiarava in un'indagine di prescrivere più esami del necessario. La Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori sanitari in Italia ha valutato che il surplus di spesa sanitaria non legata a finalità terapeutiche ma alla riduzione del rischio di contenzioso vale annualmente circa 10 miliardi di euro pari allo 0.75% del P.I.L.

In particolare la medicina difensiva incide sulla spesa sanitaria in misura pari al 10.5% del totale dove le voci più significative sono rappresentate dai farmaci (1.9%), visite (1.7%), esami di laboratorio (0.7%), esami strumentali (0.8%), ricoveri (4.6%). Le cause principali secondo i medici della medicina difensiva so-

no una legislazione sfavorevole (31%), il rischio di esser citato in giudizio (28%), lo sbilanciamento del rapporto medico/paziente (14%).

Una prima risposta legislativa è stata la legge 189/2012 (Legge Balduzzi) che aveva l'obiettivo principale di contenere la spesa pubblica e arginare il fenomeno della medicina difensiva con la riduzione dell'ambito della responsabilità medica, sia sotto il profilo civile che quello penale.

L'articolo 3 di questa legge introduce una sostanziale esenzione dalla responsabilità penale nel caso di comportamenti conformi alle linee guida e alle buone pratiche cliniche ed estende alla responsabilità penale il criterio limitativo della colpa grave.

Le conseguenze negative di questa legge sono state:

1 Quali sono le linee guida, di quale società o ente?

2 Tutti gli avvocati hanno richiesto sempre la colpa grave.

Per combattere il fenomeno della medicina difensiva e favorire il contenimento della spesa sanitaria con il perseguimento di cure più appropriate è intervenuta la Legge dell'8 marzo 2017 n 24 (Legge Gelli) recante le "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Quali le novità principali di questa legge?

La normativa ha distinto la responsabilità civile della Struttura Sanitaria rispetto a quella dell'esercente la professione sanitaria.

La Struttura Sanitaria risponde a titolo di responsabilità contrattuale mentre il sanitario risponde a titolo di responsabilità extracontrattuale: questo implica dei tempi diversi per la prescrizione del diritto al risarcimento che è decennale in caso di responsabilità contrattuale e quinquennale in caso di responsabilità extracontrattuale con un onere probatorio completamente differente posto a carico della Struttura e del paziente. In questo modo si alleggerisce la posizione del sanitario che nel caso non sia stato citato tempestivamente in giudizio non potrà subire una condanna in ragione dello svolgimento della sua attività professionale.

Ci sono molte luci e poche ombre in questa legge ma sicuramente si è tentato di ricostruire un corretto equilibrio tra salute e sicurezza al fine di ritrovare un clima di fiducia e di dialogo tra cittadini ed operatori sanitari.

L'equilibrio fra medicina difensiva e consenso informato si può trovare non tenendo conto di quanto il Duca di Wellington riferiva "Non ci sono errori, non ci sono mai stati errori, non ci saranno mai errori" ma tentando di avere quale stella cometa quanto diceva Gandhi

"LE BUONE ORGANIZZAZIONI NON IMPEDISCONO CHE CI SIANO BAD PEOPLE, MA LE CATTIVE ORGANIZZAZIONI NON AIUTANO A ESPRIMERSI AL MEGLIO LE GOOD PEOPLE, CIOÈ LE PERSONE BUONE".

THE DAY AFTER TOMORROW...

PER UN ORDINE NUOVO, IN UN NUOVO CONTESTO

Alessandro Conte

Vice Coordinatore Osservatorio Giovani Professionisti Medici e Odontoiatri Fnomceo

Inutile negarlo, anche meno di un anno fa non avremmo mai immaginato di indossare una mascherina quando andiamo a bere un caffè nei 10, sacrosanti, minuti di pausa durante un turno, non avremmo immaginato di non poter abbracciare per mesi i nostri cari per tutelarne la salute e non avremmo immaginato le interminabili riflessioni su percorsi sporchi e puliti, le lotte per l'approvvigionamento di DPI, per non parlare del lavoro stremante e straziante delle prime linee. Non l'avremmo immaginato, eppure l'abbiamo vissuto e lo stiamo vivendo e, certamente, oltre allo sforzo necessario a traghettare il nostro sistema sanitario fuori da queste acque – come mai prima – tempestose, dobbiamo tentare di trarre lezioni da questa pandemia, oltre i meri aspetti organizzativi, di contenimento del contagio, prevenzione e dotazioni per gli operatori.

Tra gli aspetti indubbiamente più controversi di questi mesi “nel segno del (anche se dovremmo dire “della”) Covid” c'è quello della comunicazione: dai siparietti degli esperti – impegnati a contendersi il titolo di più ottimista o più catastrofista –, passando al vuoto informativo che ha investito tanti professionisti nelle ore più critiche per arrivare alle nuove forme di aggregazione, catalizzate dai nuovi media, ed, a volte, capaci – catapultate alla ribalta dell'attenzione generale - di generare vistose storture.

Ebbene, in un contesto così profondamente stravolto, che è lecito immaginare non torni più allo status quo ante, il ruolo dell'Ordine di Medici, come tutore del decoro e della dignità della Professione, diviene ancora più cruciale. L'Ordine deve studiare e comprendere queste dinamiche e farsi punto di riferimento per la categoria anche in questi nuovi ambiti comunicativi, non certo come censore, non è questa la sua natura, ma come faro e come sigillo di “qualità”, per evitare che Colleghi possano trovarsi, inavvertitamente ed inaspettatamente, firmatari di lettere mai condivise e mai approvate e molto altro ancora...

Per fare ciò, però, anche l'Ordine deve rinnovarsi. Non è un segreto che in molte province l'età media dei Consigli in carica sia più vicina alle decadi di sospensione dell'attività che a quelle su cui insistono le sfide di oggi e di domani. Rinnovarsi coinvolgendo i Colleghi più giovani, non in ossequio alle logiche di quota, ma perché conoscitori di un contesto

sociale e motivati interpreti di una realtà mutata. Rinnovarsi rappresentando – termine non casuale – e rispecchiando la composizione demografica della popolazione medica in Italia. Al bando quote rosa e quote “under”, lasciamo che idee e proposte plasmino le liste delle prossime consultazioni e con esse la realtà ordinistica di domani. Una realtà eterogenea e composita dove devono trovare spazio un'offerta formativa allettante e contemporanea, un presidio permanente dei social media, con attività di collettore di informazioni e sportello e la declinazione delle regole comportamentali del mondo medico anche nell'ambito del “virtuale”, troppo spesso terra di nessuno, di pubblicità ingannevoli, di messaggi antiscientifici, di gruppi troppo simili a sette che vanno contro tutti i dettami del codice deontologico e risultano lesive, oltre che dell'identità della Professione, anche della salute collettiva che l'Ordine è chiamato a tutelare.

Il contesto pandemico oltre che porci dinnanzi alla sfida, ci ha anche mostrato una possibile via: il voto online; soluzione che, oltre ad essere in linea con i messaggi inviati alla popolazione, di evitare situazioni di assembramento e quindi di pericolo (non sono difficili da immaginare le code ai seggi degli Ordini con più iscritti in Italia), promette – come ci hanno dimostrato le consultazioni ENPAM – di ampliare significativamente la platea di elettori, garantendo una rappresentatività ancor più piena e motivante.

Anche le Associazioni Sindacali hanno, inevitabilmente, un ruolo in questa sfida. Abbandonare la logica dei “posti riservati” per cercare al proprio interno volti, nuovi o vecchi che siano, i cui fattori comuni, però, siano la motivazione, la voglia di agire e proporre per farsi attori – e non comparse – di un processo di rinnovamento sempre più imprescindibile, di sacrificare, in definitiva, un po' del proprio tempo per la Professione.

Non raccogliere questa sfida adesso, significa, ogni giorno che passa, rischiare di essere sorpassati - e non solo a livello istituzionale – da forme di aggregazione e comunicazione – tanto allettanti, quanto effimere, ma bramosi, al tempo stesso, di un posto al sole per autocandidarsi come interlocutori e di avanzare proposte, troppo spesso figlie del pensiero di pochi.

Ben vengano i nuovi interlocutori, ma in uno scenario pron-



to a riceverli, governato da regole chiare e trasparenti – su cui proprio l'Ordine può e deve esercitare una funzione di imparziale governo - in caso contrario le spinte centrifughe – generate dagli interessi di ogni sottogruppo – avranno affetti distruttivi, e non solo d'immagine, per la categoria tutta.

Anche se la temuta seconda ondata ancora ha da venire, anche se questa guerra è ancora lunga ... oggi è il giorno dopo, quello in cui rinunciare al "risultato consolidato", quello in cui pensare non al prossimo mandato ma alla Professione del 2050, quello in cui raccogliere la sfida...

LA PRIVACY

DOPO IL REGOLAMENTO EUROPEO

Luca Corti

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Savona

Quello della privacy è un tema molto vasto e complesso, noto ai più per la partecipazione anche a corsi aziendali. Qui tratteremo alcuni punti particolarmente degni di nota.

Comunicazione di dati sanitari, eventuale utilizzo di telefonia o messaggistica elettronica: evidentemente al paziente si possono, anzi, si devono comunicare di persona le informazioni relative alla propria situazione sanitaria, per quanto riguarda invece la comunicazione telefonica deve essere ben chiara la volontà del paziente di essere contattato telefonicamente e si deve essere sicuri che al telefono risponda il nostro assistito, la stessa cosa vale nel caso di invio di messaggi tramite SMS, occorre il consenso e dobbiamo essere sicuri che il telefono non sia accessibile a terzi. In questi casi si può chiedere al paziente di identificarsi mediante la comunicazione del numero del documento di identità che sarà da registrare per scritto.

La registrazione audio delle telefonate è da evitare e comunque, nel caso fosse strettamente necessaria, si deve ottenere un consenso scritto.

Ricordo che le informazioni ai famigliari (o ad altre persone) possono essere comunicate solo previo consenso scritto del paziente e che questi può negare il consenso oppure può decidere di non essere informato circa il proprio stato di salute e delegare un terzo ad assumere tali informazioni. Per la raccolta del consenso e per l'informazione sul trattamento dei dati personali le aziende devono predisporre adeguata modulistica.

Utilizzo di sistemi di chat tipo WhatsApp o simili e della posta elettronica l'utilizzo di questi sistemi, soprattutto tra medici, si sta diffondendo sempre di più e viene utilizzato per

inviare copia di documenti clinici, immagini radiografiche o fotografie di lesioni cutanee e ferite, in ambito ospedaliero talvolta è lo stesso specialista consulente che chiede l'invio di un'immagine di una lesione per meglio preparare la consulenza.

I medici di famiglia inviano immagini ad altri colleghi per chiedere un parere e frequentemente gli stessi pazienti inviano al proprio medico o ad uno specialista di riferimento fotografie di lesioni oppure copia di esami strumentali o di laboratorio per avere indicazioni diagnostiche terapeutiche o prescrizioni. Si tratta un metodo che non garantisce assolutamente la privacy ed il rispetto del segreto professionale, non è possibile sapere chi utilizzerà quel materiale e, cosa ancora più pericolosa, consente una facile condivisione di dati sanitari con un click, infatti possono avvenire per errore condivisioni con terzi estranei di dati coperti da privacy e dal segreto professionale. Le conseguenze per chi invia materiale con queste modalità possono essere molto pesanti. Teniamo anche presente che porre una diagnosi o comunque formulare un parere basandosi solamente su di una immagine ripresa con uno smartphone potrebbe generare errori clinici anche di una certa importanza e gravità.

Anche nel rapporto medico/paziente questo tipo di comunicazione deve essere evitata in particolare proprio per l'invio di dati sanitari, ma può avere una sua utilità nelle richieste di appuntamenti o nella richiesta di ripetizione di prescrizioni mediche nella cronicità oppure per indicazioni generiche come indirizzo di uno studio medico, consiglio di un reparto ospedaliero o indicazione del costo di una prestazione.

Anche l'utilizzo della posta elettronica deve essere soggetto a precauzioni: la documentazione sanitaria deve essere inviata utilizzando la posta elettronica certificata (PEC) che, per legge, tutti i medici dovrebbero utilizzare così come tutti i cittadini. In caso non fosse possibile utilizzare la PEC la documentazione deve essere inviata in formato pdf criptato mediante e-mail normale ma la chiave di criptazione deve essere inviata al destinatario con altro metodo es.: MMS – WhatsApp – oppure tramite un differente indirizzo di e-mail.

Un problema attuale ed emergente per motivazioni commerciali è l'utilizzo di app per smartphone, tablet o computer. Questo fenomeno si sta sviluppando a causa dell'emergenza CoVid-19 ma è prevedibile che si sviluppi ulteriormente nel prossimo futuro a causa della carenza di medici: sarà più facilmente disponibile una consultazione medica virtuale piuttosto che una vera visita medica.

A questo riguardo la Commissione UE ha emanato delle Linee Guida per individuare se un'app sia da considerare alla stregua di un dispositivo medico o meno, si tratta delle "Med-dev Guidelines on the qualification and classification of stand alone software in healthcare within the regulatory framework of medical devices".

Anche la Corte europea di giustizia nel 2017, in una sentenza, ha stabilito che una app si deve considerare un dispositivo medico quando consenta l'utilizzo di dati personali del paziente e venga utilizzata da un medico nella prescrizione successiva, cioè non è importante che consenta di agire direttamente sul corpo del paziente ma deve avere fi-

nalità compatibili con quelle necessarie all'indicazione di un dispositivo come dispositivo medico, per esempio deve avere una finalità terapeutica. Non rientrano quindi in questa classe le app che monitorano lo stile di vita o quelle finalizzate al raggiungimento del benessere fisico come le app conta passi o quelle che indicano il consumo stimato di calorie. Anche l'Istituto Superiore di Sanità ha diviso le app tra mediche e non mediche, considerando come mediche, per fare alcuni esempi, le app per monitoraggio dell'ECG, le app che controllano in remoto un dispositivo medico e quelle che consentono di visualizzare, memorizzare, analizzare o trasmettere dati da un dispositivo medico ad una centrale di raccolta dati.

Sono considerate app non mediche i testi medici, le enciclopedie mediche, le copie di articoli scientifici presenti on line o in app specificamente dedicate alla formazione come quelle che riportano le linee guida, i sistemi di formazione on line per medici anche se sono inseriti in app specifiche, le applicazioni gestionali sia per studi privati che per aziende sanitarie o ospedali comprese quelle di fatturazione o per la gestione degli appuntamenti. Anche le app per i cittadini che forniscono informazioni generiche sulla salute, come la ricerca e localizzazione di ospedali, centri medici, farmacie o che forniscono, per esempio, indicazioni su corretta alimentazione e corretti stili di vita non sono considerate come dispositivi medici. E' da considerare, anche se esula dal contenuto di questo scritto, tutta la problematica delle cosiddette televisite eseguite mediante app o comunque con l'ausilio del computer e di un collegamento internet, che stanno sviluppandosi in questi anni. Il Ministero della Salu-

te ha emanato le "Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina" nelle quali viene definita la Televisita: "È un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. Durante la Televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente, può assistere il medico. Il collegamento deve consentire di vedere e interagire con il paziente e deve avvenire in tempo reale o differito". Non si può assolutamente essere d'accordo con questa definizione in quanto una visita medica non può prescindere dall'esame fisico del paziente che dev'essere completo ed effettuato con diligenza e perizia come ha rilevato recentemente il Presidente della FNOMCeO dott. Filippo Anelli: "La visita medica non può essere sostituita dalla televisita: la diagnosi va certificata solo in presenza", anche se non si possono assolutamente sottovalutare tutte le potenzialità della telemedicina in genere che già oggi, ma ancor più nel prossimo futuro facilitano la vita a pazienti e medici. Naturalmente tutte queste nuove modalità di rapporto medico paziente presuppongono una stretta osservanza delle normative vigenti riguardanti non solo la privacy ma anche il segreto professionale ed espongono i dati sensibili a tutti i pericoli rappresentati dall'utilizzo delle tecnologie informatiche. La sfida per gli anni futuri sarà sempre più difficile ma anche interessante e ci riserverà sicuramente delle sorprese, i medici però dovranno vigilare e pretendere di essere sempre consultati sia per quanto riguarda le decisioni tecniche che per quanto riguarda le decisioni di tipo etico e deontologico.



ORDINI E CASSA PREVIDENZIALE

Gianfranco Lima

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Cremona

Conoscere il funzionamento e l'attività della Fondazione EN-PAM è un obbligo di informazione e trasparenza verso tutti gli iscritti, ben sapendo che la storia della previdenza medica italiana coincide con la sua storia.

L'Ente fu costituito nel 1937 come Cassa di Assistenza del Sindacato Nazionale Fascista Medici. Nell'ottobre 1950 la Cassa fu trasformata in Ente di diritto pubblico, assumendo la denominazione di Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici.

Con un nuovo Statuto approvato nel 1958 l'attività dell'Ente da assistenziale divenne anche di previdenza.

Nel 1995 la trasformazione dell'Ente in Fondazione di diritto privato e la sua privatizzazione sono legate ad una riforma del welfare italiano con lo scopo duplice di risanare gli enti in difficoltà finanziaria ed integrare funzioni di previdenza e assistenza. Da tempo si ipotizzava l'opzione di un assorbimento della previdenza di categoria in un polo uni-

co, pubblico o privato, di gestione della previdenza, avvertito come un attacco all'autonomia delle Casse previdenziali dei liberi professionisti. La prospettiva governativa di una privatizzazione appariva come un'alternativa accettabile, nella quale gli enti previdenziali potessero gestire con più libertà non solo l'organizzazione ma soprattutto le proprie risorse finanziarie.

Nello specifico del rapporto con l'ENPAM è doveroso analizzare quale è la sua situazione oggi. L'emergenza COVID ha costretto l'Ente a prendere provvedimenti e questo ha coinciso con un mutamento epocale. All'interno della professione medica non è più sufficiente l'approccio teso al patto intergenerazionale, ma l'obiettivo è che tutti possano riconoscere di avere globalmente ricevuto nell'arco della vita, la stessa quantità di prestazioni delle generazioni precedenti e future, raggiungibile grazie ad un bilancio sano supportato da un enorme patrimonio a disposizione.

Gli Ordini che hanno funzioni pubbliche, orientate alla deontologia, devono collaborare al consolidamento del positivo modello ENPAM, che ha mostrato la capacità di un costante rinnovamento, di gestione delle risorse culturali ed economiche, e lavorare in sinergia per ottenere un miglioramento delle normative, non da ultimo quelle fiscali, ma anche garantire autonomia ed indipendenza.

Gli Ordini devono tendere alla presenza capillare dell'ENPAM nel territorio, organizzando un'efficace presenza di terminali operativi in periferia, potenziando il servizio di videoconsulenze, il rapporto diretto con il personale, periodici streaming regionali, favorire la conoscenza e la diffusione delle opportunità previdenziali ed assistenziali.

Il corrispettivo della prestazione previdenziale (la contribuzione) è considerato equo non in relazione alla controprestazione (la pensione), bensì quando risulti giustamente rapportato ai redditi di lavoro percepiti durante il corso della sua attività lavorativa. Per garantire l'erogazione di prestazioni misurate ai bisogni l'ENPAM persegue l'obiettivo adottando un sistema misto a capitalizzazione e a ripartizione.

La prestazione previdenziale è di ridotta entità per il medico ospedaliero che vede nell'Inps la sua principale cassa previdenziale. Essa è rapportata ai contributi versati di quota A (in misura fissa intera o ridotta) e di quota B per coloro che svolgono attività libero professionale anche intramoenia.

Invece la medicina generale e la specialistica ambulatoriale versano, oltre alla quota A, contribuzioni più elevate in rapporto ai loro redditi in fondi dedicati in quanto Enpam è per loro la prima e unica Cassa previdenziale. Ovviamente versano anche contributi di quota B in rapporto all'attività libero professionale eventualmente esercitata.

Questa modesta pensione ha suscitato da sempre malumore nel mondo ospedaliero, al quale tuttavia deve essere data una risposta chiarificatrice. L'aspetto assistenziale svolto dall'ENPAM è caratterizzato da un'offerta di aiuto che si realizza in tanti momenti di fragilità che possono colpire il professionista, dunque la corresponsione della quota è soprattutto da leggere nella prospettiva di un'assicurazione assistenziale primaria, alla quale si associa una previdenza aggiuntiva a quella percepita dall'INPS.

Le prestazioni assistenziali sono erogate agli iscritti attivi,

ai pensionati del Fondo di Previdenza Generale, nonché ai loro superstiti. L'ENPAM può concedere prestazioni assistenziali straordinarie in caso di interventi chirurgici e di cure sanitarie non a carico del S.S.N.; spese di assistenza per anziani, malati non autosufficienti e portatori di handicap facenti parte del nucleo familiare; difficoltà contingenti del nucleo familiare. A favore degli orfani degli iscritti possono essere concessi contributi assistenziali a fini scolastici.

Al pensionato ed al coniuge convivente possono essere erogati contributi assistenziali per il concorso nel pagamento della retta per il soggiorno in Casa di Riposo. Analoga prestazione è prevista a favore del coniuge superstite over 65 anni e può essere concesso un concorso nel pagamento delle spese di assistenza domiciliare.

Possono essere erogati contributi straordinari in favore dei residenti in comuni interessati da calamità naturali con un concorso nel pagamento degli oneri per interessi su mutui per la ricostruzione o la riparazione della casa di abitazione o, solo per l'iscritto, dello studio professionale.

Lo statuto dell'ENPAM è mutato e nell'Assemblea hanno preso posto i portatori di interesse, i cosiddetti stakeholders e pertanto il ruolo dell'Ordine rischia di stemperarsi e di allontanarsi dall'iniziale ruolo di fondatore coinvolto direttamente nella gestione. L'obiettivo è favorire canali di comunicazione con l'ente previdenziale con l'obiettivo di garantire l'unitarietà e la qualità professionale vissute nell'alveo della eticità e deontologia che assicurano la mission medica: la tutela della salute individuale e collettiva.

Iniziativa Ospedaliera

LA RIVISTA DELL'ANAAO ASSOMED



SPECIALE ELEZIONI
ORDINI DEI MEDICI

I MEDICI RINNOVANO GLI ORDINI

